

Editorial Ana Kemayd – Raquel Palumbo

**Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil** Márcia Cançado Figueiredo – Cristina Maria Silveira Boaz – Fabiana Kapper Fabricio – Louise de Cássia Ferreira Bertoli – Taciana Ferronato

**Primera consulta odontológica, cuándo y por qué** Ma. Teresa Almaraz – Beatriz Ferreira – Beatriz Vigo

**Equipos de salud familiar: Una Estrategia para la Comprensión Integral del Proceso Salud Enfermedad y el Derecho a la Salud** Humberto Jure – María Beatriz Ciuffolini – Marisa Susana Didoni

**Para pensar la desafiliación estudiantil durante el año de ingreso a la Universidad de la República** Un aporte desde la Psicología Sandra Carbajal

**Ensayo: Aportes para una construcción integral en salud** Dulcinea Cardozo – Gabriela Meerhoff – Pablo Pereira – Rosario Ruétalo

**Hacia la definición de los criterios de inserción en el Programa Apex-Cerro** Rafael Vairo Brascesco

**VI Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur: misión bien cumplida y estímulo para seguir avanzando** Francisco Morales Calatayud

**Normas de publicación Revista científica: APEX Cerro** Laura Arispe – Nicolás Brum

ISSN: 1688-7972

it

VOLUMEN 2 - Nº 2 DICIEMBRE 2012

SALUD COMUNITARIA Y SOCIEDAD

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. PROGRAMA APEX-CERRO.

Haití 1606 código postal: 12800. Montevideo, Uruguay. Correo electrónico: [it@apexu.edu.uy](mailto:it@apexu.edu.uy) - [www.apex.edu.uy](http://www.apex.edu.uy)



# Colgate® 360°®

## Diseñado para una limpieza superior de toda la boca

Punta limpiadora de mayor altura

Cerdas en forma de punta

Limpiador de lengua de suave textura

Copas suaves pulidoras de goma

Resultados clínicamente comprobados - 7 estudios\*\*

Más Efectivo en la

Remoción de bacterias hasta

96%<sup>1</sup>

Reducción de la placa<sup>2</sup> en un

40%<sup>2</sup>

Reducción del sangrado de encías

72%<sup>3</sup>

Reducción del mal aliento

3 Veces<sup>4</sup>

Estudios Clínicos Comprobados

\*\*Para referencia de los Estudios Clínicos consulte: Compendium of Continuing Education in Dentistry, Oct. 2004 / Vol. 25, No. 10 (Suppl 2)

Recomiende Colgate® 360 para que sus pacientes se cepillen mejor

Colgate®

Marca recomendada por odontólogos

**Dirección general:** Mag. Susana Rudolf.  
**Coordinación de la publicación:** Lic. Federico Beltramelli;  
Doc. Nicolás Brum; Arch. Laura Arispe.

**Comisión Editorial de la Revista Científica:**

Universidad de la República.  
Programa Apex-Cerro.  
Haití 1606 código postal: 12800  
Montevideo, Uruguay.  
Correo electrónico: [it@apexu.edu.uy](mailto:it@apexu.edu.uy)  
Web: <http://www.apexu.edu.uy/>

**Comité Editorial:**

Lic. Nut. Raquel Palumbo  
Doc. Nicolás Brum  
Arch. Víctor Barranco  
Dra. María Teresa Almaraz  
Arch. Laura Arispe  
Dra. Ana Kemayd

**Secretaría Administrativa:** Gabriela Iglesias

**EVALUADORES:**

**Susana Bragaña** (Uruguay)

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

**Márcia Cançado Figueiredo** (Brasil)

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

**Enrique Teófilo Saforcada** (Argentina)

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

**Susana Rudolf Macció** (Uruguay)

Psicóloga. Magister en Psicología Comunitaria (Universidad  
de Mar del Plata), Especialista en Administración de Servicios  
de Salud (U. de Córdoba). Profesora Titular del Instituto de  
Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología. Directora  
del Programa APEX Cerro de la Universidad de la República.

**Beatriz Morrone** (Argentina)

Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Licenciada  
en Enfermería. Doctora en Comunicación Social. Profesora/  
Investigadora – Ministerio de Educación de la Nación. Coordina-  
dora de la Cátedra Abierta Salud Colectiva. Rectorado UNMDP.

**María Teresa Almaraz** (Uruguay)

Doctora en Odontología – Universidad de la República Post-  
grado: Gestión de Servicios de Salud – Universidad Católica  
del Uruguay. Diploma en Educación Popular – Multiversidad  
Franciscana de América Latina.

**María del Carmen López Jordí** (Uruguay)

Especialista en Odontopediatría. Directora de la Carrera de Es-  
pecialización en Odontopediatría. Universidad de la República.  
Directora de la Unidad de Publicaciones.

**Humberto Tommasino** (Uruguay.)

Doctor en Medicina y Tecnología Veterinaria. Universidad de  
la República, Uruguay. Maestría en Extensión. Universidad  
Federal de Santa María, Brasil. Doctor en Medio Ambiente y De-  
sarrollo. Universidad Federal de Paraná, Brasil. Pro Rector de  
Extensión de la Universidad de la República. Profesor Agregado  
del Área de Extensión del Departamento de Ciencias Sociales  
de la Facultad de Veterinaria. Docente de la maestría de Desar-  
rollo Sustentable de la Facultad de Agronomía. Universidad de  
la República.

**Diseño gráfico:** Augusto Giusti



Mercedes 1673 - Montevideo - Uruguay  
Tel.: (598) 2400-38-08 / 2403-03-32  
E-mail: [info@psicolibroswaslala.com](mailto:info@psicolibroswaslala.com)  
[www.psicolibroswaslala.com](http://www.psicolibroswaslala.com)



**Salud Comunitaria y Sociedad**

ISSN: 1688-7972 Volumen 2 - N° 2

Diciembre 2012

## Sumario

<b>Editorial</b>	<b>2</b>
Ana Kemayd – Raquel Palumbo	
<b>Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil</b>	<b>4</b>
Márcia Cançado Figueiredo – Cristina Maria Silveira Boaz – Fabiana Kapper Fabricio – Louise de Cássia Ferreira Bertoli – Taciana Ferronato	
<b>Primer consulta odontológica, cuándo y por qué</b>	<b>14</b>
Ma. Teresa Almaraz – Beatriz Ferreira – Beatriz Vigo	
<b>Equipos de salud familiar: Una Estrategia para la Comprensión Integral del Proceso Salud Enfermedad y el Derecho a la Salud</b>	<b>24</b>
Humberto Jure – María Beatriz Ciuffolini – Marisa Susana Didoni	
<b>Para pensar la desafiliación estudiantil durante el año de ingreso a la Universidad de la República Un aporte desde la Psicología</b>	<b>33</b>
Sandra Carbajal	
<b>Ensayo: Aportes para una construcción integral en salud</b>	<b>48</b>
Dulcinea Cardozo – Gabriela Meerhoff – Pablo Pereira – Rosario Ruétalo	
<b>Hacia la definición de los criterios de inserción en el Programa Apex-Cerro</b>	<b>68</b>
Rafael Vairo Brascesco	
<b>VI Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur: misión bien cumplida y estímulo para seguir avanzando</b>	<b>74</b>
Francisco Morales Calatayud	
<b>Normas de publicación Revista arbitrada: APEX Cerro</b>	<b>78</b>
Laura Arispe – Nicolás Brum	
<b>Índice de Autores</b>	<b>85</b>

Las imágenes que ilustran este número son fragmentos de cuadros con motivos afro americanos de artistas haitianos y brasileros.

## ·EDITORIAL·

**N**uevamente usted tiene entre sus manos la Revista IT, publicación periódica centrada en la Salud Comunitaria, editada por el Programa APEX, de la Universidad de la República (UdelaR).

Este número contiene diversos artículos, que nos ofrecen un amplio abanico en relación a la salud comunitaria en Latinoamérica; multiplicidad que responde no sólo a la diversa procedencia de autores y experiencias, sino fundamentalmente al espíritu de la publicación, buscando desde su propia concepción trascender saberes disciplinarios, rompiendo estereotipos y fronteras que nada tienen que ver con nuestra concepción de salud.

Si bien el contenido de cada artículo es responsabilidad exclusiva de sus autores, asumimos el compromiso ético político como integrantes de un Programa Universitario de realizar los procedimientos necesarios para garantizar la pertinencia académica de la temática aquí publicada.

En este segundo ejemplar encontraremos ensayos, reflexiones, construcciones teóricas y resultados de investigaciones. Valoramos el aporte que desde la academia, los mismos realizan para una construcción integral en salud.

Francisco Morales Calatayud comparte memorias y resonancias sobre el VI Congreso Multidisciplinario de Sa-

lud Comunitaria del Mercosur, realizado en Montevideo (Uruguay) en setiembre de 2011, que estuvo enfocado a los determinantes sociales de la salud y su relación con la salud de las comunidades en el contexto de las realidades actuales de los países de la región. Desde su título valora el desarrollo del mismo, como *“misión bien cumplida y estímulo para seguir avanzando”*.

Rafael Vairo reflexiona sobre el proceso de definición de los criterios de inserción en el Programa APEX–Cerro, en el contexto de la segunda reforma de la Universidad de la República, la integración de las funciones de enseñanza, investigación y extensión y curricularización de esta última.

Cardozo, Meerhoff, Pereira y Ruétalo, de Unidades de Extensión del Área Salud de la UdelaR, nos acercan las reflexiones y discusiones que se originaron en el Primer Curso sobre “Integralidad en Salud”, espacio de intercambio y producción de conocimiento sobre salud integral.

Desde la Universidad Federal de Río Grande, Brasil, un equipo nos describe el perfil de pacientes con necesidades especiales atendidos en la Facultad de Odontología de dicha institución.





Almaraz, Ferreira y Vigo aportan datos en relación a cuándo y por qué se realiza la primera consulta odontológica.

Jure, Ciuffolini y Didoni, desde su artículo, *Equipos de salud Familiar: una estrategia para la comprensión integral del proceso de salud enfermedad y el derecho a la salud*, promueven una revisión de la estrategia de APS, en la teoría y en la práctica, de manera de ver cómo las acciones pueden acercarse a las necesidades de salud de la comunidad.

Carbajal comunica parte de los resultados de su tesis de maestría, en relación a la desafiliación estudiantil durante el año de ingreso en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Desde la editorial tenemos la certeza de que, iniciativas como éstas, nos enriquecen posibilitando la problematización de nuestras prácticas incitándonos a la reflexión. Y es desde ese lugar que reiteramos la invitación a todos los colectivos a seguir sumándose a IT. De todas y todos depende que ésta sea una instancia más hacia la evolución positiva de nuestras prácticas. Parafraseando a Rebellato, la invitación es, a que nos unamos a globalizar la solidaridad, en este caso, compartir la riqueza que implica el trabajo directo con la comunidad.

Ana Kemayd  
Raquel Palumbo

## Perfil dos pacientes com necessidades especiais atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

The characteristics of disabled people attended on the Dentistry School of the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

*Márcia Cançado Figueiredo  
Cristina Maria Silveira Boaz  
Fabiana Kapper Fabricio  
Louise de Cássia Ferreira Bertoli  
Taciana Ferronato*

**Palavras chaves:** Assistência Odontológica, Pessoas com Deficiência, Anamnese, Síndrome, Saúde.

**Key words:** Dental care, Disable Persons, Medical History Taking, Syndrome, Health.

### Resumo

Foi realizada avaliação do perfil de pacientes com necessidades especiais acompanhados no período de 1999 a 2009 pela Disciplina de Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande Sul. Foram detectadas as condições de saúde mais prevalentes, assim como os procedimentos odontológicos mais realizados. Compararam-se os achados do presente estudo com a conduta adotada pelos diversos autores consultados na literatura e verificou-se que a condição bucal do paciente está também relacionada com seu diagnóstico médico, medicamentos utilizados e nível sócio-econômico-cultural. Por possuírem, em sua maioria, problemas de motricidade e inteligência, estes pacientes têm maior frequência de doenças bucais como cárie e periodontite. A situação bucal dos pacientes especiais avaliados não foi considerada aceitável, principalmente por dificuldade de higiene bucal e pouco esclarecimento dos cuidadores em relação aos cuidados odontológicos.

### Abstract

An evaluation of patients profile with special needs attended in the period 1999 to 2009 by the Department of Dental Care to Patients with Special Needs, School of Dentistry, Universidade Federal do Rio Grande Sul was made. The health conditions more prevalent were detected, as most dental procedures performed. We compared the findings of this study with the procedure adopted by several authors in the literature and we found that the oral condition of the patient is also related to their medical diagnosis, medication and socio-economic and cultural level. Because they have, for




the most part, problems of motion and intelligence, these patients have higher frequency of oral diseases as caries and periodontitis. The oral status of special patients assessed was not acceptable, mainly due to difficulty in oral hygiene and little explanation to the caregivers in relation to dental care.

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.

### Introdução

**S**egundo dados da WHO de 2001, 10% da população mundial é constituída por indivíduos portadores de necessidades especiais. Esse grupo de pacientes engloba aqueles com deficiência mental, deficiência física, anomalias congênitas, distúrbios comportamentais, transtornos psiquiátricos, distúrbios sensoriais e de comunicação (Haddad, 2007). As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc. A definição de pessoa que tem “necessidades especiais” abrange também aqueles que são economicamente ou socialmente prejudicados e discriminados. Essa população especial inclui: indivíduos incapa-



citados, mutilados, deficientes físicos e mentais; indivíduos institucionalizados, desabrigados e indigentes; sem terra; presos; trabalhadores rurais ou imigrantes; alguns grupos de pacientes idosos; portadores do vírus HIV; imigrantes não documentados; indivíduos que não falam a língua do país; indivíduos de nível socioeconômico baixo; indivíduos que moram isolados.

Nem sempre uma necessidade especial pode ser identificada pelo aspecto físico, sendo assim, o cirurgião-dentista deve realizar anamnese minuciosa a fim de detectar possíveis alterações e assim proporcionar atendimento odontológico integral e seguro (Varellis, 2005). É importante destacar que “especial” não diz respeito apenas ao indivíduo mal formado; o aspecto de normalidade pode disfarçar doenças sistêmicas crônicas, que requerem adequação do tratamento odontológico. Ninguém porta uma necessidade, mas sim, é portador de uma doença ou deficiência que o leva a ter uma necessidade especial em vários aspectos do todo de que é composto (Varellis, 2005). Dessa forma, há a necessidade de individualização na abordagem e plano de tratamento, sendo cada caso único, com características peculiares, ainda que a moléstia de base seja a mesma.

Pelas diversas peculiaridades referentes ao atendimento de pacientes especiais, atualmente, no Brasil, o atendimento odontológico a essa população, muitas vezes, limita-se a instituições, onde o cirurgião-dentista, em raros casos, integra uma equipe multidisciplinar e desempenha importante papel na manutenção e melhoria da qualidade de vi-

da desses pacientes. Como não teve, no curso de graduação, a oportunidade de conhecer e vivenciar esse tipo de atendimento, a maioria dos profissionais prefere não atendê-los em âmbito privado e público (Haddad, 2007), encaminhando-os a centros de referência já saturados. Além disso, não é incomum não saberem a quem indicar, devido à escassez de profissionais preparados para atender a demanda de pacientes com necessidades especiais em nosso país.

No Brasil, o número de especialistas, segundo o Conselho Federal, é de 401 em todo o país. Essa falta de capacitação profissional e grupos de estudo que discutam métodos facilitadores de prevenção e tratamento odontológico voltados para esses pacientes soma-se a outras problemáticas que tornam o número de atendimentos muito baixo. A falta de informação aos responsáveis e de comprometimento com o tratamento, juntamente com a falta de acessibilidade (que incluem barreiras arquitetônicas) contribuem para que apenas 3% (Who, 2001) dessa população tenha acesso aos serviços odontológicos dos quais tem necessidade.

Com vista nas peculiaridades do atendimento a pacientes especiais que vai desde o manejo ao tratamento, além da integralidade, o objetivo desse trabalho é informar os profissionais da área de saúde dos aspectos mais importantes no que tange, principalmente, ao cuidado odontológico, traçando o perfil do atendimento e dos pacientes com necessidades especiais acompanhados pela Disciplina de Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia



da Universidade Federal do Rio Grande Sul no período de 1999 a 2009, destacando os seguintes itens:

1. Perfil sócio-econômico-cultural.
2. Diagnóstico ou descrição da condição especial do paciente feito pelo médico.
3. Condições de saúde associadas ou não à situação especial de acordo com laudo médico.
4. Condições de saúde bucal.
5. Tratamento odontológico recebido.

### Desenvolvimento

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal retrospectivo, a partir de dados coletados de prontuários de pacientes da Disciplina de Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, referentes ao período de 1999 a 2009.

A disciplina atende pacientes de livre demanda, provenientes de Porto Alegre e outras regiões, que procuram a Universidade para atendimento odontológico ambulatorial. Além desses, são atendidos pacientes encaminhados das Unidades Básicas de Saúde, através do SUS – Sistema Único de Saúde, para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em funcionamento na Faculdade.

Os Centros de Especialidades Odontológicas fazem parte de uma série de ações em saúde bucal (Projeto Brasil Sorridente). Esta política objetiva a redução das desigualdades, inclusão social, promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para

a saúde geral e a qualidade de vida da população. A Faculdade de Odontologia da UFRGS mantém convênio com o Projeto, juntamente com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e oferece, mediante encaminhamento via Unidades Básicas de Saúde, tratamento em nível de especialidades, dentro dos quais se enquadra o Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais.

De acordo com os dois modelos de prontuários, foi feita a coleta de dados a partir de tabelas construídas pelos pesquisadores (Tabela A) a fim de que as informações fossem padronizadas. Essa tabela continha as informações necessárias para conhecimento da população dos pacientes, nos permitindo traçar o seu perfil e fazer uma análise comparativa de alguns dos dados.

Avaliaram-se fatores sócio-econômicos através de informações referentes à escolaridade e renda familiar. Além disso, foram levantados os aspectos de saúde, com as características individuais de cada paciente, observando-se qual a síndrome ou alteração de normalidade, juntamente com características específicas, como os medicamentos utilizados, as necessidades e o tipo de tratamento recebido para a saúde bucal.

Nome:	Nascimento:
Nome do Pai:	
Profissão:	Escolaridade:
Nome da Mãe:	
Profissão:	Escolaridade:
Renda familiar:	Município:
Doença/Síndrome:	
Medicação:	
Tratamento odontológico:	

Tabela A: Informações gerais do paciente

Os dados foram tabulados com auxílio do programa Excel, expressos na forma de frequência simples e relativa em gráficos.

A população em estudo foi composta por um total de aproximadamente 850 usuários atendidos no período de 1999 a 2009. O principal critério de exclusão foi a ausência de informações necessárias das questões em estudo, tais como dados de anamnese, não atendimento odontológico (apenas primeira consulta ou ausência de laudo médico que autorize a realização do atendimento, por exemplo), mau preenchimento das necessidades e do tratamento realizado.

Tendo satisfeito os critérios impostos como primordiais para a realização da pesquisa, os dados dos pacientes foram computados e o perfil dos pacientes e suas principais características foi traçado totalizando um universo de 584 pacientes.

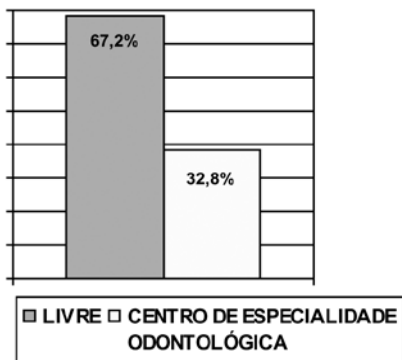


Figura 1: Total de pacientes de acordo com a procedência (n=584)

No presente estudo, de um total de 584 pacientes, 191 foram encaminhados ao ambulatório da Faculdade para

o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 393 provindos de livre demanda (Figura 1). Em relação ao gênero, observou-se maior frequência do sexo masculino em relação ao feminino como demonstrado na Figura 2. A faixa etária dos pacientes variou de 2 a 68 anos.

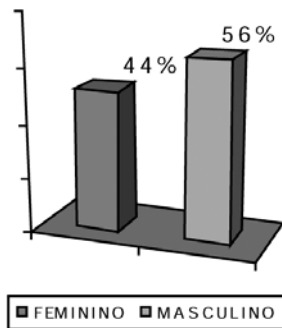


Figura 2: Divisão dos pacientes de acordo com o gênero

Na análise do fator sócio econômico desta população, verificou-se um baixo nível de escolaridade e de renda familiar dos pais dos pacientes, como demonstram as Figuras 3 e 4.

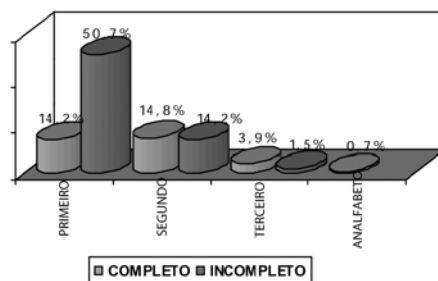


Figura 3 – Grau de escolaridade dos cuidadores dos pacientes. (n=393)

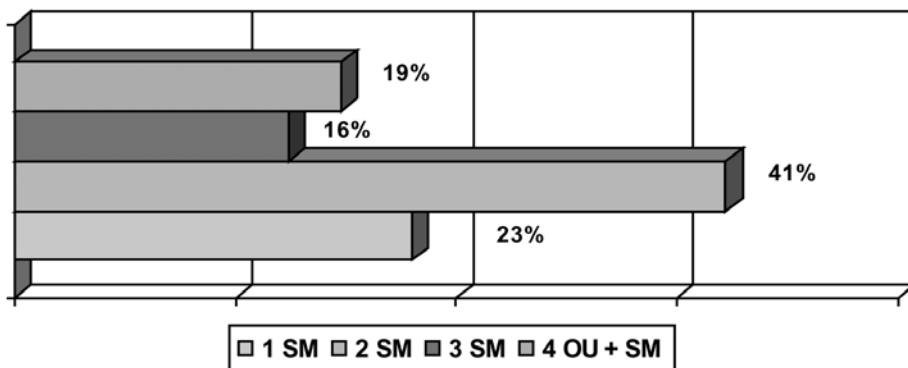


Figura 4 – Renda familiar em salários mínimos (SM). (n=393)

Entre estes pacientes observaram-se as síndromes e/ou condições sistêmicas de que eram portadores, dentre as quais se optou por trabalhar com as mais frequentes que incluem: Retardo de Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor (DNPM), Epilepsia, Síndrome de Down, Cardiopatias e Autismo. A distribuição de cada síndrome dentro do número total da amostra é observada na Figura 5.

Além destas síndromes e/ou alterações de normalidade, pôde-se observar muitas outras, como Síndrome de West, Síndrome de Smith Lemli Optiz, Hiperatividade, Esquizofrenia, SIDA, entre outros, que não serão abordados no presente estudo por não terem frequência significativa na população avaliada. O fato de um paciente ser portador de determinada necessidade especial, não exclui a possibilidade de apresentar alguma outra característica. As dife-

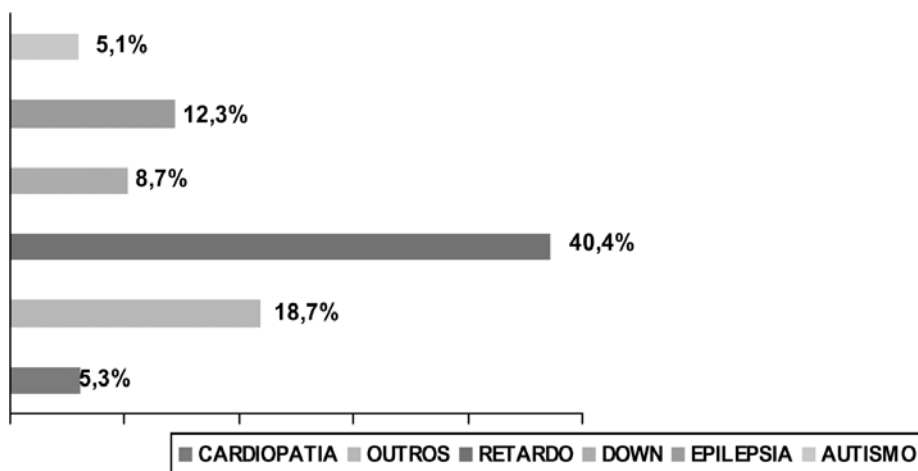


Figura 5 – Distribuição das Síndromes e/ou alterações de normalidade. (n=584)

rentes necessidades foram computadas separadamente, podendo um paciente pertencer a mais de um grupo. Entre as associações decidiu-se trabalhar apenas com Síndrome de Down e Cardiopatias, além de Retardo de DNPM e Epilepsia pela frequência em que aparecem na amostra estudada (Figura 6).

