

**Revista
de Extensión
Universitaria**

04
Universidad y salud. La incidencia
de las prácticas de extensión sobre
los determinantes sociales

**Revista
anual gratuita**
Año 4. # 04. 2014.
Santa Fe. Argentina

ISSN (impresa) 2250-4591
ISSN (en línea) 2346-9986

**UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL LITORAL**



Editorial

La discusión sobre lo que es o no es saludable para una sociedad dada debe ubicarse, necesariamente, en un determinado momento histórico y estar referida a contextos culturales donde ciertos discursos se naturalizan y se incorporan al “sentido común”.

Tal como se ha evidenciado a través de distintas épocas, las definiciones de lo saludable han habilitado una relación metonímica variable con lo que se considera como enfermedad, “normalidad” y locura. Relación siempre inestable, contradictoria, paradójica, plagada de grises que marca, nada más ni nada menos, lo que una sociedad decide visibilizar, ocultar o derivar hacia el abismo. Relación donde se permean los binomios cuerpo y mente (alma o espíritu, según sea) o mente y subjetividad; vida y muerte; individual y colectivo; sujeto y cultura, emoción y razón. Binomios —tan caros para Occidente— a partir de los cuales se han desplegado disciplinas, saberes, prácticas y tecnologías. Complejo entramado que ha derivado en hiperespecializaciones y políticas públicas que operan, fragmentan y configuran subjetividades.

Las universidades cumplen un papel preponderante en las definiciones de muchos de los términos que se incluyen en esta relación al haberse constituido —desde hace varios siglos— en las encargadas “legítimas” de la formación de profesionales y de transmitir los modelos de dispositivos de salud en todas sus variantes. Cada campo disciplinar

ha hecho sus aportes: la medicina y la psiquiatría, la psicología, la filosofía, el derecho, la nutrición y el deporte, la bioingeniería y la genética, la arquitectura, la antropología y la sociología, las ciencias del ambiente, la economía, la estadística, entre muchas otras. Lejos de ser ámbitos pacíficos u homogéneos, las mismas universidades se han dispuesto a la vez como escenarios de pujas de intereses y de poder donde profesiones y disciplinas interpelan a la salud de manera constante desde la investigación, la docencia y la extensión.

Estilos de vida, modos de producción y de consumo, prácticas hospitalarias, formación académica y otras cosmovisiones son analizados, criticados, puestos a prueba y desplegados particularmente desde programas y proyectos de extensión. Desde allí se promueve tanto la vinculación entre actores sociales, productivos y estatales, como la participación de estudiantes, graduados y docentes. La puesta en juego de espacios interdisciplinarios con saberes diversos sumada al trabajo articulado con instituciones con lógicas dispares ha implicado nuevas formas de concebir a la salud, nuevas agendas de problemas y procesos innovadores en la búsqueda de soluciones. Esta diversidad, lejos de ser un escollo, da cuenta de la riqueza de expresiones y las capacidades institucionales de articulación que tienen las universidades en sus territorios. Así como las propias

prácticas de extensión, ha puesto en cuestión los mismos saberes que se imparten en las aulas, las investigaciones que la Universidad promueve y las políticas públicas que atraviesan la problemática en salud.

Este número de **+E** se propone alentar el debate en torno a la conceptualización y los alcances teóricos que tiene el imperativo de “promover la salud”, poner de relieve los desafíos que se le presentan a la gestión universitaria respecto de los modos de viabilizar esa construcción y, además, dar cuenta de reflexiones recogidas a partir de intervenciones concretas. Los artículos que aquí se publican han sido seleccionados por un Comité de Referato integrado por representantes de universidades nacionales.

Agradecemos a todos los autores latinoamericanos que acercaron sus reflexiones y los invitamos a seguir enviando sus trabajos en próximas instancias.

Por último, convocamos a la comunidad universitaria latinoamericana y a todas aquellas instituciones que, articuladas con propuestas de extensión, deseen hacer contribuciones al próximo número cuyo eje será “Economía social, universidad y políticas públicas”. Convocamos a sumarse a este esfuerzo en pos de pensar, críticamente y desde la pluralidad de perspectivas, los desafíos que encuentra a su paso la extensión universitaria en la construcción de una sociedad más justa y democrática.

Universidad y salud /
Perspectivas

PÁG. 06
Las prácticas de extensión y la investigación universitaria sobre los determinantes sociales de la salud: enfoques y reflexiones actuales
Roxana Prósperi

PÁG. 14
El desprecio a la fragilidad. Salud mental, norma y síntoma
Jorge Malachevsky

PÁG. 22
Convivencia paradójica de paradigmas de discapacidad
Adelina Ale

PÁG. 28
Agricultura tóxica y pueblos fumigados en Argentina
Medardo Ávila-Vazquez

Universidad y salud /
Desafíos de gestión

PÁG. 36
Importancia de las propuestas curriculares en la formación de los profesionales de la salud
Larisa Carrera

PÁG. 40
El Programa Equidad en Salud y su incidencia en los determinantes sociales de la salud
Yelena Kuttel

PÁG. 44
Acceder a la justicia para acceder a la salud. La universidad y los derechos de las personas con discapacidad
Juan Seda

Universidad y salud /
Intervenciones

PÁG. 50
Saneamiento ambiental urbano, una propuesta de integración socioespacial
Miguel Ángel Vitale /
María Alicia Follonier

PÁG. 58
Agroecología urbana e a demanda pela racionalização das políticas municipais
Cristiane Rocha Silva / Bruno Alexandre da Silveira

PÁG. 64
Producción hortícola sustentable: una apuesta para mejorar la calidad de vida de jóvenes en situación de riesgo
María Belén Rosini / Ana María Castagnino / Anabella Sesto

PÁG. 70
Horta de plantas medicinais para uso terapêutico e nutricional
Dulci N. F. Vagenas / Daniela Fagioli / Altamiro Rodrigues / Marta Leni O. S. De Campos

PÁG. 74
Plantas medicinales: promoción de la salud intercultural comunitaria desde la universidad
Mariana Costaguta / Bruno Lus / Laura Gabucci / Martín Rodríguez Morcelle

PÁG. 80
Cantinas saludables para promover hábitos alimentarios en las escuelas
Marcela Martinelli / Nora Aimaretti / Juan Villafañe

PÁG. 88
Salud colectiva: transformar percepciones profesionales para empoderar a la ciudadanía
Javier Mendizábal

PÁG. 92
Salud y cosmovisión indígena: un derecho colectivo en construcción
María José Bourniscent

PÁG. 98
A arte de contar histórias como dispositivo em acompanhamento terapêutico.
William Siqueira Peres / Mariana Vasconcelos

PÁG. 106
El espacio de teatro del taller de Parkinson
Vanina Dubois / María de los Ángeles Bacigalupe

PÁG. 112
Prevención de enfermedades cardiovasculares en la niñez
Gabriela Fiorenza Biancucci / Alejandro Nasimbera

PÁG. 118
La promoción de la vigilancia de la aptitud física
Verónica Reus / Gabriel Fessia / Soledad Jáuregui

PÁG. 124
El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de accesibilidad para pensar las políticas públicas
María Fernanda Pagura / Milagros Marano / Paula Spina / Mabel Busaniche

PÁG. 130
Cuídate, hacete un PAP: un abordaje colectivo para pensar la problemática del cáncer de cuello de útero
María Fernanda Abrigo Robles / Gabriel Jeanney / Delia María Passeggi / Florencia Bustos

.1 .2 .3 .4 +E
Cecilia
Lucci



Apuestas /

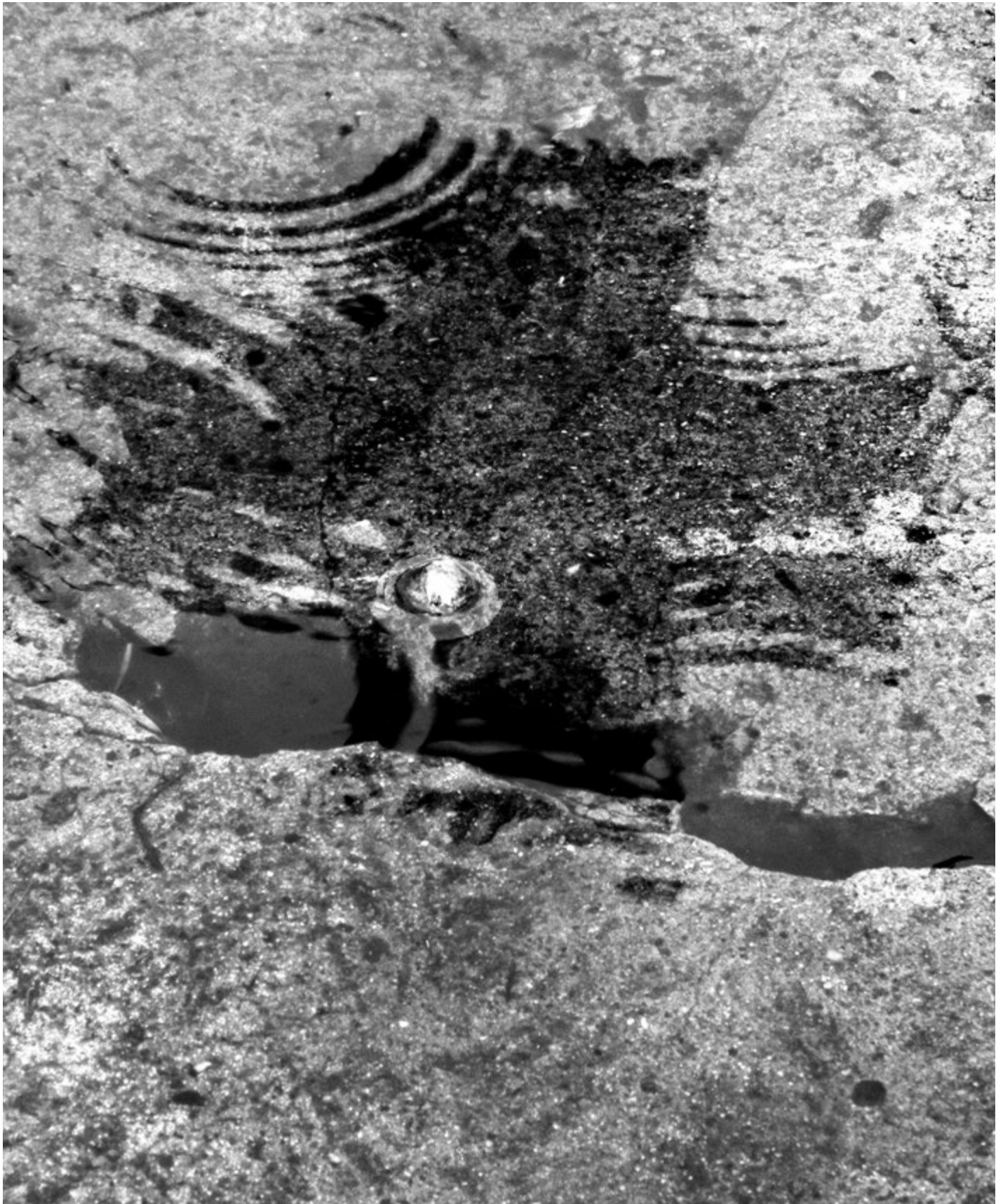
PÁG. 138
Consorcio público-público para el desarrollo de medicamentos contra la tuberculosis
Marianela Morzán

PÁG. 142
Agenda Redes

PÁG. 143
Próximo número
Pautas de publicación

.1

Salud, dinero, amor...



Las prácticas de extensión y la investigación universitaria sobre los Determinantes Sociales de la Salud: enfoques y reflexiones actuales

Roxana Prósperi

Docente investigadora de la Escuela Superior de Sanidad de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral.

1. Introducción

El Informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008, posicionó en el debate mundial la importancia de las problemáticas sociales en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud. Son sus célebres antecedentes el Informe Lalonde (Canadá, 1974), a partir del cual se evidenció que los principales problemas de salud no están vinculados con la asistencia sanitaria sino con los hábitos de vida de la población, y el Informe Black (Reino Unido, 1980) que demostró las diferencias marcadas en el riesgo de morir entre las clases ocupacionales. Tomando lo que resulta de interés para este trabajo, dichos informes llaman la atención sobre la necesidad de desarrollar una actividad científica que se comprometa en su accionar con los problemas de salud originados por las condiciones de vida. Recapitulando lo señalado en estos informes, los DSS se pueden caracterizar conceptualmente de este modo:

“utilizamos el término desigualdad social en salud, para traducir del inglés *inequity in health*, es decir, la falta de equidad en la distribución de la enfermedad. Así pues, para que una diferencia o desigualdad en salud sea considerada un DSS, tienen que darse dos condiciones:

- que se la considere socialmente injusta,
- que sea potencialmente evitable (hay instrumentos para haberla evitado)” (Segura del Pozo, 2011:20–21).

Universidad y salud /
Perspectivas

Resumen

Las intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se generan a partir de la identificación de inequidades y desigualdades sociales entendidas como problemas que afectan el bienestar y la calidad de vida de la población. Estos aspectos sintonizan y se retroalimentan a través de la promoción de líneas de investigación interdisciplinarias destinadas a conectar los factores individuales con las problemáticas estructurales que producen las inequidades en salud a nivel de políticas públicas.

Las prácticas de extensión, por su misma naturaleza, se hallan vinculadas con la pertinencia social del conocimiento que se genera en la universidad. En este trabajo nos proponemos reflexionar sobre las actividades de investigación y las construcciones de conocimiento que en la actualidad se consideran como condición de posibilidad para propiciar y enriquecer dichas prácticas.

Palabras clave

- determinantes sociales en salud
- investigación universitaria
- extensión

La *epidemiología social* es una de las principales disciplinas que investiga los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar de la población. Se pueden considerar sus tendencias teóricas actuales:

“la teoría psicosocial, que conceptualiza en torno al individuo (su comportamiento y sus hábitos) y que sostiene que los factores agudos y crónicos del ambiente social pueden volverse directamente patogénicos e inducir a comportamientos que dañan la salud; la teoría de la producción social de la enfermedad que sostiene que el ámbito económico-político en el que se gestan las desigualdades sociales, es la causa principal de las desigualdades en el campo de la salud; y la teoría ecosocial, que utiliza la categoría de “expresión biológica de la desigualdad social” para explicar, por ejemplo, las diversas formas de enfermar propias de la pobreza” (Moiso, 2007:166).

En América Latina, el desarrollo de la epidemiología crítica —cuyos antecedentes son la medicina social y la salud colectiva latinoamericana— propone una reformulación radical de las categorías epistemológicas y teóricas de la epidemiología convencional. Estudia las maneras en que los procesos históricos generales tienen manifestaciones particulares en la corporeidad humana y permiten comprender perfiles patológicos de grupos sociales.¹

1) Sus principales impulsores son Jaime Breihl y Edmundo Granda (Ecuador), Asa Cristina Laurell (México) y Naomar Almeida Filho (Brasil).

“

la *epidemiología* social es una de las principales disciplinas que investiga los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar de la población



En el mismo año de la publicación del citado Informe de OMS, a la par del reconocimiento de su exhaustividad se plantearon puntos de discusión sobre algunas de sus concepciones. Con referencia a la producción de conocimiento, el Taller Latinoamericano de DSS, planteó:

“La postura de reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud, reproduce limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública (Almeida, 2000; Breilh, 2003), pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados” (López Arellano, Escudero, Dary Carmona, 2008:327).

Se propugna por un enfoque en el que la salud deje de ser considerada como tema específico de los profesionales de esa área para pasar a ser una cuestión social, política, histórica, económica y ética.

La UNL cuenta con un Programa de Extensión “Equidad en Salud”, que se propone entre sus objetivos:

“Abordar de forma integral e interdisciplinaria los temas— problemas prioritarios identificados en el área de la salud con el fin de aportar posibles soluciones y/o caminos de superación de las situaciones diagnósticas detectadas” (UNL, 2006:10).

Una propuesta de esta magnitud refuerza el rol de la universidad en la cooperación con ámbitos sociales externos en la generación de conocimientos con pertinencia social y en la apropiación de los mismos por parte de los actores involucrados. En este trabajo, en primer lugar, expondremos algunos rasgos definitorios del paradigma dominante en la investigación en salud. En segundo lugar, nos proponemos reflexionar sobre las características de las actividades de investigación que se consideran como condición de posibilidad para propiciar y enriquecer el abordaje integral mencionado precedentemente, centrándonos en aquellas que actualmente pugnan por adquirir mayor protagonismo.

2. El paradigma dominante en la investigación en salud

Dentro de la epidemiología convencional, aún predominante, los problemas a tratar se analizan como “factores” vinculados con las elecciones de un estilo de vida inadecuado, sin avanzar en el modo en que se ejerce la interacción de sus causas contribuyentes, desarticulando así los fenómenos de salud—

enfermedad de los restantes procesos sociales en los que están inmersos. Según una expresión de uso muy extendido, estos últimos son considerados como “telón de fondo” de los fenómenos biomédicos.

Los criterios de validación del conocimiento científico en el área de la salud que da sustento al paradigma dominante provienen de:

- Revisiones sistemáticas y metanálisis, principalmente de los resultados de ensayos clínicos controlados, que son considerados la “mejor evidencia disponible” (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg y Haynes, 2000).² Se ubica en un nivel de menor rango científico a otro tipo de diseños que no evalúan el resultado de intervenciones tecnológicas sino otros problemas de salud que obedecen a causas distintas. El mayor ejemplo al respecto es la investigación experimental financiada por la industria farmacéutica que, si bien es parte necesaria del sistema de salud, es también fuente de problemas e interrogantes sobre la accesibilidad, la pertinencia y la responsabilidad social en su aplicación y/o utilización y en la definición de las prioridades en atención sanitaria de la población.

- El tipo de conocimiento exigido en la actual “sociedad del conocimiento” (Drucker, 1993; Fuentes Ortega y Callejo Hernanz, 2007), que prioriza una formación basada en competencias entendidas como un “saber hacer” necesario para insertarse en el mundo del trabajo. La capacitación con alto nivel de especialización es un requisito para formar parte del mundo de la producción y del mercado y para la generación de capital y riqueza. Como puntuamos en otros textos (Brussino y Prósperi, 2011), si bien se pone el foco en aspectos de incuestionable valor y utilidad, su pretensión de instituirse como pensamiento hegemónico tiene múltiples consecuencias. La inversión en innovación e investigación, en consonancia con los requerimientos de las empresas y la competitividad económica, es un aspecto que define las prioridades de la agenda de investigación académica del mundo actual a través de las revistas internacionales de mayor prestigio:

“Un sistema de evaluación que busca legitimidad académica entendida en forma restringida, que está dispuesto a premiar la vinculación con la producción porque ésta goza de legitimidad en la economía del conocimiento, aunque lo que haya para premiar sea poco debido a la debilidad estructural de dicha vinculación, y que no considera siquiera premiar la investigación orientada a la inclusión social, conforma un sistema de señales intrínsecamente contradictorio” (Arocena y Sutz, 2009:112).

2) La Cochrane Collaboration (www.altaveu.chpt.es/cochrane) es una de las principales redes internacionales informatizadas que prepara y difunde las revisiones sistemáticas y que se sostiene en un sistema cerrado de pautas de validación basadas en el método experimental.

Vehiculizado históricamente a través de los organismos internacionales de financiamiento (Llomovate, 2006), este modelo perpetúa la concentración de la capacidad de producción del saber científico tecnológico del sistema capitalista mundializado. Los problemas propios de los sectores más postergados, que no pueden atribuirse meramente a los *estilos de vida* de sujetos individuales sino a consecuencias de políticas públicas, no ingresan fácilmente en dichas agendas ni en los estándares de investigación académica de alto nivel (Nairdorf, 2011). Sin embargo, la atención integral al fortalecimiento de la demanda, al desarrollo y a la inclusión social no pertenece sólo al ámbito de las decisiones políticas, como suele entenderse, sino que también requiere de la producción y uso del conocimiento científico.

3. El estudio de los DSS

La vinculación entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, con la consiguiente constitución de un nuevo campo teórico, surge con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, aportando un enfoque que se ocupa de la etiología social de las enfermedades y la aplicación del conocimiento social a los problemas de salud. Los determinantes que son considerados como “estructurales” son aquellos que se originan en un modelo político, económico y social que incide directamente en el acceso y distribución de la riqueza así como en las desigualdades en ingresos, educación y ocupación. Requiere elaboraciones teóricas explícitas sobre la sociedad y las condiciones de vida, que en conjunción permiten construir un pensamiento crítico para identificarlos, analizarlos y ayudar a solucionarlos.

“

la epidemiología, además de desarrollar los conceptos que le son propios como disciplina, se ve en la necesidad de utilizar nociones y conceptos que pertenecen a otros campos del conocimiento

Sin embargo, tal como expresa Almeida (1992), la epidemiología, además de desarrollar los conceptos que le son propios como disciplina, se ve en la necesidad de utilizar nociones y conceptos que pertenecen a otros campos del conocimiento. De este modo, muchos estudios presentan adecuadas validaciones de las variables dependientes epidemiológicas pero que se ponen en vinculación con variables independientes de otras disciplinas que no han pasado por una evaluación crítica de su validez teórica u operacional para su uso epidemiológico. Vale decir que “estarían tomando como implícitos cuadros conceptuales, detrás de sus variables independientes, pudiendo recibir críticas severas en el interior de las disciplinas de donde son originarios” (Almeida, 1999:39).

Ejemplo de esto es, tanto para investigaciones epidemiológicas como para las demás disciplinas del área de la salud, la utilización sin análisis de nociones como: “pobreza”, “exclusión social”, “vulnerabilidad”, “calidad de vida”, “desigualdad social”, “inequidad social”, “nivel educativo”, “clase social” y “posición socioeconómica”.³ La mayoría de estas nociones es estudiada por las ciencias sociales a través de desarrollos exhaustivos y, dado el nivel de complejidad de algunas, se hallan en un permanente estado de discusión acerca de los marcos conceptuales, las dimensiones de estudio y las formas de construcción de indicadores que se desprenden de ellas. Con relación a esto último, son ejemplos muy significativos los casos de “calidad de vida” (Saitén, 1993) y de “clase social”. En este último, por ejemplo, su complejidad teórica proviene de que un sistema de clases es una jerarquización colectiva que no resulta solamente de las categorías

3) Un listado de definiciones se pueden consultar en International Society for Inequity in Health (<http://www.iseqh.org>).

de empleo, ya que la clase social determina las oportunidades de un individuo y también incluye las maneras de comportarse, los gustos, el lenguaje, las opiniones, las creencias éticas y religiosas. Tomando en cuenta la intensa asociación de la clase social con la mayoría de los factores relacionados con la salud, los marcos de referencia para abordar su estudio y las propuestas metodológicas para construir sus indicadores, se debaten en la actualidad en el mundo entre las escuelas neomarxista y neoweberiana (Regidor, 2001). Por la misma razón, resulta insoslayable incorporar esos aportes a las investigaciones en salud a través de la constitución de verdaderos grupos interdisciplinarios que, si bien no abundan en la práctica, son considerados la opción indispensable para comprender la naturaleza de problemas que responden a una compleja red de causas contribuyentes y que, además, se ubican en diferentes dimensiones (biológica/subjetiva/social, de la conducta objetiva/de las intenciones mentadas subjetivamente, macro y microsocioal, etcétera).