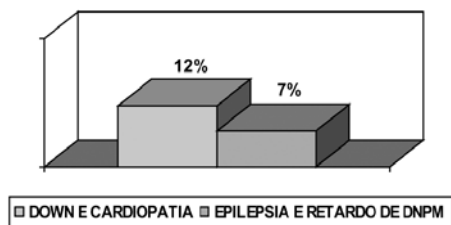


Figura 6 – Porcentagem da associação entre Síndrome de Down com Cardiopatias e do Retardo de DNPM com Epilepsia. (n=584)

Entre os procedimentos mais executados em clínica durante o período analisado estão em 54% Exodontia (Extração dentária), 22% o Tratamento Restaurador Atraumático (Remoção do tecido cariado utilizando apenas instrumentos de cortantes manuais) e 15% tratamento de gengiva e periodonto. Procedimentos de Dentística (Restaurações com Resina Composta) e Endodontia (Tratamento de Canal) são os procedimentos menos frequentes, aparecendo com 7% e 2% respectivamente.

Na análise dos medicamentos utilizados por esse grupo de pacientes, pôde-se verificar a maior frequência de uso de Anticonvulsivantes, seguidos de Antipsicóticos, Tranquilizantes e Antidepressivos. Outros fármacos como Hipotensores e Anti-Colinérgicos são utilizados em menor escala como mostrado na Figura 7.

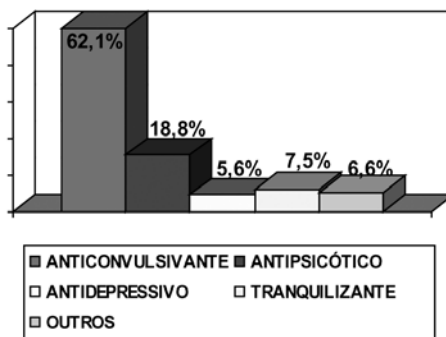



Figura 7 – Prevalência de fármacos.

### Conclusões

Sabe-se que o atendimento odontológico aos pacientes especiais, na rede pública de saúde, é prejudicado por fatores como situação sócio-econômica baixa, necessidade de grandes deslocamentos, dificuldade de transporte, tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação paralelos ao tratamento odontológico, predisposição que esses pacientes têm de adoecer, associados à falta de compreensão, interesse e resistência dos pais sobre a importância da saúde bucal (Ravaglia, 1997; Couto *et al.*, 2001). Estes fatores podem justificar nossos achados que confirmaram forte relação entre o baixo nível de escolaridade (50,7% têm 1º grau incompleto), renda familiar (41% vivem com 2 salários mínimos) dos responsáveis pelos pacientes especiais e as condições de saúde bucal encontradas.

Tomita e Fagoteb (1999), quando analisaram um Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais, na cidade de Bauru verificaram um baixo nível de escolaridade paterna e materna, já que 21,9% dos pais e 17% das mães não estudaram e 51,2% dos



pais e 43,9% das mães não completaram o primeiro grau e o índice de placa dos pacientes era elevado. Segundo os autores, estes dados são sugestivos para correlacionar o alto índice de placa dos filhos especiais com uma menor escolaridade de seus cuidadores.

A maior frequência de nascimentos de pacientes com necessidades especiais ocorre nos países em desenvolvimento, onde há mais desnutrição, doenças infecciosas e deficiência no atendimento médico. Em países mais desenvolvidos, a incidência de Epilepsia, por exemplo, é de aproximadamente 1%, subindo para 2% em nações menos desenvolvidas (Liga Brasileira de Epilepsia, 2009). Costa *et al.* (2007) relata em seu estudo que características socioeconômicas contribuem ou determinam as condições de acesso desta clientela aos serviços odontológicos e estima que dois terços das famílias atendidas em instituições sejam de baixa renda.

Em se tratando de avaliar as complicações advindas da evolução de cada síndrome e/ou alteração sistêmica, o Retardo de DNPM foi o mais prevalente no diagnóstico de nossos pacientes (40,4%). Este resulta de uma alteração na estrutura cerebral provocada por fatores genéticos, metabólicos, infecciosos ou traumáticos, podendo ser provocada na vida intra-uterina, ao nascimento ou na vida pós-natal. Pode ser acompanhado de deficiência física, pois os mesmos fatores etiológicos podem lesar outras áreas do sistema nervoso. Nossos achados corroboram com os encontrados por Sampaio, César e Martins (2004) que avaliaram 161 pacientes dos quais 58 apresentavam problemas ou desvios

de inteligência. Também concordam com os achados de Gupta, Chowdhury e Sarkar (1993), que ao examinarem 1.042 pacientes especiais entre 3 e 14 anos, com diferentes tipos de deficiência, observaram que um maior número deles apresentavam retardo mental, seguidos respectivamente de paralisia cerebral, epilepsia, deficientes físicos e Síndrome de Down.

Deste modo, de acordo com os dados encontrados nesta pesquisa, pode-se afirmar que:

1. Não há diferença significativa entre os sexos uma vez que 56% são homens e 44% mulheres.
2. A maior parcela das famílias dos pacientes especiais tem como rendimento mensal 2 salários mínimos.
3. Cerca de metade dos pais/cuidadores dos pacientes especiais estudados tem o primeiro grau incompleto.
4. Retardo do Desenvolvimento Neuro-Psico-Motor, Epilepsia, Síndrome de Down, Cardiopatias e Autismo são as condições mais frequentes na população analisada.
5. Entre as condições associadas, 7% da população em análise possui Retardo de DNPM e Epilepsia e 12% Síndrome de Down e alguma Cardiopatia.
6. O tratamento mais realizado nos pacientes especiais, no período estudado, foi a extração dentária, seguido de tratamento restaurador atraumático.

7. Anticonvulsivantes são utilizados por 62,1% dos pacientes estudados.
8. A condição de saúde bucal dos pacientes avaliados não pode ser considerada como aceitável e/ou ideal.

## Bibliografia

- Amorm, L. F. P.; Pires, C. A. B.; Lana, A. M. A.; Campos, A. S. y Aguiar, R. A. L. P. *Apresentação das cardiopatias congênitas diagnosticadas ao nascimento: análise de 29,770 recém-nascidos*. J. pediatr, Rio de Janeiro, 84(1): 83-90, Jan.-Feb. 2008.
- Cancino, C. M. H. et al. Odontologia para pacientes com necessidades especiais—percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes. *Rev. Odont. Acad. Tiradentes Odont.* (n.4): 47-77, 2005.
- Carvalho, E. M. C. y Araújo, R. P. C. A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. *Pesq Bras Odontoped Clin Intgr. João Pessoa*, v. 4. (n.1): 65-75, jan./abr. 2004.
- Costa, M. H. P.; Costa, M. A. B. T. y Pereira, M. F. Perfil clínico-epidemiológico de Pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde, Brasília*, v. 18 (2): 129-139. 2007.
- Couto, G. B. L.; Garcia, E. B.; Maranhão, U. F. y Vasconcelos, M. M. V. B. Avaliação do perfil de pacientes infantis atendidos sob anestesia geral. *Rev. ABO Nacional*. v. 9. (n. 4): 221-7, 2001.
- Dym, H. *Atlas de Cirurgia Oral Menor*. São Paulo: Santos, 2004.
- Elias, R. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Liv. Santos, 2007.
- Fourniol, A. F. *Pacientes especiais e a odontologia*. Sao Paulo: Liv. Santos, 1998.
- Frencken, J. E.; Van't Hof, M. A.; Van Amerongen, W. E. y Holmgren, C. J. Effectiveness of Single-surface ART Restorations in the Permanent Dentition: A Meta-analysis. *J Dent Res* 83(2): 120-123, 2004.
- Gupta, D. P.; Chowdhury, R. y Sarkar, S. Prevalence of dental caries in handicapped childrens of Calcutta. *J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent.* v. 1: 23-7, 1993.
- Haddad, A. S. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Liv. Santos, 2007.
- Liga Brasileira de Epilepsia. Disponível em: <[http://www.epilepsia.org.br/epi2002/show\\_tema.asp?tema=10](http://www.epilepsia.org.br/epi2002/show_tema.asp?tema=10)>. Acesso em 14/11/2009.
- Marconi, J. (1976). Alcoholismo. En Armijo Rojas, R. *Epidemiología; Volumen II Epidemiologia aplicada*; Capítulo 10 “Salud Mental”. Buenos Aires: Inter-Médica.
- Medipédia, Conteúdos de Saúde. Disponível em: <<http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=enciclopedia&action=topic&search=14>>. Acessado em 13/10/2009.
- Orsati, F. T.; Macedo, E. C. Avaliação Psicológica em Pacientes com Paralisia Cerebral Grave. In: Alexal Sennyey; Fernando C. Capovilla; José M. Montiel. (Org.). *Transtornos de aprendizagem-da avaliação à reabilitação*. São Paulo: *Artes Médicas*, v. 1: 47-53, 2008.
- Parry, J. A.; Harrison, J. E. y Barnard, K. M. Recognizing and caring for the medically compromised child: 1 disorders of the cardiovascular and respiratory systems. *Dent Update*, 25 (8): 325-31, oct 1998.
- Pereira, F. P. et al. Assistência odontológica em pacientes com Síndrome de Down portadores de alterações cardíológicas. *Anais da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO*, Resumo Pic -049, 2008.
- Ravaglia, C. El problema de la salud bucodental de los pacientes discapacitados y especiales en América Latina. *Revista Fola/Oral* v. 9: 162-5, 1997.
- 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.
- Sampaio, E. F.; César, F. N. y Martins, M. G. A. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. *RBPS*, v. 17. (n. 3): 127-134, 2004.
- Shafer, S. L. (2009). Carta dirigida a los lectores de Anesthesia & Analgesia. <http://www.aeditor.org/HWP/Retraction.Notice.pdf>
- Silveira, J. O. L. y Souza, M. A. L. Aspectos odontológicos em pacientes excepcionais. *Atual Odontologia Bras*, v. 3. (n. 5): 73-9, 1986.
- Sprovieri, M. H. S.; Assumpção J. R, F. B. Dinâmica Familiar de Crianças Autistas. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, v. 59 (2-A): 230-237. 2001.
- 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](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_m_005.pdf)
- Toledo, O. A. *Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica*. 3ª ed. São Paulo: Editorial Premier, 2005.
- Tomita, N. E. y Fagoteb, B. F. Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais. *Odontologia e Sociedade v. 1*. (n. ½): 45-50, 1999.
- Van't Hof, M. A.; Frencken, J. E.; Wim, H.; Helderman, P. y Holmgren, C. J. The Atraumatic Restorative Treatment (ART) approach for managing dental caries: a meta-analysis. *International Dental Journal, Nijmegen, the Netherlands*. (56): 345-351. 2006.
- Varellis, M. L. Z. *O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual práctico*. São Paulo: Liv. Santos, 2005.
- Wannmacher, L. y Ferreira, M. B. C. *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 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
- Wolf, H. F. y Edith, M.; Klaus, H. R. *Periodontia*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- World Health Organization Report, 2001. Health Systems: Improving Performance. de Atención Médica. *Instituto Provincial de Atención Médica* (Publicación interna), Córdoba.

## Primera consulta odontológica, cuándo y por qué

First visit to the dentist, when and why?

*Ma. Teresa Almaraz  
Beatriz Ferreira  
Beatriz Vigo*

**Palabras claves:** Odontología Comunitaria, Atención Dental para Niños, Educación en Odontología.

**Keywords:** Community Dentistry, Dental Care for Children, Education Dental.

### Resumen

El presente trabajo, realizado en centros educativos preescolares de la ciudad de Montevideo, planteó obtener información sobre cuándo se realiza la primera consulta odontológica de niñas y niños, y el por qué de la misma, a través de los siguientes objetivos: - Determinar la edad, en que niñas y niños preescolares de 0 a 5 años concurren a su primera visita odontológica. - Conocer el motivo de esta primera consulta.

**Metodología:** se seleccionaron ocho centros educativos pre-escolares de la ciudad de Montevideo, cuatro pertenecientes a la zona del Cerro de Montevideo, y cuatro representando otras zonas de la capital. Se utilizó un protocolo de encuesta de tipo estructurada confeccionada por el equipo de trabajo, el cual se calibró a tales efectos.

Se realizó un estudio de tipo observacional-transversal, mediante la metodología investigación-acción participativa.

La encuesta se realizó a padres y tutores de niñas y niños que concurren a los centros educativos preescolares seleccionados, a fin de registrar la información en referencia a los datos que plantea la investigación, y posteriormente se les brindó información sobre la importancia de la primera consulta odontológica y su oportunidad.

**Resultados:** este estudio determinó que el 65% del universo observado tuvo consulta odontológica, de los cuales el 39% lo realizó antes del primer año de vida y en el 93%, el motivo de la misma fue el control odontológico.

### Abstract

The objectives of this in a research done in preschool educative centers from the city of Montevideo were: - To obtain data about when and why the first visit to the dentist takes place, - To determine the age that preschool children between 0 and 5 years old attend their first visit to the dentist, - To know the reasons of the first visit.



**Methodology:** eight educational preschool centers from Montevideo were selected: 4 from Cerro neighborhood and four representing other areas of the main city.

A protocol of structured survey was used, designed by the elaboration and implementation team comprised by trained and calibrated members. A study of cross-sectional observational, using the methodology research-participatory-action. The survey was done with the parents and tutors of the children who attend to the preschool educative centers selected in order to register the information in reference to the data that the investigation raises.


Then, information is given back about the importance of the first visit to the dentist and its timing.

**Results:** this study found that 65% of the dental practice was observed universe, of which 39% was made before the first year of life and 93% the reason for consultation was the dental control.

### Fundamentación y antecedentes

**N**umerosas investigaciones han demostrado que la estrategia de mayor impacto en Odontología debe apuntar a la implementación de programas educativo - preventivo - asistenciales, con énfasis en la protección promoción de la salud y prevención, integrando controles periódicos de salud. Si bien estos programas, en algunos centros y comunidades del Uruguay, se vienen implementando desde hace años, todavía gran parte de la población padece enfermedades bucales, sin haberse alcanzado varias de las metas preconizadas por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (Fdi/Who1, 1982).





Según el Programa Nacional de Salud Bucal (PNSB) del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.)-Uruguay, en nuestro país, las patologías bucales prevalentes no están cuantificadas (Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Bucal-PNSB-MSP, 2008).

Tomás Seif, en su libro *Cardiología*, cita al texto *Principios internacionales de Ética para la profesión dental*: donde se determina que: “El odontólogo tiene la obligación de trabajar constantemente por el progreso de la ciencia odontológica a favor del paciente, la Comunidad y la Profesión”, y luego establece, “El deber primordial del odontólogo es proteger la salud de sus pacientes” (Seif, T., 1997).

La experiencia nos ha demostrado que los niños acceden tarde a la Odontología, pero esto también podría interpretarse como que, en realidad es la Odontología la que llega tarde a la población. Es relevante preguntar: ¿cuándo la Odontología debe comenzar con la aplicación de programas educativo-preventivos? Si tenemos presente que el principal objetivo de la Odontología es proteger, promover y mantener la salud buco-dental, evitando la instalación de la enfermedad, la respuesta es: se debe comenzar desde etapas tempranas de la vida, con la implementación de programas educativo-preventivos-asistenciales materno-infantiles, con énfasis en la protección y educación para la salud, con el fin de crear hábitos saludables y motivación positiva hacia la salud, a través de la democratización del saber, trabajando con la comunidad.

La educación para la salud busca la integralidad de las acciones enfatizando la concientización sobre el proceso salud-enfermedad e incentivando la participación popular en la búsqueda del mantenimiento de la salud con la expectativa de superar la dicotomía: curativo-restaurador vs. preventivo (Cañado de Figueiredo, M. y López Jordi, M. C., 2008).

Rita Navas y colaboradores establecen la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud bucal, que promuevan la participación de los padres en la adquisición de hábitos de higiene bucal en niños desde la edad preescolar, contribuyendo así a mejorar las condiciones de salud en estos grupos etáreos (Navas, P. R.; Rojas de Morales, T.; Zambrano, O.; Álvarez, C. J; Santana, Y., y Viera, N., 2002).

La condición natural del ser humano es estar sano. Si se ponen en marcha estrategias de acción que tienen por objeto la protección y promoción de la salud, la cantidad de personas sanas no sólo se mantiene estable sino que, por efecto multiplicador propio de la dinámica social aumenta (Saforcada, E. y Castilla Sarriera, J., 2008).

Los programas de educación para la salud deben iniciarse cuanto antes, ya que los hábitos que se instauran en estas edades van a beneficiar al individuo durante toda la vida (Cuenca Sala, E. y Baca García, P., 2005).

La implementación de programas educativos-preventivos-asistenciales deben, además del equipo técnico odontológico, involucrar a las familias, comunidades, promotores de salud, equipo de salud multidisciplinar con-

tribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas a las cuales va dirigida. Se recomienda que estos programas se inicien lo más precozmente.

En el entendido de que el objetivo de la Odontología es la salud buco-dental de la población, y entendiendo a ésta como un componente indisoluble de la salud general, es evidente que debemos conocer e investigar el contexto en el cual estamos trabajando para poder comprenderlo, buscando entre todos la solución a la dialéctica del proceso salud-enfermedad, así como los componentes socio-económico-culturales y ambientales donde se produce (Almaraz, M. T.; Carvalho, A. y Muñoz, A., 2004).

Es la investigación la que alimenta la actividad de enseñanza y la actualiza

frente a la realidad del mundo. O sea, nada puede ser intelectualmente un problema sino hubiera sido en primer lugar un problema de la vida práctica (De Souza Minayo, M. C., 2003).

El trabajo de investigación realizado en niñas y niños que concurren a centros educativos preescolares busca obtener información que permita insumos para responder la pregunta: ¿cuándo se realiza la primera consulta odontológica en Montevideo-Uruguay, y cuál es el motivo de la misma?

Por lo antedicho, en el presente trabajo se trató de relevar dicha información, pues no se han encontrado datos referenciales publicados del Uruguay. Se considera esta información de suma importancia a la hora de realizar la planificación de programas integrales de salud.



## Objetivos

- ✓ Determinar a qué edad niñas y niños preescolares de 0 a 5 años concurren a su primera visita odontológica.
- ✓ Conocer el motivo de esta primera consulta, de acuerdo a un patrón preestablecido.

## Método

Se trata de un estudio de tipo observacional-transversal en ocho centros educativos preescolares, con niñas y niños entre 0 a 5 años de edad de la ciudad de Montevideo (Fig.1). Se realizó una investigación-acción-participativa. Seis de los centros de educación inicial se sitúan en zonas periféricas de la ciudad, son estatales y cuentan con un turno diario matutino o vespertino. Los restantes dos se encuentran en la zona céntrica de la capital, son privados, contando con doble horario de asistencia de los niños a los mismos.

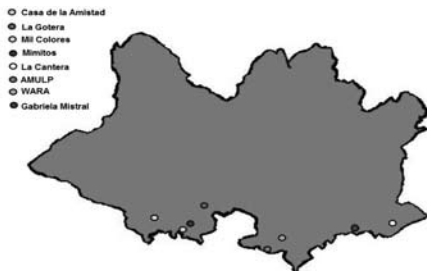


Fig. 1

Para la recolección de datos se realizó una encuesta de tipo estructurada a un universo de madres, padres y/o tutores, de 245 niñas y niños de 0 a 5 años de edad, que concurren a los centros educativos preescolares seleccionados.

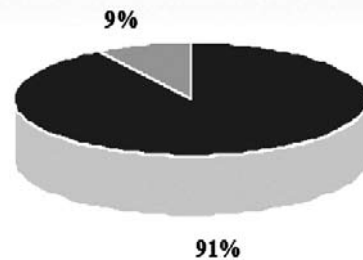
Los datos fueron registrados en un formulario que fue utilizado en forma rutinaria desde las instancias de calibración del equipo de trabajo. Posteriormente a padres y tutores se les brindó información sobre la importancia de la consulta odontológica y de realizarla en forma temprana en la vida de sus hijos.

De acuerdo a la metodología de investigación-acción-participativa se realizaron charlas educativas sobre higiene buco-dental a los niños, sus maestras, personal del centro educativo y también en algunos centros a los padres.

## Resultados

Se realizaron 245 encuestas, a padres o tutores, del universo encuestado, obtuvimos los siguientes valores para asociar a nuestros objetivos:

- ✓ De las entrevistas realizadas, 91% (222) fueron contestadas por familiares directos, y 9% (23) por otros referentes familiares de los niños (Gráf. 1).



Gráf. 1

- ✓ Del total de las niñas y niños de la investigación el 65%, o sea 159 presentaron antecedentes de haber consultado al odontólogo, el 35% restante o sea 86 no había tenido consulta odontológica a la

fecha de realizada este estudio (Gráf. 2).

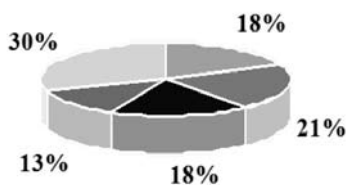


Gráf. 2

### Edad de la primera consulta odontológica

Se le preguntó a los familiares de los 159 niños y niñas que consultaron al odontólogo, *¿a qué edad realizaron su primera consulta?* (Gráf. 3)

El 18% concurrió a la primera consulta, entre el nacimiento y los 6 meses, antes del año lo realizaron el 39% del universo consultado, antes de los 2 años el 70% había tenido su primera consulta, después de los 2 años lo realizó el 30% restante.

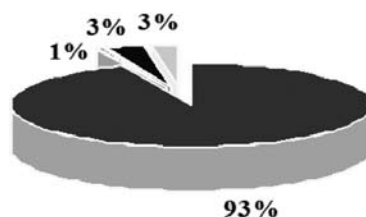


1	0 A 6 MESES	29 NIÑOS	18%
2	7 A 12 MESES	33 NIÑOS	21%
3	13 A 18 MESES	28 NIÑOS	18%
4	19 A 24 MESES	21 NIÑOS	13%
5	MAS DE 24 MESES	48 NIÑOS	30%

Gráf. 3

### Motivo de la primera consulta odontológica

Se determinaron cuatro parámetros para evaluar el motivo de la primera consulta odontológica: control, dolor, traumatismos y otros (Gráf. 4):



CONTROL	1	149 NIÑOS	93 %
DOLOR	2	1 NIÑO	1 %
TRAUMAT	3	5 NIÑOS	3 %
OTROS	4	4 NIÑOS	3 %

Gráf. 4

De los 159 niños, concurrieron por control la gran mayoría el 93%, por traumatismos y otros motivos de consulta 6%, y por dolor sólo un 1%.

### Discusión

Cuando el odontólogo dirige su mirada a la comunidad observa numerosas oportunidades para fomentar la salud bucal. El reto para todo dentista es ver más allá de su consultorio dental y realizar una valoración general de las necesidades de su comunidad, además de valorar la función que desempeña para fomentar la salud bucal de toda la comunidad (Cavalcanti, A. L.; Carvalho, L. F.; Pereira, L. L.; Medeiros, A.

D.; Valença, A. M. G.; Duarte, R. C., 2002).

Consultando bibliografías se han hallado estudios sobre la temática investigada:

- ✓ En un estudio realizado con 340 niños americanos, acompañados desde el nacimiento hasta los tres años de edad, se pudo constatar que apenas 2% de éstos habían recibido consulta odontológica antes de un año de edad, 11% a los dos años y 31% a los tres años (Slayton, R. L.; Warren, J. J.; Levy, S. M.; Kanellis, M. J.; Islam, M., 2002).
- ✓ En el trabajo realizado por el Dr. Alessandro Cavalcanti, publicado en el año 2002, a cirujanos dentistas consultados en cuanto a la época ideal de la primera consulta, la mayoría de ellos, 67,4%, recomienda como momento ideal el primer año de vida (Cavalcanti, A. L.; Carvalho, L. F.; Pereira, L.L.; Medeiros, A. D.; Valença, A. M. G.; Duarte, R. C., 2002).
- ✓ La población objeto del estudio realizado en el Ambulatorio Ángel de la Guarda de Humocaro Alto, Estado Lara, Venezuela, estuvo constituida por un total de 120 niños con edades comprendidas entre 2 y 6 años, que acudieron a consulta en 2006. El 73,75% de los niños estudiados nunca había visitado al odontólogo. Sólo 42 niños habían sido llevados alguna vez a la consulta odontológica (Fernández Ramos, M. I.; Ramos de Fernández, I. C., 2007).

- ✓ En el 2008, un total de 1.092 niños fueron examinados por Paulo Floriani Kramer et al, del total, 13,3% habían consultado al cirujano-dentista, y solamente 4,3% realizaron algún tipo de consulta odontológica antes del primer año de vida (Floriani Kramer, P.; Machado Ardenghi, T.; Ferreira, S.; De Almeida Fischer, L.; Cardoso, L. y Feldens, C. A., 2008).

De los datos recogidos y procesados en este estudio, en Montevideo-Uruguay, a 245 niñas y niños, en los años 2008 y 2009 se observa:

- ✓ a) El 65% (159) de ellos tuvieron consulta odontológica, entre el nacimiento y la edad del momento que se realizó la encuesta (0 a 5 años de edad); y el 35% (86) no había visitado al odontólogo.
- ✓ b) Un 39% (62), de los que consultaron lo hicieron antes del primer año de vida.
- ✓ c) El 31% (49), lo realizaron entre el primer y segundo año.
- ✓ d) El restante 30% (48), lo hizo luego de los dos años.

Se constató que el 35% de los niños que concurren a los centros educativos seleccionados no habían tenido al momento de la investigación su primera consulta odontológica.

Se observó que el 61% realizó la primera consulta odontológica luego del primer año de vida, lo cual en una concepción de protección, promoción y prevención de la Odontología, se considera como una consulta tardía. Estos porcentajes y cifras impactantes, confirman que un importante número de niños no han accedido al control odontológico en

su primer año de vida, donde el riesgo a enfermar es alto, lo cual representa un gran desafío para los odontólogos uruguayos, para poder cumplir con el objetivo de mantener la salud bucodental de los niños de nuestro país. Asimismo, reafirma la necesidad de implementar programas de protección, promoción, educación y prevención materno-infantiles y en preescolares: grupos priorizados por el Programa Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública (PNSB-MSP, 2011), donde la protección de la salud y la educación para la salud son imprescindibles para la incorporación de hábitos saludables que tendrán un alto impacto en su calidad de vida y la de su familia.

Una buena salud es la principal fuente de desarrollo personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida (PAHO, 2011).

Según la American Academy of Pediatric Dentistry, la primera visita del niño al consultorio dental debe realizarse a más tardar a los 12 meses de edad, para que el odontólogo pueda valorar la salud bucal, determinar el avance de problemas potenciales, como la caries por biberón y educar a los padres en la prevención de enfermedades dentales (AAPD, 1997).

En referencia al *motivo de la primera consulta*, en nuestra investigación, el resultado fue abrumador: el 93% lo hizo por control.

- ✓ En una entrevista estructurada realizada en 173 niños de 2-5 años por Mora, L. y Martínez, J. encontraron que un bajo porcentaje de los niños, (11%), ha asistido alguna vez al dentista; los

principales motivos de consulta referidos fueron: dolor, trauma, ó necesidad de sacar un diente por caries (Mora León, L. y Martínez Olmos, J., 2000).

- ✓ El estudio de patrones de lactancia en bebés, realizado en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, por Fernanda Nahás Pires Corrêa et al, donde participaron 129 niños de 0 a 36 meses, mostró que durante el primer año de vida acudieron al dentista 43%, siendo la prevención su principal motivo 65% (Nahás Pires Corrêa, F.; Aabanto Alvarez, J.; Jotta Maia, A. P.; Pinto e Carvalho Rezende, K. M.; Saads Carvalho, T.; Strazzeri Bönecker, M. J.; Nahás Pires Corrêa, N. S., 2010).

Finalmente, el presente trabajo, además de generar datos específicos, confirma la necesidad de insistir en la implementación de estrategias que tiendan a la atención precoz, para establecer una motivación positiva hacia la salud, generar hábitos saludables y un acercamiento a la Odontología para la salud, del niño junto a su familia, para poder así proteger y mantener la salud, generando individuos sin aprensión a la atención odontológica.

También reafirma la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario, transitando hacia la interdisciplina: ginecólogos, pediatras, maestros, educadores, psicólogos, equipo técnico administrativo odontológico, comunidad y demás profesionales de la salud que permita crear y fomentar hábitos saludables entre todos, por medio del proceso enseñanza-aprendizaje.

Se recomienda atender la necesidad de que la Odontología continúe trabajando en centros educativos preescolares, por sus características facilitadoras para el logro de la protección de la salud y de la prevención, logrando empatía entre la profesión y los niños, sus familias, el entorno educativo y la comunidad donde residen.

### Conclusión

Por lo tanto, después de realizar esta investigación, con la experiencia de trabajo en equipo odontológico y multidisciplinario con la comunidad en programas educativos - preventivos - asistenciales con énfasis en la protección, promoción y prevención con controles periódicos de salud mediante el proceso enseñanza-aprendizaje desde un Policlínico Odontológico Comunitario concluimos que:

- La primera consulta en odontología debe realizarse conjuntamente con la primera consulta al neonatólogo, en policlínica ambulatoria con el entorno familiar para poder así comenzar con la protección y la promoción de la salud, y poder proteger la salud buco-dental de nuestros niños desde el nacimiento, y acompañarlos transitando en salud con ellos, logrando así una salud en desarrollo.
- Se recomienda trabajar en equipo multidisciplinario, con la comunidad y el entorno educativo mediante la democratización e integración de saberes entre todos.
- Es de suma importancia para la protección de la salud odontológica realizar los controles periódicos de salud, que nos permitirán educar para la salud, no sólo a los niños, sino también a sus familiares y su entorno.

dicos de salud, que nos permitirán educar para la salud, no sólo a los niños, sino también a sus familiares y su entorno.

### Bibliografía

- AAPD. Infant oral health care. *Ped. Dent.*; 19: 70-72; 1997.
- Almaraz, M. T.; Carvallo, A. y Muñoz, A. Estudio de los primeros molares permanentes en niños y niñas de 5 a 12 años de la "Villa del Cerro"- Montevideo 1999-2002. *Supl. Rev. Prismas.* (111): 21-25. dic-2004.
- Cançado de Figueiredo, M. y López Jordi, M. C. Programas de salud implementados en centros educativos preescolares integrando el tratamiento restaurativo atraumático. *Odontostomatología del Uruguay. Vol. X* (10): 24. Junio 2008.
- Cavalcanti, A. L.; Carvalho, L. F.; Pereira, L.L.; Medeiros, A. D.; Valença, A. M. G. y Duarte, R. C. Primeira consulta odontológica: percepções dos cirurgiões-dentistas quanto ao período ideal. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê, Curitiba. Vol. 5, (27):* 420-424. 2002.
- Cuenca Sala, E.; Baca García, P. *Odontología Preventiva y Comunitaria Principios Métodos y Aplicaciones.* 3era. ed. Barcelona – España. 2005. Cap. 24: 451-468.
- De Souza Minayo, M. C. *Investigación Social. Teoría, método y creatividad.* Buenos Aires - Argentina: Lugar Editorial. 2003. Cap. 1:1-9.
- Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Bucal-Ministerio de Salud Pública, PNSB-MSP, Uruguay 2008: 17-19. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de noviembre de 2011]. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_1656\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_1656_1.html)
- Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Bucal-Ministerio de Salud Pública, PNSB-MSP, Uruguay: 2008: 25. [en línea] [Fecha de consulta: 3 de noviembre de 2011] Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_1656\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_1656_1.html)
- FDI/WHO. *Global goals for oral health in the year 2000.* *Int. Dent. J.* 1982; 32:74-7.



- Fernández Ramos, M. I.; Ramos de Fernández, I. C. Riesgo de aparición de caries en preescolares. *Acta Odontológica Venezolana*. Vol. 45, (2): 259-263. 2007.
- Floriani Kramer, P.; Machado Ardenghi, T.; Ferreira, S.; De Almeida Fischer, L.; Cardoso, L. y Feldens, C. A. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 24 (1): 150-156. jan-2008.
- Mora León, L. y Martínez Olmos, J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáy y Cartuja de Granada capital. *Atención Primaria*. 26 (6): 401. 2000.
- Nahás Pires Corrêa, F.; Aabanto Alvarez, J.; Jotta Maia, A. P.; Pinto e Carvalho Rezende, K. M.; Saads Carvalho, T.; Strazzeri Bönecker, M. J. y Nahás Pires Corrêa, N. S. Patrones de lactancia en bebés, su primer contacto con el azúcar y el dentista. *Acta odontológica venezolana*. 48 (2). 2010.
- Navas, P. R.; Rojas de Morales, T.; Zambrano, O.; Álvarez, C. J.; Santana, Y y Viera, N. Salud Bucal en Preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *Interciencia*. Vol. 27 (11): 631-634. Noviembre 2002.
- PAHO-Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud - 1986 [en línea] [Fecha de consulta: 1º de noviembre del 2011] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Pinkham, J. R. *Odontología Pediátrica*. 3<sup>era</sup>. ed. Mc. Graw Hill Interamericana. 1999. Cap. 5: 134-145.
- Saforcada, E.; Castella Sarriera, J. *Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria*. Buenos Aires- Argentina: Paidós. 2008. Cap. 2: 64-66.
- Seif, R. T. *Cariología*. 1<sup>era</sup>. ed. Venezuela. Actualidades Médico Odontológicas; 1997. Cap. 1: 25-26.
- Slayton, R. L.; Warren, J. J.; Levy, S. M.; Kanelis, M. J. y Islam, M. Frequency of reported dental visits and professional fluoride applications in a cohort of children followed from birth to age 3 years. *Pediatr. Dent.* (24): 64-68. 2002



# Equipos de salud familiar: Una Estrategia para la Comprensión Integral del Proceso Salud Enfermedad y el Derecho a la Salud

Equipment of familiar health: A Strategy for the Integral Understanding of the Process Health Disease and the Right to Health

*Humberto Jure  
María Beatriz Ciuffolini  
Marisa Susana Didoni*

**Descriptores:** Salud Familiar, Atención Primaria de la Salud, Integralidad, Salud Colectiva, Derecho a la Salud.

**Descriptors:** Familiar Health, Primary health Care, Integrality, Collective health, Right to Health.

## **Resumen**

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de la Salud (APS) y destaca la importancia de garantizar adecuadas condiciones de salud para la población. Sin embargo, las experiencias en los países de la Región de las Américas nos demuestran que la APS puede ser interpretada según distintas visiones que dan lugar a interpretaciones erróneas. La universalidad de la cobertura, el uso racional de los recursos, la intersectorialidad y la participación comunitaria constituyen principios organizadores del sistema de salud que están recuperando, de modo progresivo, espacio simbólico y espacio real. Proponemos una revisión de la Estrategia de APS, tanto en la teoría como en la práctica, que nos permita construir una mirada crítica acerca de cómo nuestras acciones pueden adecuarse mejor a las necesidades de salud de nuestra comunidad.

Si pensamos en modelos que promuevan la comprensión de la persona en su contexto, tomar como campo de referencia al espacio vital en que se desenvuelve la familia ofrece múltiples posibilidades. Se trata también de implementar políticas de educación permanente, en la que la Universidad interviene activamente en la puesta en acción del conocimiento adquirido, en la reflexión de los equipos sobre la práctica y en la evaluación continua de las acciones desarrolladas. Propiciamos un sistema integrado e integral de salud basado en valores y principios de equidad y que garantice accesibilidad a los servicios como aspectos básicos en la construcción de ciudadanía. Este compromiso implica alcanzar una activa participación de los ciudadanos como factor de transparencia y democratización.

## **Abstract**


The Declaration of Alma Ata defines the Primary health care, (APS) and emphasizes the importance of guaranteeing suitable conditions of health for the population. Nevertheless, the experiences in



the countries of the Region of the America demonstrate to us that the APS can be interpreted according to different visions that give rise to erroneous interpretations. The universal of the cover, the rational use of the resources, the intersectorality, and the communitarian participation, constitutes organizing principles of the health system that are recovering of progressive way symbolic space and real space. We propose a revision of the strategy of APS, as much in the theory as actually, that it allows to construct a critical glance us about how our actions can be adapted better to the necessities of health of our community. If we thought about models that promote the understanding of the person in their context, to take like field of reference to the vital space in which the family develops, offers manifold possibilities. It is also tried to implement political of permanent education, in which the University takes part actively in the continuous evaluation and reflection, making operational of the knowledge acquired of the equipment on the practice of the developed actions. We caused a system integrated and integral of health based on values and principles of fairness and that guarantees accessibility to the services like basic aspects in the construction of citizenship. This commitment implies to reach active participation of the citizens like transparency factor and democratization.

## Introducción

**L**a Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de la Salud (APS) y destaca la importancia de garantizar adecuadas condiciones de salud para la población, procurando la corrección de las desigualdades a través del acceso universal a servicios básicos integrales, fomentando la participación



comunitaria, la acción intersectorial y el uso racional de los recursos.

Sin embargo, las diferentes experiencias en los países de la Región de las Américas nos demuestran que la APS puede ser interpretada según distintas visiones y por lo tanto, ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, educativos, sociales, culturales y económicos lo que en la mayoría de los casos da lugar a interpretaciones erróneas.

En el año 2005 los gobiernos de la región produjeron la Declaración *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas* (OPS, agosto 2005) que reanimó la implementación de la estrategia en nuestros países.

Más acá de la “APS renovada” –como se dio en llamárseles a estos valores, principios y elementos esenciales que, en general, contaron con amplio consenso dentro de la comunidad científica, académica y política, aunque con muchísimo menor correlato en la práctica– se encuentra una concepción que confiere al Estado el rol de actor clave en la construcción de las políticas sanitarias nacionales.

Luego del vaciamiento de contenido para dicho rol rector que en la Argentina consiguieron los años '90, la recuperación del protagonismo del Estado Nacional como garante del derecho a la salud de cada ciudadano no es una sentencia de peso menor y tampoco lo es la afirmación del papel sustancial que debe asumir la Universidad Pública en esa reconstrucción.

De esta manera, la universalidad de la cobertura, el uso racional de los recursos, la intersectorialidad, y la

participación comunitaria constituyen principios organizadores del sistema público de salud que está recuperando, de modo progresivo, espacio simbólico y espacio real.

Por supuesto que, en este propósito, la estructura del sistema de salud en general, y de la formación de los recursos humanos en particular debe ser reconstituida. El esquema aquél en torno a la enfermedad y al diagnóstico, a la tecnología para indagarlos, a los especialistas para observarlos es hoy objeto de una revisión necesaria.

Ya no basta el consenso general sobre la necesidad de edificar realmente el sistema de salud en torno a la atención primaria (y no sólo en el primer nivel de atención, sino en todos los niveles), ni las soluciones paliativas surgidas de la emergencia y de las crisis, ni bastan tampoco los retoques cosméticos de las carreras universitarias.

Hoy, el Estado en primer lugar, y la Universidad Pública después, afrontan la obligación ética de ofrecer salud a todos los argentinos, y de adecuar la cantidad y la calidad de los recursos humanos en salud a la demanda sanitaria real.

El planteo es integral y es profundo, claro está, sin embargo es un debate impostergable. Se trata de acción y reflexión simultánea.

Tal vez a partir de lo aprendido ya, por experiencias exitosas, en países como Canadá, Cuba, España, y muy particularmente Brasil, el punto de partida es un perfil de equipo de salud con población nominal a cargo que, para empezar, sea multidisciplinario e inclusivo de otras disciplinas que puedan abordar



la complejidad de los determinantes sociales de la salud, y que amplíe la visión del campo de la salud.

Esta concepción incluye un proceso centrado en la persona, esto es, que la comprende integralmente, que explora la dolencia y la enfermedad en sus contextos socioculturales, que encuentra –porque busca– oportunidades para la prevención.

Se trata también de implementar políticas de educación permanente en salud, en la que la universidad interviene activamente en la puesta en acción del conocimiento adquirido, en la reflexión de los equipos sobre la práctica y la evaluación continua de las acciones desarrolladas, el acompañamiento en terreno, la percepción de que la manera de hacer o de pensar puede ser insuficiente o insatisfactoria para dar cuenta de los desafíos del trabajo diario. La educación permanente en salud concibe, en definitiva, instituciones de salud y universidades más flexibles, y profesionales sujetos de su proceso de trabajo y de su proceso de aprendizaje.

La universidad deberá proveer de docencia, investigación y extensión al servicio de la calidad de esta propuesta de sistema de salud nacional para el primer nivel de atención que hoy está demandando saber, y saber hacer. En este marco, el monitoreo, el análisis y el seguimiento de los indicadores de desempeño, de los indicadores clínicos, de los sistemas, y de las redes de referencia y contrarreferencia son tareas ineludibles.

### **Alentando un Espíritu Crítico**


Proponemos una revisión de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, tanto en la teoría como en la práctica, de tal manera que nos permita construir una mirada crítica acerca de cómo nuestras acciones pueden adecuarse mejor a las necesidades de salud de nuestra comunidad.

Estas acciones, cuando se realizan desde una determinada visión, es decir desde un nuevo paradigma, deben partir de una perspectiva en la que el proceso Salud-enfermedad-atención es considerado un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad y sus circunstancias vitales.

En esta mirada la salud es entendida como una búsqueda de una mejor calidad de vida, condicionada por las potencialidades, capacidades y limitaciones de las personas, las familias y las comunidades.

La construcción de modelos integrales de abordaje, significa la consolidación de diversos componentes o facetas en una instancia de síntesis que facilite procesos operacionales que permitan distinguir sin desarticular y asociar sin reducir.

En esta conceptualización, el enfermar no resulta de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos (Almeida Filho, 2000), el cual exige repensar los marcos de referencia y abordaje en función de la constitución de distintos niveles de análisis que permitan comprender la complejidad contextual en que se sitúa el proceso salud-enfermedad.



Si pensamos en modelos que promuevan la comprensión del individuo en su contexto, tomar como campo de referencia al espacio vital en que se desenvuelve la familia ofrece múltiples posibilidades (Ciuffolini, M. B. y Jure, H., 2006).

Deberemos propiciar, en el “territorio definido bajo nuestra responsabilidad”, un sistema integrado e integral de salud basado en valores y principios de equidad y garantizar la accesibilidad a los servicios como aspectos básicos en la construcción de ciudadanía.

Este compromiso implica alcanzar el máximo nivel de calidad en nuestras acciones, con una activa participación de los ciudadanos como factor de transparencia y democratización en todas las etapas del proceso de implantación.

### **Educación Permanente en Servicio**

El proceso formativo propuesto es la Educación Permanente en Servicio, que es una estrategia de capacitación en la que se destaca como prioritario el aprendizaje en el propio ámbito de trabajo.

Los motivos que conducen a la misma son los de intentar generar un espacio de reflexión crítica que permita conocer determinadas herramientas conceptuales para actuar más adecuadamente en el primer nivel de atención, donde la interrelación Equipo de Salud-Comunidad se hace presente.

En la misma se valoriza como punto de partida un diagnóstico situacional de cada uno de los equipos, para la identificación de los problemas, obstáculos y

facilitadores a partir de la observación directa en los distintos efectores.

La propuesta consiste en afianzar el tránsito progresivo desde las prácticas actualmente vigentes en los distintos Centros de Salud y su transformación en función de las prácticas deseadas. Es decir se parte de los desempeños reales de los grupos y equipos y se plantea como imagen objetivo el desempeño a construir a lo largo del tiempo.

La Educación Permanente en Servicio, en tanto que es Educación Problematizadora, propone un proceso centrado en el equipo de trabajo, basado en las prioridades de salud, que integra la información y las ciencias, y que tiene contacto directo con las comunidades con la finalidad de darle relevancia y proyección a la educación.

Frente a determinada realidad, se propone una ruptura que desarrolla la metodología estudio-trabajo “como ámbito de creación y recreación de la existencia humana” (Davini, M. C., 1989).

Un movimiento constante, que requiere una vocación de ser más como expresión de la naturaleza humana, que “se hace y se rehace en la historia y por lo tanto necesita de determinadas condiciones para su desarrollo” (Sacristán-Pérez Gómez, 1983).

Para lograr un cambio se requiere un modelo educativo, que sea el resultado de una consulta permanente de las necesidades de salud, en función de las preocupaciones reales y sentidas de cada comunidad.

A partir de estos conceptos se propone una nueva forma de pensar, donde los compromisos sean más con las personas que con un cuerpo de conoci-

mientos, sin hacer diferencias de edad ni de género. Se plantea un ámbito de acción que no queda limitado a lo biológico, sino que integra las ciencias del comportamiento y lo social, e intenta dar continuidad y personalización a la atención en salud.

El planteo se condice con los nuevos modelos de innovación educacional que centran el proceso en el trabajador y utilizan los problemas prioritarios como base educativa.

Esta modalidad de enseñanza-aprendizaje es visualizada entonces como el mejor instrumento para brindar conocimientos, desarrollar habilidades y destrezas, así como consolidar la constitución de equipos interdisciplinarios para promover el cambio en las instituciones de salud.

### **Primer momento: conocimiento y acuerdo sobre las características de la propuesta de Salud Familiar**


El primer nivel de atención debe estar a cargo de Equipos de Atención Primaria (EAP) multidisciplinarios que llamaremos *Equipos de Salud Familiar*. Es esencial que estos Equipos asuman la responsabilidad de la atención a la salud de las personas, integren la información sanitaria, promuevan la participación de la comunidad y oferten una cartera de servicios amplia y bien establecida, que tenga en cuenta, cuando sea pertinente, la necesidad de desarrollar modelos de atención interculturales (“Declaración de Sevilla”, 2002).

La propuesta de integrar equipos interdisciplinarios de APS, con población nominal a cargo y en un área georreferenciada, se fundamenta en la necesi-

dad de desarrollar una estrategia sanitaria que procure mejores condiciones de salud para la población comenzando por los grupos más vulnerables. Se propone entonces desarrollar una nueva modalidad de atención centrada en el abordaje de los problemas de salud prevalentes, tales como la desnutrición, la anemia carencial, las adicciones, la violencia familiar, inmunizaciones, mortalidad materno infantil y demás situaciones problemáticas las cuales adquieren condiciones más dramáticas a medida que la pobreza y la exclusión social se profundizan.

Propiciamos la necesidad de un nuevo modelo de formación y de atención en salud que ponga especial énfasis en promover la salud y prevenir la enfermedad mediante:

- la conformación de Unidades de Salud Interdisciplinarias acordes a los nuevos desafíos sanitarios, con una mejora en la calidad del trabajo a partir de condiciones laborales adecuadas.
- La promoción de la salud con un enfoque de determinantes, propiciando políticas públicas saludables, una comunicación social intercultural y una estrategia de educación popular sustentable en el tiempo.
- La reducción de la morbilidad y mortalidad evitables causada por enfermedades transmisibles y no transmisibles en las distintas etapas del Ciclo Vital Individual y Familiar en cada comunidad.



## **Segundo momento: reconocimiento del área de población nominal a cargo y difusión del Programa**

Cada Unidad de Salud Familiar debe ser responsable del cuidado de la salud de un número de personas y familias que viven en un determinado contexto geográfico y sociocultural.

Los Equipos de Salud Familiar deben considerar a la familia y a la comunidad como los ambientes sociales más importantes en los que ocurre y se resuelve la enfermedad. Esta conceptualización implica un proceso compartido entre el personal de salud y la comunidad, para la identificación y análisis de los principales problemas de salud y la búsqueda de soluciones a los mismos (Jure, H.). Las acciones del Equipo de Salud deberán adecuarse a la necesidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir de las personas de cada comunidad.

Debemos partir del supuesto de que el primer nivel de atención constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios en la mayor parte de los casos y que es en este ámbito donde se deben priorizar las acciones de promoción y protección de la salud y de diagnóstico temprano de daño con mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.

## **Tercer momento: análisis organizacional y de modelo de gestión de los centros de salud**

La configuración y evolución histórica de un modelo de atención supone un proceso dinámico, complejo y cambiante conforme a las características sociales, políticas y económicas en que

se desarrolla, como así también por las reglas de juego instituidas al interior del sistema de salud, la capacidad de acción de los actores sociales involucrados y el rol que el estado asume en cuanto a su capacidad de regular y establecer condiciones de funcionamiento (Ciuffolini, M. B. y Jure, H., 2006).