4. Investigación crítica en salud

Las ciencias de la salud, a través de los métodos cuantitativos, abordan analíticamente a la enfermedad desmembrándola en variables que permiten enfocar y profundizar al máximo el objeto de estudio, explicando las regularidades de los fenómenos a través de asociaciones estadísticas entre dichas variables. La reflexión sobre sus límites constituye un lugar común en la literatura metodológica. Si bien la investigación en ciencias sociales bajo la orientación cualitativa ya contaba con antecedentes significativos, a partir de la década de 1970 tuvo un importante desarrollo en diferentes campos, particularmente en el que es propio de la salud-enfermedad, efectuando una recuperación de los métodos cualitativos a través de investigaciones que buscaron comprender la enfermedad en un sentido social que viniera a paliar o complementar el reduccionismo y las falencias de las explicaciones biologicistas y centradas en lo estadístico.⁴

Las orientaciones cuantitativa y cualitativa tienen un carácter insustituible, irreductible e incompleto (Bericat, 1998) y el interés para llevar a cabo una u otra debe basarse en el tipo de problema que se va a investigar y el punto de vista desde el que se va a enfocar.

Las metodologías cualitativas se proponen dar visibilidad a los elementos subjetivos que por su misma naturaleza no pueden ser traducidos en cantidades. Para comprender el sentido de las acciones concretas y la constitución del mundo social objetivo, es menester ahondar científicamente en esta dimensión humana. Atender a los aspectos cualitativos de la salud y la enfermedad supone la aceptación de que la realidad y sus problemáticas no se reducen a lo captable como fenómeno a través de la observación, sino que también es lo simbólico que requiere ser interpretado (Souza Minayo, 1995). Para esto, se basan en relatos personalizados o testimonios y construyen sus análisis dentro del marco de los grupos primarios de referencia de los sujetos estudiados, mostrando así la importancia de producir datos que estén debidamente contextualizados. A través de la complejidad de los relatos personales (Pujadas Muñoz, 1992), de las trayectorias vitales de los sujetos y de sus grupos primarios, se muestra que éstos son una individualidad irreductible, pero también activos representantes de un modelo normativo social.

Esta dualidad resulta de mucha importancia al momento de registrar datos significativos para la investigación científica. El concepto de “necesidades sentidas”, de intenso uso en los campos educativos y de salud entre las décadas de 1940 y 1960, supone la existencia de necesidades definidas por el sujeto, diferenciándose de las observadas por el personal de las instituciones educativas y de salud, que son *necesidades objetivas*. El concepto reconoce la existencia de ambos puntos de vista y muestra la importancia de abordar ambos. Un sujeto o grupo, puede negar la presencia de situaciones que lo afectan negativamente, ya que:

- Si bien las reconoce, las refiere a su forma de vida expresando en gran medida las representaciones dominantes de la sociedad a la que pertenece, por ejemplo, justificando a través del relato determinadas situaciones o expresando las razones de su existencia de un modo convalidador.
- Puede no reconocer problemas graves que lo aquejan, porque por ejemplo determinadas formas de vida degradantes son naturalizadas y por tanto, no registradas como degradantes ni mucho menos como revertibles.
- Puede ocultarlos intencionalmente, por ejemplo cuando el miedo o la vergüenza operan como amenaza que impide expresarse libremente.

4) El Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud ya cuenta con ediciones desarrolladas en México (2003); España (2005); Puerto Rico (2008); Brasil (2010); Portugal (2012). Su próxima edición será realizada del 15 al 17 de octubre de 2014 en Colombia bajo el lema “Un compromiso con la ética y la justicia social”.



- Puede mentir, distorsionar, confundir, estigmatizar, con respecto a sí mismo y a los otros. Estas dificultades pueden afrontarse si se atiende a la necesidad de acceder a un nivel de comprensión que supere las disociaciones:

“En el nivel microsocioal se desarrollan procesos que no pueden ser explicados en términos puntuales a partir del análisis macrosocioal, así como la dimensión macro tiene una dinámica que no se puede comprender si se la observa exclusivamente a través del nivel microsocioalógico. De ahí que deberíamos pensar la realidad a partir de niveles articulados, de tal manera que aunque nos centremos en uno de los niveles reconozcamos que sólo la articulación nos permitiría obtener una lectura comprensiva de la problemática planteada. El reconocimiento de estas limitaciones puede operar como un control epistemológico de nuestros sesgos descriptivos, analíticos o interpretativos y de las persistentes tendencias a la extrapolación” (Menéndez, 2002:313).

Metodológicamente esto significa que el relato de los informantes es imprescindible, pero no *habla por sí mismo*, sino que la narrativa recopilada debe ser analizada en contacto con las determinaciones de su mundo de pertenencia para develar cuestiones que podrían estar ausentes en sus descripciones o estar presentes de un modo distorsionante. Atendiendo a estos niveles articulados, la aproximación crítica a lo social se produce cuando la investigación puede combinar la voz y el protagonismo de los sujetos individuales con la matriz de relaciones objetivas en que están insertos. Así, la investigación científica puede incidir directamente en el modo en que se identifican demandas sociales.

5. Reflexiones finales

Las actividades de investigación son condición de posibilidad para propiciar y enriquecer el abordaje integral y el aporte de soluciones a problemas relacionados con los DSS. Algunas de sus características principales que actualmente pugnan por adquirir mayor protagonismo son:

- El reconocimiento de los límites propios de las orientaciones cuantitativa y cualitativa de la investigación y la necesidad de una articulación entre ambas que propicie un nivel integrado en la comprensión de los problemas. Para hacer mediciones y análisis del problema de los DSS, es necesario que haya sensibilización y formación en esta materia así como la construcción de sistemas de datos sobre inequidades sanitarias. Los afectados por estas inequidades no siempre se encuentran en situación de expresar su propia voz sobre un estado de cosas que se considera insatisfactorio. En algunos casos, la solución de los

problemas denunciados requiere de la producción de nuevos conocimientos; en otros, es preciso construir esa demanda a través de indagaciones que identifiquen los problemas. En ambos casos se realizan esfuerzos para “colaborar a que el radar académico de los investigadores, que detecta problemas que están interesados en abordar, capture señales que vienen de la exclusión social” (Alzugaray, Mederos y Sutz, 2001:6).

A los fines de plantear programas o intervenciones, la superación de la fragmentación de la realidad en factores y la recuperación de la dimensión sociohistórica de la salud/enfermedad permiten formular recomendaciones que se centran en cada contexto particular.

- La constitución de equipos interdisciplinarios integrados por profesionales de la salud y de las ciencias sociales, ya que la expresión del vínculo universidad–sociedad requiere procesos de discusión conceptual en los que necesariamente están involucradas diferentes disciplinas para propiciar

- espacios de reflexión donde la universidad se interroga a sí misma acerca del sentido de la formación académica y sus implicancias en el mundo actual (Vallaeys, De la Cruz y Sasia, 2009);

- estimaciones sobre el alcance del conocimiento socialmente útil que frecuentemente incide en un sector minoritario, que es el que detenta el capital;

- formas de comunicación que están llamadas a dejar de lado la unilateralidad de la mera transmisión, brindando la oportunidad a los grupos sociales de ser transformadores de sus propias relaciones con el mundo;

- propuestas de investigación que aporten a la inclusión y al desarrollo regional.

- El desarrollo de investigaciones que posibiliten un pensamiento crítico destinado a identificar y actuar frente a las formas de dominación y procesos de hegemonización presentes en las sociedades actuales y sus consecuencias para la salud (Kliksberg, 2011). Esto nos lleva a considerar la investigación no como mera representación del mundo sino como acción política responsable para proponer comprensiones que intervengan sobre las inequidades sociales. Se trata de contribuir, a través de investigaciones socialmente acordadas, a dar fundamento a decisiones legitimadas tanto teórica como éticamente, a identificar factores modificables y a reivindicar los intereses políticos regionales. Igualmente importante es que formen parte de esta discusión el sistema de prioridades que determina los temas que vale la pena investigar y los criterios con que se evalúa la producción científica académica.

- Inclusión de desarrollos teóricos explícitos sobre la dinámica social. En palabras de Briceño León:

“Es realmente un campo donde es necesario aún mucho esfuerzo teórico que sea capaz de construir teorías que permitan agrupar y darle coherencia y sentido a las experiencias de investigación e intervención” (2003:42).

Bibliografía

- Almeida Filho, N. (1992). *Epidemiología sin números*. OPS, Serie Paltex N° 28, Washington DC.
- Alzugaray S., Mederos L. y Sutz, J. (s/f). "La investigación científica contribuyendo a la inclusión social". *Revista Ciencia, Tecnología y Sociedad*, vol. 6, N° 17.
- Arocena, R. y Sutz, J. (2009). "Sistemas de innovación e inclusión social". *Pensamiento Iberoamericano* N° 5. Disponible en: <http://www.pensamientoiberoamericano.org/sumarios/5/innovacion-y-conocimiento/>
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona, Ariel.
- Brussino, S. y Prósperi, R. (2011). "Investigación universitaria en salud. Criterios de validación y ética profesional". *Revista Redbioética/UNESCO*, 2, 1(3), 9, enero-junio. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/revista3.pdf
- Briceño León, R. (2003). "Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico". *Ciencia & Salud Colectiva*, vol. 8, N° 1:33-45.
- De Souza Minayo, M. C. (1995). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Drucker, P. (1999). *La Sociedad Postcapitalista*. Buenos Aires, Sudamericana.
- Elizondo Montemayor, L.; Ayala Aguirre, F. (2007). "El equilibrio de la enseñanza y la investigación en países latinoamericanos". *Revista Iberoamericana de Educación/OEI*, 44/4:7. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1913Elizondo.pdf>
- Fuentes Ortega, J. B. y Callejo Hernanz, M. J. (2007). "En torno a la idea de "sociedad del conocimiento". *Cuaderno de materiales. Filosofía y Ciencias Humanas*, N° 17. Madrid. Disponible en <http://www.filosofia.net/materiales/num/num17/Critilou.htm>
- Kliksberg, B. (2011). "Estrategias metodológicas para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud". Documento preparado a partir de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro. Disponible en: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Participaci%C3%B3n-Social_Bernardo-Kliksberg.pdf
- Llomovate, S. (2000). "Para una crítica del modelo de la triple hélice: Universidad, Empresa y Estado". En Llomovate, S.; Juarros, F.; Nairdorf, J. y Guelman, A. *La vinculación universidad-empresa: miradas críticas desde la universidad pública*. Buenos Aires, Miño y Dávila.
- López Arellano, O.; Escudero, C.; Dary Carmona, L. (2008). "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES". *Medicina Social*, vol. 3, N° 4.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- Moiso, A. (2007). "Determinantes de la salud". En: Barragan, H.L., (Ed). *Fundamentos de la Salud Pública*, pp. 161-189. Argentina, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP.
- Nairdorf, J. (2011). "Criterios de relevancia y pertinencia de la investigación universitaria y su traducción en forma de prioridades". *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, vol. 4, N° 4. Buenos Aires.
- Pujadas Muñoz, J. (1992). "El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales". *Cuadernos Metodológicos*, N° 5. Centro Investigaciones Sociológicas (CIS) Madrid.
- Sackett, L.; Strauss S.; Richardson, W.; Rosenberg, W. y Haynes, R. (2000). *Evidence-Based Medicine. How to Practice and teach EBM*. New York, Churchill Livingstone.
- Saitén, M. L. (1993). "Indicadores de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al País Vasco". *Cuadernos Metodológicos*, N° 133. Centro Investigaciones Sociológicas (CIS) Madrid.
- Segura del Pozo, H. (2011). *Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*. Archivo pdf disponible en: [http://www.medicina.unal.edu.co/ADMON_CMS/ADJUNTOS/20120924_201909_Desigualdades%20Sociales%20en%20Salud_con-est-int-7_dic%202011%20\(2\).pdf](http://www.medicina.unal.edu.co/ADMON_CMS/ADJUNTOS/20120924_201909_Desigualdades%20Sociales%20en%20Salud_con-est-int-7_dic%202011%20(2).pdf)
- Regidor, E. (2001). "La clasificación de clase social de Goldthorp: marco de referencia para la propuesta de medición de clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología". *Revista Española de Salud Pública*, vol. 75, N° 1. Madrid.
- Vallaes, F.; De la Cruz, C.; Sasia, P. M. (2009). *Responsabilidad social universitaria. Manual de primeros pasos*. México DF, McGraw Hill Interamericana. Disponible en: <http://rseonline.com.ar/2010/04/manual-de-responsabilidad-social-universitaria-rsu-bid/>
- Universidad Nacional del Litoral (2006). Programa de Extensión "Equidad en Salud". Disponible en: http://www.unl.edu.ar/categories/view/equidad_en_salud#.U_pwkcV5Pil

El desprecio a la fragilidad. Salud mental, norma y síntoma

Universidad y salud /
Perspectivas

Jorge Malachevsky

Docente investigador de la Facultad de Humanidades y Ciencias y de la Escuela Superior de Sanidad de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral.

1. La fragilidad de lo simbólico

Todo discurso sobre la salud invoca una *normalidad*, es decir, alude a instituciones y prácticas que la materializan. Hablar de salud mental mueve inmediatamente a pensar en los mismos términos en los que sus instituciones se piensan. Pero examinemos antes una trama más amplia: las instituciones y lo subjetivo. Las instituciones —jurídicas, políticas, científicas, económicas— proveen formas de sujeción que ligan lo mental a una complejidad de elementos simbólicos. En tanto aparato que procura ordenar y normalizar el *comportamiento*, cada institución o colectivo se dispone alrededor de unos supuestos bienes sociales y se aboca a disciplinar en torno a ellos. Esos bienes hacen a *lo normal* tanto como delimitan *lo saludable*. Una conducta saludable va de la mano de aquello que se hace, dice, piensa, siente en la línea del aparato simbólico cristalizado. Norma e institución son entidades que se corresponden.

Hoy *salud* se aplica a nombrar un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2006). Acentuada en una noción amplia de *bienestar*, la definición permite correrse de ese empuje semántico al que mueve la palabra, que invitaba exclusivamente a concebirla en antinomia con enfermedad y dolencia. Habrá de ser vinculada entonces a aquellas disposiciones de la subjetividad orientadas por y hacia figuras del bienestar irradiadas por una estructura social dada. Sus antónimos cambian, lo insano alude ahora a aquello que cae fuera de la norma, lo a-normal, lo que no hace bien, o tal vez lo que no es funcional a la estructura. Cada institución precisa, delimita y se cuida de que lo insano que ella misma demarca no supere ciertas cotas. A lo que no funciona intenta incorporarlo a la dinámica armando un dispositivo con tales propósitos o lo expulsa. La norma se instala para declarar, ordenar, controlar o evitar algo. Más allá de esto, erigirla lleva de suyo producir un resto: aquello de lo

Resumen

Las maneras de constituir una terapéutica del padecimiento subjetivo son subsidiarias de ideales sociales. Disposiciones de los signos, la norma, la ley, permiten explorar y lograr a veces resoluciones de lo sintomático y del malestar. Las instituciones en general comparten en cierto sentido con las instituciones en salud mental un tratamiento de lo subjetivo. Ambas son a la vez atravesadas por los empujes de la civilización que llevan particularmente en nuestro tiempo a una encrucijada: ¿cómo operar terapéuticamente con símbolos cuyo poder está afectado en el contexto de un declive del programa institucional?

Palabras clave

- salud mental
- fragilidad de lo simbólico
- norma
- declive institucional
- síntoma

cual no se ha de ocupar. Aquello que no habría de ser contemplado por ella, que queda fuera de su especificidad. Algo excluido *ex profeso* o que no ha sido tenido en cuenta a la hora de ser establecida. No hay ley sin desecho. Las categorías de lo anormal y lo insano pueden estar así ocupadas por lo raro, lo diferente, lo inesperado. Pueden ser asimiladas a lo desconocido aunque también a lo olvidado, lo descuidado, lo desusado. De allí que lo más inofensivo en lo múltiple podría estar sujeto a juicio de insania. Aun basta decir que entre la norma y el uso que de ella se hace se teje una complicada trama. Están las disposiciones y despliegues más pulcros de la ley y están sus usos más indecentes. Normalizar puede equivaler a poner las cosas en su justo lugar tanto como a ocultar o legalizar un abuso. El efecto de la ley puede derivar en la instauración de un límite efectivo a un comportamiento o empujar al sujeto a un consumo desmedido. Dependiendo de cómo sea interpretada mudará el modo en que una ley rige. Hay que preguntarse, en cada caso, qué ha motivado la génesis de una instancia de normalización para comprender bajo qué signos o forzamientos nace, a qué dioses responde. En el origen de la norma suelen estar también la contingencia, la puja por obtener un favor imperial o el afán recaudador. Y más allá de aquellos detalles que la norma se ha dedicado a responder en sus comienzos, el tiempo dirime finalmente en qué ha decantado. La aplicación efectiva de la ley cuando es extemporánea pierde sentido. Lo que estaba desplegado pretendiendo un bien común puede correr otra suerte. O condiciones en las que se desarrollan las prácticas hacen que la ley quede sólo constreñida a una formulación de deseos, vacía de efectividad. Como sucede cuando entra en disputa con actitudes instaladas, pues ciertas maneras de proceder de los hombres



aligeran a veces lo que las normas mandan en forma manifiesta. Una cosa es lo que se exhibe en declaraciones de principios y papeles —la institución ideal—, otra, la institución oculta, que es la que efectivamente marca el ritmo. En los enredos de la convivencia humana también el dicho y el hecho se contraponen, o signo contra signo se anulan amenguando sus fuerzas. Finalmente, las palabras afectan por haber sido escuchadas, pronunciadas o calladas, dichas justo a tiempo, o por haber llegado tarde.

Son muchas las caras que pueden detallarse del *pathos* de la ley, de la norma, del signo. Tomarse el tiempo para desplegarlas permite demostrar, acaso, que todo orden o todo proceso de normalización aloja una tensión inmanente. Nunca alcanza resolución definitiva y, además, alimenta un resto irreductible. La ley separa blanco de negro. Hecha la ley, desdichado aquel que no la contemple por desconocimiento, impulsividad o arrogancia. Pero también tonto será quien la cumpla a rajatabla. Hecha la ley, luego hecha la trampa, aunque ella sea, a veces, trampa hecha norma. Desdichado aquel que no tenga ninguna pauta clara que le sirva de referencia, de cobijo, de anclaje. En fin, según sea, la ley dispone desdicha o bienestar.

Tomarse el tiempo para hablar de las normas lleva más bien a mostrar su fragilidad que, por decirlo de alguna manera, es algo natural a ellas. Aun, más allá de esa naturaleza, y en ciertos momentos de la historia, la debilidad de las normas se profundiza, o es un estado de excepción y no de derecho lo que prevalece. Esto último nos ubica con preocupación en relación con lo que pareciera estar particularmente afectado en nuestro tiempo: cierta debilidad del poder de las palabras que nombran, norman e instituyen. La apariencia de orden se confunde con el orden. Hay una pequeña distancia entre la labilidad del orden y su caída, entre la crisis de la autoridad y el descontrol. Nadie se hace cargo de lo que tiene que hacerse cargo y no hay qué o quién fiscalice, o los que tienen que hacerlo no son fiables. Todo el mundo se pasa la pelota. Cuando una crisis alcanza tamaña magnitud es de esperar un rebrote de las formas más insospechadas de autoritarismo y de violencia. Los símbolos más duros se empeñan en tratar de compensar el desquicio de la levedad de los símbolos. La clínica psicoanalítica constata que una debilitación de los poderes de lo simbólico afecta lo subjetivo. En ese plano, toda fiesta, todo vicio se termina pagando. O alguien o algo que no es quien inicia el fuego, se quema. Lo que vale para el campo de lo institucional entonces vale para el sujeto. Ni la exacerbación del orden ni el exceso de fiesta son *saludables* en el plano subjetivo: aunque sean vividos con dicha. Los dos son excesos, y un exceso es algo que no tiene medida, que no se puede manejar con los recursos que se posee. El plano subjetivo necesita de medidas y de anclajes aunque éstos no sean necesariamente todos y cada uno de los que ya proveen las instituciones ni puedan ser a veces patrones compartidos. Las encrucijadas a las que lleva la relación de lo subjetivo y la institución no son pocas.

2. Lo subjetivo y los signos.

De la patología al *pathos*

Un padecimiento muestra casi siempre la afectación de la subjetividad por el peso de la ley o por el desgarramiento de su ausencia. Sea entendida la ley como aquello que adquiriendo exterioridad se hace inhibición, prohibición, barrera o corsé del cuerpo. Sea que tome las formas del ritual, la costumbre, el canon estético o la pauta. Sea concebida como *habitus*, moral o superyó. El sujeto soporta en sus hombros la carga de haber sido un objeto precioso o la desdicha de ser una especie no reconocida. El ideal oprime. Se sufre por haber renunciado a él, por serle infiel de alguna manera o porque su misma aceptación conlleva alguna forma de autosometimiento. El conformista, el aplicado y el indiferente, el consentido y el desterrado, cada cual sufre a su modo. El padecimiento subjetivo es la marca que habrían dejado las posiciones a las que los signos nos han empujado y las transiciones de un lugar a otro. El problema del sufrimiento psíquico es asunto entonces de una falla en lo simbólico, de un malentendido, de un lazo al símbolo inaudito o de una ligazón defectuosa a él. La institución falla, la norma falla, la salud falla, el sujeto es en parte hijo del símbolo, de sus traspiés y de lo que cae afuera. Es una materia frágil aquella con la que armamos lo que somos, pero es la materia con la que contamos para ser. El psicoanálisis ha tratado de explicar esto mismo en términos de una ligazón íntima entre el sujeto y su síntoma, entendiendo que la relación que se arma allí resuelve para cada cual y de alguna manera —a veces soportable, a veces sufriente— esa brecha entre la norma y lo real, entre lo subjetivo y lo real. El síntoma es un anclaje, por momentos una manera de mantenerse a flote aunque se agiten las corrientes. Otras veces, un contrapeso que empuja debajo del nivel de las aguas. Es lo más subjetivo con lo que cada cual cuenta. El malestar en la cultura habla a la vez de otra dimensión del síntoma, una dimensión social, compartida, aquello que todos padecemos por formar parte de algo. Cada dimensión —en su singularidad o en su universalidad— cuenta con una lógica propia de tratamiento.

3. La salud mental entre las normas y los síntomas

Llegados a este punto, digamos que tal vez fuera posible discernir entre dos alternativas para abordar lo que subjetivamente no anda. La primera se presenta como *salud mental*, racionalidad que se despliega alrededor de una versión definida de lo normal. La otra, orientada por una teoría del síntoma, acepta la inherente fragilidad de la norma. La primera empujaría a la contemplación y al tratamiento de lo anormal, procurando desde su parafernalia ajustar las cosas al ideal. La otra, advertida de los juegos de la ley, su *pathos* y sus restos, apuntala una experiencia subjetiva. Tratemos de entrever cada versión y sus modos de operar. Supongamos en principio que la racionalidad normativa validaría universalmente un axioma: a toda insania mental le corresponde una terapéutica.

Luego se podría aislar una *intencionalidad terapéutica* movida por un ideal de retorno a la condición saludable. Es decir, la búsqueda de que el sufrimiento se alinee a la norma, o sea, a un estado de bienestar preconcebido. Siguiendo este razonamiento, detrás de cualquier intención terapéutica existe un afán de gobierno. No hay dudas de que una terapéutica de lo mental forjada así enlazaría el cuidado y la cura a una función de control social. Esto es, involucraría prácticas que están íntimamente vinculadas al ejercicio del poder. Ahora, el ejercicio del poder y las formas de gobierno en este campo pueden asumir los diseños más divergentes, es decir, se pueden construir innumerables versiones de esta racionalidad. Veamos sólo algunas de ellas, las que nos resultan preocupantes. Sabemos que los saberes aparentemente más convincentes con los que cuenta el campo de la salud mental en nuestro tiempo aceptan sin más ciertas equivalencias. Por ejemplo, los procesos psíquicos o sus padecimientos se hacen equivaler a meros productos del funcionamiento biológico del organismo. Siendo ésta la referencia dominante con la que cuenta el terapeuta para aplacar el sufrimiento, las cosas son llevadas sólo a pensar cómo gobernar, cómo manipular la biología, la genética, la química del sistema nervioso. Los organismos biológicos son todos iguales, sus disfunciones, lesiones, patologías y necesidades son generalizables. En la misma operación reduccionista se puede concebir que los comportamientos humanos saludables son homólogos y por ende tipificables. De allí que sea posible contar con dispositivos *pret-a-porter* que articulen linealmente taxonomías, semiología e instrumentos de medición al tratamiento. Este último podrá asumir la forma de pautas secuenciadas de conducta en un programa a seguir, o consiste en prescripciones de sentido común o pseudo científicas dirigidas a regular el funcionamiento *típico*. Finalmente el tratamiento podrá comprimirse en la fórmula química del psicofármaco. El organismo vivo, la conducta animal, la máquina mecánica o cibernética, el sentido prefijado son algunos de los modelos claves de esta racionalidad. El diagnóstico puede ser un protocolo al estilo *DSM*,¹ el tratamiento también consiste en una prescripción protocolar. La norma se empecina en sí misma. Se hace número, cuantificación, test, estadística. Exasperada en su racionalidad y objetividad, colabora con una biopolítica, artefacto extremo que ingresa a empellones al sujeto a sus marcas y expulsa en igual medida. Pero convengamos que lo que tiene un valor de verdad para la comprensión de los organismos biológicos y su manipulación no

alcanza para descifrar o intervenir en el psiquismo humano, que sin dudas posee un sustrato orgánico pero fundamentalmente se constituye en su relación con los símbolos. Así que, descartada su imbricación exclusiva a procesos biológicos, cualquier síntoma debe ser referido al universo simbólico del sujeto, por más que preventivamente se le administre un neuroléptico o ante la urgencia y cuando ese universo esté momentáneamente colapsado, se le prescriban ciertos cuidados o un antidepresivo. La etiología del sufrimiento psíquico, su tratamiento y las instituciones que lo abordan no pueden hacer pleitesía más que a los signos, pero no para armar con ellos nuevas formas de reclusión del sujeto sino para escuchar que están queriendo mostrar cuando se manifiestan. La raíz del sufrimiento y su abordaje deben ser más bien referidos a cuestiones que afectan la estabilidad del universo simbólico en el que se vive: la pérdida, el accidente, el recuerdo, la amenaza, lo indeterminado, la ausencia de amor. Todos causantes que enrarecen o quiebran ese universo, que lo llenan de vivencias inesperadas. Lo que constituye la fortaleza de los modelos biomédico, neurocientífico, etológico o conductual en sus respectivos campos, muestra su mezquindad cuando se aplica sin más a cuestiones de la terapeutización del psiquismo. Mencionemos incluso otra forma de mezquindad terapéutica, es decir, de desprecio a la naturaleza del símbolo. Ésta nos lleva a identificar la posición o disposición del agente de salud. Hablemos ahora no de una *intensión* sino de una *inercia terapéutica*. Caractericemos una *terapia cómoda* como aquella que aplica la fórmula más rápida y sencilla para descomprometerse del acto. Injustamente entendida si sólo se la personifica en la desidia o en la falta de ética del terapeuta. Pero fundamentalmente la terapia cómoda se visibiliza al revisar las condiciones en las que se producen las intervenciones. El mismo dispositivo desde el cual se opera constriñe el acto terapéutico, no da opciones. No hay tiempo para escuchar el signo, el detalle, lo singular, su desenvolvimiento. La cabeza está en otro lado, sobrepasada por tareas y presiones laborales o descomprometida de ellas. El acto subordinado a la lógica empresarial o a formalidades administrativas se implanta entre un abandono del Estado, la interferencia de ambiciones políticas y las disputas entre abordajes. Lo descrito no perturba exclusivamente a los actores en el campo de la salud mental, habla de una ausencia general de condiciones razonables de trabajo: falta de proyectos a largo plazo, carencia de recursos u organización, despliegue de apariencias y no de materializaciones.

1) Las siglas refieren al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).



Las instituciones —las públicas particularmente— también *enferman* y afectan a sus agentes. Los equipos terapéuticos están colapsados. El actor es aquí quien padece y quien, en el peor de los casos, hace de ese padecer un hábito. Terreno fértil para el despliegue de la terapia rápida, protocolar, para los usos más duros de la *normalización* y la medicalización de lo mental. Se trata de prácticas que no requieren de demasiadas palabras ni hacen necesaria la puesta en función de ningún dispositivo que implique esfuerzos vinculares o participación comunitaria. Las formas de segregación que instalan se entienden en tanto que el síntoma, el cuerpo sufriente y el cuerpo social son mantenidos a distancia, sin necesidad de ser interrogados o auscultados ni movidos a producir algo nuevo a partir de ellos. La disposición del terapeuta resulta así de una confluencia circunstancial de la inercia de las prácticas, la ausencia de estrategias, la regulación del organismo y la disciplina. El resultado: formas normales de proceder que sostienen una mezquindad terapéutica.

Esta realidad contrasta con los argumentos derivados de los fantásticos cambios que se han sucedido en el saber sobre lo subjetivo a partir de las rupturas radicales en el interior de la psiquiatría, los aportes del psicoanálisis, y la intervención de una teoría crítica en el derecho. Más reciente es el ingreso de lo mental como asunto de salud pública, articulado a políticas, legislación específica y servicios. Nos asombramos sin embargo al ver cómo ante todo este despliegue los efectos aún son esquivos. El discurso

actual en salud mental se construye sobre los estándares de la desinstitucionalización, en términos de desmanicomialización. Busca resolver el dilema inclusión/ exclusión contrarrestando el régimen aún cercano y actuante —hospital manicomial, locura, psiquiatra, enfermedad, internación, cronicidad—. La cruzada apunta a remplazar las antiguas instituciones por nuevos dispositivos: centros de día, emprendimientos productivos, centros comunitarios de salud mental con internación, residenciales, servicios de acompañamiento terapéutico. También intenta resignificar y refuncionalizar organizaciones ya existentes. A través de estos dispositivos, el padecimiento subjetivo busca ser enlazado al Otro —vinculado a la familia, a la comunidad, al trabajo, a derechos y deberes—. Sin embargo, la realidad es que los nuevos dispositivos tardan en ser fundados, dotados u organizados y los ya existentes ofrecen sus resistencias. Por ejemplo, los servicios de salud mental acoplados ahora a los hospitales generales, tras una idea *integrada* de salud, pierden su perspectiva o la supeditan a las clásicas asistencia clínica y organización hospitalaria. En cuanto a los centros comunitarios, ciertas formaciones discursivas anteriores a la organización de la Atención Primaria de la Salud dificultan el despliegue de sus principios. El modelo de reglas basado en la gestión normativa triunfa sobre la planificación estratégica que sería el eje de esos centros. Ello pues termina reproduciendo procedimientos apoyados en el tratamiento de la enfermedad y la lógica de la profesión liberal basada en la atención en consultorios,



formaciones no relacionadas con la promoción o la prevención de la salud comunitaria. Se trate entonces de nuevos dispositivos o de los ya existentes, ambos arrastran lógicas no superadas. No anticiparse a esa resistencia es abandonar las cosas a su suerte. Lo usual pasa a ser hoy la larga espera para conseguir un turno y ser atendido. Aunque fundamentalmente se constata el rechazo de la institución a retener o generar un seguimiento de ciertos pacientes que justificadamente necesitarían una contención. Se confía además en la existencia de otros dispositivos —la familia, la asistencia social, la ocupación, etc.— que cumplirían tales fines. Sin embargo, esto es sólo una suposición que no ofrece demasiadas garantías. La mayoría de las veces ese Otro falta. Esos dispositivos no existen donde deberían estar, no funcionan como deberían funcionar, la organización social está debilitada. No se puede ocultar que el fundado movimiento de las instituciones de salud mental se da en momentos de una tendencia generalizada de la civilización: el declive del programa institucional. Los cambios que vive la institución en salud mental se producen en el marco de transformaciones sociales más amplias que muestran enormes contradicciones. Por un lado, una marea formada, según Murekian, “por verdaderos movimientos sociales enmarcados en el conjunto de luchas por ampliar los espacios de socialización democrática, de ciudadanía y empoderamiento (Vasconcelos, 2000), así como de emancipación personal, social y cultural (Reinecke de Alverga, Dimenstein, 2006)” (2010:9).

“

el discurso actual en salud mental se construye sobre los estandartes de la desinstitucionalización, en términos de desmanicomialización

Por el otro, una marejada de instituciones fragmentadas y procedimientos segregativos. Si el problema de la modernidad fue cómo se apropiaban los símbolos de los cuerpos, cómo se controlaban los comportamientos aberrantes y se los encerraba, el de nuestros tiempos no deja de ser el mismo aunque modificadas las maneras de apropiación, enriquecidas por argumentos cínicos y retocadas por nuevas formas de exclusión. La justa preocupación de las políticas de inclusión social hacia el *enfermo mental* respondía a una versión de la locura soldada a la reclusión y a la privación de derechos. Hoy esta dinámica se conjura con una generalidad equívoca: lo que antes fue excluido/privado debe ser ahora incluido/dotado. Pero vimos que *liberar* a alguien de un lugar para no ofrecerle recursos en otro lado puede culminar en una nueva forma de exclusión. Manicomio e intemperie son dos figuras de lo inhumano.

En un capítulo de la historia, en el siglo XII, la locura era concebida dentro del terreno de los vicios, que en aquel entonces se contraponían a las virtudes cristianas. Hoy podemos decir que el padecimiento subjetivo, en tanto causado por las condiciones de la vida moderna, puede ligarse a cualquiera de las formas viciadas del símbolo, formas que exponen y exacerban su fragilidad. El padecimiento ya no es exclusividad del *loco*, todos estamos tocados por esa fragilidad. ¿Acaso algunas prácticas cotidianas aceptadas y promovidas por el entramado social no empujan a cierta insania? En estos tiempos se vuelve a veces difusa la diferencia entre un comportamiento aberrante y una conducta normal. ¿Eso que a ciegas nombramos nuestro *bienestar* realmente lo es? Por ejemplo, podría pensarse que la emancipación como bien se alcanza con relación al reconocimiento social de un derecho, aunque es más usual encontrarla confundida con una demarcación individual que reniega de los deberes concomitantes. Se trata de un modo de inclusión a-social que arma conglomerados de individualismos. La historia está repleta de relatos de civilizaciones que instalan el flagelo de una división interna o se autoinmolan por aferrarse a sus símbolos. Étienne de La Boétie, retomado por Foucault, habla de *servidumbres voluntarias* como coacciones íntimas hacia el mal vivir que —inclusive confundidas por justas razones— mueven el ánimo de los hombres. Freud, en las figuras de la satisfacción en el sufrimiento, la pulsión de muerte o el superyó, muestra cómo signos liados inconscientemente empujan a la desventura. ¿No cabría paragonar quizás la peligrosidad del enfermo mental de antaño con la insensibilidad del vigente sujeto hiperadaptado? ¿Las adicciones que se personifican en el adicto acaso no se enmarcan en una compulsión *normal* y generalizada motivada por mecanismos de nuestros modos de consumo? Preferimos la respuesta paranoica de idear un parapeto ante la violencia y la sensación de inseguridad antes que accionar sobre aquello que induce inequidad y genera pobreza. Tal vez convenga en este punto recordar un dicho de Jacques

Lacan: “todo el mundo es loco, es decir, delirante”, que Miller (2011:14) hace resonar en *Sutilezas analíticas* otorgándole el valor de principio en una búsqueda por caracterizar una clínica para el psicoanálisis. Es una fórmula que alerta sobre las consecuencias del empecinamiento en sostener *ad eternum* una versión de lo que se entienda por salud mental. Leída en otro sentido, podría llevar a pensar que, como toda relación con los símbolos, está fallada, lo que le queda a cada cual es su desvarío, su ensueño, su síntoma. Y si hay algo de verdad en que todo el mundo, por estar desmarcándose, está enloqueciendo, es bueno saber que a ello se responde desde el campo de la salud mental con la norma. Desde el psicoanálisis, se lo hace más bien otorgándole autoridad al síntoma para poder sondearlo.

Si somos coherentes con lo dicho hasta aquí, sería un desvarío pensar que ante la locura generalizada las respuestas deben ser generalizables. Hay por supuesto ciertos ámbitos particulares de abordaje del padecimiento subjetivo que se despliegan no sólo en las instituciones de salud mental sino en cualquier institución. Cada una procesa a su manera aspectos de lo mental ya que a partir de su lógica instala formas de tratamiento de lo subjetivo. Esas formas pueden entrecruzarse en los símbolos que despliega cada institución, en cómo hace uso de las normas, qué formas de autoridad instala, qué lazos al colectivo produce. De allí que las instituciones de lo mental ya no son sólo las instituciones de la salud mental. Volvamos a pensar en el símbolo y en las formas de gobierno. Así como hay una ley que controla, hay otra que procura. Ninguna es mejor que la otra, cada cual tiene su momento de necesidad y de zozobra. Así como está la norma empecinada en sí misma, hay otro uso de la norma que, si tiene algún propósito, es el de posibilitar la producción de efectos que ella misma reconoce no contemplar. Su razón no es ocluir sino abrir el juego, permitir todo aquello que no prohíbe expresamente. Una práctica terapéutica en salud mental requiere entonces que existan ciertas referencias, reglas de juego y también cierta posibilidad de juegos con las reglas. El signo es como un *pharmakon*; en una proporción es veneno, en otra bálsamo. Los términos *control social* y *poder* pueden leerse ahora desvitalizando su valor peyorativo. El poder pensado positivamente despliega prácticas discursivas que aportan al sujeto elementos para su conformación, para su objetivación o chances que lo acercan a modalidades de subjetivación ignoradas. Se sigue que una práctica terapéutica al servicio del control social no implica necesariamente una acción coercitiva sino más bien busca llevar a quien sufre a que recupere o se apropie de ciertos símbolos —cuando no los ha tenido o la época se los ha vuelto difusos— y haga un uso posibilitante de ellos —si es que antes los usaba para dañar o dañarse—. Palabra, signo, norma, ley, orden, autoridad, institución, son todas figuras que hacen de marco. Sin ese marco el sujeto pierde los estribos. En esta línea, una práctica terapéutica —también de promoción o de prevención de la salud—

puede ser ejercida por cualquier institución social junto a las de salud mental bajo el modo de racionalidades que apuntalan cierta normalidad no nociva. Y a decir verdad es necesario que algo de esto se reconstituya y multiplique en tiempos de debilidad del poder de las palabras y de declive de las instituciones. Ellas están entonces para un *tratamiento genérico*, aunque haya que sanearlas y cuidar permanentemente que no abandonen sus funciones. La subjetividad es abordada así por las políticas que hacen énfasis en la responsabilidad social o en la efectivización de derechos de ciudadanía. La subjetividad es tratada en el marco jurídico, en el campo de la producción social y en la organización del trabajo. En la disposición de los espacios públicos y en las actitudes desplegadas por los medios de comunicación social. Ahora, si las instituciones apuntan una inclusión social, el psicoanálisis hace de ella misma algo sintomático. En tiempos en los que incluir pueda empujar a desmarcarse, ¿cómo hallar las marcas a las que se ha de responder? ¿Cómo desembarazarse de las marcas comunes cuando llevan a un padecimiento? Ya hemos desacralizado la ley, mostramos finalmente que no basta, que no ofrece todas las garantías que de ella esperábamos, que hay que atender a sus usos, a sus desviaciones, a su caducidad. Atisbar la fragilidad del símbolo, su *pathos*, es reconocer a la vez su propensión dañina tanto como su potencia creadora. Si eso lleva a algún lado es a prestar atención a los efectos que se suceden cuando los signos se desvanecen o no son claros, o cuando se

vuelven duros e imparciales. Lo que de ellos en nosotros habla da cuenta de su poder para trazar un límite o dejarnos librados a los embates de la máquina social o las pulsiones desbocadas. La alterativa que se presenta para tratar lo que subjetivamente no anda hace necesaria una teoría del síntoma que explore la invención singular frente al síntoma social. Es decir, lo que no puede tramitarse del malestar en el plano de las instituciones y se traduce en padecimiento subjetivo tal vez pueda hacer un lazo a una marca que no es tributaria de la norma. La práctica psicoanalítica da cuentas de que esa marca sólo se halla a través del síntoma. No se trata de hacer entrar a la fuerza el padecimiento en un orden; del síntoma mismo no puede hablarse en términos genéricos. Además se demuestra que tanto la intencionalidad terapéutica aferrada a la norma como la voluntad de curarse pueden ser ficciones fallidas, impostaciones. Cualquier axioma puede ser entredicho; no todo puede ser terapeutizado y no hay terapia suprema.

Lo cierto es que a través de la atención al síntoma se puede disponer del descreimiento para volver a la creencia, operar sobre los restos, hallar en lo olvidado una clave o en lo inaudito un sonido revelador. Es preciso detenerse, apreciar su singularidad, sus variaciones y devaneos. Tal vez en el mundo salvaje la necesidad lleve a la bestia a aprovecharse de la fragilidad de la presa; en todo caso, en el nuestro, que está hecho de símbolos, tenemos por intercesión de ellos la ocasión preciosa de avizorar la fragilidad de las cosas y procurar que ellas sean de la manera que puedan llegar a ser.

Bibliografía

- Belaga, G. A. (2011). "La salud mental, lo inevitable de una totalidad fallida". *Revista Lacaniana*, N° 11:41-44. Buenos Aires, Escuela de la Orientación Lacaniana.
- Enria, G. y Staffolani, C. (octubre de 2005). "Manifestaciones del discurso en los programas de salud y atención primaria de la salud". Ponencia no publicada. 3er. Congreso Nacional de Problemáticas Contemporáneas. Facultad de Humanidades y Ciencias, UNL, Santa Fe.
- Galende, E. (1990). *El sistema de la salud en Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Paidós.
- Galende, E. y Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Miller, J.-A. (2011a). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires, Paidós.
- Miller, J.-A. (2011b). "Todo el mundo es loco". *Revista Lacaniana*, N° 11:11-35. Buenos Aires, Escuela de la Orientación Lacaniana.

- Murekian, G. N. (2010). *Representaciones sociales en salud mental. Rupturas, retornos y fugas en la construcción simbólica e institucional del "lugar" del "loco" en la comunidad*. 10°. Conference Internationale sur les representations sociales "representations, transmission des savoirs et transformations sociales", 5-8 juillet. Tunis (Gammarth), Tunisie.
- Mutazzi, E. C. (coord.) (s/f). *Proyecto integrado de investigaciones en salud mental: Desinstitucionalización y abordajes asistenciales sustitutos al manicomio*. Disponible en: http://www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa_17/muttazzi_y_otros.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Adelina Ale

Secretaría de Extensión de la Facultad
de Ciencia y Tecnología. Universidad
Autónoma de Entre Ríos.

Resumen

El presente artículo se propone abordar los paradigmas y modelos sobre discapacidad que se evidencian en discursos, contextos y tensiones, desde una perspectiva dialógica, fundada en polifonías y múltiples miradas. Ejercitaremos “la pedagogía de la pregunta”, tal como lo plantea Bonder (2012), para analizar a la discapacidad como objeto de estudio.

Partimos de la premisa de que el colectivo de los discapacitados no es homogéneo ni definible en categorías y variables de análisis exclusivamente teóricos. La discapacidad se corporiza en sujetos de “carne y hueso”: que son personas con derechos, con historia, situadas en un lugar y cultura particulares. En este sentido, la discapacidad será abordada como un objeto multivarial y no como un “tipo ideal” construido por la medicina, la sociología y la antropología.