La organización de un modelo de gestión no puede ser obra de la casualidad, sino que resulta de una compleja trama de intereses, directrices y valores dominantes en una cierta época y en un contexto dado, propias de un modelo.


La formación y el ejercicio de la medicina se han sustentado hasta el presente en un modelo de atención, que considera a la enfermedad como una entidad específica, que se pretende objetivo y que desconoce los aspectos subjetivos y contextuales del proceso salud - enfermedad - atención. Si bien esta perspectiva biologista continúa haciendo innumerables aportes al progreso de la medicina, resulta claramente insuficiente para dar respuesta a la complejidad que requiere el abordaje de los problemas de salud.

La construcción de modelos integrales de abordaje significa la consolidación de diversos componentes o facetas en una instancia de síntesis que facilite procesos operacionales que permitan distinguir sin desarticular y asociar sin reducir.

## **Cuarto momento: análisis de la situación socio-sanitaria, planificación y puesta en marcha del relevamiento y del diagnóstico participativo**

La Planificación en Salud se define como un proceso en el que el equipo de





salud y la comunidad toman decisiones en conjunto, y analizan cuál es el mejor camino para llegar a conseguir los resultados deseados, teniendo claro a dónde se quiere llegar para cambiar una situación. La planificación significa la posibilidad de ofrecer una prestación de tipo integral, adecuada a las necesidades de la comunidad, que garantice la atención permanente de la salud, y no sólo la consulta espontánea de un paciente a partir de una patología instalada. La Planificación Estratégica “no intenta establecer normas, sino desencadenar un proceso permanente de discusión y análisis de los problemas sociales, lo cual lleva a proponer metas necesariamente conflictivas, puesto que se refiere a intereses de grupos en pugna, cada uno con planes propios, de modo que el planificador es miembro de alguna fuerza social, para la cual el objetivo de la planificación se inscribe el marco de la lucha por el poder” (Testa, M., 2000).

Desde esta perspectiva planificar deja de ser una función técnica que ve la problemática y sus soluciones desde una óptica institucional para convertirse en un proceso social en el que intervienen sujetos que viven cotidianamente las situaciones que pretenden modificar (OPS, 1990).

La información sobre estas situaciones es el insumo más importante para iniciar un trabajo en materia de planificación. Una información adecuada nos permitiría decidir qué tipo de actividades de salud son necesarias, calcular el número de personas que van a recibir estos servicios y medir el impacto de nuestras acciones.

### **Quinto momento: planificación, los subprogramas de atención de salud según etapas vitales**

El desempeño profesional en el primer nivel de atención de salud requiere de una formación amplia y sistematizada en el propio contexto de trabajo. Este proceso de formación debiera realizarse desde una perspectiva de análisis en la que se pusiera especial énfasis en un proceso de reflexión crítica y de adquisición de distintas habilidades y competencias a través de la experiencia, a fin de adecuar el desempeño a las necesidades de las personas que reciben la atención de la salud en su contexto familiar y comunitario. En este sentido, la Salud Familiar tiene, conforme a los principios y fundamentos que la sustentan, un sinnúmero de potencialidades para la formación de este perfil profesional, mediante el desarrollo de una práctica centrada en otro paradigma y otra metodología.

Estos contenidos tienen como eje la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y están orientados a promover la adquisición de competencias profesionales que faciliten el desarrollo de un modelo integral de abordaje del proceso salud-enfermedad. Los mismos adoptan un enfoque integral para la resolución de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra sociedad, e incorporan herramientas conceptuales y metodológicas que facilitan un abordaje centrado en la persona, y promueven el desarrollo de acciones de cuidado de la salud centradas en las necesidades de la comunidad y en los perfiles epidemiológicos locales.

## Bibliografía

- Almeida, M.; Feuerwerker, L. y Llanos, M. *La Educación de los Profesionales de la Salud en América Latina. Tomo 1. Una Mirada Analítica*. Editora Hucitec, Editorial Lugar, Editora UEL. 1999.
- Almeida, M.; Feuerwerker, L. y Llanos, M. *La Educación de los Profesionales de la Salud en América Latina. Tomo 2. Las Voces de los Protagonistas*. Editora Hucitec, Editorial Lugar, Editora UEL. 1999.
- Braguinsky, J. *Obesidad. DBT y otros factores de riesgo cardiovascular. Prevención y Tratamiento*. Universidad nacional de la Plata. 2007.
- Breilh, J. *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Editorial Lugar. 2003.
- Calendario Nacional de vacunación de la República Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente disponible en la Web: <http://www.msal.gov.ar/html/site/pdf/calendario-vac-para.pdf>. Fecha de consulta: septiembre de 2011.
- Canguilhem, G. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu editores. 2004.
- Centro Latino Americano de Perinatología. OPS/OMS. Actualmente disponible en la Web: <http://www.clap.ops-oms.org>. Fecha de consulta: septiembre de 2011.
- Ciuffolini, M. B.; Didoni, M. y Jure, H. *Cuadernos de Medicina Familiar. Aportes para un abordaje integral*. Sima Editora. 2008.
- Ciuffolini, M. B. y Jure, H. Estrategias de Comprensión Integral del Proceso Salud-Enfermedad: Aportes desde la Perspectiva De Vivienda Saludable. *Astrolabio n°3*. Noviembre de 2006. ISSN 1668-7515.
- Ciuffolini, M. B. y Jure, H. Evolución histórica de la Medicina Familiar y General en la Argentina. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. 2ª época, vol. 9. (nº 2): 52- 58. 2006.*
- Davini, M. C. Bases metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud. *Public. N°19 OPS*. 1989.
- De la Revilla, L. *Manual de Atención Familiar Bases para la práctica familiar en la consulta*. FUNDESFAM. 2002.
- Declaración de Sevilla. *Comprometidos con la salud de la población*. CIMF/OPS/WON-CA. Sevilla, España. 14-17 de Mayo 2002.
- Jure, H. Abordaje grupal y comunitario de los problemas de Salud. *Medicina Familiar. Tomo I*. Ciudad: Ed. Akadia. Año?
- Martinez, M.; Fernandez, R.; Valle Toledo, R., Ciuffolini, M., Tefeha, L., Didoni, M.; Perez, S. y Jure, H. *Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación*. Comisión Nacional Salud Investiga. Buenos Aires. 2007.
- Mc Whiney. *Medicina de Familia*. Ciudad Ed. Doyma. 1996.
- Merhy, E.; Feuerwerker, L. y Burg Ceccim, R. *Salud Colectiva*. Buenos Aires. 2 (2): 147-160, Mayo-Agosto 2006.
- Ministerio de Salud de la Nación Resolución 118/2009.
- OPS. Los sistemas locales de salud. Conceptos, Métodos y experiencias. *OPS. Publicación científica N° 519*. Washington. 1990.
- Sacristán-Pérez Gómez. *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid; Akal. 1983.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Manual de prevención en Atención Primaria – PAPPS*. Madrid: Semfyc. 2005.
- Soriano, E.; Marconi, E. y Juliá, C. *Sistema de información en salud*. Buenos Aires: Ministerio de salud y Ambiente de la nación. 2006.
- Sousa Campos Gastao. *Paideia y gestión: Un Ensayo Sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud, Salud Colectiva*. La Plata 1 (1): 59- 68. Enero-Abril 2005.
- Sousa Campos Gastao. *Gestión en Salud, en Defensa de la Vida*. Buenos Aires: Editorial Lugar. 2001.
- US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. [Internet]. 3ª ed. Agency for Healthcare Research and Quality; periodic updates
- Who Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Ginebra, 2006.
- Who Child Growth Standards: Methods and development: Head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age. Ginebra. 2007.



## Para pensar la desafiliación estudiantil durante el año de ingreso a la Universidad de la República Un aporte desde la Psicología

Analysis of desertion rates among Uruguayan Republic University's undergraduate freshmen students (1st year). A psychology's approach.

*Sandra Carbajal*

**Descriptores:** Desafiliación estudiantil, Educación, Universidad, Responsabilidad institucional.

**Descriptors:** Student desertion, Education, University, Institutional responsibility.

### **Resumen**

El trabajo que se presenta se basa en la Investigación "La responsabilidad institucional en la permanencia del estudiante en la Universidad de la República", tesis de maestría en Psicología y Educación. Ésta se realizó en la Facultad de Psicología, trabajándose desde una metodología cualitativa. Sin desconocer la multiplicidad de factores que dan como resultado el alejamiento del joven del centro educativo, el estudio hace foco en aquellos relacionados con la institución universitaria que los recibe.

Partiendo de la pregunta: ¿qué responsabilidad tiene la Universidad respecto del alejamiento del estudiante que ingresa? los objetivos se centraron en conocer aquellos factores, circunstancias y propuestas institucionales que favorecen u obstaculizan la permanencia del estudiante en su primer año en la institución universitaria.

Para esto se realizaron entrevistas individuales a docentes y decano como también entrevistas a rector y prorector de enseñanza que permitieran conocer y contrastar puntos de vista. Para analizar el punto de vista de los estudiantes se realizó un grupo focal con jóvenes que ingresaron en el año 2009, a cinco meses de su ingreso a la Facultad.

En esta comunicación se analiza la perspectiva estudiantil, desde la sistematización del grupo focal, que da elementos para entender cómo reciben e interpretan los estudiantes las propuestas y estrategias docentes. Las conclusiones, parciales, toman solamente las que se agrupan considerando esta perspectiva.

Este trabajo tiene la pretensión de abrir y mantener la discusión para seguir pensando y cuestionando la tarea.



## Abstract

This document is based on the research “the institutional responsibility in the permanency of the students in the *Universidad de la República*”, thesis of mastery in Psychology and education. This investigation was made in the Faculty of Psychology, with a qualitative methodology. Without not knowing the multiplicity of factors which produce the abandon of young people from the educative center, this study emphasizes the factors that are related with the institution that receives them.

Starting with the question: what responsibility has the university about the abandon of students who enters? The aims are centred in knowing the institutional factors, circumstances and offers that favor or prevent the permanency of the student in his first year in the university institution. For this, individual interviews were realized to teachers and dean, rector and prorector of education that allow to know and to confirm points of view. To analyze the point of view of the students a focal group was realized with young people who entered the year 2009, to five months of his revenue to faculty.

In this communication the student perspective is analyzed, from the systematizing of the focal group, that gives elements to understand how the students receive and interpret the offers and educational strategies.

The partial conclusions take only those who are grouped considering this perspective.

This work has the pretension to open and support the discussion to continue thinking and questioning the task.

## Introducción

**E**l trabajo que se presenta está basado en la investigación “La responsabilidad institucional en la permanencia del estudiante en la Universidad

de la República”, tesis de maestría en Psicología y Educación.

Ésta se realizó en y desde la Facultad de Psicología procurando analizar aquellos factores, circunstancias y propuestas institucionales que favorecen u obstaculizan la permanencia del estudiante en su primer año en la institución.

La motivación en la elección del lugar y de la temática parte desde la implicación de la investigadora como docente universitaria de la Facultad de Psicología, y con experiencia docente desde 1991 con estudiantes que ingresan (Ciclo Básico de Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición, Facultad de Psicología).

Desde esa implicación como punto de partida y como compromiso es que se trabajó.

La propuesta metodológica elegida es de corte cualitativa. Se realizó a través de entrevistas individuales a docentes y grupo focal con estudiantes. El análisis de las categorías que emergen de la sistematización permitió la interpretación de los resultados. Los mismos se analizan en Facultad de Psicología, tomando el punto de vista de docentes, decano y estudiantes sobre: la numerosidad al ingreso y sus efectos sobre la enseñanza, los estudiantes y los docentes; las estrategias pedagógico-vinculares ofrecidas por los docentes, la permanencia-desafiliación como binomio que muestra los extremos de un continuo en los cuales las estrategias docentes inciden. Y los factores que determinan o colaboran con el abandono de estos estudiantes en el primer año de estudios en la Facultad.



Tomando las entrevistas al rector y pro rector de enseñanza se describe la propuesta rectoral actual.

La discusión de los resultados contrasta el marco teórico elegido con los resultados obtenidos, así como la posición de los actores universitarios considerados en el estudio.

Las conclusiones ubican las dificultades de permanencia en las posibilidades del estudiante de adaptación a las dinámicas institucionales, determinadas por las características del joven, de la institución y las propuestas políticas de la UdelaR.

Se distinguen factores personales e institucionales y dentro de estos últimos aquellos relacionados con aspectos pedagógico-vinculares y de política institucional.

En este artículo se realiza un recorte en el que se presenta el tema y la perspectiva estudiantil sobre el abandono de estudios durante el primer año en la Facultad.

La Facultad de Psicología se ha ocupado históricamente de encontrar modos de atender la numerosidad estudiantil al ingreso. En la actualidad, centrada y comprometida con la segunda reforma universitaria, genera cuestionamientos y reflexiones permanentes desde los cuales serán posibles los avances institucionales. Con este trabajo se pretende aportar a la discusión y profundización del tema que, sin dudas, requiere seguir siendo atendido e investigado para mejorar con fundamentos científicos el accionar educativo.

### **Problema de investigación**


La tesis está centrada en analizar el papel que asume la Universidad de la República frente al alto porcentaje de estudiantes que en todos sus servicios abandonan los estudios durante el año de ingreso, focalizando el trabajo en Facultad de Psicología.

Se toma como pregunta inicial: ¿qué responsabilidad tiene la Universidad respecto del alejamiento del estudiante que ingresa? Y desde allí se procura analizar las estrategias docentes privilegiadas para recibir al estudiante y conocer su efecto. Por lo tanto, este estudio aporta una mirada sobre lo que desde la institución universitaria se realiza o debiera realizarse para promover la permanencia del estudiante, descentrando el fenómeno de los determinantes individuales de la conducta. A la vez estudia el modo como el estudiante recibe e interpreta la propuesta institucional.

Aun cuando se reconocen que son múltiples los determinantes que generan como efecto el abandono prematuro, en este trabajo se considera importante generar visibilidad sobre aspectos de encuentros-desencuentros que se producen en el ingreso al mundo académico adulto y que determinan en diferentes medidas, según las diferentes realidades que el estudiante abandone tempranamente. Se procura producir conocimiento más profundo sobre esta realidad, aportando desde la psicología a un fenómeno multicausal y diverso.

Se toma únicamente el abandono de estudios que se sucede al inicio de la carrera, no se refiere al rezago.

Se considera relevante dado que aporta a la democratización de la educa-



ción superior, desde la posición política que sostiene que el libre ingreso es condición necesaria pero no suficiente para considerar la equidad de la educación universitaria en un país democrático.

En esta comunicación se focaliza en un aspecto de los resultados que es el referido a la perspectiva estudiantil en relación al abandono el primer año.

### **Sobre la desafiliación**

Deserción, abandono, desafiliación, desvinculación son términos que se utilizan para nominar el alejamiento del estudiante del centro educativo y/o del sistema educativo. Lo que se considera relevante es tomar como punto de partida que este fenómeno no sucede y no puede explicarse por factores puramente individuales, como una decisión aislada de quien se va. El actual rector de la UdelaR considera que el término desvinculación explica mejor la responsabilidad de ambos actores: estudiante e institución universitaria en el alejamiento del joven. El Dr. Rodrigo Arocena, en la segunda jornada extraordinaria del Consejo Directivo Central (CDC) el 15 de abril del año 2007, plantea:

Corresponde hablar de desvinculación, puesto que deserción sugiere erróneamente que la responsabilidad cae sobre el estudiante que no logra continuar sus estudios. También observa que “según datos primarios se ‘inactivan’ unos 10.000 estudiantes universitarios por año, entre 3.500 y 4.000 sin haber aprobado ni un curso” (Universidad de la República: CDC:15 de abril de 2007: 2).

El sociólogo T. Fernández (2010) fundamenta el uso del término desafi-

liación, tomando como base el enfoque de desafiliación de Robert Castel, y la define como:

Una trayectoria de transición al mundo adulto que deja quien la sigue en un estado de vulnerabilidad social. Se caracteriza por el truncamiento (o falta de acreditación) de la trayectoria académica en el ciclo Medio, la pérdida de expectativas respecto al bienestar futuro que podría derivarse de la educación, y por el relegamiento a una posición social vulnerable o directamente excluida de la protección social asociada a la asistencia a la escuela (Fernández, 2010: 25).

En este estudio se toma el término desafiliación, fundamentado desde otros referentes teóricos: la afiliación refiere a por lo menos dos actores, la persona se afilia a algo, se relaciona con otro. Para el psicólogo social Pichon Rivière (1985) afiliación es el grado mínimo de ligazón que la persona tiene con el grupo. Si esta ligazón prospera se sucederá el sentimiento de pertenencia que implica mayor confianza y participación, lo cual será posibilitador de la cooperación.

El estudiante que se inscribe a la UdelaR, estaría, siguiendo esta línea de pensamiento, afiliándose. Desde allí se puede pensar la desafiliación, como el abandono inicial, prematuro, en ese primer escalón del vínculo, un momento de afiliación en que no hay aún compromiso afectivo ni sentimiento de pertenencia, el cual no llega a producirse dado que el estudiante “se desafilia”.

Así como la afiliación refiere a por lo menos dos actores, en la desafiliación habrá alguien que la permite o promueve y otro que la ejecuta. La desafiliación

es tal si incluye la perspectiva de co-responsabilidad. Se trata de una pérdida: para el joven, para la institución, para la sociedad. Se comprende entonces que la decisión de dejar de ser estudiante, desde esta perspectiva, no sucede en un vacío individual sino como consecuencia de sucesos en la interacción con otros. Y entonces aquello que aparece como un fracaso o una decisión individual incluiría a la institución universitaria como responsable en su producción.

### **La desafiliación en la UdelaR**

Un aspecto positivo, en la educación en general en nuestro país, es el aumento que se ha sucedido en el ingreso de estudiantes a la UdelaR en los últimos años

Según datos de la División Estadística de la Dirección de Planeamiento de la UdelaR, tomando el censo estudiantil 2007, la Universidad de la República cuenta con 81.774 estudiantes. En este período intercensal (1999-2007) la población estudiantil se incrementó un 23%.

Sin embargo, el abandono de los estudios en la educación formal es llamativa y preocupante en nuestro país. Según datos del Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (Siteal) Uruguay tiene junto a Guatemala y Nicaragua el menor porcentaje de población con secundaria completa. “Se estima que la probabilidad de estar excluidos del mercado de trabajo duplica la de aquellos que concluyeron la educación obligatoria” (Fernández, T., 2010:13-14).

El ingreso a la Universidad de la República refleja y amplía este sesgo. Mar-

celo Boado, tomando datos del censo de población 1996, aporta lo siguiente:

En el subconjunto de población de 25 años y más, la proporción de quienes arribaron a la universidad no alcanzaba el 9%. A su vez esta proporción se divide a la mitad entre las personas que lograron un grado universitario y aquellas que por diversos motivos tienen una formación universitaria incompleta. En consecuencia, el abandono ha sido casi tan grande como el logro (en Fernández, T., 2010: 123).

Se comprueba entonces, que tan importante como el aumento en el número de estudiantes que ingresan a la universidad es la deserción que se produce en los primeros años, sobre todo durante el primero y en el pasaje entre el primero y el segundo. Se estima, según los servicios, desde un 25 y hasta un 50% de estudiantes que durante el primer año y en el pasaje a segundo abandonan (División Estadística-Dirección de Planeamiento de la UdelaR no posee datos generales de deserción).

Brovetto, ex rector de la Universidad, plantea: “La equidad hace referencia a las oportunidades igualitarias de acceso y de permanencia en la educación superior” (Brovetto, 1994: 26). Históricamente la Universidad ha defendido el principio de equidad, dando posibilidades para que todos aquellos que hayan cumplido con los requisitos de egreso de secundaria puedan ingresar sin trabas. Aun así, se cuestiona la noción de equidad en tanto se produce el abandono de un número de estudiantes muy importante a poco tiempo de su ingreso. Por lo tanto, conocer y considerar la responsabilidad institucional en

la permanencia del estudiante se constituye en un imperativo para cumplir con los fines universitarios en relación a la democratización de la educación superior. También para poder contribuir a generar en nuestro país un futuro con condiciones de justicia y equidad.

En particular para la UdelaR es relevante poder optimizar los recursos con que cuenta haciendo una ejecución responsable de su presupuesto que apunte a generar condiciones favorecedoras para que el estudiante permanezca en la institución.

La actual política de rectorado subraya la importancia de colaborar desde la universidad para que el estudiante continúe sus estudios. En este sentido ha promovido desde el año 2007 la implementación desde la Comisión Sectorial de Enseñanza de un Plan de apoyo y seguimiento a los estudiantes que ingresan a los diferentes centros universitarios, desde la preocupación por lograr su inclusión, sentido de pertenencia a la Universidad de la República procurando disminuir la deserción en el año de ingreso.

### **La desafiliación al ingreso en la Facultad de Psicología. Aspectos cuantitativos**

La Facultad de Psicología tuvo un aumento porcentual de la matrícula estudiantil entre el censo de 1999 y el del 2007 del 55%. Mientras en 1999 tenía 4.131 estudiantes, en 2007 eran 6.410. Algunas características son las siguientes: la mayor parte de los estudiantes (77,2%) hizo sexto año en liceo público (33,1% en Montevideo, 18,2% en capital de interior, 25,9% en ciudad del

interior) y más de las tres cuartas partes (80,6%) realizan su primera experiencia en la educación terciaria al ingresar a Facultad de Psicología, lo cual es acorde a la edad con la que ingresan, ya que considerando hasta los 24 años se agrupa el 77,7% de la población de ingreso. En relación al estrato socio-económico: los hogares que perciben hasta \$ 25.000.- agrupan más del 75% de las familias de los estudiantes de ingreso (Datos de División Estadística-Dirección General de Planeamiento-UdelaR).

No hay una cuantificación estimada en la Universidad de la República del abandono de estudios entre el primero y segundo año. Tomando datos de bedelía de Facultad de Psicología, aportados en diciembre de 2010, es posible cuantificar el fenómeno de la numerosidad y del abandono prematuro.

### **PRIMER CICLO**

	Número de inscriptos	Aprobados	Aplazados
2007	1217	839	378
2008	1048	779	269
2008	1280	842	438
2010	1446		

### **SEGUNDO CICLO**

	Número de inscriptos	Aprobados	Aplazados
2008	712 (58% del total)	653	59
2009	744 (70%)	685	59
2010	696 (54%)		

Entre el 2008 y 2009 se dio el menor porcentaje de abandono: 30%, del 2007 al 2008 un 42% y de 2009 a 2010, 46%



de abandono en el pasaje entre primero y segundo ciclo.

### **Resultados. Aspectos cualitativos Sobre el abandono en los primeros meses desde la perspectiva estudiantil**

En el grupo focal se pregunta a los estudiantes acerca del abandono de estudios en estos primeros meses. Si bien la pregunta inicialmente estaba dirigida a compañeros que ellos conocieran que hubieran abandonado la facultad, la mitad comienza diciendo que ellos mismos no van a seguir estudiando el próximo año en Facultad de Psicología. Casi el 50% de los estudiantes presentes, si bien han pasado el primer semestre, manifiestan que no piensan seguir el próximo año. Esto puede vincularse con las respuestas que dieron en relación a la elección de la carrera, que no se percibe con entusiasmo y compromiso. No muestran interés o entusiasmo con la decisión de estudiar psicología, no se percibe como una decisión asumida plenamente, no habría una definición vocacional clara. Aparece la confirmación de esta percepción al encontrar que el 50% ya decidió no seguir estudiando psicología.

La decisión de abandonar se analiza considerando el tránsito por la Facultad y sus efectos pero **también las experiencias previas que colaboraron en la decisión de ingresar a Psicología.**

Tomando esto último los estudiantes describen **dificultades** que se les presentaron para elegir estudios terciarios. Éstas se pueden agrupar en aquellas **derivadas del momento vital** que

atravesaban, que exige cambios y supone crecimiento.

**Cambios:** aquí aparecen las dificultades y temores en torno a las diferencias con secundaria, tener que pensar en alejarse del ambiente familiar social (interior–Montevideo).