Palabras clave:

- discapacidad
- paradigma
- sociedad
- universidad
- Estado

1. Parámetros para definir y clasificar la discapacidad

Actualmente se reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción de las personas con el entorno. La plasticidad del concepto de “discapacidad” nos permite reconsiderarlo a través de la historia. Su significado ha estado condicionado por el tiempo, el espacio y la ideología que lo determina en su cobertura designativa, pudiendo quebrarse su significación ante nuevos paradigmas. Los debates teóricos en el campo de la discapacidad circulan entre el modelo médico y el modelo social; este último identifica la discapacidad como el producto de la interacción entre la persona y la sociedad.

El proceso de “etiquetaje” de los sujetos con discapacidad se ha ido construyendo sobre la base de los criterios médicos psicológicos y de observación y detección de habilidades y competencias para el aprendizaje (Gómez, 2007). Las designaciones terminológicas más utilizadas para identificar a estos sujetos han sido: idiota, anormal, defectuoso, minusválido, inadaptado, sujeto diferente, con capacidades diferentes, persona especial, sujeto excepcional, funcionalmente diverso, discapacitado, entre muchos otros, según el modelo que lo sustente.

El concepto de “normalidad” fue creado en Europa y América en los siglos XIX y XX con el positivismo lógico como paradigma dominante en la ciencia. En el último cuarto del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó e implantó diferentes declaraciones en las que trató de definir la discapacidad, sus factores y sus causas. En 1980, la OMS delimitó el significado y tipos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, a partir de la necesidad de considerar no sólo la enfermedad sino sus consecuencias en todos los aspectos de la vida de la persona.

- *Deficiencia*: pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- *Discapacidad*: restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- *Minusvalía*: situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales. Estas definiciones han sido ampliamente utilizadas durante años y continúan vigentes. Hoy proponemos revisar estos conceptos bajo la lupa de teorías emancipadoras cuyo pensamiento está unido a visualizar los derechos humanos de todas las personas.

2. Modelos en el tiempo

A través del tiempo se pueden identificar modelos explicativos sobre la discapacidad que aún hoy conviven y que se pueden sintetizar de la siguiente manera:

- *Modelo de prescindencia*: la causa de la discapacidad era de origen religioso, era un castigo de los dioses o una consecuencia del pecado. El sujeto era inútil, inservible, una carga para la sociedad, por lo que se lo encerraba, marginaba o mataba. Se asociaba la discapacidad a la desgracia y el infortunio. El exterminio, ocultamiento, caridad y mendicidad eran (son) los modos que la sociedad utilizó (utiliza) para las personas con discapacidad.
- *Modelo médico rehabilitador*: las causas que originan la discapacidad son científicas, derivadas de patologías. Se entiende

“

el concepto de “discapacidad”
ha estado condicionado por el
tiempo, el espacio y la ideología



a la discapacidad como enfermedad que debe ser tratada médicamente para normalizarla. La rehabilitación y la intervención de especialistas tratan de ocultar o hacer desaparecer la “diferencia” sensorial, motriz, cognitiva, mental. La clasificación de la discapacidad está basada en la percepción médica.

- *Modelo social*: las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas sino que son en gran medida sociales. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con los derechos humanos y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad propiciando la accesibilidad universal.

3. ¿Qué significa la discapacidad hoy?

Cambios conceptuales

Frente a la concepción médica rehabilitadora de la discapacidad que se centra en el individuo para mejorar sus deficiencias, el modelo social argumenta sus posiciones desde perspectivas sociológicas que proponen pensar “desde adentro” a la discapacidad y construir una teoría social de la misma.

- El *modelo social* define la discapacidad como una “construcción social” impuesta, plantea una visión de la misma como clase “oprimida” —con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales— y propone una alternativa de carácter más político que científico. Esta posición tiene difusión en algunos medios académicos con relación al mundo de la sordera y de la discapacidad física, mientras que en las discapacidades del desarrollo y retraso mental o la discapacidad visual apenas se hacen presentes.

- El *modelo constructivista* es diferente del modelo social: define el significado y las consecuencias de la discapacidad de acuerdo con las actitudes, prácticas y estructuras institucionales más que por las deficiencias en sí (Schalock, 1997). Plantea romper con la separación entre política y ciencia, generando investigaciones participativas y con un fin emancipador en donde intervienen activamente las personas con discapacidad en dichas investigaciones. Sus defensores abogan que sólo las personas con discapacidad están capacitadas para hablar e investigar el problema. Esta perspectiva ha dado lugar a los llamados *estudios sobre discapacidad*, con interesantes propuestas para el currículo académico de formación en las universidades.

Quienes trabajan con este modelo pretenden romper las barreras físicas, sociales y actitudinales. Rechazan la investigación objetiva y hablan de investigación emancipadora (Smith, 1999), dirigida a desarrollar un compromiso de relaciones sociales de producción de investigación. En definitiva, se plantean romper con lo que consideran una falsa separación entre política y ciencia. La participación activa de las personas con discapacidad se estima esencial para introducir las variables ambientales, actitudinales y sociales necesarias para el análisis (Bellini y Rumrill, 1999).

- El *modelo sociopolítico*: Oliver (1990) plantea que el significado de discapacidad, más que comprendido, está distorsionado por las definiciones oficiales derivadas del paradigma de la rehabilitación, como son las utilizadas por la OMS. Este modelo considera a las personas con discapacidad como objetos pasivos de intervención, tratamiento y rehabilitación, y genera consecuencias opresivas para las personas al reducir las a un estado estático y violar sus componentes experienciales y situacionales. Oliver plantea como alternativa centrarse en las causas y dimensiones sociales de la discapacidad, “una teoría social de la discapacidad (...) debe estar localizada dentro de la experiencia de las propias personas con discapacidad y sus intentos, no sólo para redefinir la discapacidad sino también para construir un movimiento político entre ellos mismos y desarrollar servicios proporcionados con sus propias necesidades autodefinidas” (1990:11).

Esta teoría social de la discapacidad critica los modelos psicológicos y médicos.

El *modelo social* es una elaboración teórica que surgió como consecuencia de las luchas por la vida independiente, la ciudadanía y los derechos civiles para las personas con discapacidad (Verdugo, 1995).

Desde hace años, personas dedicadas a la docencia universitaria y a la defensa del colectivo con discapacidad vienen argumentando que las *restricciones impuestas a las personas con discapacidad no son una consecuencia directa de su deficiencia sino producto del ambiente social* que no las tiene en cuenta (Finkelstein, 1980; Hunt, 1966; Oliver, 1990; Longmore, 1987; Zola, 1985). Para el análisis hay que reparar en la jerarquía social impuesta (Oliver, 1990), el uso de las tecnologías (Finkelstein, 1980), la naturaleza del ambiente construido (arquitectura), la legislación, las actitudes, las imágenes, el lenguaje y la cultura sobre la discapacidad (Marks, 1997).

Este modelo social habla de la “comunidad de discapacitados” y da gran importancia a su identificación con la discapacidad y su colectivo (Linton, 1998). La dependencia no emerge de la incapacidad intrínseca sino del modo y de las perspectivas de que las necesidades de las personas con discapacidad son satisfechas. Los modelos derivados de ese tipo de estudios son los que pretenden servir para comprender la discapacidad en la *relación entre el cuerpo y el poder*.

- El *modelo social de grupo minoritario* sostiene que la discriminación institucional y el prejuicio se empeñan en moldear la experiencia de la persona con discapacidad. Estas personas, para los seguidores de este modelo, son miembros de un grupo minoritario —como los negros y otras minorías étnicas, los pobres o los ancianos— que es discriminado en sus derechos (Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997) y que puede superar las barreras que afronta por medio de una acción colectiva.



En los últimos años, en el ámbito de la deficiencia auditiva (Verdugo Alonso, 1999), distintos grupos de investigadores han planteado que la sordera y sus consecuencias dan como resultado características diferentes del sordo frente al oyente que le hacen formar parte de una cultura diferente con su propio lenguaje de signos y su propia experiencia visual (Valmaseda, 1995). Estos planteos se hacen desde posiciones antropológicas y sociolingüísticas que analizan el colectivo de personas sordas en sus aspectos organizativos, actitudinales, de valores y de estructuras sociales. Los seguidores del modelo piensan que la discapacidad es una construcción social. Olkin (1999) en su libro sobre *Lo que los psicoterapeutas deben saber sobre la discapacidad*, habla de los prejuicios y del estigma y hace recomendaciones generales en cuanto a utilizar modelos positivos de tratamiento, a capacitar a los individuos con discapacidad, a desarrollar una red de apoyo y a acentuar los valores de la persona. Sin embargo, no plantea nada novedoso porque mezcla elementos de la teoría de sistemas con otras ideas psicoterapéuticas procedentes de modelos clínicos. Lo único diferente que dice es que se debe hacer un análisis de los modelos de discapacidad que tienen la persona y su familia.

- La *teoría social* de discapacidad que afecta a la educación especial es planteada por un reconocido grupo de investigadores estadounidenses que formó parte de un Comité Asesor para hacer un análisis autocrítico de los problemas de la reforma de la educación especial en EE. UU. Ellos plantean que existen dos tipos de conceptualizaciones sobre la discapacidad. Por un lado, está la concepción que plantea la reforma de la educación especial basada en las mejoras del sistema y comprende *la discapacidad como un fenómeno intraindividual*, al igual que el modelo médico. Por otro lado, los autores hablan de otra perspectiva que trata de la *reconceptualización sustancial de un sistema fundamentalmente cerrado, donde la discapacidad se ve como una construcción social basada en supuestos desfasados sobre la diferencia*. El principal punto de cambio es reconstruir el concepto de discapacidad que domina el pensamiento, la acción en la enseñanza pública y los profesionales de la educación.

Linton (1998), en su libro *Afirmando la discapacidad. Conocimiento e identidad*, propone un análisis de la discapacidad desde la docencia universitaria de la disciplina. Su posición es una mezcla del modelo social y un planteo interdisciplinar con la pretensión de impulsar un currículo apropiado universitario de estudios sobre discapacidad. En el prólogo del libro, Berubé comenta que las aportaciones de Linton son cruciales al transmitir que “las universidades no serán capaces de satisfacer esa necesidad urgente de comprender la discapacidad en sus causas, efectos, representaciones y ramificaciones” (1998:45). Para Linton (1998), la discapacidad es un campo interdisciplinar basado en un análisis sociopolítico que utiliza el conocimiento y metodologías de las humanidades y las conceptualizaciones y enfoques desarrollados en áreas científicas nuevas.

- El *modelo biopsicosocial* presenta algunos planteos como los que

aluden a una cultura grupal de la discapacidad como un gueto. Esto tiene puede tener peligros similares a los que presentan algunos planteos radicales de defensa de la nacionalidad, la raza o el género.

Lo que no quiere decir que no exista una necesidad clara de abordar el debate sobre la cultura y la discapacidad, la identidad de las personas, la creatividad y desarrollos artísticos desde la discapacidad.

Con el modelo social “radical”, las posibilidades de evaluación, de intervención y de apoyo para las personas con discapacidad apenas existen.

La mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad es un asunto de todos que se enmarca en la defensa de los derechos de las personas mediante el desarrollo de una sociedad inclusiva que aprecia y reconoce los aportes de todos los individuos.

La perspectiva biopsicosocial, que es asumida mayoritariamente por la psicología clínica, favorece los planteos integradores de distintas áreas de la psicología y de otras disciplinas.

4. Aportes del modelo social de la discapacidad

Si se compara el modelo social con otros modelos tradicionales, en su perspectiva más rígida, éste aumenta su valor y encuentra su sentido. Sus mayores aportes están en la crítica de la perspectiva exclusivista biomédica, psicopatológica, psiquiátrica y sociológica tradicional. Redefine la discapacidad en términos de *ambiente discapacitador* y sitúa a las personas con discapacidad como ciudadanos con derecho.

El desarrollo de la propuesta de un modelo social para la discapacidad ha servido para:

- Fomentar el debate y análisis en disciplinas como la sociología, que se mantenía alejada del campo de la discapacidad.
- Estimular la participación activa en la vida académica de muchas personas con discapacidad.
- Reflexionar sobre la “utilidad” de los currículos de formación de distintos profesionales vinculados a la discapacidad.
- Cambiar sustancialmente la propuesta clasificatoria de la discapacidad que hizo la OMS e incluir de manera más certera y operativa los aspectos del funcionamiento personal y social de los individuos en la sociedad.

5. Críticas al modelo social de la discapacidad

Entre las principales críticas mencionamos:

- Marks (1997) reconoce que pueden estar proponiendo la otra cara de la moneda del modelo médico, generando un *reduccionismo social que perjudicaría a muchas personas con discapacidad que no se adaptan a sus planteos*.
- Los planteamientos sociopolíticos desde la sociología. Barton (1998), Abberley (1998), Oliver (1998), Barnes (1998), y Barnes, Mercer y Shakespeare (1999) plantearon la discapacidad desde perspectivas sociopolíticas acercándose al terreno del “solipsismo” científico.

- Este modelo no aporta sugerencias para trabajar con niños y adultos mayores discapacitados (Gregory, 1997; Munn, 1997; Tennant, 1997; Wyller, 1997).
- Antinomia entre personas “discapacitadas” y “no discapacitadas”. Eso lleva a un separatismo que cierra puertas de mediación y transformación.

6. Para finalizar

Como dice Gregory (1997), no es adecuado utilizar un modelo para atacar a otros, más bien hay que buscar la integración de modelos (Munn, 1997). A la universidad le corresponde desarrollar y fomentar la investigación rigurosa, el debate crítico, en estrecha colaboración con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a apoyar a las personas con discapacidad. Ésta es, justamente, la principal tarea para lograr la interdisciplinariedad. Debemos avanzar en la investigación sobre la discapacidad siguiendo líneas interdisciplinarias que aborden el objeto de estudio desde un lugar multivarial, ejerciendo la pedagogía de la pregunta en búsqueda de respuestas múltiples, para situar a la discapacidad en la agenda de las políticas públicas.

Bibliografía

- Andrews, J. E. y otros (2001). “Salvant les diferències al voltant de l'Educació Especial”. *Suports, revista catalana d'educació especial i atenció a la diversitat*, vol. 5, Nº 1:68–72. Artículo original en Remedial and Special Education, 2000, vol. 21, Nº 5:258–260, 267.
- Adirón, F. (2005). *¿Qué es la inclusión?: La diversidad como valor*. Moderador del grupo de discusión electrónica sobre síndrome de Down. Brasil.
- Arizábal, M. (1995). *Estudios sobre derechos fundamentales*. Madrid, Siglo XXI Editores.
- Barnes, C.; Mercer, G. y Shakespeare, T. (1997). *Exploring disability. A sociological introduction*. Cambridge, Polity Press.
- Barnes, C. (1998). “Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental”. En L. Barton (ed.), *Discapacidad y sociedad*. Madrid, Morata/Fundación Paideia.
- Berubé, M. (1998). “Foreword. Pressing the claim”. In Linton, S. *Claiming disability. Knowledge and identity*. New York, New York University Press.
- Bellini, J. L. & Rumrill, P. D., Jr. (1999). *Research in Rehabilitation Counseling*. Springfield, Ill, Charles C. Thomas.
- Bonder, G. (2012). *Género y sociedad*. Buenos Aires, FLACSO.
- Booth, T. & Ainscow, M. (2002). *Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva*. Index for inclusion. Madrid, Consorcio Universitario para la Educación Inclusiva.
- Cáceres, C. (2005). “Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS”. *Auditio: Revista electrónica de audiolología*, vol. 2, Nº 3:74–77. Disponible en: <http://www.auditio.com/revista/pdf/vol2/3/020304.pdf>
- Gómez, (2007). *Problemas de aprendizaje*. Disponible en: <http://blogdeyunue23.blogspot.com.ar/2010/07/problemas-de-aprendizaje.html>
- Gregory, R. J. (1997). “Definitions as power”. *Disability and Rehabilitation*, 19. Department of Psychology, Massey University, Palmerston North, New Zealand.
- Finkelstein, V. (ed.) (1980). *Attitudes and disabled people*. New York, World Rehabilitation Fund.
- Hunt, P. (ed.) (1966). *Stigma: The Experience of Disability*, London: Geoffrey Chapman.
- Linton, S. (1998). *Claiming disability. Knowledge and identity*. New York, New York University Press.
- Longmore, P. K. (1987). “Screening stereotypes, images of disabled people in television and motion pictures”. In Gartner, A. & Joe, T. (eds.), *Images of the Disabled, Disabling Images*. New York, Praeger.
- Marks, D. (1997). “Models of disability”. University of Sheffield, Centre for Therapeutic Studies. Vol. 19, Nº 3, Pages 85-91.
- Munn, P. (1997). “Models of disability for children”. University of Central Lancashire, Department of Psychology Vol. 19, Nº 11, Pages 484-486
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Basingstoke: Macmillan and St. Martins Press.
- Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York, The Guilford Press.
- Schallock, R. L. (ed.) (1997). *Quality of life*. Vol. II: Application to persons with disabilities. Washington, DC, American Association on Mental Retardation.
- Smith, P. (1999). “Ideology, politics and science in understanding developmental disabilities”. *Mental Retardation*, Nº 104:71–72.
- Tennant, A. (1997). “Models of disability: a critical perspective”. Rheumatology and Rehabilitation Research Unit. University of Leeds, Vol. 19, Nº 11, pages 478–479.
- Valmaseda, M. (1995). “Las personas con deficiencia auditiva”. En Verdugo, M. A. (ed.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid, Siglo XXI Editores.
- Verdugo Alonso, M. A. (1993). “Integración comunitaria y formación de los profesionales”. *La integración social de los minusválidos*. Madrid, Escuela Libre Editorial – Fundación ONCE.
- Verdugo Alonso, M. A. (1995). “Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías”. En Verdugo Alonso, M. A. (comp.). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Verdugo Alonso, M. A. (2008). *La concepción de discapacidad en los modelos sociales*. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Verdugo-ModelosSoc.pdf>
- Wyller (1997). *Salud y residencias geriátricas*. Vol. 2. Barcelona, Glosa.
- Zola, J. K. (1985). “Depictions of disability—metaphor, message, and medium in the media: a research and political agenda”. *Social Science Journal*, Nº 22.

Agricultura tóxica y pueblos fumigados en Argentina

Universidad y salud /
Perspectivas

Medardo Ávila-Vazquez

Coordinador de la Red Universitaria de Ambiente y Salud de Argentina.
Médicos de Pueblos Fumigados.
Docente de la Facultad de Medicina.
Universidad Nacional de Córdoba.

1. Presentación

En los últimos veinte años, la frontera agrícola se ha expandido casi en un 50 %, avanzando sobre regiones destinadas a otras producciones, sobre territorios con agriculturas familiares y, masivamente, sobre bosques.

La tonelada de soja, que cotizaba a U\$S 160 en 2001, en julio de 2012 valía U\$S 600; el rendimiento promedio es de 3 a 4 toneladas por hectárea; los costos de producción son de 200 a U\$S 250 por hectárea: la rentabilidad es descomunal. De un total de 300 000 productores rurales existentes en todo el país, 80 000 se dedican a esta agricultura transgénica y química, pero de ellos sólo 20 000 concentran el 70 % de la producción y son básicamente sociedades anónimas y *pooles* de siembra que producen en campos alquilados, intrusando territorios de pueblos originarios o de campesinos ancestrales (Lapolla, 2008).

La agricultura dominante se sostiene sobre un modelo de monocultivo agroindustrial que utiliza un paquete tecnológico que incluye siembra directa, semillas transgénicas y aplicación de agrotóxicos. En ese marco, como consecuencia de la inviabilidad natural del monocultivo y para poder sostener la producción, se aplican cantidades cada vez mayores de agroquímicos en un territorio donde conviven con los cultivos transgénicos más de 12 millones de personas.

Es preciso reconocer que los productos que se emplean allí son todos venenos. Los herbicidas, como el glifosato, 2.4D o atrazina, están destinados a matar plantas; y los más utilizados para matar insectos son endosulfán, clorpirifós, dimetoato, cipermetrina, imidacloprid, etc. Todos tienen efectos deletéreos sobre la salud humana y contaminan el ambiente.

Resumen

Hace 18 años se instauró en Argentina un sistema de producción agraria cimentada en el uso de semillas transgénicas y aplicación masiva de agrotóxicos o plaguicidas. Desde entonces los vecinos de los pueblos fumigados protestan porque se ven afectados en su salud y los médicos de esos pueblos corroboran un cambio del patrón de enfermedad y de muerte en estas comunidades. Trastornos endócrinos e inmunológicos, neumopatías crónicas, abortos espontáneos en mujeres sanas, malformaciones congénitas y cáncer son las enfermedades que se reiteran en poblaciones expuestas a dosis crecientes de agrotóxicos. Estudios epidemiológicos e investigaciones de laboratorios confirman el vínculo entre pesticidas, como glifosato, y daños en la salud. A pesar de las protestas y denuncias, aumenta el consumo de agrotóxicos y las empresas biotecnológicas preparan nuevas semillas que auguran un futuro cercano de mayor toxicidad y contaminación, lo cual pone en peligro la salud colectiva.

Palabras clave

- plaguicidas
- salud colectiva
- cáncer
- glifosato
- semillas transgénicas

La utilización de estos agrotóxicos aumenta exponencialmente desde el año 1990 hasta alcanzar 318 millones de litros/kilos en el 2013. En la misma hectárea donde se usaban 2 ó 3 litros de glifosato por año, hoy se usan 8 ó 12 litros y se le agrega 1,5 litros de 2.4D por año. En Santiago del Estero, Salta y Chaco (noroeste argentino) se utilizan hasta 20 litros por hectárea por año de Round Up (REDUAS, 2013).

Para cultivar 100 hectárea de soja transgénica se requieren 14 días de trabajo de un solo operario (Lapolla, 2008). De esas jornadas, un día sembrará, otro día cosechará las 100 hectáreas y los otros 12 días aplicará venenos sobre el mismo predio. Esa es toda la actividad *productiva* que despliega el sistema de agricultura tóxica.

2. Malformaciones y aumento de cáncer

Después de 18 años de fumigaciones sistemáticas, los equipos de salud de los pueblos fumigados detectan un cambio en el patrón de enfermedades en sus poblaciones: los problemas respiratorios son mucho más frecuentes y vinculados a las aplicaciones de agrovenenos, igual que las dermatitis crónicas. De la misma manera, los pacientes epilépticos convulsionan mucho más frecuentemente en época de fumigación, son más asiduos la depresión y los trastornos inmunitarios y endócrinos.