*“-En mi caso se planteó, estando en el interior me costó adaptarme a la idea de que me venía para acá. Entonces ta, me costó el adaptarme, el segundo día que vine a facultad me iba a ir porque no me gustaba ver tanta gente, la masividad que había, entonces me chocó un poco. Pero ta aguanté un tiempo más y ahora tengo que esperar”.*

**Crecimiento** (pensarse adultos, con otras responsabilidades, tener que decidir qué elegir para su futuro):

*“Mi dificultad fue de entrar en razón o asumir de que tenía que terminar el liceo y todavía no estaba preparada para terminarlo. Era una etapa que no quería cerrar.”*

*En relación a estos cambios aparece la necesidad de definir qué estudiar y ahí se presentan incertidumbres e indecisiones.*

*“A mí me costó un montón decidirme, o sea nunca, ni en la escuela ni en el liceo supe qué hacer.”*

*“Yo hice un año de orientación vocacional que no me sirvió para nada, en el liceo”.*

Estos aspectos refieren a la elección vocacional, que en muchos sería inmadura (se trata de jóvenes que no tienen definidas sus aspiraciones y su elección, y/o no se informan de las diferentes opciones para aquello que eligen, no logran orientarse sa-

tisfactoriamente. según clasificación de Sposetti y Etchevarría, 2004).

Otro grupo de dificultades estaría en la **información** que tuvieron para colaborar en la decisión. Podemos dividir esta información en informal: aquella que el estudiante buscó por sus propios medios a través de conocidos, amigos y formal: aquella información que recibió en los centros de enseñanza, que estuvo planificada para colaborar con la información que el estudiante necesita para decidir.

En este aspecto se encontró que la mayor parte de los estudiantes manifestó no tener algún tipo de información, algunos tuvieron información basada en la experiencia de amigos o en experiencia terapéutica y sólo una persona buscó información en la página web de la Facultad de Psicología.

Respecto a actividades realizadas por la Universidad manifiestan conocer las “ferias” en que las universidades privadas van “para promocionar”.

No aparece una tarea sistemática desde Educación Secundaria para colaborar con la elección de estudios, como tampoco desde la Universidad de la República.

El grupo de dificultades personales que determina que el joven esté indeciso para avanzar en su proyecto de vida no logra disminuir en tanto se suma la escasa información que recibe desde la institución educativa.

Y así se produce el ingreso a la Universidad que ya parte de considerar una persona con intereses claros e informado. Maduro y autónomo.

### **En relación a sus experiencias en los primeros seis meses en la Facultad**

Dentro de las dificultades que encontraron en el primer semestre aparece el **gran número de estudiantes**.

*“Yo por ejemplo la cantidad de gente, que me pareció impresionante, las primeras semanas, después me acostumbré”.*

La numerosidad aparece como el primer impacto al que el estudiante se enfrenta y que genera confusión y sentimientos de ajenedad y soledad:

*“Estaba como perdida. Acá te defendés solo”.*

El tener que defenderse solo puede aludir a una actitud anterior de dependencia, en el sentido de que antes eran otros quienes resolvían y ahora debe actuar con autonomía. Aunque también surge la interrogante: ¿por qué se tiene que defender?

¿De qué se tiene que defender el estudiante que ingresa? ¿Quién lo ataca?

Podría pensarse que además de ansiedad confusional aparecerían ansiedades paranoides propias de estos primeros encuentros-desencuentros en la Universidad de la República.

Otra dificultad muy importante que los estudiantes manifiestan se relaciona con la **información y la comunicación**.

Encuentran incoherencias en la información que reciben, docentes que dan una información que es diferente de la que aparece en la página de la Facultad.

*“Otra cosa que vi yo que me pasó con una asignatura, por ejemplo en los teóricos dijeron que el parcial era un trabajo, máximo dos carillas y en internet decía de dos a cuatro carillas”. “Hay información que da el docente en el teórico y el que no concurre no la tiene porque no aparece en cartelera o en la página web” -explican.*

*“Para mí es raro porque hay cosas que te las cuelgan en la cartelera y otras que no van a estar en la cartelera obligatoriamente y van a estar en internet”.*

*“Hay información que aparece en cartelera pero que es imposible ver por la cantidad de papeles y el tamaño de la letra”. “No sé si es falta de información o a veces que la información no nos llega bien a todos.”*

*“Entonces uno después va a Bedelia y dicen que la información está y uno lo ve en cartelera y está en letra 8 o sea creo que es más bien el medio o como no nos llega a todos”.*

**También sienten que a ellos no se les da a conocer las normas con claridad** porque el docente asume que ya las conocen:

*“Nosotros sabemos que tenemos que ir con la cédula, pero en los primeros dos parciales no nos pidieron cédula y ahora en biología pidieron a todos para entrar y entonces cantidad no tenían cédula. O sea, nunca nos dijeron de primera. Nosotros sabemos porque en otras facultades y eso también te decían”.*

*“Es como que la facultad da cosas por dadas, y es como que nosotros tenemos que saber pero no sabemos”. “El tema es que no sabés dónde meterte”.*

Esto refuerza el sentimiento de ajenedad, de confusión, que se relaciona más que con la numerosidad con la masificación como cualidad de vínculo que implica la no consideración del otro, la falta de compromiso.

Estas contradicciones que se generan con la información lleva a que aparezcan interferencias en la comunicación que dificultan la tarea, y falta de confianza por parte de los estudiantes en relación a las fuentes de información y en relación a las estrategias docentes. El estudiante no confía en el docente, lo cual debe incidir en que no responda a las estrategias que el docente diseña para él: no pregunta, no va a clases de consulta.

El anonimato en que se percibe el joven puede pensarse como una situación de masificación que produce sensación de no ser tenido en cuenta, lo cual no colabora con el compromiso hacia la institución en general y la tarea en particular.

**“Nunca había estudiado sola tanto material”.** En cuanto al rendimiento y las exigencias curriculares en los primeros seis meses de cursos, los estudiantes reconocen que fue muy bajo el resultado de los primeros parciales. Cinco de los catorce estudiantes sacaron más de 20% en el parcial de Teorías Psicológicas y tienen derecho a acceder a los grupos prácticos. Tres sacaron menos de 10%, por lo cual no pueden seguir cursando. Y los restantes pueden seguir cursando pero sin posibilidad de acceder a los grupos pequeños.

*“Y en mi caso no sé, nunca había estudiado sola, tanto material. Yo venía re preparada, pensaba. Había re estudiado Y me saque 10%”.*

*"No, para mi hizo falta lectura, porque vos de repente en el liceo estudiabas dos o tres días antes para un parcial y te sacabas una nota tipo 8 y 9 y ta. Pero acá no. Tenés que estudiar mucho más." "Era que había mucho material y ta."*

*"Yo empecé a leer desde el principio en realidad. Como sabía que era pila de cosas. Porque para mi está un poco en vos como sabés que vas a trabajar. Si yo la semana antes empezaba a leer todo sabía que no me iba a dar el... Y me fue re bien. Mejor de lo que esperaba obviamente" (obtuvo 39 puntos sobre un máximo de 40).*

*"Para mi preguntaron lo que era obvio que iban a preguntar" (lo dice alguien que perdió).*

Refuerzan la diferencia entre el modo y el tiempo que dedicaban al liceo y el que necesitarían ahora. Mantener los hábitos de estudio liceales parece que colaboró para que la mayoría tuviera porcentajes muy bajos en los parciales.

No aparece como dificultad para ellos la exigencia curricular sino la falta de sostén, de seguimiento que los ordene en los tiempos de estudio. Incluso manifiestan que se han sentido perdidos también por la escasa carga horaria en relación al liceo. Como si no hubieran podido organizarse en función de los requisitos de la academia y se hubiera producido una paralización-confusión frente a las propuestas que se viven muy diferentes a las de secundaria.

También permite pensar en falta de autonomía del estudiante que ingresa, y que necesita ser organizado desde fuera en tiempo y tarea para poder rendir adecuadamente. Coincide con la percepción de los docentes, que mani-

fiestan que se trabaja partiendo de la autonomía del estudiante, que en realidad no ha logrado aún, "intentan repetir la modalidad que predomina en secundaria que es más receptiva simplemente" decía una docente.

La educación secundaria incluiría la preparación necesaria para el ingreso a la universidad, pero al ingresar a ésta "intentar repetir la modalidad de secundaria", hace que pierdan los parciales, dado que en la institución universitaria se espera que el estudiante tenga una respuesta y un modo de estudiar y desempeñarse autónomo, diferente al que tuvo en los últimos doce años de educación formal. Se genera una brecha en el sistema educativo entre secundaria y universidad, que requiere tiempo para transmitir, comprender y adaptarse a la nueva propuesta. De lo contrario es el joven quien deberá cargar con las consecuencias de un sistema educativo disociado.

**"Yo lo siento así. Todo lo feo primero para que se vayan".** La reflexión que se da en el grupo de estudiantes entrevistados al preguntar sobre qué cosas hubieran necesitado por parte de facultad para facilitar la adaptación a la institución permite profundizar en este análisis.

Hay consenso entre los estudiantes en considerar que esta dificultad en adaptarse en realidad es consecuencia de una actitud deliberada de la institución para que no sigan estudiando todos. O sea que no lo ven como una apuesta a su independencia, a la posibilidad de un tránsito educativo autónomo.

*"Igual creo que en sí tampoco está bueno que sigan hasta quinto 1.300.*

*O sea creo que un poco es de gusto, que en primer año sea tan así. Yo lo siento así. Todo lo feo primero para que se vayan.”*

*“Yo lo veo como re natural que algunos dejen, creo que le puede pasar a cualquiera y no lo veo como un proceso frustrante ni nada lo veo como algo re natural. Justamente por esta apertura que tiene la universidad de que recibe a quien sea”.*

En el grupo focal encontramos que para el estudiante es natural que entren muchos y entonces puedan quedar solo algunos, y que eso se vaya resolviendo durante el primer año.

La interrogante es si esto que piensan los estudiantes disminuye o quita responsabilidades institucionales al pensar la educación. Y también cuestiona la posibilidad del mundo académico adulto de transmitir valores y posicionamientos políticos en relación a la igualdad de derechos y oportunidades para los jóvenes.

Dicen los estudiantes:

*“O sea en el ISEF pasa pero al revés. Entrás y tenés todo lo que tenés que dar pero antes te tenés que matar para entrar. Es lo mismo”.*

*“Para mi es como una forma de filtrar en el sentido de que como no hay examen de ingreso”. “El filtro está en las dificultades, está en la adaptación”.*

*“No te dan todo servido en bandeja, para que si no tenés ganas abandonas”.*

Estaría en los estudiantes entonces la percepción respecto de que las dificultades en adaptarse a la dinámica institucional son trabas, “filtros” que pone la facultad para que queden solo algunos.

Lo cual a su vez lo ven como “natural”, esperable que “te tengas que matar”.

Entonces esta falta de encuentro entre la institución y el estudiante que ingresa parece ser vivida como falta de cuidado, o como una forma de expulsión. En cualquier caso no es vivida en el sentido de la búsqueda de permanencia del joven en la institución.


La autonomía deseada parece ser sentida más como negligencia, abandono, o falta de interés por parte del mundo adulto-académico que espera que se vayan. “Todo lo feo primero para que se vayan”. “O que te tengas que matar.”

La contradicción entre un discurso-deseo manifiesto de los docentes de considerar y atender a todos los estudiantes y los aspectos latentes que aparecen como una actitud descuidada hacia el estudiante impactan en el joven que interpreta como deliberado el maltrato que percibe de la institución. Y esto le da datos para ubicar la importancia y el lugar que él tiene para el mundo académico adulto.

Construyen una visión coherente con esto, una explicación acerca del lugar de la educación, el lugar de los jóvenes en nuestra sociedad. Seguramente el peor efecto es que les parece bien, lo ven como natural, lo comparten. Es “natural” porque es cultural, o sea, pertenecen a una sociedad y cultura en que la exclusión está naturalizada. Esto permite analizar el sentimiento de “acá te tenés que defender solo”, defenderse del filtro de la expulsión.

Sobre el final de la reunión un estudiante reflexiona:

*“El sistema educativo es elitista, van pasando los mejores y los que*



*no pueden por diferentes razones quedar en el camino y lo vemos natural porque es así toda la vida. La estructura de la educación es así”.*

Esta “naturalidad” podría corresponderse con la que se adopta en la universidad en relación al hecho de que entre primero y segundo “desaparezca” el 30% y más de una generación de estudiantes.

### **Conclusiones**

Tomando solamente la perspectiva estudiantil en relación a sus experiencias previas y al ingreso a la Universidad se puede decir que: el estudiante, en función de sus características personales y etarias en general no ingresa definido vocacional y personalmente, se inscribe en Psicología buscando, buscándose. Esto dificulta y complejiza la tarea docente que debe realizarse con un joven que está madurando en diferentes aspectos y que no tiene claro un proyecto de futuro ni autonomía lograda. Sin embargo se ha encontrado que queda depositada en los jóvenes la exigencia de autonomía desde el ingreso a la Facultad, como también la resolución de la brecha existente a nivel educativo entre secundaria y universidad.

Hay acuerdo en que en la Facultad de Psicología la dificultad no está en los contenidos, ni en la exigencia curricular. En este estudio se encontró que (en la Facultad de Psicología) la decisión de permanecer o abandonar, involucra el vínculo, la propuesta. En el modelo teórico de V. Tinto (en Fernández, 2010) se corresponden con las “deserciones voluntarias”, las cuales pueden, según

este autor, disminuirse con propuestas posibilitadoras del encuentro, la interacción, la personalización. Factores como la falta de ajuste a las propuestas y la incongruencia que siente el joven en la propuesta misma que recibe aparecen en Facultad de Psicología más importantes que las dificultades académicas.

Este se considera un aspecto relevante, dado que paradójicamente en Facultad de Psicología, que es un espacio en que se jerarquiza el vínculo y los aspectos de relacionamiento humano en general, el estudiante se siente descuidado. Se produce un desencuentro. Si esto acontece en la Facultad de Psicología cuán necesario será estudiar este fenómeno en otros servicios universitarios que no están tan centrados en considerar los aspectos vinculares.

Tomar en cuenta las características del momento vital que atraviesa el estudiante, el tiempo imprescindible para lograr un proceso de adaptación a los cambios, y el impacto de las dinámicas propias de los procesos institucionales es necesario para contribuir a la permanencia del joven en la institución universitaria. Considerando que el estudiante al ingreso aún no ha culminado su proceso de maduración, necesita recibir desde la institución representante del mundo adulto las reglas y los límites con claridad y coherencia para contribuir a su desarrollo y a su decisión vocacional. La falta de claridad en la propuesta en lugar de aportar a la autonomía –no lograda aún– genera sensación de desprotección, desinterés y atenta contra el deseo de permanecer en la institución.

Si la universidad no genera condiciones estables y favorables para consoli-

dar este proceso afecta el afianzamiento de la vocación, promueve el alejamiento del estudio pero además produce desajustes en un sujeto que se encuentra en proceso de ajuste.

Considerando además que este estudiante no tiene clara su decisión, tiene intereses ambiguos, presenta serias dificultades de expresión y comprensión, el no encontrar un ambiente que amortigüe estas características actúa expulsivamente.

La masificación que promueve el alto número de estudiantes al ingreso tiene también consecuencias negativas sobre la permanencia. Por esto es imprescindible dar importancia a instancias de acompañamiento personalizado para que el joven pueda elaborar un tránsito que es múltiple hacia la autonomía adulta, y que requiere de adultos, profesores referentes, tutores.

Por último, se encuentra que a través de la propuesta institucional que se presenta al estudiante, el mundo académico adulto tiene la oportunidad-exigencia de transmitir valores y posicionamientos políticos en relación a la igualdad de derechos y oportunidades para los jóvenes, aportando a la desnaturalización de situaciones de segregación y desigualdad.

La importancia de valorar al joven y propender a que el mismo desarrolle su propia estima, creer en las potencialidades del otro para lograr autonomía, siguiendo el planteo de Rebellato (Rebellato, J., 2000), se constituye en una propuesta ética de relación con el estudiante desde el mundo académico adulto.

## Bibliografía

- Ares Pons, J. (2005). *¿Existe la libertad académica?* Montevideo: UdelAR, CSE.
- Arocena, R. (2004). Las reformas de la educación superior y los problemas del desarrollo en América Latina. *Educação & Sociedade*, 25 (88): 915-936.
- Arocena, R. (2007). Hacia la reforma universitaria [Web Blog]. Recuperado de <http://www.udelar.edu.uy/blog/>
- Asociación de Docentes de la Universidad de la República (1997). *Documento sobre reforma de la enseñanza terciaria y superior*. (Inédito). Montevideo.
- Barszcs, S.; Collazo, M.; Alvarez, R.; De Bellis, S. y Cilintano, S. (2005). *Incremento de la matrícula y masificación en la Ude laR*. Montevideo: UdelAR. CSE.
- Bauleo, A. (1970). *Ideología, grupo y familia*. Buenos Aires: Kargieman.
- Bentancur, N. (s.d.a). *Las reformas educativas de los años 90 en Argentina, Chile y Uruguay. Una indagación sobre su racionalidad política, impactos y legados. Sección 1*. (Inédito).
- Bentancur, N. (2002). *Políticas universitarias en el Uruguay de los noventa: una crónica de inercias, novedades y rupturas*. Montevideo: UdelAR. Facultad de Ciencias Sociales.
- Bentancur, N. (2004). Gobiernos, banco mundial y universidades: el legado de una década de políticas universitarias en América Latina. *Pensamiento Universitario*, (11): 7-15.
- Bertoni, E. (2005). *El estudiante universitario: una aproximación al perfil de ingreso*. Recuperado de <http://www.cse.edu.uy/sites/www.cse.edu.uy/files/documentos/EL%20ESTUDIANTE%20UNIVERSITARIO.pdf>
- Boado, M. (2004). *Una aproximación a la deserción estudiantil universitaria en Uruguay*. Montevideo: IESALC-UNESCO.
- Brovetto, J. (1994). *Formar para lo desconocido* (Documentos de Trabajo n° 4). UdelAR: Montevideo.
- Buschiazzo, O.; Contera, C. y Gatti, E. (Comps.) (1999). *Pedagogía universitaria. Presente y perspectivas*. Montevideo: UdelAR, Unesco, Asociación de Universidades Grupo Montevideo.
- Cabezas, A. y Luzardo, M. (2000). *¿Quiénes son y cómo aprenden los estudiantes de Psico-*

logía? (Informe presentado a la Comisión Sectorial de Enseñanza de la UdelaR). Montevideo: UdelaR, Facultad de Psicología.

Carbajal, S. y Maceiras, J. (2003a). *Con-viniendo una ética en nuestras prácticas: Buscando el encuentro*. En *VI Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 36-39). Montevideo: Psicolibros.

Carbajal, S. y Maceiras, J. (2003b). *Por una práctica de los encuentros*. En *Jornadas universitarias de intercambio Psicología en la educación: un campo epistémico en construcción*. (pp. 191-198). UdelaR. Facultad de Psicología.

Carbajal, S. y Maceiras, J. (2005). *Mentime que me gusta*. En *VII Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 119-123). Montevideo: UdelaR, Facultad de Psicología.

Carbajal, S. y Masse, V. (2006). *Aportes para pensar la problemática actual de la educación*. (Inédito).

Carbajal, S.; Masse, V. y Pimienta, M. (2005). *¿Sálvese quien pueda?* (Inédito).

Chalabe, T.; Pérez, L. y Truninger, E. (s.d.) *Reflexiones sobre la deserción universitaria*. Salta: Universidad Nacional de Salta.

Delgado, G. (2002). *¿Cuáles son los principales factores que determinan la deserción de los estudiantes de Psicología?* Informe presentado a la CSIC de la UdelaR, (inédito). Montevideo: UdelaR.

De Sousa Santos, B. (2005). *La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática*

*y emancipadora de la Universidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Fernández, A.; Firpo, C. y Perera, M. (2000). *Proyección de la matrícula universitaria: periodo 2000-2030*. (Documento de trabajo de rectorado N° 3). Montevideo: UdelaR.

Fernández, T. (Coord, Ed). (2010). *La desafilación en la educación media y superior de Uruguay. Conceptos, estudios y políticas*. (Colección Art. 2). Montevideo: UdelaR, CSIC.

Frechero, A. y Syrbursky, M. (2000). *La migración de cada año. Jóvenes del interior en Montevideo*. Montevideo: Nordan-Comunidad.

Freire, P. (2003). *El grito manso*. Buenos Aires: SiglFreire de Garbarino, M. (1992). *Adolescencia*. Montevideo: Roca Viva.

López, N. (2005). *Equidad educativa y desigualdad social*. Buenos Aires: IPE. UNESCO.

Maceiras, J. (2003). *Universidad y mundo del trabajo*. En *VI Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 107-110). Montevideo: Psicolibros.

Marrero, A. (1999). *Del Bachillerato a la Universidad. Rupturas y continuidades. Éxitos y fracasos* En Buschiazzo, Contera y Gatti (1999). (pp.225-245). Montevideo: Cátedra UNESCO-AUGM, UdelaR.

Perdomo, R. (1998). *Los adolescentes uruguayos-hoy*. (Serie Aportes a la educación) Montevideo: Ministerio de Educación y Cultura.





- Pichon Riviére, E. (1985). *El proceso grupal: Del Psicoanálisis a la Psicología social (1)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pimienta, M. (Comp.). (2007). *Construyendo aprendizajes*. Montevideo: UdelAR, Facultad de Psicología. Argos.
- Rebellato, J. (2000). *Ética de la liberación*. Montevideo: Nordan Comunidad.
- Santiviago, K. (Coord.). (2010). *Programa de apoyo y seguimiento a las generaciones de ingreso a la Universidad de la República: Informe de lo actuado año 2009*. Montevideo: UdelAR.
- Sposetti, A., Silva, N. y Echevarría, H. (2004). *Deserción y lentificación en el pensar y sentir de los alumnos universitarios*. Argentina: Investigación evaluativa, UNRC. Recuperado de <http://www.echevarriahugo.com.ar>.
- Torello, M. (2000). *Algunos tópicos sobre la educación en Uruguay*. (Documentos de trabajo del Rectorado N° 2). Montevideo: UdelAR.
- Universidad de la República. (1990). Ley orgánica de la Universidad En *Ley N° 12.549 de 29/10/958*. Montevideo: Oficina del libro AEM.
- Universidad de la República. Oficina del Censo (2000). *Censo 2000: principales características de los estudiantes de la Universidad de la República en 1999*. Montevideo: UdelAR.
- Universidad de la República. Oficina del Censo (2007). *Censo 2007: principales características de los estudiantes de la Universidad de la República 2007*. Montevideo: UdelAR.
- Universidad de la República, Comisión Sectorial de Enseñanza. (s.d.). *Memoria 2007-2008*. (Inédito). Montevideo: UdelAR.
- Universidad de la República, Comisión Sectorial de Enseñanza. (2004) *Proyecto Características deseables de la formación del estudiante al ingreso a la Universidad*. Montevideo: UdelAR.
- Universidad de la República. (2007). Resolución del CDC de 15 de abril Recuperado de <http://www.udelar.edu.uy/>
- Universidad de la República. Dirección de Planeamiento, División Estadística. (2009). *Formulario estadístico de ingreso 2009*. Facultad de Psicología. Montevideo: UdelAR.



# Ensayo: Aportes para una construcción integral en salud

Contributions a comprehensive health building

*Dulcinea Cardozo  
Gabriela Meerhoff  
Pablo Pereira  
Rosario Ruétalo*

**Descriptores:** Prácticas integrales, Articulación, Interdisciplina, Salud.

**Descriptors:** Comprehensive practice, Joint, Interdisciplinarity, Health

## Resumen

Las Unidades de Extensión del Área de Salud de la Universidad de la República de Uruguay, integrada por docentes de: Educación Física, Enfermería, Medicina, Nutrición, Odontología, Psicología y Programa APEX-Cerro; hemos visualizado la necesidad de promover un espacio de intercambio y de producción de conocimientos sobre salud integral. Esto se da en el marco del proceso de la segunda reforma Universitaria, donde se impulsa la curricularización de la extensión y la renovación de la enseñanza, más particularmente la construcción de Espacios de Formación Integral.

Este equipo docente interdisciplinario elige cuatro ejes en torno a los cuales trabajar: Relaciones saber-poder; Territorio-territorialidades-abordaje territorial; Asistencia-asistencialismo-extensión; Interdisciplina-trabajo en equipo.

Los mismos surgen de intercambios de experiencias de cada Facultad y Programa, de las necesidades de los diferentes equipos de trabajo y de las dificultades que se visualizan en la formación de los estudiantes y los docentes para la construcción de espacios de formación integral, donde realmente haya una integración de funciones, de disciplinas y de saberes y un trabajo desde una perspectiva de salud integral.

Es así que surge la realización del primer curso "Hacia la integralidad de la salud" durante el período octubre 2010-agosto 2011, como espacio de intercambio y producción que involucre la mayor cantidad de actores posibles de la Universidad, donde las diferentes disciplinas se posicionan en un plano horizontal para discutir la salud desde lo relacional y desde un posicionamiento crítico-ético-político.

*Nos parece fundamental compartir e intercambiar sobre las diferentes reflexiones y discusiones que se han dado en torno a estos cuatro ejes de trabajo, tanto desde el equipo docente como de lo que fue surgiendo en los diferentes encuentros realizados entre estudiantes, docentes, egresados e invitados de diferentes disciplinas y ámbitos, como también nuestro posicionamiento ético-político*

*en la temática, para con sus aportes objetivar nuestro proceso y contribuir en la construcción de experiencias integrales en la salud.*

### **Abstract**

Extension Units Area Health, University of the Republic of Uruguay, composed of teachers: Physical Education, Nursing, Medicine, Nutrition, Dentistry, Psychology, and APEX-Cerro program, we have visualized the need to promote space exchange and production of knowledge on holistic health. This occurs in the context of the university the second reform, which drives curricularization ó extension and renewal of education, more particularly the construction of spaces Integral training.

This interdisciplinary teaching team selects 4 axis around which to work: knowledge-power relations, Territory-territoriality-territorial approach; Assistance-welfare-extension; Interdisciplinarity-teamwork.

They arise from exchange of experience of each faculty and program, the needs of different teams and the difficulties that are displayed in the training of students and teachers to build comprehensive training areas, where there really is integration of functions, disciplines and knowledge and work from a holistic health perspective.

Thus arises the realization of the first course "Towards integrated health" during the period October 2010-August 2011, as a space of exchange and production involving as many actors as possible of the University, where different disciplines are positioned in a horizontal plane to discuss health from the relational and from a critical position-ethical-political.

It seems essential to share and exchange about the different reflections and discussions that have taken place around these four areas of work, both from the teaching staff as it was emerging in the various meetings held between students, faculty, alumni and guests different disciplines and fields, as well as our ethical and political position in the field, to their contributions to objectify our process and contribute to the construction of comprehensive health experiences.



## Introducción

Las Unidades de Extensión del Área de Salud de la Universidad de la República de Uruguay, integrada por docentes de: Educación Física, Enfermería, Medicina, Nutrición, Odontología, Psicología, y Programa APEX-Cerro, hemos visualizado la necesidad de promover un espacio de intercambio y de producción de conocimientos sobre “salud integral”. Esto se da en el marco del proceso de la Segunda Reforma Universitaria, donde se impulsa la curricularización de la extensión y la renovación de la enseñanza, más particularmente la construcción de Espacios de Formación Integral.<sup>1</sup>

A partir de los intercambios de experiencias de los Servicios se detecta la necesidad de formación –tanto para docentes como para graduados y estudiantes– con el fin de acompañar y lograr el desarrollo de estos “Espacios Integrales”.

Como equipo docente de las Unidades de Extensión del Área Salud elegimos cuatro dimensiones conceptuales en torno a las cuales trabajar: Relaciones saber-poder; Territorio–territorialidades–abordaje territorial; Asistencia–asistencialismo–extensión; Interdisciplina–trabajo en equipo.

De esta manera se fue gestando la idea de hacer un curso para profundizar en el análisis de estos ejes junto a los diferentes actores universitarios para

discutir la salud desde lo relacional y desde un posicionamiento crítico-ético-político.

Bajo la denominación: “Hacia la integralidad de la salud” surge la primera edición de un curso durante el período octubre 2010–agosto 2011.

En este artículo nos parece fundamental compartir e intercambiar sobre las diferentes reflexiones y discusiones que se han dado en torno a estas cuatro dimensiones de trabajo, tomando como eje vertebral el eje asistencia-asistencialismo-extensión. Allí integraremos lo que fue surgiendo, tanto desde el equipo docente como en los diferentes encuentros realizados entre estudiantes, docentes, graduados e invitados de diferentes disciplinas y ámbitos. De esta manera queremos contribuir en la construcción de experiencias integrales en la salud.

### Contextualización universitaria

La Universidad de la República del Uruguay se encuentra en un proceso de transición hacia una Segunda Reforma Universitaria, donde se impulsa la curricularización de la extensión y la renovación de la enseñanza. Uno de los grandes cambios que se plantea es la generalización de las prácticas integrales entendidas como procesos de aprendizaje que involucren la extensión, la enseñanza y la investigación, que articulen el saber científico y el saber popular, desde un abordaje interdisciplinario. Esto se sustenta en tres ideas fuerza:

1. La revitalización del ideal latinoamericano, forjado por el Movimiento de la Reforma Uni-

1 “Para la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión y las actividades en el medio” Documento elaborado en la Red de Extensión de la UdelaR aprobado por el CDC el 27 de octubre de 2009.

versitaria desencadenado desde Córdoba en 1918, de Universidad democráticamente cogobernada y socialmente comprometida, que ofrece formación integral y contribuye a la solución de los problemas de interés general, priorizando a los sectores más postergados. 2. La contribución a generalizar la enseñanza avanzada, activa y de calidad, dentro y fuera de las aulas, combinada a lo largo de toda la vida activa con el trabajo creativo, el ejercicio de la ciudadanía, el acceso a la cultura y la mejora de la calidad de vida individual y colectiva. 3. La construcción de una Universidad para el Desarrollo, caracterizada por la práctica integrada y al más alto nivel posible de las funciones universitarias de enseñanza, investigación y extensión con prioridad al desarrollo humano sustentable, basado en el uso socialmente valioso del conocimiento y la conjunción de esfuerzos entre diversos actores colectivos (Arocena, R.; 2011: 12).

En el año 2008 la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM) realiza un llamado para la creación de Unidades Académicas de Extensión en todos los Servicios de la UdelaR, con el objetivo de dinamizar, catalizar, fortalecer y promover actividades de extensión.

En el año 2010 las Unidades de Extensión del Área de Salud, integrada por docentes de: Instituto de Educación Física, Facultad de Enfermería, Facul-

tad de Medicina, Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Odontología, Facultad de Psicología y Programa APEX-Cerro visualizaron la necesidad de promover un espacio de intercambio y de producción de conocimientos sobre la integralidad en la salud. Esto se enmarca en el proceso de concepción de Espacios de Formación Integral<sup>2</sup> y su implementación en los diferentes servicios. De manera incipiente surge la necesidad de generar un espacio que dé contención y que acompañe este momento de cambio y renovación a través de un proceso formativo.

### **Sobre el curso**


El curso surge como una estructura novedosa dentro de la Universidad de la República, siendo además el primer emprendimiento conjunto de las Unidades de Extensión del Área de la Salud. Es así que al desafío de articular diferentes estructuras con diferentes lógicas y realidades institucionales se le agrega el objetivo de construir un equipo de trabajo y de lograr un abordaje interdisciplinar.

La metodología utilizada durante el curso fue participativa con modalidad de taller, favoreciendo el intercambio de saberes con la intención de llegar a producciones colectivas. En cada taller se abordó una de las dimensiones conceptuales antedichas, revisando lo aprendido a la luz de una mirada emergente del trabajo colectivo.

Durante el desarrollo del curso contamos con la participación de docentes con trayectoria en las distintas temáticas, que jugaron diferentes roles, desde

---

2 Ibídem.



observadores para luego ser discutidores, como expositores. A su vez, se llevaron a cabo dinámicas en las cuales se priorizaron las experiencias y el conocimiento de los participantes, reflexionando desde sus prácticas.

En el entendido que la formación es continua, que estudiantes, graduados y docentes conforman una unidad en la educación universitaria, pero que hay pocos espacios de formación que nos convocan a todos los actores, vemos fundamental la construcción de un espacio donde la mutua escucha y retroalimentación de perspectivas posibilite problematizar los lugares que se ocupan y a su vez reconocerse en un mismo espacio de trabajo.

De esta forma se facilitó la de-construcción y re-construcción de saberes, desde la perspectiva de una formación profesional comprometida con la realidad social.

### **Contexto nacional: reforma del sistema de salud**

El camino hacia la Reforma Universitaria se da en una coyuntura de cambios en el Uruguay, en la cual el gobierno comienza a ser ejercido por primera vez por un partido de izquierda, en donde uno de los cambios propuestos en su Programa de Gobierno fue la reforma del Sistema de Salud.

El modelo de salud en el Uruguay se ha caracterizado por ser hospitalocéntrico, con un predominio en el tercer nivel de atención. Con la implementación de la reforma se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud con énfasis en el primer nivel de atención, lo cual constituye un hito en lo que se refiere a re-

pensar la salud en nuestro país. Desde el 2005 los principales objetivos fueron cambiar el modelo de financiamiento de la atención en salud, el modelo de atención y el modelo de administración de los recursos.

El porcentaje de personas sin cobertura ha disminuido y la descentralización de los servicios ha aumentado junto con el fortalecimiento del primer nivel de atención.

La Ley 18.211 es un primer avance que ha generado resistencias y cambios en la forma de entender la salud. Se han visto perjudicados los posicionamientos más neoliberales predominantes en la región en la década del 90. Un ejemplo de esto es la defensa corporativista de profesionales con un enfoque mercantil de la salud. Estas resistencias y luchas de intereses complotan contra la posibilidad de desarrollo de una salud integral. Como ejemplo del modelo imperante en nuestro país tomemos las especialidades médicas, basadas en el prestigio de un saber “exclusivo”, generado por un empoderamiento legitimado por la sociedad, que hace de las mismas un “negocio” muy lucrativo, dejando de lado la visión integral del ser humano.

Una visión capitalista y mercantil de la salud, generadora de políticas asociadas a la asistencia y al asistencialismo donde se trabaja, con relacionamientos asimétricos (profesionales de la salud/paciente, médicos/no médicos), no propone una búsqueda de soluciones y abordajes definitivos a las problemáticas relacionadas a la salud.

El nuevo sistema de salud es un intento de plasmar una voluntad política de cambio, que ha venido teniendo dife-



rentes impactos, pero no ha logrado aún modificar las lógicas mercantiles, las luchas de poder de las diferentes profesiones por abarcar determinados sectores, ni la homogeneización del enfoque de trabajo en la salud.

Los tiempos para procesar cambios reales en las prácticas son mayores a los necesarios para reformar la administración de un sistema.

Desde la Universidad no se ha acompasado esta serie de cambios en el modelo de atención. Si bien se puede detectar una voluntad de cambio, plasmada en la modificación del plan de estudios de la carrera de Medicina en el año 2009 (que no era modificado desde el año 1968, manteniendo una formación basada en la curación, con poco énfasis preventivo) y que ahora plantea un mayor énfasis en la promoción y la prevención en salud, la introducción de la bioética en los contenidos y el trabajo grupal entre otras cosas. Sin embargo, ¿que los cambios de plan de estudio se hayan dado sólo en la carrera de medicina es una casualidad? ó ¿esto tiene que ver con que continúa el poder médico hegemónico en la salud?

Lo anterior denota una discordancia entre la formación de recursos y el cambio de modelo, si bien se cuenta con un sistema de Atención Primaria de Salud (APS) fortalecido, el enfoque de los profesionales y trabajadores del sistema sigue siendo curativo.

La parcelación de los saberes en disciplinas, con escaso diálogo entre ellas, es una gran contradicción para un sistema integrado de salud donde lo que se integra son funciones administrativas pero no recursos humanos. A pesar de

cambios en los planes de estudio, nos seguimos formando en las mismas concepciones que subyacen a la visión biologicista y fragmentada del ser humano, sin una real transformación cultural necesaria que acompañe estos cambios. Las experiencias que buscan un abordaje interdisciplinario y una mirada integral del ser humano aparecen como micro experiencias, que aún no se han generalizado. Si bien este sistema de salud y esta reforma universitaria legítima a través del discurso dichas prácticas; éstas todavía son incipientes.

En este sentido, es necesario generar mayor profundización en la discusión acerca de la formación de recursos para el sector salud, apostando a una visión integral, crítica de la realidad con un enfoque multidisciplinar y pluridimensional del campo de la salud.


### **Desarrollo conceptual de los ejes**

Para realizar el desarrollo y análisis de las dimensiones propuestas, hemos tomado como eje asistencia-asistencia-lismo-extensión entrecruzándolo con las otras dimensiones seleccionadas. El mismo es tomado al posicionarnos en el ámbito de la salud estrictamente, donde esta dimensión y sus tensiones son propias de esta área.

### **Relaciones saber-poder, territorio, interdisciplina**

#### **Eje Saber-poder**

¿Cómo nos vinculamos con los “otros”? ¿Cómo nos vinculamos entre “nosotros”? ¿Quién legitima el saber? ¿Cuál es el posicionamiento ético-político en nuestras prácticas?



El saber no es un fenómeno singular, es sin duda plural y su riqueza debe sostenerse en eso. Vincular el saber técnico de los profesionales de la salud con el saber popular, y a su vez esos saberes entre sí, es un procedimiento imprescindible para analizar nuestras prácticas.

¿Pero cuál es el saber del otro? ¿Cómo lo integro con un saber disciplinar? ¿Qué metodologías debo utilizar para que se pueda dar esta integración? ¿Cómo tengo que trabajar? ¿Qué hay que poner en juego?

El poder como fenómeno polisémico genera diversidad de análisis en las prácticas vinculadas a la salud.

... El poder no es un fenómeno de dominación masiva y homogénea de un individuo sobre los otros, de un grupo sobre otros, de una clase sobre otras; el poder contemplado desde cerca no es algo dividido entre quienes lo poseen y los que no lo tienen y lo soportan. El poder tiene que ser analizado como algo que no funciona sino en cadena. No está nunca localizado aquí o allá, no está nunca en manos de algunos. El poder funciona, se ejercita a través de una organización reticular... El poder transita transversalmente, no está quieto en los individuos... (Foucault, M., 1992).

Los cambios constituyen movimientos en la red del poder, estos generan resistencias, lo que se traduce en una gran dificultad para generar modelos alternativos basados en una concepción diferente de salud. Entendemos que es clave trabajar sobre las relaciones de poder que están en juego cotidianamen-

te en nuestros haceres, sentires, pensamientos y en las formas de ver el mundo.

Las asimetrías que se generan entre las diferentes profesiones son un ejemplo del funcionamiento del poder, a su vez el respeto de los saberes empieza por reconocer que lo que está fuera de mi disciplina es importante y lo que el otro puede aportarme es también parte de la solución. El miedo a la pérdida de poder hace a las disciplinas encerrarse en sí mismas, no compartir el saber y eventualmente no reconocerlo en los otros. El primer paso para poder generar un nuevo conocimiento es comprender la complejidad de los individuos como seres integrales, con necesidades que van más allá de lo que un especialista puede conocer; sumar pensamientos e integrarlos es el desafío (De Sousa Santos, B., 2006). Para esto es imprescindible comprender que las lógicas de poder instaladas en nuestras realidades y momentos cotidianos son parte de las lógicas instauradas por el sistema hegemónico. Las transformaciones hay que darlas en nuestras micro experiencias, pero tendiendo y apostando a una transformación cultural macro, a un mundo nuevo que posibilite otras relaciones. Partiendo de la base de que el poder se manifiesta “de forma reticular”, el desafío sería transformar la manera de posicionarse los sujetos en las relaciones.

## **Territorio**

*“La cabeza piensa donde los pies caminan”  
Educación Popular*

El cómo se pone en juego el territorio en cada eje, tiene íntima relación





con la relación saber-poder. ¿Por qué? Porque nos habla de cómo nos posicionamos y cómo abordamos el territorio.

Incluir el territorio para abordar la salud tiene diferentes vertientes. Por un lado, ¿cómo se produce salud en un determinado territorio? Y por otro, ¿qué del territorio determina e influye en la salud?

Hablar de territorio, en clave del trabajo en salud nos lleva a pensar en los lugares que habitan las personas con las que trabajamos, como también en los lugares de donde venimos los técnicos y los universitarios. Estos lugares, son lugares cargados de olores, de colores, de historias, de cambios en el transcurrir del tiempo, de vivencias singulares, repetidas, de vidas, de historias. El territorio pensado como rincones que habitamos y nos habita, espacio y tiempo, límites, fronteras, rigideces, movimiento.

El territorio como “algo” que nos marca, nos da identidad: soy uruguayo, porque nací en el territorio delimitado como el país República Oriental del Uruguay y eso me da identidad, me da derechos, me da un lenguaje determinado, me marca una determinada cultura, una determinada forma de ser y estar en el mundo. Me sitúa en un contexto social y político (reforma de salud).

Pero si vamos más hacia lo micro también lo vemos, la delimitación de los barrios, en qué territorio vivimos, también nos dice cosas, no siendo lo mismo vivir en el barrio Buceo que vivir en el barrio Colón o en un asentamiento. El territorio nos marca en lo cotidiano. Si nos detenemos en el hecho de vivir en un asentamiento, podemos decir por

ejemplo: cuando llueve se inunda la zona y nos llenamos de barro, se nos corta la luz casi todos los días, las casas son de chapa, etc.; como también nos coloca en determinados lugares en la sociedad: la gente que vive en asentamientos es pobre, son chorros, están los menores infractores, los consumidores de pasta base, etc.

El territorio está cargado de significados sociales, y también está cargado de historias singulares, en donde la proximidad, el encuentro, la cercanía nos indica con quiénes trabajamos y cómo podemos trabajar.

Los lugares están asociados a sensaciones, ya sean placenteras o displacenteras. Las condiciones de vivienda y las condiciones del barrio, qué lugar tiene, qué lugar no tiene. Cómo se llega ahí, cómo se está ahí, cómo surge y cómo sigue. El territorio pasa a ser un lugar cargado de una vivencia, ahí se ve plasmado el tema del espacio-tiempo.

Cuando hablamos de territorio lo hacemos asociado al concepto de poder. En donde se puede diferenciar el territorio como poder de dominación y el territorio como poder, como apropiación. El territorio como poder de dominación es un territorio funcional, ya que tiene un valor de cambio, se usa el territorio como un recurso para obtener un beneficio económico, una producción. En un punto extremo puede ser un territorio unifuncional, en donde se viven procesos de dominación. El territorio como poder de apropiación tiene un componente simbólico, se incluye lo vivido, tiene un valor de uso, implica abrigo, seguridad afectiva. Este tipo de territorio implica también diferencia. Se po-

nen en juego los diferentes agentes territoriales: individuos, grupos sociales, instituciones, empresas, donde afectan, influyen o controlan de diversas formas.

Todo territorio es, al mismo tiempo y obligatoriamente, en diferentes combinaciones, funcional y simbólico pues ejercemos dominio sobre el espacio tanto para realizar funciones como para producir significados (Haesbaert, R., 2005: 6776).

Ir al territorio nos permite comenzar el camino de respuesta a la pregunta de ¿cómo vive la gente con la que trabajamos? ¿Cuáles son los lugares que adquieren las personas en el territorio? Nos permite sentir olores, percibir colores, sensaciones, pisar el suelo con barro, con asfalto, mirar las casas desde adentro, sentarse en sillas y mesas donde otros comen. Dejarse permear por esa realidad.

### **Interdisciplina**


Una definición de interdisciplina, que surge más de la práctica que de la teoría, nos permite afirmar que el trabajo interdisciplinario (o la interdisciplinariedad) se construye en el pensar y en el hacer colectivo. Es una tarea de todos los días en la que cada quien pone de sí y en la que hay que resolver situaciones previstas e imprevistas.

Este “poner de sí” al que referimos implica algo más que poner el saber al servicio de la resolución de un problema común y convocante. Implica que cada persona desarrolle actitudes hacia la tarea, que expresen su disposición a ceder,





a negociar y a afrontar nuevos desafíos y depende muchas veces del tiempo que lleve ese desarrollo la calidad del trabajo. Porque, como en cualquier otra experiencia, pero en esta tal vez más, se expresan “dificultades” asociadas al pasado que cada quien trae. Por un lado, vinculado al hacer en conjunto y por otro, a su experiencia con las disciplinas con las que interactúa. Con relación al hacer en conjunto, el hecho de concebirnos como sujetos integrales ya favorece un tipo de interacción que redundará en una mirada multidimensional de la realidad y en consecuencia bien hará más compleja la intervención bien más consciente. En concreto, con relación a la interacción interdisciplinar, es preciso que cada persona pueda hacer una reflexión con relación a la disciplina en la cual se especializó y sobretodo al poder que ésta conlleva, porque como hemos expresado existe una apropiación diferencial del saber y de su ejercicio como poder en práctica que es producto del contexto y el proceso histórico en el que emerge. Edgar Morin nos facilita vías para “deconstruir” nuestras nociones al respecto y profundizar en la reflexión, cuando dice que una disciplina *“tiende naturalmente a la autonomía: con unas fronteras específicas, un lenguaje y un conjunto de técnicas y teorías propias”* (Morin, 1990: 1). Agregando a este ejercicio reflexivo, lo que nos parece más sustantivo a compartir es deconstruir y observar el lugar desde el cual iniciamos el movimiento de acercamiento a otros para andar juntos. Esto revela la necesidad de un trabajo previo al de la acción concreta o de una posible intervención. Revela la necesidad de compartir un



mismo tiempo y espacio para así conocernos y sobre la base del “estar-siendo diversidad en unidad” lograr la fuerza que permita una mirada y acción en común que respete la pluralidad de puntos de vista por un lado y la autonomía y libertad de elección con quienes se trabaja y hacia quienes se trabaja por otro.

### **Asistencia desde la perspectiva de los ejes**

#### **Asistencia**

La asistencia a la salud es análoga al asesoramiento técnico en otros campos disciplinares. Es el ejercicio de la práctica profesional y es un proceso centrado en el conocimiento. Implica la resolución de una necesidad y la prestación de un servicio. En base a un diagnóstico/demanda se plantean solución/es a problemas.

Es un proceso unidireccional de respuesta a demandas puntuales.<sup>3</sup> Dicho proceso está dentro del proceso de atención salud-enfermedad; es un momento precedido por la promoción y la prevención y seguido de la rehabilitación.

La asistencia a la salud responde al derecho humano “gozar del grado máximo de salud”. Este obliga a los estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Estas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

### **Asistencia y territorio**

El concepto de territorio tiene una doble connotación; por un lado es un concepto que implica dominación, ligado al territorio como unidad funcional, con valor de cambio, y por otro el de apropiación ligado a un valor de uso, más simbólico, cargado de “lo vivido” (Haesbaert, 2005).

En nuestro país cada vez más las personas disponen de centros de salud o policlínicas ubicadas en su propio barrio o localidad. Existe una aproximación física del sistema de salud y la asistencia al territorio donde vive la gente. No obstante, la institución policlínica o centro de salud sigue siendo un territorio institucional, muchas veces ajeno a las dinámicas de los distintos lugares en los que están ubicadas.

Si bien hay instituciones de asistencia que funcionan en el territorio, no necesariamente se aborda la salud desde un punto de vista territorial.

¿Dentro de lo asistencial, qué significa trabajar teniendo en cuenta el territorio? La asistencia se plantea desde un territorio que es ajeno a la persona (y muchas veces al agente de salud); el consultorio.

En el curso se narró una experiencia que está siendo llevada a cabo en Asunción del Paraguay: “Clinitaria. Acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias”. En la misma se plantea:

“... la búsqueda de trabajar en y desde donde la gente vive su cotidiano, buscando sintonizarse con su capacidad de producir y reproducir vida. En el territorio se conjugan tiempo y

<sup>3</sup> Taller institucional de extensión de la Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay, agosto 2008.

espacio. Empieza a ser significativo lo procesual, lo cotidiano, lo caótico, lo incierto, lo cultural; todo esto demanda una gradualidad: un tiempo para reconocerse y confiar. "... Hoy, los abordajes en reducción de daño con personas complicadas con el uso del 'chespi' son la experiencia más gráfica de trabajar en y desde los lugares de encuentro habituales: la calle, en este caso orillas de arroyos, esquinas o aleros de una capilla" (Barúa, A., 2011: 61).

Se trabaja en el tiempo y en el espacio de las personas, buscando entrar en los rituales cotidianos. Se trabaja en la salud como construcción social cotidiana literalmente.