Se registran altas tasas de abortos espontáneos (hasta 23 % de las mujeres en edad reproductiva sufrió al menos un aborto en los últimos cinco años, cuando la tasa normal es de 5 %) y aumentaron notablemente las consultas por infertilidad en varones y mujeres (REDUAS, 2011). Los rebaños de cabras de los campesinos

“

después de 18 años de fumigaciones sistemáticas, los equipos de salud de los pueblos fumigados detectan un cambio en el patrón de enfermedades en sus poblaciones



y originarios registran, en algunas zonas, hasta un 100 % de malpariciones (abortos o muertes prematuras por malformación) vinculados a la exposición a pesticidas. Se detecta también un aumento de trastornos tiroideos y de diabetes.

Cada vez nacen más niños con malformaciones en estas zonas, especialmente si los primeros meses del embarazo coinciden con la época de fumigaciones. Síndrome de Down, mielomeningoceles, cardiopatías congénitas, etc., se diagnostican con mayor frecuencia en estas áreas; en algunos pueblos y años llegan a triplicar las tasas normales y se vinculan directamente al aumento de las aplicaciones de agrotóxicos en los alrededores (REDUAS, 2011 y Verzeñassi, 2013).

Los pueblos fumigados también presentan un cambio en sus causas de muerte. Según los datos de los registros civiles a los que hemos podido acceder, encontramos que más del 30 % de las personas que mueren en estos pueblos fallece por cáncer, mientras que en todo el país ese porcentaje es menor al 20 %. La mortalidad por cáncer aumentó claramente en estas áreas, lo cual es un fenómeno nuevo detectado por nuestros colegas desde el año 2000 y no verificado antes (REDUAS, 2011; Verzeñassi, 2013 y Ercolano, 2012). Curiosamente, la fecha coincide con la expansión del consumo de glifosato y otros agroquímicos que son masivamente aplicados en la zona.

La ciudad de San Salvador, en Entre Ríos, es reconocida como la Capital Nacional del Arroz, pero estas transformaciones agrarias también impactaron en la región, de manera que hoy, en las 70 000 hectáreas de la zona, sólo 10 000 se mantienen con arroz y las demás producen soja. Este dato sólo tendría interés económico y social si desconociéramos que en los cinco últimos años la mortalidad por cáncer en los vecinos de la región es la más alta detectada por nuestra Red en todo el país. En los años 2011 y 2012 uno de cada dos vecinos murió de cáncer cuando en todo el país sólo uno de cada cinco argentinos muere por causas oncológicas (MU, 2012).

Recientemente, en mayo de 2014, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba publicó los datos de su registro de cáncer, que confirman que en las zonas más intensamente agrícolas las muertes a causa de esta enfermedad superan en un 100 % a las de la ciudad capital y en un 70 % al promedio provincial (Fernández, 2014).

La agresión química afecta a todas las personas, pero sin duda que los pobres del campo, los peones, sus mujeres y niños, son los que tienen menos posibilidades de protegerse y de recuperar su salud. Además, desde el norte de Córdoba y Santa Fe, la mayor parte de los nuevos emprendimientos de agricultura tóxica es concretada por sociedades anónimas y *pool*es de siembra que utilizan la vía aérea de fumigación de modo casi generalizado, las dosis de venenos son mucho más altas debido a las condiciones climáticas y biológicas de la región, y las consecuencias las sufren principalmente los pueblos originarios y los campesinos.

3. Las evidencias científicas

Las manifestaciones clínicas que los médicos de pueblos fumigados observamos en nuestros pacientes encuentran su causalidad biológica en los resultados de investigaciones científicas en modelos experimentales con diversos plaguicidas, incluyendo glifosato. Así, por caso, investigaciones de científicos de nuestras universidades demuestran de qué manera el glifosato actúa en el desarrollo embrionario produciendo malformaciones (Paganelli, Gnazzo, Acosta, López y Carrasco, 2010), y cómo este veneno genera daño a las moléculas de ADN del núcleo celular, promoviendo líneas celulares mutantes que ocasionarán cáncer si no logran ser eliminadas por el individuo (Mañas, 2009; Simoniello, 2010 y López, 2012).

También, numerosas publicaciones epidemiológicas en todo el mundo demuestran cómo la exposición a agrotóxicos aumenta notablemente las tasas de malformaciones, abortos, cáncer y trastornos hormonales en las personas sometidas a fumigaciones reiteradas (Schreinemachers, 2003; Winchester, 2009; Settimi, 2008 y Clapp, 2008).

Incluso el más alto estándar de análisis crítico de la información científica médica, las Revisiones Sistemáticas de la Medicina Basada en la Evidencia, sostienen la necesidad de disminuir esta exposición por contarse con evidencias suficientemente fuertes y consistentes para reconocer que la exposición a plaguicidas aumenta el riesgo de afectar la salud humana (Sanborn, 2007 y 2012 y Bassil, 2007).

Las áreas académicas de la salud no detectaban el problema que se estaba generando como consecuencia de nuestro sistema productivo rural, a pesar de que desde el año 2001 se reiteraban las denuncias y reclamos de vecinos, vecinos tan distantes como los de Los Toldos en Buenos Aires, los de San Jorge en Santa Fe, los de barrios de Ituzaingó en Córdoba o los de la Leonesa en el Chaco. Recién en el año 2010 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba convocó a un encuentro de médicos de pueblos fumigados (REDUAS, 2011) para verificar la existencia del problema y su magnitud. Este encuentro dio origen a la Red Universitaria de Ambiente y Salud / Médicos de Pueblos Fumigados-REDUAS, que interrelaciona equipos de salud que acompañan la lucha de movimientos sociales contra las fumigaciones en contextos donde el poder económico, político y cultural de la soja es agobiante.

A pesar de las denuncias y reclamos, el uso de agrotóxicos en nuestro país no deja de aumentar. En el año 1990, según datos de las propias cámaras empresarias de agrotóxicos, se consumieron 39 millones de litros/kilos equivalentes de agroquímicos (herbicidas, insecticidas y fungicidas); en el año 2013 la misma cámara informó que su negocio casi llegaba a 3000 millones de dólares con 318 millones de litros/kilos vendidos. El glifosato es el agrotóxico más utilizado en Argentina: agrupa el 64 % del total de las ventas y se aplicaron 200 millones de kg/l de glifosato en la última campaña agraria (REDUAS, 2013).

“

la agresión química
afecta a todas las personas,
pero sin duda que los
pobres del campo, los peones,
sus mujeres y niños,
son los que tienen menos
posibilidades de protegerse
y de recuperar su salud

En estudios de uso realizados por ingenieros agrónomos de la Sociedad Rural Argentina, principal institución sojera del país (Barbarich, 2010), en la zona núcleo (principal área agrícola) se aplicaron casi 10 litros/kilos de agrotóxicos por hectárea por año, lo que equivale para el área de estudio a 31 litros de agrovenenos por cada uno de los pobladores del departamento de General López de Santa Fe. En Argentina estimamos que se aplican 7 litros/kilos de agrotóxicos por cada uno de los 40 millones de habitantes por año, pero en las zonas productivas del agronegocio esas dosis de tóxicos se elevan entre 30 y 45 litros/kilos por persona por año, lo que genera una carga acumulada de agresión química que se refleja irremediablemente en los indicadores más duros de salud, como son las causas de muerte.

4. Crítica a los postulados de la biotecnología y su seguridad

El modelo de producción agrícola en la Argentina, conducido por las empresas de biotecnología internacionales, ha generado un aumento del 858 % en la cantidad de agrotóxicos utilizados por año, lo que ocasiona un impresionante impacto ecológico y sanitario en la región. Este aumento del consumo de agrotóxicos no se explica en el incremento de la superficie cultivada: entre 1990 y 2010 el área cultivada por cereales y oleaginosas pasó de 20 millones de hectáreas a 30 millones de hectárea (REDUAS, 2013), es decir que creció un 50 %, lo que no puede explicar el aumento de 858 % en el consumo total de agrotóxicos (la utilización en cultivos frutihortícolas y regionales como vid, tabaco y azúcar, explican menos del 15 % del consumo total).

La premisa de que las semillas transgénicas emplean menos agrotóxicos no se puede verificar en la realidad Argentina. En 1996–1997, momento en que comenzó a sembrarse soja transgénica, se aplicaban hasta 3 litros de glifosato por hectárea por año; actualmente se aplican 12 litros de glifosato en esa misma hectárea y por el mismo intervalo de tiempo. Esto demuestra la incapacidad del modelo de agricultura tóxica para enfrentar las respuestas adaptativas de la naturaleza, como el surgimiento de resistencia en las plantas e insectos. La única respuesta refleja es *aumentar la dosis* de venenos por hectárea (vender más pesticidas a los productores), tanto herbicidas como insecticidas, y agregar agrotóxicos más peligrosos a las mezclas para fumigar y/o agregar apilamientos de “eventos” transgénicos para que las plantas secreten permanentemente varias toxinas insecticidas Bt. Otro mito de la industria de biotecnología es que se aumenta el rendimiento del cultivo. Sin embargo, cada vez son más numerosos los estudios científicos independientes que demuestran que esto es una falacia. Se reconoce un aumento en la producción de granos (cereales y oleaginosas), pero estas investigaciones muestran que el incremento del rendimiento por hectárea se vincula a técnicas de agricultura tradicional que se fueron incorporando en los últimos 20 años, como el aumento de densidad de plantas por unidad de superficie (menos separación entre plantas en el surco y entre surco y surco), etc. (Quist, 2010 y Gurian–Sherman, 2009). En Argentina, el rendimiento promedio en 1994 fue de 2,2 toneladas por hectárea y en 2010 de 3 toneladas; creció un 30 % el rendimiento promedio de los cultivos (REDUAS, 2013)... pero en ese período consumimos un 858 % más de venenos agrarios: algo no anda bien. Comparando el consumo de agrotóxicos en millones de kg/por año



con el aumento de la superficie sembrada en millones de hectáreas y el incremento del rendimiento en toneladas por hectárea, encontramos que el 858 % de crecimiento del mercado de agrotóxicos no se relaciona con un aumento del 50 % del área sembrada, ni con un 30 % de mayor rendimiento de los cultivos por hectárea.

La ineficacia de la biotecnología utilizada se evidencia en el daño ecológico generado por el desmonte masivo del país; la contaminación creciente que se verifica a lo largo de todos los cursos de aguas superficiales de la región, como el río Suquia (Bonasea, 2012) y el río Paraná en toda su extensión (Marino, 2012); en los niveles de recuperación de glifosato en el agua de lluvia de las zonas sojeras (datos en proceso de publicación), que supera más de 10 veces a las detectadas en EE. UU. (Chang, 2011); en el aumento de las tasa de cáncer, malformaciones congénitas, abortos espontáneos, discapacidad mental, trastornos endócrinos e inmunitarios que padecen las poblaciones rurales expuestas a dosis crecientes de agrotóxicos de año en año y en forma sistemática; y en la carga creciente de residuos de pesticidas en los granos que exporta la Argentina, como ya se verificó en Dinamarca y Holanda, donde desde el año 2015 se priorizará la compra de soja y maíz orgánico para alimentar a su ganado (GM Watch, 2012 y Fastrup, 2011).

Los residuos crecientes de pesticidas en alimentos elaborados con granos impregnados por estos agrotóxicos son una preocupación creciente en Europa, y su peligrosidad ha quedado en evidencia sobre todo después de las investigaciones del francés Eric Seralini. Recientemente, se detectó en estudiantes de la Universidad de Berlín y en europeos de 18 países distintos la presencia de glifosato en la orina, menos elevada en los adeptos a la alimentación *orgánica*; en ganado vacuno y en conejos se verificaron resultados similares: mayor cantidad de glifosato en orina y en tejidos en los animales alimentados con forrajes transgénicos (Kruger, 2014). Ante los problemas de resistencia en malezas e insectos, la respuesta de la industria biotecnológica (Monsanto, Bayer, Dow, Dupont, etc.) es más de lo mismo. Se promueven nuevas semillas transgénicas con resistencia al glifosato, al glufosinato y al 2.4D (y próximamente al paraquod), y en pocos años los resultados serán similares con respecto a los niveles de residuos de pesticidas en los granos: cada vez más elevados.

También se promueven semillas resistentes a varios herbicidas y a la vez productoras de toxinas Bt, como Cry1A.105, Cry2Ab, Cry3Bb, que, por ahora, confieren protección contra lepidópteros y coleópteros pero que perjudican a una enorme cantidad de insectos benéficos y útiles para sostener el equilibrio ecológico. No existen certezas de la inocuidad de estas toxinas en humanos. Por 100 000 años, nuestra especie tuvo contacto con ínfimas cantidades de estas toxinas, pero ahora, por la magia de la biotecnología, nos exponemos a una enorme cantidad de estas proteínas que ya fueron recuperadas en la leche materna humana, en sangre humana y en sangre del cordón umbilical humano, y que además sabemos que generan riesgo inmunitario y alérgico para las

personas (Aris, 2011), y probablemente sus consecuencias tóxicas sean mucho mayores cuando empecemos a ver los resultados de esta novel exposición dentro de unos pocos años.

La naturaleza no reinventa la rueda. Cuando encuentra una forma de hacer las cosas, la repite a lo largo de toda la evolución. Atacar indiscriminadamente con tóxicos químicos una maleza, un insecto o un roedor, equivale a atacarnos a nosotros mismos.

Hoy conocemos que el 40 % de los genes del genoma humano lo compartimos con las plantas y regula nuestras actividades celulares de manera similar que en los vegetales. También sabemos que el 60 % de los genes de los insectos está en nuestro código genético, o sea que compartimos con insectos y plantas muchos de los mecanismos íntimos del metabolismo celular. Podremos atacar masivamente con químicos a esos mecanismos, trabarlos, distorsionarlos para generar la muerte de plantas o insectos, pero no podemos ignorar que, si esos tóxicos alcanzan a las personas, ya sea por exposición ocupacional, por exposición habitacional o por ingerir agua o alimentos contaminados con sus residuos, inevitablemente tendrán efectos perjudiciales sobre aquéllas, no podemos suponer que son inocuos.

Desde hace años conocemos, por la realización de estudios radioisotópicos, que el flujo de la materia a través de nuestro cuerpo es muy veloz. Sabemos que las células de nuestra piel son nuevas en menos de cinco semanas, que las células de la mucosa gástrica viven menos de un día, que nuestro esqueleto está renovado en un año. Las células de nuestro cerebro, las neuronas, no se reproducen pero su estructura molecular interna es totalmente renovada varias veces al año. El flujo de los átomos de oxígeno, carbono, hidrógeno y nitrógeno a través de nuestro cuerpo es rapidísimo; sólo los átomos de hierro, magnesio y cobre más pesados demoran este recambio y el 98 % de los átomos de tejidos y células es totalmente sustituido en un año. Este flujo continuo de la materia entre nuestro cuerpo y el ambiente es continuo; si los niveles de contaminación ambiental crecen, la salud colectiva será cada vez más difícil.

Bibliografía

- Aris, A.; Leblanc, S. (2011). "Maternal and fetal exposure to pesticides associated to genetically modified foods in Eastern Townships of Quebec, Canada". *Reprod Toxicol*. May 31(4):528–533. doi: 10.1016/j.reprotox.2011.02.004. Epub 2011. Feb. 18.
- Barbarich, C. (28 de junio de 2010). "El departamento G. López lidera el consumo de agroquímicos provincial". *La Capital*. Recuperado en: <http://www.lacapital.com.ar/la-region/El-departamento-G.-Loacuteppez-lidera-el-consumo-de-agro-quiacutemicos-provincial-20100628-0016.html>
- Bassil, K. L.; Vakil, C.; Sanborn, M.; Cole, D. C.; Kaur, J. S.; Kerr, K. J. (2007). "Cancer health effects of pesticides: systematic review". *Can Fam Physician*, Oct. 53(10):1704–1711.
- Bonanseña, R. I.; Amé, M. V.; Wunderlin, D. A. (2012). "Determination of priority pesticides in water samples combining SPE and SPME coupled to GC–MS. A case study: Suquia River basin (Argentina)". *Chemosphere*. 2013 Feb., 90(6):1860–1869. doi: 10.1016/j.
- Chang, F. C.; Simcik, M. F.; Capel, P. D. (2011). "Occurrence and fate of the herbicide glyphosate and its degradate aminomethylphosphonic acid in the atmosphere". *Environ Toxicol Chem*. 2011 Mar. 30(3):548–355. doi: 10.1002/etc.431. Epub 2011 Jan. 19.
- Clapp R. W.; Jacobs M. M.; Loechler E. L. (2008). "Environmental and occupational causes of cancer: new evidence 2005–2007". *Environ Health*. Jan.–Mar. 23(1):1–37.
- Ercolano, M. (19 de mayo de 2012). "En los pueblos fumigados, el 30 % de las muertes son por cáncer". *Tiempo Argentino*. Recuperado en: <http://tiempo.infonews.com/2012/05/19/sociedad-76024-en-los-pueblos-fumigados-el-30-de-las-muertes-son-por-cancer.php>
- Fastrup, N. (1 de noviembre de 2011). "Politiken Kræft får ikke landbruget til at droppe sprøjet soja". *Danmark*. Recuperado en: <http://politiken.dk/indland/ECE1436886/kraeft-faar-ikke-landbruget-til-at-droppe-sproejtet-soja/>
- Fernández, M. (29 de mayo de 2014). "Cáncer en Córdoba: en el este provincial, la mortalidad más alta". *La Voz del Interior*. Recuperado en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/cancer-en-el-este-provincial-la-mortalidad-mas-alta>
- GM Watch (27 de abril de 2012). *GM soy linked to health damage in pigs – a Danish Dossier*. Disponible en: <http://www.gmwatch.org/files/GM-Soy-linked-to-health-damage-in%20pigs-a-Danish-Dossier.pdf>
- Gurian–Sherman, D. (2009). "Failure to Yield: Evaluating the Performance of Genetically Engineered Crops". *Union of Concerned Scientists*. USA. Mar. Recuperado en: <http://www.reduas.fcm.unc.edu.ar/wp-content/uploads/downloads/2011/07/failure-to-yield-brochure-UCS.pdf>
- Kerr, K. J. y otros (2007). "Non–cancer health effects of pesticides: systematic review and implications for family doctors". *Can Fam Physician*, Oct. 53(10):1712–1720.
- Krüger, M.; Schledorn, P.; Schrödl, W.; Hoppe, H. W.; Lutz, W.; Shehata, A. A. (2014). "Detection of Glyphosate Residues in Animals and Humans". *J Environ Anal Toxicol*, 4:2. doi: 10.4172/2161-0525.100021
- Lapolla, A. (2008). "Reportaje". *Entrelíneas de la Política Económica*, 13, pp. 20–26. Centro de Investigación en Economía Política y Comunicación. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/15345/Documento_completo.pdf?sequence=1
- López, S. L. y otros (2012). "Pesticides Used in South American GMO–Based Agriculture: A Review of Their Effects on Humans and Animal Models". En: *Advances in Molecular Toxicology* 6:41–75. Amsterdam: The Netherlands.
- Mañas, F. y otros (2009). "Genotoxicity of glyphosate assessed by the comet assay and cytogenetic tests". En: *Environ Toxicol Pharmacol* (1):37–41. doi: 10.1016/j.etap.2009.02.001. Epub 2009 Feb. 11.
- Marino, D. J. y otros (2012). *Monitoreo de plaguicidas en principales afluentes de la cuenca Paraguay–Paraná*. IV Congreso SETAC Argentina. Society of Environmental Toxicology and Chemistry. Recuperado en: <http://media.lavaca.org/pdf/mu/mu75.pdf>
- Paganelli, A.; Gnazzo, V.; Acosta, H.; López, S. L.; Carrasco, A. E. (2010). "Glyphosate–based herbicides produce teratogenic effects on vertebrates by impairing retinoic acid signalling". En: *Chem Res Toxicol* 23(10):1586–1595. DOI: 10.1021/tx1001749. Epub 2010 Aug. 9.
- Quist, D. (2011). *Evaluando la contribución de los rasgos genéticamente modificados al rendimiento de los cultivos*. GenØk – Centro de Bioseguridad, Noruega. Recuperado en: <http://www.reduas.fcm.unc.edu.ar/evaluando-la-contribucion-de-los-rasgos-geneticamente-modificados-al-rendimiento-de-los-cultivos-%C2%BFadopcion-o-alternativas-para-la-politica-agricola/>
- REDUAS (2011). "Report from the First National Meeting of Physicians in the Crop–Sprayed Towns". En: *University Network for Environment and Health – Physicians of Crop–Sprayed Towns*. Recuperado en: <http://www.organicconsumers.org/documents/INGLES-Report-from-the-1st-National-Meeting-Of-Physicians-In-The-Crop-Sprayed-Towns.pdf>
- REDUAS (2013). "The use of toxic agrochemicals in Argentina is continuously increasing". En: *University Network for Environment and Health – Physicians of Crop–Sprayed Towns*. Recuperado en: <http://www.reduas.fcm.unc.edu.ar/the-use-of-toxic-agrochemicals-in-argentina-is-continuously-increasing/>
- Sanborn, M.; Bassil, K.; Vakil, C.; Kerr K. (2012). *Systematic Review of Pesticide Health Effects*. Department of Family Medicine, McMaster University. Ontario College of Family Physicians. Recuperado en: <http://ocfp.on.ca/docs/pesticides-paper/2012-systematic-review-of-pesticide.pdf?sfvrsn=6>
- Schreinemachers, D. M. (2003). "Birth malformations and other adverse perinatal outcomes in four U.S. Wheat–producing states". En: *Environ Health Perspect*, Jul. 111(9):1259–1264.
- Settimi, L.; Spinelli, A.; Lauria, L.; Miceli, G.; Pupp, N.; Angotzi, G. (2008). "Spontaneous abortion and maternal work in greenhouses". En: *Am. J Ind. Med*. 51(4):290–295.
- Simoniello, M. F.; Kleinsorge, E. C.; Scagnetti, J. A.; Mastandrea, C.; Grigolato, R. A.; Paonessa, A. M.; Carballo, M. A. (2010). "Biomarkers of cellular reaction to pesticide exposure in a rural population". *Biomarkers*, Feb. 15(1):52–60. doi: 10.3109/13547500903276378.
- Verzeñassi, D. (5 de agosto de 2013). "Argentina, Santa Fe: Estudio vincula fumigaciones con enfermedades en los pueblos". *Argenpress*. Disponible en: <http://www.agenpress.info/2013/08/argentina-santa-fe-estudio-vincula.html>
- Winchester, P. D.; Huskins, J.; Ying, J. (2009). "Agriculture in surface water and birth defects in the United States". *Acta Paediatr*, Apr. 98(4):664–669.

.2

El yo se dirime en la arquitectura de la razón, en la gravedad del tarot, en la espesura de las voces ancestrales...

Importancia de las propuestas curriculares en la formación de los profesionales de la salud

Larisa Carrera

Decana de la Facultad de Ciencias Médicas.

Universidad Nacional del Litoral.

Presentación

La situación sanitaria mundial es compleja. Enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, el cólera, el dengue, coexisten con enfermedades no transmisibles, accidentes de tránsito, adicciones, violencia, abandono. En la actualidad, la salud de las poblaciones se ve afectada por un conjunto de factores directamente relacionados con las desigualdades en las condiciones socioeconómicas. El problema de la vivienda o el desempleo, la alimentación poco saludable o deficiente, los estilos de vida sedentarios, la falta de agua potable, los problemas ambientales, son desafíos para el sistema de salud y no pueden dejar de estar presentes en la formación de los médicos (Motta, 1996).

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNL desarrolla un modelo curricular que promueve la articulación y la integración del conocimiento a través de la estrategia del aprendizaje basado en problemas. Así, la visión desde las ciencias biomédicas se complementa y articula con una mirada desde las ciencias sociales y de la salud mental (Tarazona, 2005).

Esta estrategia se fortalece con el diseño de actividades en la comunidad que posibilitan al alumno no sólo conocer la realidad sociosanitaria y los problemas concretos que en ella existen, sino también, mediante el análisis y la reflexión, poder aplicar los conocimientos, las habilidades y destrezas que va adquiriendo en cada una de las áreas, a una actividad en terreno o "práctica en terreno" diseñada específicamente y pensada en escenarios reales, para que el proceso educativo pueda realizarse fuera de las aulas. En tal sentido, la *educación centrada en la comunidad* reconoce que la identificación de problemas por parte del alumno favorece el

Universidad y salud /

Desafíos de gestión

Resumen

La inequidad y la pobreza son causas de enfermedades, y la compleja realidad actual exige desafíos no sólo al sistema de salud sino también a las universidades como instituciones formadoras de futuros profesionales que deberán responder a demandas concretas de intervención para tratar de disminuir al máximo esas inequidades. La formación de recursos humanos en salud con un perfil orientado hacia los problemas de las poblaciones al respecto y a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) se torna, entonces, un desafío. La APS continúa siendo hoy la principal estrategia para lograr equidad y calidad en salud. Pensar nuevos escenarios de práctica, problematizar la realidad de la que formamos parte, son pasos ineludibles para lograr una formación profesional centrada en la comunidad.

Palabras clave

- educación centrada en la comunidad
- formación médica
- equidad
- desafíos
- salud

desarrollo de su formación con una fuerte impronta en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para lo cual se tornan imprescindibles el conocimiento y la interacción del alumno con los demás integrantes de esa comunidad, para poder llevar adelante su proceso formativo.

La Educación Centrada en la Comunidad promueve que, desde los primeros años de la formación, los estudiantes sean confrontados con los problemas de salud de las comunidades en las que supuestamente desarrollarán su práctica futura. Es así que, dada una determinada situación de salud, será importante que el estudiante se cuestione e identifique los problemas que puedan estar presentes en ella (Borrell, 2012).

La metodología de enseñanza basada en problemas es el eje estructurante del curriculum de la carrera de Medicina de la UNL y el trabajo realizado en las unidades problema debe complementarse, de manera indispensable, con el diseño de actividades en terreno que respondan a los objetivos del área que el alumno se encuentre cursando. Estas experiencias permiten la confrontación con la realidad y favorecen en él el análisis y la reflexión para lograr ese proceso dialéctico entre la teoría y la praxis.

Los datos reflejados por la realidad analizada dan la oportunidad de preguntarse qué sucede con ese individuo o con esa población y, por ende, qué barreras se presentan para poder encontrar una solución al problema. Es indispensable, entonces, que el alumno aprenda a reconocer la existencia de esas barreras culturales, religiosas, muchas veces geográficas, que pueden existir en cualquier comunidad y determinar inequidades y deficiencias

“

la educación centrada en la comunidad reconoce que la identificación de problemas por parte del alumno favorece el desarrollo de su formación

en la accesibilidad al sistema de salud. Se produce, de esta manera, un diálogo enriquecedor entre el trabajo tutorial y las prácticas en terreno porque los propios problemas utilizados en las sesiones tutoriales están contruidos sobre la base de datos que, necesariamente, deben extraerse de la realidad (Motta, 1996).
¿Por qué formar profesionales de la salud con un modelo que promueva la educación centrada en la comunidad y la metodología del aprendizaje basado en problemas? Porque

contribuye a solucionar la falta de equidad en salud y propicia la formación de un egresado con un perfil adecuado para tal fin: la capacidad de trabajo en equipo, de interactuar con la comunidad, de reconocer el trabajo de otras profesiones y las necesidades de las poblaciones y los individuos, dando al cuidado de la salud el lugar que se merece y promoviendo que los miembros de la comunidad se reconozcan como parte de la solución necesaria para esos problemas.

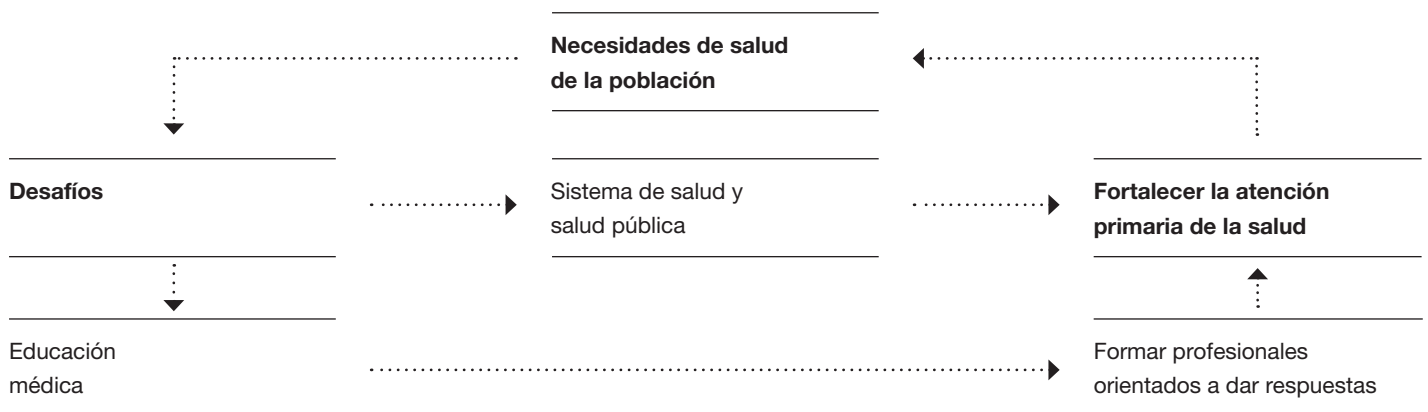


Gráfico 1
Ref. Adaptación de esquema presente en Borroto Cruz, Lemus Lago y Anerois-Riba, 1999.



Evidentemente, la pobreza y la desigualdad son causas de la falta de salud pero también la falta de salud genera más desigualdad y más pobreza. Es imposible pensar en formar profesionales sin atender a esta realidad porque ellos deberán involucrarse y abocarse a dar respuestas a los problemas que acucian a nuestras poblaciones. Estas circunstancias, que ponen en jaque al sistema de salud, interpelan la formación médica. Así como se vuelven necesarias medidas y estrategias que permitan modificar aquellas situaciones de los sistemas de salud que promueven la perpetuación de las inequidades, la formación de recursos humanos con un perfil orientado hacia los problemas de salud de las poblaciones y a la estrategia de la APS se vuelve también un desafío para el sistema educativo y para nuestras universidades. Hoy la APS continúa siendo la principal estrategia para lograr equidad y calidad en salud (Borrell y Godue, 2008).

Por esta razón, la formación de grado no puede alejarse de estas premisas y los escenarios de práctica que se propongan para la adquisición de las competencias profesionales no puede ser sólo el hospital sino que la propia comunidad debe constituir el principal escenario. De esta manera, las propuestas curriculares deben reflejar la importancia de la *educación centrada en la comunidad* así como las instituciones universitarias deben promover la investigación y la inversión de recursos económicos en proyectos que atiendan estas demandas y esta realidad sociosanitaria para que la docencia no esté disociada de la extensión pero tampoco de la investigación. En tal sentido, es importante destacar que este nuevo paradigma en educación médica no es ajeno al desarrollo de la biología

molecular o de la tecnología que indudablemente abren puertas y brindan respuestas a muchas demandas y a una mejora de la atención médica, pero estos avances deben lograr compatibilizarse con una formación que no se desentienda de las necesidades de salud de la población cuyos determinantes, eminentemente sociales, deben ser considerados.

La Conferencia de Edimburgo de 1993 estableció como prioridad la APS en las propuestas de formación médica y destacó la importancia del compromiso social de las instituciones formadoras de médicos instando a estas instituciones a pensar estrategias que sustenten este compromiso mencionado.

Las nuevas tendencias en educación médica apuntan a propiciar diseños curriculares innovadores que no sólo propongan nuevos métodos o enfoques para el proceso de enseñanza y aprendizaje o nuevos roles de docentes y estudiantes sino también propuestas curriculares que destaquen el rol social de las universidades y la necesidad de considerar como eje central de la formación profesional la educación médica en la comunidad y para la comunidad (Borroto Cruz, Lemus Lago y Aneiros-Riba, 1999).

El *aprendizaje basado en problemas* y la *educación centrada en la comunidad* parecieran ser las combinaciones necesarias para lograr que los estudiantes conozcan y reconozcan su propia comunidad y sus centros de salud, donde la población recibe atención médica y donde el alumno puede lograr desarrollar su capacidad para articular e integrar las ciencias básicas con las clínicas, pero con una fuerte mirada social que le ayude a reconocer las necesidades de salud de los individuos y las poblaciones (Borrell, 2012).

Bibliografía

Borrell, R. M. (2012). *La educación médica es posible cambiarla*. Editorial N° 2.

OPS. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/458>

Borrell, R. M. y Godue, C. (2008). *Serie: La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. La formación en medicina orientada a la Atención Primaria de la Salud*. OPS. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf

Borroto Cruz, E. R.; Lemus Lago, E. R. y Aneiros-Riba, R. (1999). "Tendencias de la Educación Médica orientada a la Atención Primaria de la Salud". *Atención Primaria de Salud. Medicina Familiar y educación médica*. Vol. XXXIV, Cap. 2, pp.

65-130. Biblioteca de Medicina. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz.

Gofin, J. (2002). "Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH program". *Public Health Rev.* 30 (1-4):293-301.

Motta, P. R. (1996). *Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud*. Washington DC: OPS. Serie Paltex.

Tarazona, J. L. (2005). "Reflexiones acerca del aprendizaje basado en problemas (ABP): una alternativa en la educación médica". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 56 (2):147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-4342005000200006&lng=en&tlng=es

El Programa Equidad en Salud y su incidencia en los Determinantes Sociales de la Salud

Universidad y salud /
Desafíos de gestión

Yelena Kuttel

Docente investigadora de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Litoral. Directora del Programa Equidad en Salud de la Secretaría de Extensión. Universidad Nacional del Litoral.

1. Presentación

Al dar una mirada retrospectiva de la labor en materia de extensión universitaria en la Universidad Nacional del Litoral (UNL), se puede observar una vasta riqueza de acciones de promoción y protección de la salud e igualmente de prevención de la enfermedad dentro de las limitaciones que imponen las actividades en el ámbito universitario. En principio, las mismas se desarrollaban a partir de la identificación de necesidades de capacitación desde las cátedras universitarias acompañadas por las unidades de gestión para su desarrollo. En 1995 se crearon los Programas y Proyectos de Extensión que, además de contener las actividades planteadas por los equipos universitarios, desarrollan una metodología de trabajo que hacen posible, en un encuentro entre agentes sociales y universitarios, identificar y priorizar temas/problemas, proyectar y desarrollar acciones, en pos de fortalecer los procesos de: construcción de ciudadanía, desarrollo local y regional, como también de socialización del conocimiento.

En el año 2006, tras una revisión de lo realizado en términos de políticas e instrumentos de gestión universitaria, se creó el Sistema Integrado de Programas y Proyectos de Extensión de la UNL, y con posterioridad, entre otros, el Programa Equidad en Salud, orientado principalmente a trabajar en el marco de la promoción y protección de la salud y de la prevención de las enfermedades prevalentes localmente.

Actuar en promoción de la salud es intervenir para modificar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Según Nutbeam (1986):

“La promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud” (citado por UNL, 2006:3).

La Carta de Ottawa (1986) plantea que la promoción de salud implica participar activamente en:

- La elaboración de políticas públicas sanas.
- La creación de ambientes saludables.

Resumen

El presente artículo pretende presentar cómo, a partir de políticas e instrumentos de gestión universitaria, se desarrollan una estrategia y una metodología participativa de trabajo entre agentes sociales y universitarios que permiten dar cuenta de su incidencia en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Palabras clave

- promoción de la salud
- determinantes sociales
- políticas institucionales
- metodologías participativas
- programas de extensión

- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios de salud.

En este sentido, desde el Programa se ha planteado trabajar para abordar los siguientes ejes:

- Realizar acciones para modificar positivamente los DSS, junto con las organizaciones de la sociedad civil y los organismos gubernamentales.
- Desarrollar metodologías de participación social y empoderamiento en los nuevos escenarios y redes.
- Resituar a la salud en el plano de los derechos.
- Contribuir a la elaboración, desarrollo y monitoreo de políticas públicas desde una mirada de la salud que incluye las perspectivas de interculturalidad y de género.
- Enfatizar la importancia del trabajo multisectorial, multidisciplinario y multiinstitucional.
- Potenciar los activos de la comunidad, ayudando a identificarlos y a valorarlos socialmente.

Las acciones se desarrollan a través de dispositivos institucionales de extensión, como son los proyectos de extensión y de investigación orientados a problemas socialmente relevantes, cursos de extensión, capacitación a equipos universitarios, piezas comunicacionales (audiovisuales, radiales, gráficas), publicaciones y eventos académicos.

La orientación de esta labor está signada bajo una estrategia participativa de encuentro entre agentes sociales y universitarios tanto para el análisis de las situaciones de salud en cada uno de los territorios que permita la construcción en común de una agenda de trabajo como para la orientación de investigaciones, el abordaje de temas/problemas de salud en la currícula de grado y posgrado, y la formación y capacitación de equipos extensionistas.

El proceso de formulación de agendas se inicia con la discusión entre los equipos de extensión e investigación involucrados en

“

actuar en promoción de la salud
es intervenir para modificar positivamente
los Determinantes Sociales de la Salud



diversas temáticas. Se trata de un trabajo permanente que deriva en la construcción participativa de un *contexto situacional* a partir de la información surgida de proyectos de extensión e investigación (diagnósticos y resultados), de los relevamientos permanentes realizados por el Observatorio Social y el de Salud, de cursos de extensión y de las demandas sociales en temas de salud recabadas en los Centros de Extensión Comunitarios (CEC).¹

Toda esta información se georreferencia en un sistema que permite visualizar las problemáticas de salud identificadas por los proyectos de investigación y de desarrollo (CAI+D), por el Observatorio Social, por los CEC, por los proyectos y cursos de extensión, en función de la ubicación territorial de los CEC, de los distritos municipales y otros territorios provinciales no comprendidos en estas jurisdicciones.

La definición de “contexto situacional” se incorporó en el marco de la convocatoria 2014 para proyectos de extensión y se la entiende como:

“El conjunto de circunstancias políticas, económicas y socioculturales —materiales y simbólicas— que se articulan en un momento dado y en un espacio específico, y hacen posible la emergencia, la visibilización y la jerarquización de temas y problemas. Para poder *intervenir* desde la Universidad en un determinado territorio es preciso analizar el estado de *situación* precisando quiénes, qué y cómo se explica un determinado problema, ya que toda explicación es dicha por alguien desde una posición en el campo social en donde se juegan intereses y en donde hay diversos capitales en pugna. Explicar es proponer una lectura de la realidad en donde se *habilitan* ciertos actores como interlocutores, se visibilizan ciertos aspectos de un problema y se proponen determinados modos de abordaje. Es decir, toda explicación pone en juego las significaciones y las representaciones sociales. Reconocer esas significaciones resulta indispensable al momento de proponer estrategias de intervención territorial. En este sentido, se entiende al territorio como proceso de construcción social —dinámico, controversial, conflictivo— que requiere ser analizado y abordado metodológicamente” (UNL, 2013).

Así, los contextos elaborados por los agentes universitarios son validados socialmente mediante diferentes mesas de concertación con los actores sociales (organizaciones de la sociedad civil e instituciones del Estado) para la definición de las líneas prioritarias

sobre las que versará el desarrollo de diferentes propuestas.

A este respecto, el programa se vincula, a través de los CEC, con las redes interinstitucionales ubicadas en los diferentes barrios de la ciudad de Santa Fe y con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan directa o indirectamente atendiendo problemáticas de salud. Otros espacios en donde se participa juntamente con gobiernos locales y provinciales son: mesa de trabajo interinstitucional en salud, espacios de cooperación técnica entre gobiernos locales, provincial y Universidad.

Como se mencionó anteriormente, estas modalidades de intervención se realizan a través de diferentes instancias institucionales, propias de la Universidad, de consensos, evaluación y monitoreo.

Algunas de las instancias de consenso son las que se definen en el Consejo de Dirección del Programa, que está integrado por representantes de las unidades académicas. El Consejo tiene como función orientar la planificación de las acciones del Programa, promover las actividades estipuladas en las respectivas facultades e identificar docentes y líneas de investigación vinculadas con las temáticas de desarrollo del Programa en coordinación con la respectiva Secretaría de Extensión de su unidad académica.

Las instancias de evaluación se definen teniendo en cuenta condiciones de pertinencia (con evaluadores de la Universidad) y de calidad (con evaluadores externos a la Universidad). A su vez, se realizan monitoreo en el proceso de desarrollo y evaluación al finalizar, sobre la base de criterios establecidos en la planificación de las actividades y de los definidos institucionalmente en el marco del Planificación Institucional. Desde el Programa se entiende que las fortalezas con que se cuenta se relacionan, por un lado, con una política universitaria traducida en normativas e instrumentos que permiten el desarrollo de este tipo de actividades con reconocimiento académico, convocando cada vez más a docentes y estudiantes. Por otro lado, con una metodología de trabajo que admite ir construyendo alianzas para el desarrollo de intervenciones territoriales interdisciplinarias, intersectoriales e interinstitucionales que contribuyen a modificar positivamente los determinantes sociales de la salud. La definición y redefinición permanente del contexto situacional de salud posibilita brindar una mejor respuesta a las problemáticas y demandas sociales que surjan. Entendemos esta forma de trabajo como la mejor herramienta para optimizar todos los recursos existentes hacia el interior de la UNL, poniendo en valor los resultados de investigaciones y relevamientos, con el fin último de mejorar a través de acciones extensionistas la salud pública.

¹ Los CEC son uno de los dispositivos estratégicos que tienen por finalidad vincular y articular diversas organizaciones sociales territorializadas con los diferentes espacios universitarios (especialmente proyectos, programas, investigación y prácticas de extensión) a partir de procesos de diálogo e interacción entre agentes académicos,

gobierno local y grupos sociales. Los CEC tienen, entre sus funciones, el relevamiento e identificación de antecedentes sociohistóricos, trayectorias y acciones de distintos agentes sociales, así como la participación en mesas de diálogo en donde se debaten las problemáticas sentidas y se consensúan agendas de intervención.

Con la intención de plantear nuevos desafíos, desde el Programa de Equidad en Salud se propone lo siguiente:

- Desarrollar nuevas estrategias para el fortalecimiento de los espacios existentes y para crear nuevos espacios de articulación intersectorial e interinstitucional a los efectos de incidir en las políticas sociales saludables.
- Generar una mayor articulación con la investigación para definir en forma conjunta líneas de abordaje de temas/problemas de salud identificados en procesos de participación social.
- Profundizar la identificación y desarrollo de dispositivos que admitan un mejor acceso a información en salud. En este sentido, la construcción del contexto situacional contribuye positivamente a este desafío.

- Fortalecer los equipos universitarios de trabajo en relación con su composición interdisciplinaria, oportunidades de capacitación (en términos de disponer de recursos económicos y tiempos para desarrollarlos).
- Desarrollar mecanismos de evaluación más eficaces.

Para concluir, la lectura de los contextos situacionales de salud nos permite observar en qué y con qué ha trabajado la Universidad para modificar positivamente los DSS. Sin embargo, cuando nos preguntamos en cuánto ha contribuido, la respuesta se transforma en un nuevo desafío, como es el de desarrollar indicadores que hagan factible valorar estas dimensiones.

Bibliografía

Birri, M. L y Kuttel, Y. (2014). "Programa Equidad en salud. La participación en la identificación y formulación de proyectos de Extensión". *Libro de ponencias de las III Jornadas de Extensión del Mercosur*. Tandil, Buenos Aires.

Erbetta; Blesio; Kuttel y otros (2014). "Convocatoria a proyectos de extensión. Un proceso diferente". *Libro de ponencias del III Jornadas de Extensión del Mercosur*. Tandil, Buenos Aires. Disponible en: <http://paho.org/saludyuniversidades>.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la salud*.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud*. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

UNL (1995). "Programas y Proyectos de Extensión". Res. HCS N° 143/95.

UNL Observatorio Social (2004–2011). "Paneles de Hogares". Disponible en: <http://unl.edu.ar/observatoriosocial/panel-hogares>

UNL (2006). "Programa Equidad en Salud". Res. HCS N° 608/06. Disponible em: http://www.unl.edu.ar/categories/view/equidad_en_salud

UNL (2006). "Sistema Integrado de Programas y Proyectos de Extensión". Res. HCS N° 192/06.

UNL Secretaría de Extensión (2009–2013). Resúmenes de Proyectos de Extensión. Recuperados de http://www.unl.edu.ar/categories/view/buscador_de_proyectos

UNL Secretaría de Extensión (2013). Documento "Convocatoria Proyectos de Extensión 2014. Disposiciones generales.