El acto de asistencia como está planteado en la gran mayoría de las prácticas desde las instituciones públicas y privadas en nuestro país implica un territorio neutro, un territorio destinado a tal fin: asistir. Pero nos preguntamos ¿por qué la asistencia no se realiza en y desde el territorio simbólico de la gente? Es claro que en situaciones que requieren una determinada tecnología esto no es posible, pero en las situaciones en que esto no es requerido, ¿qué sucede? ¿Por qué seguimos adentro de los consultorios?

### **Asistencia y relaciones saber-poder**

Tomaremos como paradigma la profesión médica, ya que a partir de ésta nace históricamente la asistencia, y ha sido la disciplina en torno a la cual se definieron las demás disciplinas.


"La medicina es considerada en todo el mundo como una discipli-

na científica de gran importancia y como una institución asistencial más importante todavía. Sin embargo en el mundo occidental se viene produciendo desde hace 20 años un fenómeno curioso. Los resultados y procedimientos de la investigación médica avanza cada vez más. Al mismo tiempo se desarrolla una discusión científica y pública muy apasionada sobre el rol de la medicina en la sociedad... Las salas de espera de los consultorios están llenas y los hospitales sobrecargados y, sin embargo otras profesiones curativas denominadas 'alternativas' gozan de gran afluencia".

"La carrera triunfal de la medicina es una muestra ejemplar de la paradoja de la modernidad: los conocimientos médicos que progresaron en forma independiente, fueron liberando paulatinamente a los individuos y a la sociedad de la tarea de preocuparse diariamente por su existencia corporal, aun a pesar de sufrir fuertes dolores y de la existencia de claros riesgos para el cuerpo y la vida".

Es aquí que con la aclamación y el beneplácito de todos comienza la marcha triunfal de la "racionalización del cuerpo" como decía Max Weber a comienzos de este siglo y "la medicalización" como sostienen Michel Foucault y muchos otros desde principios de los años setenta (Labisch, A., 1993).

La asistencia está basada en un modelo médico basado en la clínica; abordando la situación de enfermedad. El acto de asistir está en la idiosincrasia de las personas, el modelo curativo es parte de la vida cotidiana, un ejemplo de esto es la automedicación.



Partimos de una visión que deja al saber del que recibe asistencia como algo que debe ser tomado en cuenta en función solamente de lo que implica para la situación por la que está recibiendo asistencia.

Yo le aporto al paciente, pero ¿qué me aporta él a mí? ¿Sus dudas? ¿Qué tipo de saber aporta el otro en la asistencia? ¿Qué es el saber? ¿Son las necesidades del otro? ¿Son los problemas del otro y las realidades específicas?

Aquí hay que mencionar un problema cotidiano importante. En la práctica, la medicina y las personas que la ejercen se encuentran frente a personas, en cuyos síntomas corporales confluyen hechos, experiencias e interpretaciones de carácter físico, psíquico, social, cultural, etc. Es evidente que los médicos se encuentran allí con el límite de sus categorías para registrar hechos, interpretarlos en el sentido del paciente y actuar en forma adecuada.

¿Cómo se da la relación entre el que brinda asistencia y el que la recibe? La forma de concebir al sujeto en la asistencia (y más en la asistencia a personas de bajo nivel socioeconómico) va generando una forma de relacionamiento que considera al otro como alguien en cierta manera carente. Tomemos este ejemplo de la práctica médica en un hospital público: un paciente consulta, es necesario que tome antibióticos que pueden ser ingeridos oralmente, se puede tratar de forma ambulatoria, pero no se hace porque se sabe que la persona no lo va a cumplir correctamente, entonces se interna al paciente.

¿Cómo se puede convertir todo esto en un saber que forme parte de un pro-

ceso bidireccional? ¿Cómo se puede acercar la asistencia a procesos de extensión?

### **Asistencia e interdisciplina**

Las conductas mencionadas anteriormente y otras, perpetúan un modelo de salud centrado en el médico y en su actuar. ¿Cómo poder salir de esta mirada desde lo disciplinar? ¿Cómo construir un modelo centrado en la salud?

La práctica nos muestra que necesitamos trabajar en interdisciplina. El mundo complejo en que vivimos nos da cuenta de que ya no alcanza un abordaje disciplinar ni multidisciplinario.

Dentro de la asistencia en los centros de salud y hospitales existen múltiples disciplinas que coexisten en un mismo espacio, incluso que participan de un mismo equipo de trabajo. Pero sin embargo los ejemplos de interdisciplina son muy escasos. Si desde muchos frentes se ve que los abordajes disciplinares no son suficientes y de hecho han fracasado, ¿por qué no avanzamos en ese sentido? Hay sin duda muchas razones pero una es que nos hemos formado con un enfoque disciplinar; los psicólogos forman psicólogos, los médicos forman médicos y en ese contexto vamos adquiriendo determinadas conductas y aptitudes. Otro factor es que el trabajo en interdisciplina supone una reciprocidad con tendencia a la horizontalización de las relaciones de poder entre los campos implicados. Esto supone una actitud de humildad y curiosidad que posibilite la transformación de mi cuerpo de saber, en función de los problemas abordados. En este sentido el abordaje real de los problemas en forma interdisciplinaria



supone un aprendizaje profundo y único. ¿Hasta qué punto carecemos de herramientas porque no las hemos experimentado o porque éstas implicarían una horizontalización en las relaciones entre enfermeros/as, médicos/as, nutricionistas, psicólogos/as, parteros/as obstetras, trabajadores/as sociales, profesores/as de educación física, odontólogos/as?

La interdisciplinariedad supone una forma de trabajo que identifique una problemática común con un abordaje desde una perspectiva teórica y política básica.

Es una decisión política el hecho de abordar la salud desde lo asistencial de manera interdisciplinaria. Esto supone unir metodologías de trabajo y buscar innovar en cuestión de abordajes y métodos. Deben establecerse mecanismos que permitan entender de forma recíproca diferencias posibles entre conceptos. Esto supone un aprendizaje común por recombinación de elementos internos.

¿Cómo vamos a reconocer los saberes del otro no universitario sino reconocemos que hay multiplicidad de saberes disciplinares entre los universitarios?

Asistencialismo desde la perspectiva de los ejes

### **Asistencialismo**

El asistencialismo es una actividad y actitud voluntarista de ayudar a un otro, este "otro" se encuentra en una situación inferior, de pobreza, de vulnerabilidad, de carencia.

No es propio del área de la salud, trasciende este campo, se encuentra cuando el énfasis está puesto en las ca-

racterísticas de la población, en "población necesitada".

Las acciones del asistencialismo están enfocadas a situaciones de urgencia, de pobreza estructurales, lo que nos habla de condiciones de desigualdad social que son parte del sistema capitalista, condiciones de vida, derechos vulnerados que pretenden ser asistidos sin cuestionar y accionar sobre sus causas.

¿Cuál es entonces el sujeto de las prácticas asistencialistas? Sujetos con necesidades básicas insatisfechas, sujetos en situación de pobreza. Son sujetos que se visualizan como carenciados; en el relacionamiento se enfatiza la carencia. Si bien son sujetos también de otras prácticas (extensión, asistencia) el asistencialismo se focaliza en estos.

### **Asistencialismo y territorio**

El territorio desde la perspectiva de las prácticas asistencialistas es a donde "se va" a dar, a brindar, a ser caritativo, etc. Acá el territorio se reduce al lugar delimitado por el barrio, el nombre del asentamiento, vamos a trabajar al asentamiento tal. El territorio como algo que ya está dado, delimitado, definido, no es "pensado" el territorio, más que como lugar donde desarrollar acciones, pero no interviene en la intervención, ni en el marco de la misma. El territorio no es entendido como productor de sentidos sino como estático, estanco.

El territorio es entendido como depósito de acciones, es donde se va a hacer "para" el otro y no campo de acción de transformaciones.

## Asistencialismo y relaciones saber-poder

*Los caminos de la liberación son los del mismo oprimido que se libera:*

*Él no es cosa que se rescata  
Sino sujeto que se debe autoconfigurar responsablemente  
La Pedagogía del oprimido  
Paulo Freire*

Lo mencionado en el apartado anterior nos da indicios de cómo están en juego las relaciones de poder. El universitario, a la hora de trabajar desde una perspectiva asistencialista, se ubica en una posición de superioridad en relación con los “otros”, es una intervención entendida como ayuda a un necesitado. Esto nos permite correr del lugar de la culpa, estamos haciendo algo por el otro, estamos ayudando, estamos dándole lo que no tiene (pensando en políticas sociales que tienen este tipo de perspectiva).

Al intervenir de este modo, la profesión se convertiría en una herramienta de dominación de masas, que sólo pretende mantener aquel orden necesario para seguir creciendo económicamente y así, mantener una estructura de desigualdad.

Cuando hablamos de asistencialismo hablamos de prácticas que contribuyen a la reproducción del orden establecido, a mantener las relaciones de poder, de dominación.

Asistencialismo es una de las actividades sociales que históricamente han implementado las clases domi-

nantes para paliar mínimamente la miseria que generan y para perpetuar el sistema de explotación (Alayon, 2000).

Para poder accionar desde una intención transformadora, es necesario un posicionamiento crítico y reflexivo con quien trabajamos ¿Por qué? ¿para qué? ¿Y cómo? Este posicionamiento es lo que no se encuentra presente en las prácticas asistencialistas, generando relaciones de dependencia técnica. El “otro” es colocado siempre en un lugar de falta, de necesidad de “otros” que tiene formas mágicas de ayuda a la solución de mi problema, problemas urgentes con soluciones permanentes de dependencia y no transformación de la situación de desigualdad.

La diferencia de la práctica asistencialista con la práctica asistencial tiene que ver con nuestra posición ideológico-política.

### Asistencialismo e interdisciplina

El enfoque interdisciplinario nos habla de una mirada de la realidad de forma compleja. El enfoque asistencialista no reflexiona desde esta perspectiva, no toma en cuenta el problema de forma compleja, sino que pone el énfasis en la solución, donde a veces es desde equipos multidisciplinares, pero no es pensado el problema de forma interdisciplinaria.

### ¿Asistencialismo en la Universidad?

La universidad tiene dentro de sus fines, según su Ley Orgánica (en el artículo 2), la transformación social.





Desde este lugar, las prácticas que debe realizar la universidad tienen que tener una base sólida de pensamiento crítico y de trabajo “con” los sectores más vulnerables y no para los sectores más vulnerables, con la intencionalidad política de construir prácticas más solidarias, más autónomas y liberadoras. Podemos decir entonces que las prácticas asistencialistas no son prácticas universitarias.

### **Extensión desde la perspectiva de los ejes**

#### **Extensión**

Lo que a continuación se transcribe es una base consensuada en la Red de Extensión que permite utilizar términos en común para dialogar.

- \* Es un proceso educativo transformador donde no hay roles estereotipados de educador y educando, donde todos pueden aprender y enseñar.
- \* Es un proceso que contribuye a la producción de conocimiento nuevo, que vincula críticamente el saber científico con el saber popular.
- \* Es un proceso que tiende a promover formas asociativas y grupales que aporten a superar problemáticas significativas a nivel social.
- \* Es una función que permite orientar líneas de investigación y planes de enseñanza; generando compromiso universitario con la sociedad y la resolución de sus problemas.
- \* En su dimensión pedagógica constituye una metodología de aprendizaje integral y humanizadora.

¿Cómo se lleva a cabo?

- \* Con participación e involucramiento de los actores sociales y universi-

tarios en las etapas de planificación, ejecución y evaluación.

- \* De manera de generar procesos de comunicación dialógica.

\* A partir de abordajes interdisciplinarios.

- \* Considerando los tiempos de los actores sociales involucrados.

(CDC, UdelaR, octubre 2009).

En este sentido comprendemos la extensión universitaria como parte de un proceso de producción de conocimiento, en donde el límite entre ésta y la investigación genera una zona incierta, permitiendo articulaciones, y encuentros diversos.

Las diferentes dimensiones del ser se diferencian en estos procesos, el contacto con la realidad, con uno mismo y con los otros se expresan no sólo desde una producción intelectual, sino desde sentires, emociones, sensaciones, etc.

Teniendo en cuenta el trabajador en la salud, este último componente que mencionamos significa una mirada desde otro punto de vista al relacionamiento tradicional e implica un posicionamiento diferente en lo vincular.

La extensión la concebimos como un proceso integral y no como una práctica aislada en el proceso de formación. En este sentido, creemos que es importante que las prácticas se den en procesos naturales de aprendizaje.

### **Extensión y Saber-Poder**

La extensión como proceso necesario en la formación de los recursos de salud es una de las claves para incluir la noción de poder como capacidad.



“¿Qué es el poder? Es un tanto irónico que esta palabra denote dos conceptos contradictorios: *poder de* o capacidad, y *poder sobre* o dominio. Esta contradicción, no obstante, es una categoría particular. Poder–dominio es el resultado de la paralización del poder–capacidad. *Poder sobre* es la perversión de *poder de*. La capacidad de hacer uso productivo de sus poderes es la potencia del hombre; la incapacidad es su impotencia. Esta relación de capacidad con poder–negación de dominio es muy importante en el contexto de un camino hacia la salud–negación del poder, la salud como medio y meta de una sociedad autogestionaria. La noción de capacidad es a nuestro juicio, la verdadera matriz de salud” (Weinstein, L., 1989).

En la extensión se potencian las relaciones humanas, en las que los sujetos se reconocen mutuamente en sus aportes singulares, poniéndose en diálogo, en la búsqueda de las transformaciones de sus respectivas realidades.

### **Extensión y territorio**

En la extensión el territorio pasa a ser parte y sujeto de intervención, en tanto constituyente de los sujetos. El territorio como posible de ser apropiado, de ser intervenido, de ser modificado y no como algo dado o como algo que sólo nos marca fronteras. Al territorio vamos, pero no nos quedamos en el ir, sino que lo habitamos. ¿Cómo? Recorriendo, estando, sintiéndolo, compartiendo, escuchando historias, vivencias, anécdotas. Jugando un partido de fútbol, tomando unos mates en la vereda con los vecinos, plantando con los trabajadores

rurales, asistiendo en las casas y no sólo en el consultorio, etc. Comprendiendo que el territorio estaba desde antes que nosotros, que ya hay formas de habitarlo, que las cosas que pasan en el territorio marcan formas de vida, estilos de vida, delimitan posibilidades de salud, imposibilidades de salud. Los territorios son espacios de producción de sentidos, con historia, historia que se reanima y revitaliza con la manera de habitarse. Incorporamos a nuestro hacer-saber lo que nos pasa en territorio: pisando, tocando, oliendo, mirándonos, siendo pisados, siendo vistos, tocados, olidos e incluyéndolo para ponerlo a dialogar con nuestro saber-hacer. Al territorio se va a hacer “con” otros.

Si partimos de la premisa de que asistencia y extensión son actividades diferentes, en tanto la extensión es definida como anteriormente mencionamos y la asistencia como asesoramiento técnico, en obstante estos dos conceptos nos son contrapuestos sino que pueden ser complementarios, existen diferentes experiencias universitarias que dan muestra de ello.

En el marco de procesos de extensión una de las acciones incluidas en este proceso es la asistencia, pero ésta entendida como una relación horizontal y acompañada con procesos que tiendan a ir más allá del mero acto técnico. La asistencia también puede ser la puerta de entrada a procesos de extensión<sup>4</sup>.

Podemos pensar la complementariedad en prácticas donde el consultorio no sea el único espacio posible para



4 Taller institucional de extensión de la Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay, agosto 2008.

desarrollar la asistencia, sino que pueda haber múltiples y diversos espacios de encuentro en el territorio que permitan un proceso más integral. A la vez puede existir la asistencia “en consultorio” enmarcada en un abordaje interdisciplinario e integral.

### **Extensión e interdisciplina**

Establecer cambios sociales requiere un posicionamiento ético y político que diferencie el rol de la Universidad con la extensión como proceso que busca generar cambios, transformaciones en donde el abordaje de un trabajo interdisciplinario no sólo es necesario sino imprescindible. Igualmente esto se ve sumamente dificultado por el cómo nos formamos, de forma fragmentada, desde perspectivas disciplinares que no nos preparan para el diálogo disciplinar y mucho menos para el diálogo intersaberes. La extensión nos presenta entonces un doble desafío:

Posibilidad que la ciencia entre no como mono cultura sino como una ecología más amplia de saberes, donde el saber científico pueda dialogar con el saber laico, con el saber popular, con el saber de los indígenas, de las poblaciones urbanas marginales, con el saber campesino esto no significa que todo vale lo mismo... (De Sousa Santos, 2006).

Si bien éste es uno de los temas más consensuados en relación a su importancia, sigue siendo un desafío para todos los que trabajamos en pro de la salud.

### **Agradecimientos**

A los docentes e invitados convocados quienes fueron de gran ayuda en la conceptualización de los ejes: Agustín Barúa, Delia Bianchi, Gustavo Cánepa, Federico Hoffmann, Alicia Rodríguez, Gerardo Sarachu, Alicia Sosa.

A todos los estudiantes del curso.

### **Bibliografía**

- Alayon, N. *Asistencia y asistencialismo: ¿Erradicación de la pobreza o pobres controlados?* 3ra. Edición. Buenos Aires: Editorial Lumen. 2000.
- Barrán, J. y otros. *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Editorial Nordan. 1993.
- Barúa, A. *Clinitaria: andando, de a chiquito, con la gente. Acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*. Asunción: Ediciones Cruz roja Suiza. 2011.
- CDC-UdelaR. *Para la renovación de la Enseñanza y la curricularización de la Extensión y las Actividades en el Medio*. Montevideo. 2009. Disponible en web [http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/resolucion\\_del\\_CDC\\_Extension.pdf](http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/resolucion_del_CDC_Extension.pdf)
- Colección Hacia la Reforma Universitaria N° 12: “Una mirada al camino recorrido, apuntando redoblar esfuerzos”. Montevideo. 2011. Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/28088>.
- De Sousa Santos B. *Renovar la teoría y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: Editorial Clacso. 2006.
- Facultad de Medicina. Taller sobre Extensión En: [http://cexcei.wikispaces.com/file/view/Taller\\_ensenanza-extension-investigacion.pdf](http://cexcei.wikispaces.com/file/view/Taller_ensenanza-extension-investigacion.pdf)
- Foucault, M. *Microfísica del poder*. Madrid: Editorial La Piqueta. 1992.
- Freire, P. *¿Extensión o comunicación?: la concientización en el Medio Rural*. Buenos Aires; Siglo XXI editores. 1998.

Haesbaert R. Da desterritorializacáo a multiterritorialidade. En *Anais do X encontro de Geógrafos de America Latina*. Universidade de Sao Paulo. 2005.

Labisch, A. La salud y la medicina en la época moderna. Características y condiciones de la actividad médica en la Modernidad. En: José Pedro Barran et al. *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Ed. Nordan Comunidad. 1993.

Morín, E. Sobre la interdisciplinariedad. Boletín N° 2 CIRET. Francia. Traducción 1990. Disponible en: <http://www.pensamientocomplejo.com.ar/>

Organización Mundial de la Salud "El Derecho a la salud" En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

Weinstein, L. Salud y Autogestión. Montevideo-Uruguay: Nordan. 1989.



# Hacia la definición de los criterios de inserción en el Programa Apex-Cerro

Defining Insertion Criteria for the APEX-Cerro Program

*Rafael Vairo Brascesco*

**Categoría de la contribución:** Reflexión

**Palabras claves:** Reforma Universitaria, Integralidad, Programa Apex-Cerro, Criterios de inserción.

**Keywords:** University Reform, Integrality, Programa Apex-Cerro, Criteria of insertion.

## Resumen

El presente artículo pretende ser un apoyo al proceso de definición de los criterios de inserción en el Programa Apex-Cerro. Se contextualiza al Programa en el marco de los procesos de transformación universitaria y en relación a los avances teórico-metodológicos y experienciales desarrollados en materia de integración de las funciones universitarias. Se repasa la evolución de algunos conceptos que han orientado la labor extensionista, desde los posicionamientos tradicionales que la entendían como un medio para la socialización del conocimiento, hasta los actuales que reconocen su vocación a construir a través del diálogo interdisciplinario con otros saberes, integrada a procesos de construcción de poderes y saberes sociales y en permanente conexión con la labor de enseñanza e investigación. Se realiza un examen de estos conceptos desde la realidad del Programa Apex, analizando los condicionamientos que la diversidad de actores desde distintas miradas, conceptualizaciones y formas de planificar colocan a las prácticas comunitarias. Se señalan algunos aspectos que hacen a la peculiaridad del Apex como Programa de Salud y que deberán ser considerados a la hora de pensar los criterios de inserción. Finalmente referimos a cambios que vienen desarrollándose en la Universidad y que hacen a la factibilidad de un proceso que permita redimensionar el vínculo Universidad-Comunidad al tiempo de renovar el modelo de enseñanza universitario. Aspiramos a que más allá de su implementación, la definición de los criterios sea una construcción en permanente diálogo con los servicios, la comunidad y con los resultados prácticos de su puesta en funcionamiento.

## Abstract

The following article aims to enhance the process of insertion in the Apex/Cerro Program criteria definition. It locates The Program in the university transformation process context in relation to the theoretical-methodological and experimental advances developed in the university tasks integration area. It overviews the evolution of some concepts that have oriented the extension work from its traditional position, that defined them as a knowledge socialization vehicle, to the currently one,

which recognizes its constructive, through interdisciplinary dialog, calling. It is embedded in power and social knowledge powers and stays deeply connected with the teaching and investigation tasks. It also analyzes this concepts from the Apex-Cerro program reality, testing the limitations found in the variety of the large amount of communitarian actors with several different points of view and concept constructions. It points out many aspects, that makes the Apex-Cerro a unique Health Program, that should be highly considered for the insertion criteria thinking. Finally it reeferes to the many changes that have been developing in the University making a University-Community link possible and renewing the university teaching model. We aim, not only to its implementation, but to the criteria definition constructed in permanent dialog with the University services, the community and the final results of its functioning.

## Introducción

**P**ensar en los criterios de inserción en el Programa Apex-Cerro exige considerar primeramente el rol o la misión que este pretende desempeñar en la Universidad, o si se quiere en la reforma universitaria, especialmente vinculado a la renovación de la enseñanza y curricularización de la extensión. En segundo lugar los objetivos que en ese sentido se plantea el Programa.

Estos dos primeros aspectos de carácter general parecerían estar en mayor o menor medida claros en la interna del Programa. Expresado de un modo bastante simple, quienes están vinculados al Apex reconocen la importante contribución que éste puede realizar a la renovación del modelo de enseñanza tradicional que todavía prospera en nuestra Universidad; y en el sentido de

este aporte, el desarrollo de la extensión vinculada a las otras funciones –enseñanza e investigación– parecería ser el objetivo de nuestro Programa.


Sin embargo existe un tercer nivel de definiciones que no parecería haberse consensuado en toda la extensión del Programa –seguramente por falta de instancias de reflexión y discusión más que por posiciones irreconciliables– y que constituye un pre-requisito para definir institucionalmente los criterios de inserción. Este tercer nivel requiere justamente de una amplia y profunda discusión sobre lo que entendemos por extensión, sus vinculaciones con las restantes funciones y la sociedad toda, a la luz de los avances teórico-metodológicos y experienciales que se han desarrollado en los últimos años. No podemos sin ello avanzar demasiado en la definición de cómo deberían insertarse los servicios con sus estudiantes y docentes en Apex.

El presente documento recoge algunos aportes conceptuales que pretenden brindar un marco –no rígido– y orientar esta discusión, con la pretensión de que a partir de la experiencia acumulada en el Programa se pueda reflexionar críticamente sobre los mismos y adaptarlos a nuestra realidad.

## Marcos de apoyo

A diferencia de la Ley Orgánica de 1958, que únicamente señala a la extensión como una de las funciones universitarias, el anteproyecto de la nueva ley incursiona en una definición de la misma:

La extensión universitaria consiste en la colaboración interdisciplinaria



de la Universidad con otros actores para conjugar saberes distintos al servicio de la expansión de la cultura y del uso socialmente valioso del conocimiento (Propuesta de anteproyecto de la nueva Ley Orgánica de la Universidad de la República, 2010: 4).

A diferencia de las tradicionales definiciones que colocan a la extensión como una herramienta de socialización del conocimiento, donde los universitarios “extienden” un saber legitimado en nombre de la ciencia para que el mismo pueda ser apropiado por las masas populares, esta nueva aproximación conceptual incorpora elementos novedosos que la distancian de las primeras.