UNL Secretaría de Extensión (2013). Documento "Convocatoria Proyectos de Extensión 2014. Primera etapa. Líneas para la discusión.

Acceder a la justicia para acceder a la salud. La universidad y los derechos de las personas con discapacidad

Juan Seda

Docente, investigador y coordinador del Programa Universidad y Discapacidad de la Facultad de Derecho. Universidad de Buenos Aires.

1. Introducción

La Constitución Nacional de la República Argentina, en su reforma del año 1994, planteó que el Estado debe promover medidas de acción positivas para algunos grupos de la población que se hallan en estado de vulnerabilidad social. Por este medio, se intenta revertir las situaciones discriminatorias que sufren, intentando asegurar una real igualdad de oportunidades.

Muchas intervenciones de extensión universitaria en el campo de la salud pública están enfocadas en acciones de prevención de enfermedades o promoción de prácticas para el mejoramiento de la calidad de vida, dirigidas por profesionales y estudiantes de ciencias de la salud. Aquí propondré una actividad que tiende al cuidado de la salud pública, desde el campo legal y con el propósito de asegurar prestaciones a quienes no cuentan con recursos económicos para acudir a un abogado particular. Me concentraré en este texto a un segmento específico de la población, las personas con discapacidad. La mayoría de los reclamos judiciales de este conjunto de la población refieren a demandas por prestaciones de salud. Incluso antes de la incorporación de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* por parte de nuestro país (en el año 2008) diversos pronunciamientos judiciales plantearon la importancia del derecho a la salud, asimilándolo en casos de gravedad al derecho a la vida. La Ley N° 24901 creó en el año 1997 un sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad, pero aun así se plantean conflictos por el alcance de esta norma. En el año 2012 nuestro país fue condenado por responsabilidad internacional por la Corte Interamericana de Derechos Humanos por no cumplir con compromisos internacionales con relación

Universidad y salud /
Desafíos de gestión

Resumen

En el presente trabajo me propongo fundamentar la creación de un servicio de patrocinio jurídico gratuito especializado en los derechos de las personas con discapacidad para asegurar, entre otros derechos, el acceso a servicios de salud. Si bien en nuestro país existen normas que declaran el acceso a prestaciones básicas en salud para las personas con discapacidad, se constata una brecha entre esas enunciaciones y las prácticas, ya que son muchas las familias que deben acudir a la vía judicial para hacer efectivos esos derechos. El legado reformista en la universidad pública plantea la formación de profesionales de alta calidad y con compromiso social. El acceso al sistema de salud para las personas con discapacidad es un objetivo al que puede contribuir la universidad, a través de un patrocinio jurídico gratuito especializado, como una labor que es al mismo tiempo una práctica preprofesional y una actividad de extensión universitaria.

Palabras clave

- derecho a la salud
- acceso a la justicia
- prácticas profesionales

al acceso a servicios de salud integral para una persona con discapacidad. Se trata del caso “Furlan y familiares contra la República Argentina”, el cual demostró las falencias del Estado argentino, que llevó a un joven con discapacidad a deambular por el sistema judicial y la administración pública durante 23 años reclamando reparación por un daño que sufrió y buscando alternativas para tratamientos físicos y psíquicos, que no obtenía. Aquel tribunal internacional encomendó especialmente al Estado argentino el mejoramiento en la idoneidad del personal estatal, en particular en cuanto al tema discapacidad. Debido a la situación enunciada, para lograr el acceso a la salud, en muchos casos se requiere del acceso a la justicia. Se llega a los reclamos judiciales debido a que hay retención en las coberturas, tanto por parte de las obras sociales como de las empresas de medicina prepaga o incluso por parte del Estado nacional o provincial. Claro que esta posibilidad de consulta a un abogado no está distribuida de forma equitativa en la población. Por lo tanto, se torna imprescindible una propuesta de extensión universitaria a efectos de asegurar un idóneo asesoramiento y patrocinio jurídico en esta materia a quienes no pueden afrontar los costos de un abogado particular. En la Capital Federal, muchas de estas personas concurren al Patrocinio Jurídico Gratuito de la Universidad de Buenos Aires, que tiene una actuación de más de medio siglo. Esta instancia constituye una práctica preprofesional y a la vez otorga la posibilidad de acceso a la justicia a la población socioeconómicamente vulnerable. La propuesta de extensión universitaria aquí expuesta consiste en crear un curso dentro de



ese Patrocinio que se especialice en derechos de personas con discapacidad, sabiendo de antemano que muchos de los reclamos a llevar adelante tienen que ver con el acceso a la salud.

2. La actuación profesional en casos de discapacidad y salud

Actualmente el Patrocinio Jurídico Gratuito ya atiende algunos casos, aunque no tiene una centralización por tema en esta materia. La propuesta que hacemos, desde el Programa Discapacidad y Universidad de la Facultad de Derecho, es que los estudiantes conozcan el enfoque de este curso específico al momento de la inscripción. Esto permitirá, en primera instancia, una especialización en un tema complejo, junto con un compromiso por el reconocimiento de los derechos de una minoría en estado de vulnerabilidad.

Otra ventaja de la especialización de un curso de Práctica Profesional en este tema será la sistematización respecto de los contactos con organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la defensa de derechos de las personas con discapacidad. Las organizaciones y las familias conforman redes de contención e intercambios fundamentales en la vida de las personas con discapacidad (Bechara, 2014). En tanto tarea de extensión universitaria, este contacto con la sociedad promueve otros aprendizajes que fomentan el compromiso social del futuro profesional. Para poder profundizar los vínculos, la universidad debe realizar una labor sistemática, con criterios explícitos para la planificación y evaluación de la tarea.

La programación y el desarrollo cotidiano de una labor como esta debe tener muy en cuenta los entornos en los que las personas con discapacidad se mueven, ya que muchas veces se requerirá de una colaboración de familiares y allegados que brindan apoyos (Verdugo Alonso, 2005). Los futuros abogados deben saber cómo afrontar situaciones como éstas, en las cuales se defienden derechos contando con la participación activa de familiares. Aprender a manejar el contexto también requiere de un entrenamiento profesional, que es muy difícil de realizar fuera de las situaciones concretas. De allí que el enfoque vivencial que promueven las prácticas preprofesionales sea una excelente oportunidad pedagógica.

Las cuestiones sobre salud no son el único tema que comprenderá esta labor, pero seguramente sí será el más requerido. Esta certeza se apoya en la tarea realizada en los últimos dos años con varias organizaciones a partir de una propuesta de un curso denominado "Discapacidad y derechos", que forma parte del Ciclo Profesional Orientado de la carrera de Abogacía. Desde ese curso se han establecido vínculos con diversas organizaciones, cuyos integrantes suelen insistir en la necesidad de contar con asesoramiento y patrocinio jurídico, servicio que no es prestado por ningún organismo público.

A pesar de la recomendación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el Estado argentino no ha avanzado en mejorar la capacitación de su personal profesional en materia de derechos de las personas con discapacidad. Tampoco las autoridades estatales han convocado a las universidades nacionales a dar a conocer las investigaciones académicas que se realizan. Sin

perjuicio de esta falta de apoyo gubernamental, la universidad pública puede colaborar para paliar esta carencia de servicios de salud que sufren muchos ciudadanos argentinos.

También en el ámbito de la salud mental hay muchos casos que requieren atención, intentando garantizar la mayor autonomía posible y evitando la institucionalización automática. En tal sentido, los lineamientos que surgen de recomendaciones de organismos internacionales han sido plasmados en la Ley N° 26657, conocida como Ley de Salud Mental. El objetivo de promover la autonomía y la vinculación social confronta con prácticas manicomiales, que no hacen más que producir pacientes crónicos, demasiado adaptados a los intercambios propios de una institución cerrada (Seda, 2011). Por otra parte, los procesos judiciales que refieren al debate sobre la capacidad jurídica para obrar precisan una formación técnica muy específica que la Facultad de Derecho puede poner a su disposición. Aquí se simboliza igualmente una superficie de intersección amplia entre el acceso a la justicia y el derecho a la salud.

3. Compatibilidad entre práctica preprofesional y tarea de extensión universitaria

La reglamentación de las prácticas preprofesionales en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires establece criterios para la aceptación de casos. Los clientes que se acepten deben ser personas que no puedan acceder a costear un abogado particular. Esta condición proviene de la ley sobre ejercicio de la abogacía, que establece requisitos para el patrocinio gratuito.

En muchas universidades del mundo se desarrollan las denominadas clínicas jurídicas, que toman casos en defensa de intereses de incidencia colectiva. La propuesta de clínica jurídica sería un avance con relación a la defensa de un bien jurídico como la salud pública. No se requiere un caso particular sino que se defiende el acceso a un servicio, que generalmente presta el Estado por sí o a través de concesionarios. Esta labor necesita una investigación exhaustiva, con equipos interdisciplinarios, que permitan incorporar a la agenda de prioridades de las políticas públicas temas de interés colectivo.

Un aporte fundamental de la universidad a la sociedad es preparar profesionales de alto nivel académico y con una formación en la cual se exprese el compromiso social con grupos vulnerables. Las prácticas preprofesionales son para ello una herramienta vital, porque exhiben una realidad social que muchas veces el estudiante no conoce, lo implica y así le agrega un valor formativo a la tarea de extensión universitaria.

La extensión universitaria requiere una acción concreta, que cumpla una función social, es decir, un beneficio a favor de algún sector social, y que se justifique según la incumbencia de la disciplina involucrada. Lo que intentamos probar con esta actividad

es que también la extensión universitaria acarrea un aprendizaje. Reconocemos que estas vivencias son difíciles de evaluar, ya que dependen de factores subjetivos de cada estudiante o incluso de la dinámica de cada grupo. Si se logra que un estudiante de abogacía se comprometa con el bien jurídico que constituye la salud pública, estaremos haciendo un aporte intangible pero importante.

Así como la práctica forma parte de los contenidos curriculares, que obliga al estudiante desde la adquisición de contenidos académicos, la faz extensionista promueve aspectos como su solidaridad, aquí expresada en el uso del conocimiento adquirido durante el trayecto académico. Esto no obsta a que esa actividad tenga un impacto concreto en la vida social, que pueda ser considerada una tarea de extensión universitaria y que mejore el acceso a los servicios de salud. La tradición extensionista de las universidades argentinas da cuenta de diversos emprendimientos en los cuales se formaron equipos interdisciplinarios para acudir a demandas sociales (Brusilovsky, 2000; Sanguinetti y Ciria, 1985). Las formas de atención a esas necesidades pueden variar en el diseño de la actividad. Así, la atención a reclamos judiciales de cada consultante es un modelo que en la Facultad de Derecho se desarrolla desde hace más de cincuenta años, pero paulatinamente busca una mayor articulación con el resto de la carrera e intenta eliminar la falsa dicotomía entre teoría y práctica.

Desde esta perspectiva, la extensión universitaria debe coincidir con una práctica formativa y anclar en conocimientos adquiridos previamente por el estudiante. Los estudiantes aprenden a través de la práctica directa, atendiendo ellos mismos, enfrentándose a problemas. Las clases teóricas aquí no tienen lugar, ya fueron dictadas en materias previas. Hay una supervisión por parte de los profesores, así como reflexiones desde la labor, pero no clases teóricas. Los intercambios, las consultas, los diálogos interdisciplinarios, son la oportunidad para brindar al alumno un ámbito creativo y productivo.

4. Conclusión

El compromiso de la universidad pública con la salud pública debe superar la mera retórica. Hay muchas normas universitarias que versan sobre igualdad y no discriminación para con las personas con discapacidad, pero pocas acciones concretas que respalden tales declaraciones (Seda, 2014). En las universidades nacionales debemos formar profesionales que contribuyan a hacer efectivos los derechos, con alta calificación académica y una práctica profesional acreditada en un campo laboral.

El trabajo con las asociaciones, la reflexión sobre problemas concretos y la búsqueda de estrategias para hallar soluciones, serán un avance educativo considerable. Como he tratado de señalar, la labor de extensión universitaria, formulada de manera



simultánea a la enseñanza, reporta diversos beneficios:

- Promueve en los futuros profesionales el compromiso social.
- Da a conocer en la comunidad la labor de la universidad.
- Enfoca la formación docente a través de la enseñanza práctica.
- Facilita el acceso a la salud en poblaciones vulnerables.
- Contribuye a los principios de igualdad y no discriminación para personas con discapacidad.
- Produce investigación aplicada.
- Forma equipos docentes a través del desafío de problemas concretos.

La articulación de redes entre la universidad y organizaciones de la sociedad civil podrá dar respuestas perdurables y confiables para la comunidad. Al incorporar el tema al curriculum de la carrera se logra un compromiso intenso de la universidad con una necesidad social. El acceso a la salud pública es un tema que merece tal movilización de recursos. En ese sentido, la creación de una práctica preprofesional especializada en discapacidad puede constituir una propuesta en la cual confluya una formación académica especializada, de alto nivel y con incidencia positiva en la comunidad.

“

si se logra que un estudiante de abogacía se comprometa con el bien jurídico que constituye la salud pública, estaremos haciendo un aporte intangible pero importante

Bibliografía

- Bechara, A. (2013). *Familia y discapacidad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Brusilovsky, S. (2000). *La extensión universitaria en la Universidad de Buenos Aires (1956/66)*. Buenos Aires: Libros del Rojas-UBA.
- Ciria, A. y Sanguinetti, H. (1985). *La reforma universitaria*. Buenos Aires: Biblioteca Política Argentina del Centro Editor de América Latina.
- Seda, J. A. (2011). *Discapacidad intelectual y reclusión. Una mirada etnográfica de la Colonia Montes de Oca*. Buenos Aires: Noveduc.
- Seda, J. A. (2014). *Discapacidad y universidad. Interacción y respuesta institucional*. Buenos Aires: Eudeba.
- Verdugo Alonso, M. A. (2005). "Evaluación y tratamiento en el retraso mental" En Verdugo Alonso, M.A. (dir.) *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.

.3

Mercados, religiones y culturas disputan desparejos el afuera y el adentro. La sanía y la locura se despliegan en las fronteras borrosas de tableros inconclusos...

Saneamiento ambiental urbano, una propuesta de integración socioespacial

Miguel Ángel Vitale

María Alicia Follonier

Docentes investigadores
de la Facultad de Arquitectura,
Diseño y Urbanismo.
Universidad Nacional del Litoral.

Universidad y salud /
Intervenciones

Resumen

El Proyecto de Extensión llevado adelante por un grupo de docentes investigadores de la Universidad Nacional del Litoral (UNL) se propuso ofrecer alternativas de saneamiento ambiental al aglomerado urbano Reconquista/Avellaneda, situado a 325 km al norte de la ciudad de Santa Fe. A partir del reconocimiento de contextos de incidencia de actuaciones (globales, regionales y locales), la propuesta se ocupó de las condiciones de salubridad de la población a causa de la degradación biológica por contaminación del arroyo El Rey, lo que afecta a 130 000 personas.

El área analítica propositiva se incluye en uno de los 21 humedales Ramsar de reserva nacional de Argentina. El proyecto, su difusión y metodología participativa concientizaron a los ciudadanos sobre este vital recurso y, a partir del debate con las instituciones de la sociedad civil y el gobierno local, identificó alternativas viables y concretas, sostenibles e integracionistas, y llegó a una propuesta final presentada públicamente.

Palabras clave

- ambiente
- saneamiento
- sustentabilidad
- urbanidad
- espacio público
- paisajística

1. Contexto institucional académico

En el marco de la Secretaría de Extensión de la UNL se desarrolló el Proyecto de Extensión de Interés Social (PEIS 2012), denominado “Integración socioespacial y multiactoral urbana territorial del aglomerado Reconquista/Avellaneda”, vinculado al Programa de Extensión Ambiente y Sociedad, con sede académica en la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. El proyecto está destinado a actores sociales barriales pertenecientes a ese aglomerado y de la región, como también a actores institucionales, profesionales y universitarios. Desde una perspectiva de integración de diferentes actores, disciplinas vinculantes y transferencia de conocimientos, se estructuró la propuesta mallando el sentido, intereses y objetivos del grupo de extensión y la política extensionista de la UNL:

“A partir de la vinculación con determinados grupos de la comunidad local y regional, los proyectos se proponen abordar y transferir conocimientos adquiridos tanto en docencia como en investigación. Para su ejecución se establecen temas prioritarios —de interés social— que se articulan con las líneas de acción de los Programas de Extensión. Los equipos de trabajo son interdisciplinarios y están conformados por docentes, graduados y alumnos de diferentes unidades académicas de la UNL” (Secretaría de Extensión, Proyecto de Extensión de Interés Social).

2. Contextualización del proyecto: la propuesta

El contexto social que dio origen al problema a resolver se articuló en tres niveles:

- *El contexto global:* los procesos de mundialización y globalización resitúan las problemáticas socioespaciales de ciudad y territorio. Así, los asentamientos urbanos se dualizan, operan e inducen sus decisiones desde la preexistencia y su condición de centralidad, simultáneamente prescinden de sus propias coordenadas geográficas y geofísicas, ingresan a un sistema de competencias sin centro, ageográfico, y virtualizan su propia densidad y rol urbano. Estos procesos que en muchos casos desdeñan las lógicas internas socioespaciales de las ciudades, marcan claramente la disyunción entre la cultura del localismo y las decisiones planetarias, observándose casos de superposiciones, contigüidades y sustituciones entre los discursos hegemónicos y los nuevos situacionismos sustentables que impactaron en la realización del proyecto.
- *El contexto regional:* a la situación anterior de la disyuntiva entre global y local se suma que el territorio santafesino ha sufrido históricamente la bifrontalidad. El sur económicamente potenciado, ligado a los cordones industriales y a las tierras fértiles de la pampa húmeda, manifiesta un desarrollo territorial en consonancia con estándares aceptables y equilibrados de calidad de vida urbana. En contraposición, el norte aparece como relegado en



sus posibilidades de desarrollo económico social, marcadamente librado a economías focales extractivas no renovadas y sostenido en parte por decisiones políticas de subsidiación estatal, sea a emprendimientos de PyMEs o a incipientes industrias locales, para la provisión de viviendas y servicios, y con alto nivel de empleo público. Esta situación no siempre permitió que las ciudades y poblaciones sostuvieran un relato armónico entre las espacialidades urbanas, los espacios públicos, las expansiones controladas, las apropiaciones físico-simbólicas, la sustentabilidad ambiental de recursos, entre otros indicadores. En tal sentido, el proyecto se propuso como herramienta que democratice la espacialidad urbana regional y admita alternativamente superar la disonancia socioespacial, tomando el aglomerado Reconquista/Avellaneda como foco de transferencia, contrastación y soporte físico de una proyectualidad mancomunada e integracionista.

• *El contexto local:* este aglomerado urbano cuenta con 130 000 habitantes. Tanto Reconquista como Avellaneda, si bien comparten recursos territoriales, ambientales y sociales, tienen bien marcada sus especificidades. Reconquista se conformó con una población de inmigrantes que cultivaban la tierra, lo que generó desarrollo comercial e industrial incipiente referido a industrias cárnicas. Posteriormente comenzó la formación de profesionales demandados por la especialización de las industrias y se crearon instituciones universitarias en el medio, en un ambiente urbano más cosmopolita. Avellaneda, también con población de origen de inmigrantes, es uno de los centros industriales más importantes del norte santafesino: tiene significativos establecimientos fabriles que procesan fundamentalmente materias primas agrícolas y productos base para la industria alimenticia nacional, entre cuyas producciones más destacadas está la de aceite crudo. Su población es de un nivel socioeconómico más equilibrado, lo cual propicia un ambiente urbano más homogéneo.

Tres sectores industriales localizados en el aglomerado constituyen un importante polo de desarrollo de la economía regional y, a la vez, son fuente de contaminación ambiental:

- El frigorífico, con residuos que contienen sangre, efluentes grasos, orín y estiércol.
- El aceitero, contaminante por sus efluentes líquidos, lodos producidos en su tratamiento y olores molestos.
- La curtiembre, cuyos desperdicios tienen un alto nivel de alcalinidad, sulfuro, nitrógeno, sólidos disueltos y suspendidos, aceite y grasa, con gran demanda de oxígeno bioquímico y químico, produciendo aguas servidas con un alto contenido de ácidos y sales.

El panorama productivo de la región se complementa con la actividad ganadera extensiva, que abastece primordialmente el mercado local. Desde la perspectiva de las localizaciones urbanas, se detectó que los barrios Almafuerte y Norte, que conforman el borde lindante

norte de la ciudad de Reconquista sobre el arroyo El Rey y el barrio Moreno hacia la izquierda de la Ruta Nacional N° 11, son los más directamente afectados por la baja calidad habitacional dada la degradación ambiental de la zona a causa de los efluentes arrojados al arroyo por las industrias locales, del mismo modo son afectados el área del camping, el espacio público más significativo y en mayor escala el aglomerado.

3. Problemática detectada, finalidad y destinatarios

Teniendo en cuenta las contextualizaciones de escalas anteriormente mencionadas, desde el proyecto se detectaron los principales indicadores socioambientales y socioespaciales que caracterizaban los desajustes de la situación encontrada, los que pueden resumirse en:

- a) Contaminación de efluentes, bajo mantenimiento, conservación y adecuación socioespacial del área jurisdiccional intermedia del aglomerado urbano, lo que provoca riesgo de salud ambiental en aguas de superficies, napas y suelos, principalmente en torno al arroyo El Rey.
- b) Insuficiente ponderación, equipamiento y normatividad en los criterios de sustentabilidad bioambiental, teniendo en cuenta que se trata de un área protegida parte uno de los humedales de reserva nacional, el sitio Ramsar Jaaukanigás. En este sentido, si bien las industrias locales tratan parcialmente los residuos, no cumplen un ciclo satisfactorio aeróbico-anaeróbico.
- c) Subvaloración y degradación de la imagen ambiental y de los recursos ecológicos, desaprovechando vivencial y existencialmente el sector rurbano híbrido intermedio como potencial espacio público, capaz de generar apropiaciones paisajísticas y de mejorar las condiciones de salud psicosocial de los ciudadanos.
- d) Dispersión de la problemática ambiental en instituciones locales, provinciales y nacionales, basadas en estudios, diagnósticos y propuestas en paralelo, por lo cual no se alcanzan un aceptable nivel de compatibilidad ni acuerdos para la actuación remedial mancomunada.
- e) Bajo nivel de concientización en la población civil del aglomerado sobre la pérdida paulatina de calidad de vida de los años recientes, tanto en cuanto a los afectados directamente porque residen en situación próxima al área con consecuencias directas como respecto de los impactos de la población distal.
- f) Desarticulación de políticas dinámicas urbanas de actividades mixtas para el sostenimiento integracionista de calidad de vida bajo las condiciones particulares físicas, ambientales y espaciales del área de contrastación.
- g) Inseguridad y riesgo de accidentes viales en los movimientos y traslados de los flujos vehiculares y peatonales del borde urbano limitador de ambas ciudades, especialmente en las proximidades de la Ruta Nacional N°11.