Se advierte en esta definición una concepción epistemológica distinta a la de la ciencia tradicional positiva. Así, pareciera aceptarse la existencia de saberes diferentes, el saber universitario o científico y el saber popular de cuyo diálogo se sintetizaría una nueva forma de conocer y vincularnos con la realidad. Se reconoce al otro como un sujeto creativo, activo en la resolución de sus problemas, diferente de quien es asistido por un otro portador de soluciones. Asimismo esta definición reconocería la naturaleza interdisciplinaria de los fenómenos sociales. Sin embargo parecería ser una definición de máxima complejidad en tanto excluye de la definición de extensión a intervenciones mono disciplinares que eventualmente puedan desarrollarse dando respuesta a problemáticas concretas.

La misma propuesta de articulado avanza señalando las relaciones básicas que deberán tejerse entre las funciones:

Para cumplir con sus fines, la enseñanza universitaria debe sustentarse en el carácter formativo de la investigación y la extensión, asignando espacio creciente a la resolución de problemas a través de las prácticas conectadas con ambas funciones (Propuesta de anteproyecto de la nueva Ley Orgánica de la Universidad de la República, 2010: 4).

Claro está que la necesidad de integrar las funciones universitarias no se apoya en un mandato jurídico, sino que por el contrario las leyes y en particular este articulado, pretenden que la Universidad forme profesionales críticos capaces de dar respuesta integralmente a los problemas de la realidad. En este sentido, en definiciones desarrolladas recientemente se evidencia que el aporte de cada una de las funciones no puede pensarse sin comprender sus interconexiones y complementariedades:

... Es un proceso que contribuye a la producción de conocimiento nuevo, que vincula críticamente el saber científico con el saber popular [...] Es una función que permite orientar líneas de investigación y planes de enseñanza; generando compromiso universitario con la sociedad y la resolución de sus problemas. En su dimensión pedagógica constituye una metodología de aprendizaje integral y humanizadora” (Para la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión y actividades en el medio: 2009: 4).

Es indudable la necesidad de tomar contacto con el medio para diseñar currículos, orientar trabajos de investigación y generar soluciones que se articulen con los problemas y las posibilidades





que la realidad ofrece. La necesidad de articulación universidad-sociedad es un principio consagrado en la Ley Orgánica y constituye el por qué de su existencia; sin embargo, el valor del contacto con la realidad también reside en la posibilidad de recoger y considerar el saber existente en la comunidad para la generación de más conocimiento y soluciones efectivas a los problemas.

Asimismo, el trabajo de la Universidad en la comunidad constituye un espacio propicio para la enseñanza-aprendizaje de todos los actores involucrados –docentes, estudiantes, técnicos, vecinos– donde no hay roles estereotipados de educador y educando, sino que todos aprenden y enseñan mientras se buscan soluciones a las problemáticas planteadas. En esta línea Bordoli establece:

la potencialidad educativa de la labor de extensión es bidireccional hacia la comunidad y hacia la interna universitaria (...) Habilita la oportunidad de interrelacionar teoría y práctica así como la posibilidad de generar nuevas preguntas –no saberes– disparadores neurálgicos en la producción de nuevos conocimientos. A su vez permite re-pensar y reformular el currículum de formación profesional y/o técnico en función de las nuevas exigencias y desafíos de la sociedad (Bordoli, E., 2006. En Extensión en obra, 2010: 18).


Por último, referiremos quizá a la más desafiante contribución de la extensión, la cual radica en su ineludible vínculo con la educación popular, en el sentido que a ésta da Rebellato como práctica liberadora; entendida como

acción política de transformación, generadora de alternativas contra-hegemónicas a partir de la construcción de procesos de saberes y poderes sociales. En este sentido la extensión en sus vínculos con la educación popular cobra un rol fundamental en la democratización del conocimiento y en el apoyo a las diferentes expresiones organizativas de la sociedad. Integrando los aportes de Giroux, Rebellato destaca la necesidad de fortalecer una pedagogía como espacio de creación de una esfera pública; entendida ésta como la sociedad civil en tanto pluralidad de espacios donde es posible desarrollar condiciones de aprendizaje en torno a las cuales las personas se reúnan para dialogar, compartir información, reflexionar, fortaleciendo las posibilidades de ciudadanía activa (Rebellato, J. L. En Brenes, A., 2009).

Efectuada esta revisión nos abocaremos al examen de estos conceptos desde la perspectiva de nuestro Programa.

### **Nuestra realidad**

Se advierte con facilidad que la mayoría de los conceptos recogidos en este documento no resultan ajenos al Apex, siendo orientadores de los objetivos trazados por el Programa. Sin embargo la cuestión es más compleja a la hora de analizar las prácticas desarrolladas en el marco de los diversos subprogramas, por diversos servicios universitarios y a su vez dentro de estos por diferentes unidades curriculares. Esta diversidad de actores imprime a las prácticas marcas individuales, que responden a enfoques y conceptualizaciones diversas sobre las prácticas comunitarias y sobre



todo a posibilidades diversas en función de las condiciones impuestas por las estructuras curriculares.

En este marco el encuentro con la comunidad y entre las disciplinas adquiere ciertas peculiaridades que podrán favorecer o ir en detrimento de la calidad de las intervenciones. Si bien se reconoce la riqueza inherente a la diversidad, se advierten al mismo tiempo posicionamientos muy distantes entre sí y que se apartan significativamente de algunos consensos importantes en materia de prácticas comunitarias. Asimismo, existen carencias en las tareas de coordinación y/o articulación entre los servicios que generan importantes asincronías en la incorporación de las disciplinas, dificultando la integración de las mismas y la construcción interdisciplinaria.

Cuando nos referimos a consensos en materia de prácticas comunitarias nos referimos a los grandes posicionamientos epistemológicos, teóricos y metodológicos que han orientado las intervenciones en las diferentes etapas que caracterizaron la extensión universitaria. De esta manera coexisten intervenciones que se aproximan a los posicionamientos actuales con otras fuertemente signadas por concepciones más conservadoras de la extensión.

Ejemplo de las primeras son aquellas prácticas que pretenden construir procesos conjuntos de trabajo con la comunidad, estableciendo líneas de trabajo que intenten dar respuesta a problemáticas concretas que trascienden la circunstancialidad de las personas y permanecen en la realidad comunitaria más allá los tiempos universitarios. Constituyen ejemplo de las segundas muchos de los

aterrizajes fugaces –y en ocasiones forzados– que aún hoy se producen en el Programa, en los que los procesos de trabajo suelen estructurarse mucho más a partir del currículo que de los problemas comunitarios. Estas intervenciones constituyen, en el mejor de los casos, una experiencia de aprendizaje para los estudiantes, sino apenas una oportunidad práctica de poco significado desde el punto de vista pedagógico.

La noción de proceso resulta especialmente importante de acuerdo a los objetivos que Apex se plantea como integrante de un sistema local de salud y promotor de una estrategia de APS. Estrategia que coloca un fuerte énfasis en el desarrollo de procesos de promoción de salud, en el estímulo y acompañamiento –siempre que sea necesario– a la participación comunitaria procurando que los individuos sean agentes de su propia salud, involucrándose y debatiendo en diferentes espacios y sobre los diversos aspectos que atañen a la misma. En este marco la experiencia comunitaria no podrá obviar el intercambio con las instituciones y redes de organización barrial, buscando aportar a su construcción y enriquecerse de su conocimiento. Deberá entonces enmarcarse en un proceso de trabajo con objetivos y etapas más o menos definidas, articularse con otros esfuerzos que se estén desarrollando, procurando superar el carácter aislado de las intervenciones.

En este sentido se han producido algunos cambios favorables que hacen a la factibilidad de un proceso de estas características. La nueva *Ordenanza de Estudios de Grado* aprobada el 30 de agosto de 2011 por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la Repúbli-

ca, consagra la integración de funciones entre sus orientaciones curriculares para la elaboración de los planes de estudios, abriendo una etapa de adecuación de los mismos. Sin perjuicio de ello se destaca la existencia de carreras que ya en los últimos años han revisado sus planes de estudios y de otras que sin haberlo hecho disponen de currículos que privilegian –o al menos asignan un lugar importante– al aprendizaje asociado a la inserción comunitaria.

En síntesis, creemos que más allá de su puesta en funcionamiento, se tratará de una construcción permanente a la luz de los resultados prácticos y de las circunstancias impuestas por el proceso de reforma que transita la Universidad. Esta construcción deberá recoger los aportes de los diferentes subprogramas y de los actores comunitarios con quienes trabajan, así como integrar la visión de los servicios e intentar comprender sus necesidades. Paralelamente deberán considerarse aquellos principios fundamentales que deben orientar las prácticas comunitarias y en particular las que se realizan

en nuestro Programa, dando cuenta del espíritu e identidad “Apexiana”.

### Bibliografía

- Brenes, A.; Burgueño, M.; Casas, A. y Pérez, E. *José Luis Rebellato Intelectual Radical*. Montevideo: Coeditado por Extensión-EPPAL-Nordan. 2010.
- Comisión Conjunta CDC-AGC. Propuesta de anteproyecto de la nueva Ley Orgánica Universidad de la República. 2010. [En línea]. Montevideo. [Fecha de consulta: noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/renderPage/index/pageId/397>
- CSE, CSEAM, CSIC. Para la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión y actividades en el medio. 2009. [En línea]. Montevideo. [Fecha de consulta: octubre de 2010]. Disponible en: [http://extension.fcien.edu.uy/archivos/CDC\\_RepnEns\\_CurrExt2009\\_2010.pdf](http://extension.fcien.edu.uy/archivos/CDC_RepnEns_CurrExt2009_2010.pdf)
- Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio. *Extensión en Obra*”. Montevideo: Servicio Central de Extensión-UdelaR. 2010.
- Universidad de la República. Ordenanza de Estudio de Grado y Otros Programas de Formación Terciaria. 2011. [En línea]. Montevideo. [Fecha de consulta: setiembre de 2011]. Disponible en: [http://www.cse.edu.uy/sites/www.cse.edu.uy/files/documentos/ORDENANZA\\_DE\\_GRADO-DEFINITIVA-agos2011.pdf](http://www.cse.edu.uy/sites/www.cse.edu.uy/files/documentos/ORDENANZA_DE_GRADO-DEFINITIVA-agos2011.pdf)



## Historias: artículo informativo

### *Relato de hechos relevantes para la historia de la Institución, de las ciencias médicas y sociales*


## VI Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur: misión bien cumplida y estímulo para seguir avanzando

6th MERCOSUR's Comunitary Health Care Multidisciplinary Congress:  
Mission accomplished and ready to move forward

*Francisco Morales Calatayud*

**E**ste congreso se realizó en la ciudad de Montevideo los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2011 y estuvo enfocado a los determinantes sociales de la salud y su relación con la salud de las comunidades en el contexto de las realidades actuales de los países de la región. Participaron más de 600 personas, entre las que se encontraban profesionales que concentran sus intereses en la formulación de políticas, la organización de programas y servicios, la investigación y la formación de recursos humanos en el importante asunto de la salud de las comunidades y que se desenvuelven en campos como la medicina, la odontología, la enfermería, la psicología, la nutrición, los registros médicos, el trabajo social, la educación, el deporte y otros afines.

Junto a éstas, integradas en las mesas redondas, los talleres, la presentación de trabajos libres, posters y audiovisuales estaba un número importante de personas que como operadores de salud barriales, activistas sindicales, promotores culturales, y en otras variadas funciones, aportan su pensamiento y acción, cada día, a la construcción social de la salud; personas que en su praxis han desarrollado profundos saberes sobre cómo se gesta, se expresa, se enriquece, se afecta y se recupera la salud en los ámbitos comunitarios y cuya amplia y activa presencia en el evento contribuyó a dar a esta cita un particular sentido de aprendizaje mutuo. Otra presencia que dio fuerza al encuentro fue la de los estudiantes universitarios de carreras vinculadas a este campo. Asimismo fueron notables las intervenciones, muy bien insertadas y congruentes con



el discurso general, de alumnos y maestros de escuelas primarias, de personas con discapacidad en brillantes actuaciones dramáticas y de grupos cultivadores del expresivo folklore musical uruguayo. Como contexto espacial, los salones de la PIT-CNT, histórica y comprometida central de trabajadores del país.

Es bueno recordar que estos eventos surgieron de la coincidencia de opiniones e intereses, bien altruistas por cierto, de un grupo de profesionales de países de esta región, que convergieron en agosto de 2005 en la Jornada de Intercambio Científico y Académico de Psicología en la Contemporaneidad, en Porto Alegre, Brasil. Aspiraban a generar un espacio de intercambio, sobre todo en el tema de la psicología, las comunidades y la salud. Puestos a trabajar con entusiasmo, pronto fue evidente la importancia de realizar encuentros periódicos y de dar sentido multidisciplinar a tal empeño, sobrepasando la motivación inicial.

Así, un año después, en agosto de 2006, ya estaba realizándose el I Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur, bajo el lema “Un modelo de Salud”, en San Isidro, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Allí se adoptó la “Declaración de San Isidro, Bases para un modelo en salud comunitaria en el Mercosur”. Desde entonces, año tras año, sin dependencia de entidad oficial alguna, se han realizado estos eventos, sucesivamente, en Montevideo, Asunción, Gramado (Brasil), San Luís (Argentina), y ahora nuevamente en Montevideo. Cada vez con más participación y profundidad. Esto se ha logrado gracias al enorme esfuerzo

de los organizadores, al apoyo de instituciones académicas de los países sede y al aporte económico de los propios participantes. Desde el congreso inicial, han estado presentes participantes de todos los países del Mercosur, y también de otros, como Chile, Venezuela, Cuba, Estados Unidos y España como ocurrió también en este VI Congreso.

Construir un modo nuevo de pensar y actuar la salud, pasa por la necesidad de construir un paradigma nuevo, centrado en la salud positiva, que impregne las políticas públicas, el accionar de todos los sectores de la sociedad, los sistemas de servicios de salud, la formación de recursos humanos, la investigación y transformación de los determinantes de todo tipo de la salud, y sobre todo la participación ciudadana. Lo que estos congresos están “moviendo” y a la vez construyendo paso a paso, es ese paradigma, del cual van surgiendo y surgirán cada vez más interpretaciones más lúcidas y realistas de los determinantes, así como herramientas más resolutivas para formar y para gestionar mejores formas de participar, evaluaciones de experiencias y afirmación de aportes positivos entre otros valores.

El VI Congreso constituyó un importante paso en esa dirección. Fueron debatidos significativos asuntos en mesas redondas en temas tales como Reforma del Sistema de Salud, Formación de Recursos Humanos en Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Año Internacional de los Afrodescendientes, Salud y Organización Sindical, Participación en Salud. Es imposible resumir aquí cuánto se dijo en esas mesas tanto por ponentes como por participantes,



pero se puede afirmar con toda responsabilidad que en cada una de ellas se puso de manifiesto un altísimo nivel de conocimiento sobre el tema tratado y se presentaron argumentos bien documentados.

La crítica al modelo médico hegemónico, la necesidad de pasar a privilegiar la promoción y la prevención, el papel de la universidad en la formación

de recursos humanos para las nuevas realidades de la atención de la salud y la importancia de aprender en y de la comunidad, el enorme esfuerzo de los militantes sociales en el sostenimiento de proyectos comunitarios de salud, la importancia de poner en primer plano la salud de los trabajadores, el desarrollo de valores, el compromiso con la salud de las personas y la preeminencia





cia de lo colectivo sobre lo corporativo en los sistemas de salud, la exigencia ciudadana para la formulación de políticas públicas que garanticen derechos, la relevancia de la nutrición, la salud materno-infantil, el neurodesarrollo, la salud bucal temas... y problemas, que entre otros, fueron abordados con alto sentido crítico, cuestionador, temas y problemas sobre los que también se presentaron experiencias positivas y enfoques novedosos.

Más de 80 ponencias orales, 20 posters, conferencias y varios talleres ofrecieron la oportunidad de apreciar muchas de esas experiencias y enfoques. En particular la conferencia “Política, salud y procesos de liberación”, impartida por el Dr. Enrique Saforcada, de la Universidad de Buenos Aires, presentó

importantes consideraciones sobre este tema en la actual situación de la región.

En resumen, este VI Congreso representa un nuevo hito en el desarrollo de esta iniciativa, al fortalecer y dar continuidad a las ideas que le dieron nacimiento, mostrando el potencial de aporte al evento de los miembros y activistas de las comunidades y enriqueciendo el caudal de teoría y experiencias en salud comunitaria.

Fue una misión muy bien cumplida por los organizadores locales (el Programa Apex y la Universidad de la República). Es también un importante estímulo para seguir adelante.

El VII Congreso se celebrará en Franca, Estado de Sao Paulo, Brasil, en fecha que se anunciará oportunamente.

## Normas de publicación Revista arbitrada: APEX Cerro

*Laura Arispe  
Nicolás Brum*

*Revisión: Víctor Barranco*

**E**n 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 nacionales y extranjeras, relacionadas con la sociedad y la salud, y para los profesionales integrados al Programa, que demuestren originalidad y se ocupen de los temas menos tratados, que comuniquen resultados de investigaciones académicas en los ámbitos de la sociedad, y que estén comprendidos específicamente dentro del ejercicio de la extensión universitaria en la comunidad.

Se requiere aplicar la exigencia de los parámetros adecuados en una estructura que siga los pasos de una investigación científica, para ello se debe requerir una introducción que refleje el propósito que se persigue, con sus objetivos y definir el problema de investigación, su importancia y la situación

actual del tema a estudiar. Expondrá las contribuciones de otras investigaciones relevantes y hará hincapié en aquellas en que se basan para definir los objetivos y las hipótesis de investigación, presentado en forma razonada.

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

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

Sus resultados expondrán los hallazgos obtenidos y mostrarán si dan respuestas a las preguntas de investigación formuladas. Se comparará con otros resultados de investigaciones semejantes. Deberán exponer nuevas vías de inves-



tigación para otras pesquisas y terminar con las conclusiones de forma escueta y determinante.

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

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

### 1. Aspectos generales

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



---

## 2. Extensión de las contribuciones

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

## 3. Categoría de las contribuciones

- Ensayos: interpretación crítica y original de cuestiones relativas a la práctica asistencial, temas sobre la docencia, de investigación y la extensión en la salud o áreas afines que contribuyan a la profundización del conocimiento.
- Reflexión: análisis de aspectos teóricos de las especialidades de la salud o áreas afines, producto de un proceso de reflexión, discernimiento y consideración atenta del autor que pueda contribuir a la profundización de temas profesionales.
- Relato de experiencia: descripción de alguna experiencia de asistencia, docencia, investigación y extensión en salud o áreas afines.
- Revisión crítica: evaluación crítica y sistematizada de la evolución científica de un tema de la salud o áreas afines, fundamentada en la literatura considerada pertinente. Deben estar establecidos: el tema, los procedimientos utilizados, la interpretación del autor y las conclusiones.

- Bibliografías: historias de vida de personas que hayan contribuido en el Programa Apex Cerro, así como personalidades nacionales y extranjeras que se hayan destacado en el plano que trata esta revista.
- Historias: relatos de hechos relevantes para la historia de la Institución, de las ciencias médicas y sociales.
- Reseñas: síntesis crítica o análisis crítico-interpretativo del contenido de alguna obra publicada en los últimos 2 años.
- Resúmenes de disertaciones y tesis: disertaciones y tesis concluidas que impliquen aspectos de Salud, Aprendizaje, o áreas afines presentadas en los últimos 2 años.
- Entrevistas: realizadas a personalidades destacadas, especialistas o investigaciones cuyos aportes sean relevantes y de interés para la comunidad científica.
- Información: documentos e informes breves acerca de la situación de la salud, a nivel nacional o internacional o de eventos de interés para la comunidad profesional, tales como: jornadas, congresos, cursos.
- Investigación: relato de investigación original y concluida referida a la salud o ciencias afines siguiendo la estructura convencional establecida para las investigaciones.

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

- 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 sólo en números arábigos. En caso de presentación de ilustraciones, tablas o figuras, se deben identificar adecuadamente

e ir acompañadas de leyenda explicativa que aclare símbolos y abreviaturas, así como el origen de datos o imágenes.

- 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**

### **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 estos).
8. Nota de serie

## **CAPÍTULO DE LIBRO**

### **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**

### **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**

### **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

## **PÁGINA WEB**

### **• Cómo 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 de 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 el 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...>

- Es importante resaltar que la consignación del trabajo no implica compromiso alguno de publicación. Ésta sólo será efectiva a través de la Comisión Editorial de la revista.
- El trabajo aceptado que tenga observaciones, según el criterio de los evaluadores, será devuelto a su autor o autores para que se realicen las correcciones pertinentes. Una vez revisado por el

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

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

## **4. Formato de la presentación**

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

## **5. Lista de comprobación de envíos**

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

## **6. Copyright**

- La propiedad intelectual de los artículos publicados en esta revista perte-

nece a los autores y los derechos de edición y publicación se conceden a la publicación periódica.

### **7. Declaración de Privacidad**

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

Información para lectores:

Se recomienda a los lectores que se registren enviando un mail a [it@apexu.edu.uy](mailto:it@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).

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

Comisión Editorial de la Revista Científica "it".

Universidad de la República

Programa Apex-Cerro

Haití 1606 código postal 12800

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: [it@apexu.edu.uy](mailto:it@apexu.edu.uy)



# Índice de Autores

## **Almaraz, Ma. Teresa.**

Doctora en Odontología, Universidad de la República.  
Diplomada en Educación Popular en la Multiversidad Franciscana de América Latina.

## **Cançado Figueiredo, Márcia.**

Professora Doutora da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

## **Carbajal, Sandra.**

Lic. en Psicología. Magister en Psicología y Educación  
Facultad de Psicología-Universidad de la República. Uruguay.

## **Cardozo, Dulcinea.**

Lic. en Psicología, Universidad de la República.

## **Ciuffolini, María Beatriz.**

Especialista en Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba. Magister en Administración Pública. Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública.

## **Didoni, Marisa Susana.**

Especialista en Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba- Docente a Cargo del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba.

## **Ferreira, Beatriz.**

Doctora en Odontología, Universidad de la República.

## **Ferreira Bertoli, Louise de Cássia.**

Cirurgiãs-dentistas graduadas pela Faculdade de Odontologia da UFRGS.

## **Ferronato, Taciana.**

Cirurgiãs-dentistas graduadas pela Faculdade de Odontologia da UFRGS

## **Jure, Humberto.**

Especialista en Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.  
Magister en Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

## **Kapper Fabricio, Fabiana.**

Cirurgiãs-dentistas graduadas pela Faculdade de Odontologia da UFRGS

## **Meerhoff, Gabriela.**

Lic. en Cs. Antropológicas - Fac. de Humanidades y Cs. de la Educación.  
Diploma de Metodología Participativa en el Desarrollo Local - Univ. Complutense de Madrid.



---

**Morales Calatayud, Francisco**

Profesor Titular y Consultante de Psicología en la Facultad de Ciencias Médicas “Manuel Fajardo” de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (antes Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana) y de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.

**Pereira, Pablo.**

Licenciado en nutrición  
Maestrando en Derechos de Infancia y Políticas Públicas  
Profesor Adjunto Departamento de Alimentos Escuela de Nutrición.  
Universidad de la República.

**Ruétalo, Rosario.**

Estudiante avanzada de medicina (séptimo año aprobado), Universidad de la República.

**Silveira Boaz, Cristina Maria.**

Cirurgiãs-dentistas graduadas pela Faculdade de Odontologia da UFRGS

**Vairo Brascesco, Rafael.**

Licenciado en Nutrición, Escuela de Nutrición. Universidad de la República.

**Vigo, Beatriz.**

Funcionaria administrativa del Policlínico Odontológico del Cerro.







Lo importante no es lo que decimos  
sino lo que podemos comprobar



MÁS DE **80** ESTUDIOS PUBLICADOS  
LA RESPALDAN



*Colgate Total 12*<sup>®</sup>

COMPROBADA POR CIENTÍFICOS, RECOMENDADA POR EXPERTOS



CIENTÍFICAMENTE DESARROLLADA PARA CONTROLAR LA PLACA, LA GINGIVITIS Y LA MUCOSITIS PERIMPLANTAR

**Colgate** LA MARCA #1 RECOMENDADA POR ODONTÓLOGOS



SALUD COMUNITARIA Y SOCIEDAD