Con estas consideraciones, el grupo extensionista de docentes investigadores se propuso un objetivo general: la construcción de una proyectualidad multiactoral, participativa, integracionista y democratizada. A partir de una mirada heterológica y de saberes transdisciplinarios devenidos de las investigaciones que vienen desarrollando los integrantes del equipo,¹ se aborda la diversidad problemática de la ciudad contemporánea indagando a la vez la cultura socioambiental local. Esta perspectiva incluye la reciprocidad de saberes producto del diálogo con instituciones representativas de la vida civil, política y educativa, conformando universos referenciales que evidencian la relación de la universidad con el medio.

A ese respecto, en el *orden social e institucional*, se fomentó la concientización y la participación de las instituciones locales, zonales y regionales para definir una estrategia proyectual y de acción. A partir de la inclusión de contextos socioculturales determinados y determinantes, en el ámbito de la ciudad se promovieron conductas participativas en el ciudadano hacia las problemáticas de interés social comunitario.

En el *orden del saneamiento ambiental*, el proyecto incluyó la puesta en valor y potenciación del sitio Ramsar la mejora en las condiciones de habitabilidad y confort ambiental de los barrios próximos al arroyo El Rey; el diseño de equipamientos sostenibles para la generación de energía alternativa sustentable, adaptables a situaciones paisajísticas de inestabilidad hidrológica geográfica del aglomerado; la puesta en el ciclo sinérgico de los efluentes contaminantes industriales y la recuperación del valor paisajístico, público y apropiable del área de intervención.

En el *orden académico*, se fomentó el sentido democratizador del debate universitario, transfiriendo experiencias mediante la modalidad de talleres participativos de opinión y debate público interestamental, logrando transferencia de insumos investigativos al caso concreto en relación con las demandas específicas locales. La participación de estudiantes, jóvenes graduados, cientíbecarios y tesisistas en el proyecto, potenció su inclusión en las organizaciones intermedias de la sociedad civil e instituciones barriales del medio, con la promoción de competencias universitarias inherentes en cuanto a la vinculación universidad, medio social y sus actores. A su vez, por tratarse de un proyecto integracionista de saneamiento ambiental con impacto regional, se pretendió generar un primer enclave de una franja económica de beneficiarios referida a turismo bioambiental que ampliaría los destinatarios a una escala mayor territorial. Esta hipótesis incluye a la ciudad de Goya, Corrientes, con la cual la ciudad de Reconquista se conecta por servicio fluvial de balsas de cargas, vehículos y pasajeros, atravesando una zona de islas de alto valor paisajístico y biodiversidad del río Paraná.

4. Instituciones participantes y aportes al proyecto

El equipo extensionista se conformó transdisciplinariamente con participantes académicos y sociales, fue convocado un espectro consultivo de instituciones del medio que aportaron información de base para el reconocimiento del estado de situación y el desarrollo del proyecto. Las instituciones participantes fueron las siguientes:

- La Escuela Universitaria del Alimento (Centro Universitario Reconquista UNL) aportó sobre la temática de la contaminación del arroyo El Rey por desechos industriales y cloacales e incumbencias de la institución en el monitoreo del arroyo y su influencia en suelos y producción de alimentos. Brindó espacio físico para la realización de talleres y facilitó el contacto con los docentes que llevaban adelante investigaciones sobre tratamiento de efluentes y degradación de vertidos agroindustriales.
- La Federación de Asociaciones Vecinales Reconquista contribuyó con planimetría social de las vecinales por barrio y su estructuración, información sobre el desarrollo social actual, planes, programas y líneas de acción a futuro. Convocó a los talleres de participación y opinión sobre la problemática del proyecto a grupos destinatarios a nivel vecinal y difundió los eventos.
- La Municipalidad de Reconquista comunicó aspectos del Plan Estratégico Reconquista en vigencia, sus avances y acciones desarrolladas a la fecha, información técnica, catastral, infraestructural, medio ambiente y planes urbanos. Colaboró para la realización de convocatorias a talleres de participación y opinión sobre la problemática del proyecto a los grupos destinatarios de la comunidad a nivel del municipio y facilitó la difusión a dichos eventos.
- El Instituto Nacional de Tecnología Alimentaria, Estación Experimental Reconquista, colaboró con información técnica bioambiental de las condiciones actuales del aglomerado e indicadores actuales y proyecciones a futuro sobre desarrollo económico y empleo de la región, material específico sobre suelos, impacto ambiental de la sojización de la región, proyecto de biodigestores en estudio por la institución y especies vegetales autóctonas de importancia ambiental. Aportó profesionalmente para la realización de talleres de participación y opinión en la ciudad de Reconquista sobre la problemática.
- El Colegio de Arquitectos de la Provincia de Santa Fe, Distrito 6 Reconquista, acercó material institucional sobre el problema de la contaminación ambiental y material bibliográfico local y regional de la institución sobre el aglomerado Reconquista/Avellaneda. Ofreció espacio físico para la realización de reuniones y encuentros con los profesionales del medio con injerencia en la problemática del proyecto.

¹ Los integrantes forman parte del Curso de Acción de Investigación+Desarrollo 2009 (CAI+D) Red de Problemáticas Urbanas Contemporáneas (SeCyT-UNL).

“

el proyecto incluyó la puesta en valor y potenciación del sitio Ramsar, la mejora en las condiciones de habitabilidad y confort ambiental de los barrios próximos al arroyo El Rey

5. Metodología y estrategias

Metodológicamente se desplegó un mapa de cinco articulaciones:

- 1) Acción participativa: base operativa que canaliza necesidades, aspiraciones, estados de reflexión y conflictos de los habitantes, para la planificación, monitoreo, evaluación y comunicación participativa.
- 2) Etnometodología interpretativa: el sitio como observatorio conceptual y de las interacciones con la situación urbana, mediante la observación participativa. Comprensión de las interacciones con lo cotidiano.
- 3) Trabajo de campo desde una óptica socioecológica: pautas y regímenes para el desarrollo de modelos de diagnóstico que permitan la identificación de los factores asociados a la segregación socio espacial, vulnerabilidad socio urbanística y al riesgo social.
- 4) Analíticas urbanas: relación estructural urbana considerando categorías analíticas para el espacio público urbano en la unidad, fragmentos y dispersiones.
- 5) Interactuación sintomática de la ciudad: abordaje de la ciudad concreta desde un proyecto social y participativo del territorio, mediante el proyecto extensionista como laboratorio social.

Estratégicamente, la vinculación participativa con el medio se efectuó a través de talleres con las instituciones involucradas y talleres abiertos con difusión pública para la participación de la

sociedad civil. Se realizó al inicio del proyecto un taller institucional en el cual se expusieron la problemática a abordar con el trabajo y la visión extensionista del grupo académico, un segundo taller institucional que tomó la problemática de Reconquista y la región, y un taller abierto participativo de debate y opinión donde se presentaron a la ciudadanía el proyecto, el equipo extensionista, los antecedentes, y se recabaron las primeras opiniones a través de actas del encuentro. Sobre el final, se realizó un taller abierto de difusión pública con exposición de los aportes y propuestas proyectuales para el saneamiento ambiental del sector.

6. Plan de intervenciones socioambiental y socioespacial

Desde el enfoque de una proyectualidad abierta, se han afrontado los objetivos de restitución ambiental y puesta en valor de los sectores seleccionados para la intervención, se mejoraron las condiciones de habitabilidad y salubridad, se propició una paisajística psicofísica flexible y sustentable con equipamientos sostenibles, y se potenciaron el humedal y el Sitio Ramsar a través de la propuesta proyectual estructurada en tres escalas de intervención:

- *Escala macro*: relación del aglomerado Reconquista/Avellaneda con su designación de Sitio Ramsar, inclusión del área portuaria de Reconquista con el ecosistema del río Paraná y con el puerto de Goya, Corrientes.



Estado al momento de la propuesta: se detectó información ambiental dispersa y falta de un ámbito de contralor ecoambiental y educativo que instalara la problemática de valoración, conservación y remediación de los recursos ambientales existentes y los afectados. *Decisión proyectual:* proponer una Estación Biológica experimental y un Centro de Visitantes. Resolver la complementariedad de actividades urbanas, integrar al puerto usos de navegación de carga y pasajeros con áreas de ocio y paseos urbanos, en tanto la Estación Biológica es una presencia institucional pública a través de la ciencia y la educación.

La Estación se plantea como una edificación flexible articuladora de áreas educativas con la finalidad de instalar el problema ambiental sistemáticamente en currículos escolares, áreas científicas de observación, seguimiento y contralor bioambiental y como centro de visitantes para la comprensión del valor del humedal para los visitantes turísticos y vecinos de las ciudades. Se estructuraría con sectores de botánico acuático, laboratorios de investigación, plataformas de observación, recorridos públicos de apropiación, aulas y salón de usos múltiples, albergue para científicos y visitantes, área comercial de productos zonales y difusión de conocimientos sobre la problemática en soportes impresos y digitales.

Se sugirió una política de participación mixta pública y privada: el suelo para radicar el emprendimiento aportado por el municipio y gestión mixta —municipio emprendedores privados— para el desarrollo y administración del conjunto edilicio.

En el área científica y educativa pública, se presentó una propuesta para llevar adelante convenios de formación de recursos humanos y desarrollo científico con miras a industrias más limpias ambientalmente. En las áreas de albergue y comercial, la idea es que la inversión y administración sean privadas, con contralor de gestión pública.

- *Escala media:* borde urbano Reconquista/Avellaneda sobre el arroyo El Rey, área de localización de industrias, Camping Municipal Reconquista y relación con los barrios próximos al sector.

Estado al momento de la propuesta: se detectó como el área más afectada ambientalmente al arroyo El Rey, contaminado en sus aguas y bordes costeros. Las industrias no completan el ciclo de saneamiento de sus efluentes y el camping y los barrios sufren la contaminación y olores nauseabundos en aguas y suelo.

Decisión proyectual: rescate de las áreas afectadas como espacios públicos paisajísticos, remediación de la contaminación por efluentes industriales a través de biodigestores para las principales industrias y potenciación del vivero existente.

El área de espacio público se plantea como un paseo de senderos que sigue la margen del arroyo y en el cual se localizan tres miradores estratégicos para la observación urbano-paisajística de todo el aglomerado. Los senderos y los miradores se materializan en estructuras y cerramientos de maderas de la región y cerramientos verdes utilizando especies autóctonas. Se tomó como antecedente el desarrollo de una tesis de grado llevada adelante en

el marco de un proyecto de investigación de uno de los integrantes del equipo extensionista.

El planteamiento para el área de biodigestores fue considerarla no sólo como un área técnica de descontaminación sino como un espacio de accesibilidad pública para el conocimiento educativo de instalaciones y de producción de energía alternativa, integrada a los espacios públicos del sector. Los biodigestores diseñados aprovechan la digestión anaeróbica de residuos biodegradables en un proceso natural que descompone biomasa en un entorno húmedo y anóxico a través de la actividad bacteriológica. No requieren el suministro de ningún reactivo o químico y pueden, además, producir biogás, utilizar sus cargas sólidas como fertilizantes naturales para la mejora y recuperación de los suelos afectados y transformar el biogás en energía eléctrica y alimentar generadores para las industrias. En el proyecto, las cargas sólidas útiles de los biodigestores se transforman en fertilizantes de insumo para el vivero municipal, con un excedente comercializable en el mercado local.

También en esta escala se propuso una política de participación mixta pública y privada: los biodigestores construidos por las industrias fueron dimensionados de modo que, además de proveer de biogás a las mismas, tengan un remanente capaz de ser aprovechado en el aglomerado, administrado por un organismo público de energía.

El paseo y el vivero fueron pensados como gestión e inversión pública municipal, destacándose el mantenimiento participativo a través de un programa de inclusión de escolares locales, en un plan propuesto de acción y enseñanza educativa formal. Las intervenciones en el sitio se completan con área pública para observación valorativa y de experiencia ambiental, venta de la producción del vivero y paseo libre en conexión con las márgenes del arroyo El Rey.

- *Escala micro:* área del Camping Municipal Reconquista sobre el arroyo El Rey y sector del centro cívico del nodo Reconquista de la provincia de Santa Fe.

Estado al momento de la propuesta: se observó un buen mantenimiento del camping pero con baja apropiación pública de las instalaciones debido a la contaminación ambiental.

Decisión proyectual: favorecer el mejoramiento del espacio público complementando las actividades propias del camping con demandas de usos urbanos e integrando el proyecto del centro cívico con un trabajo morfológico en sus espacios exteriores.

La estrategia de intervención plantea un área de arribo al camping y equipamiento sencillo, práctico, sustentable y sostenible. Una edificación con características de mirador, como equipamiento necesario para el centro cívico de Reconquista, articulada con planta baja libre para actividades varias de franca accesibilidad pública, primer piso con pileta cubierta climatizada para uso del camping e instituciones de la ciudad, dos pisos de estacionamiento para los usuarios acampantes, y el último piso con salón de usos

múltiples, cantina, balcones miradores y sanitarios, equipamiento para el ocio de los ciudadanos. La intervención se propone como oportunidad viable de dotar de instalaciones de escala urbana a la ciudad, focalizadas en un sector público significativo, como lo es el camping municipal.

Respecto del paisaje, caracterizado por la organicidad de especies nativas, se propone una metaforización paisajística mediante el diseño de un área boscosa, un plan sistemático de forestación, y ritmando la naturaleza.

Desde la perspectiva de la política de gestión e inversión del sitio, se sugirió que la arquitectura a incorporar se enmarque en un plan de inversiones pública y privada, y se propuso que las áreas de piletas y estacionamiento sean gestionadas y administradas por la Municipalidad en coordinación con el sector de salón multipropósitos y gastronomía con mayor injerencia privada.

7. Conclusiones

El trabajo de extensión interpeló la confrontación entre políticas públicas e intereses sectoriales privados, poniendo énfasis en las políticas públicas de gestión mixta.

Así, el problema ambiental, su equilibrio económico, su factibilidad de inversión, las ganancias socioespaciales, la recuperación y

mejora de salubridad poblacional, la restitución del valor del espacio público, pueden ser analizados, debatidos y remediados como un problema de todos —instituciones y población civil.

La clave del trabajo consistió en generar políticas públicas que fomenten participación y educación activa multiactoral.

Desde esta perspectiva, la integración en el grupo extensionista respecto de conocimientos de fuentes académicas, profesionales y empíricas locales, sumada a la coordinación del trabajo mancomunado entre instituciones, posibilitó desarrollar una experiencia inédita para todos los actores involucrados, la que se espera tenga una continuidad, cuestión que ya fue vislumbrada al momento de la presentación pública de la propuesta final.

En tal sentido, se destaca la muy buena recepción y el apoyo a la propuesta y a las actividades desarrolladas por parte de los funcionarios involucrados,² quienes, además de ser los convocantes permanentes de talleres y encuentros, apoyaron la estrategia de mancomunar plenariamente decisiones que afectan la vida civil. Por otra parte, para todo el grupo extensionista académico, se vio plasmada una línea de acción en el territorio donde la tríada docencia, investigación y extensión produjo un espacio de concurrencia capaz de atender situaciones concretas vinculando universidad, medio social y organizaciones intermedias de la sociedad civil.

Bibliografía

- Harvey, D. (2009). *Espaços de Esperança*. São Paulo: Editorial Loyola.
- Municipalidad de Reconquista (2010). "Plan Estratégico Reconquista". *Documentos institucionales*.
- Panigatti, J. L. (2010). *Argentina 200 años, 200 suelos*. Buenos Aires: Editorial INTA.
- Santos, R. F. (2004). *Planejamento Ambiental: Teoria e Prática*. São Paulo: Oficina de Textos.
- Sassen, S. (2007). *Una Sociología de la Globalización*. Buenos Aires: Katz.
- Tena, R. (2005). "El urbanismo sociocultural en América Latina. Ciudad de México y São Paulo". Tesis doctoral no publicada. México DF.
- Venturi Ferriolo, M. (2009). *Percepire paesaggi. La potenza dello sguardo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Vitale, M. A. (2012). "Transdisciplina – Ciudad Hoy". En Bassani, J. (ed.). *PDP Mapografías*. Facultad de Arquitectura, Universidad de San Pablo.
- Vitale, M. A. (2013). "Paisaje heterológico de las nuevas formas indiciales". En Pesce, G. y Assen, L. (ed.). *Arquitetura da Cidade na América Contemporânea. Raízes, ritmos e desígnios*. Florianópolis: Editora da UFSC.

² Especialmente de Promoción Social y Desarrollo Comunitario de la Municipalidad y del Plan Estratégico de la ciudad.

Agroecologia urbana e a demanda pela racionalização das políticas municipais

Cristiane Rocha Silva

Professora Mestre do curso
Tecnólogo em Agroecologia.
Universidade Federal do Paraná.

Bruno Alexandre da Silveira

Graduado Tecnólogo em Agroecologia.
Universidade Federal do Paraná.

1. Contexto e ações do projeto de extensão “Agroecologia urbana”

A agricultura urbana tem se aproximado das políticas públicas, sendo tratada em âmbito do governo federal, estadual, municipal e tratados internacionais (Arruda, 2006) e discutida em diferentes âmbitos relacionando a políticas de desenvolvimento social e segurança alimentar.

A partir das discussões no âmbito do IV Congresso Latinoamericano de Agroecologia (SOCLA, 2013) e das leituras do documento da FAO (2013), Quon (1999), Pessôa (2005) e Lee-Smith (2009), podemos dizer que a agricultura urbana consiste em um grupo de ações de produção ecológicas e comunitárias de plantas alimentares, não alimentares e animais integrados com espaços urbanos reduzidos com peculiaridades de manejo e organização próprios.

Soonya Quon (1999), ao discorrer sobre as diferentes definições da agricultura urbana, ressalta a importância que a definição transcorra sobre cinco aspectos, são eles: localização, atividades, posse da terra e legalidade, estágio e escala. Dessa forma é importante conceituar a agricultura urbana de forma a ser próxima da realidade de cada região ou país, salientar quais os espaços se considera, sejam eles, espaços públicos, terrenos baldios, quintais, telhados, terraços, varandas, vasos e jardineiras, sítios ao entorno da cidade (*location*). A especificação dos tipos de atividade envolve a produção de plantas alimentícias ou não alimentícias (ornamental, fertilizante, cosmética, medicinal, florestal, artesanal, etc.), criação de animais, produção ou coleta (*activities*). Ainda o conceito deve abarcar a legalidade da posse da terra, pública ou privada e a forma de uso coletivo ou individual (*landownership, legality*), se

Universidad y salud /
Intervenciones

Resumo

O projeto de extensão Agroecologia urbana coordenado pela Universidade Federal do Paraná, procura articular práticas urbanas saudáveis com foco na consciência ambiental junto à população do município de Matinhos, Paraná, região sul do Brasil. A metodologia do grupo permitiu que suas ações fossem enriquecidas e modificadas com o diálogo. Dessa forma, a intenção inicial do projeto, que consistia em quintais produtivos para melhoria da alimentação, ampliou-se para atender outras necessidades relacionadas com a captação da água da chuva, a compostagem, redes de troca. A experiência com o projeto evidenciou a necessidade de articulação com as políticas municipais para a gestão do espaço urbano, estimulando a racionalização dos recursos mediante políticas tributárias ou viabilização de espaços coletivos. Nesse sentido, nos arriscamos a pontuar algumas reflexões e ações políticas que viabilizariam uma ação coletiva ampliada, com o fomento a saúde pública, a partir das mudanças das práticas urbanas de convivência.

Palavras-chave

- agroecologia urbana
- agricultura urbana
- compostagem
- meio ambiente

inclui como uso coletivo do espaço público os hortos comunitários, as redes da agricultura urbana, as iniciativas do governo municipal e regional de promoção de cidades sustentáveis. Como estágio entende-se a especificação dos momentos da cadeia produtiva abarcados, seja a semeadura, plantio, transformação, comercialização e distribuição (*stage*). Nesse aspecto poderia-se acrescentar os espaços coletivos de compostagem, preparação de mudas, formação, troca e partilha de alimentos.

O quinto fator, que segundo Soonya Quon (1999) deve estar presente na definição da agricultura urbana é a escala de produção, relacionado a uma área mínima e máxima para as atividades (*scale*). A autora analisa 22 definições de agricultura urbana elaboradas a partir das realidades próprias e suas peculiaridades em diferentes partes no mundo. Tais definições nos fundamentam para arriscarmos em uma definição adequada às práticas do projeto de extensão do qual serão relatadas as reflexões sobre o tema.

Portando, elaboramos a seguinte definição, a qual fundamenta a utilização do termo *Agroecologia urbana* no presente estudo na visão dos autores. Agroecologia urbana consiste em um grupo de ações de trocas e produção ecológica de vegetais e animais em quintais domésticos, com extensão de até uma quadra dentro da cidade ou caracterizados como agricultura familiar na área peri urbana. Com ações voltadas à melhoria da qualidade de vida das famílias envolvidas direta e indiretamente. Trocas solidárias dos resultados do trabalho e conhecimento. Organização pautada em uma ação coletiva na produção de insumos, geração de energia e aprendizagem colaborativa em espaços públicos de organização



formal ou informal. Fundamentalmente apoiada por políticas públicas, saber local tradicional e projetos acadêmicos, legitimados pela sociedade civil.

A definição enfoca como atividades principais: 1) a produção ecológica; 2) a troca solidária; 3) a ação coletiva nas atividades de apoio (compostagem, energia, insumos, formação) em espaços públicos (associações, prefeitura, parques); 4) a integração e apoio do poder público, sociedade civil, saber local tradicional e universidades.

No contexto da agricultura urbana, não poderíamos desconsiderar que a produção está associada ao consumo político e as estratégias de controle do paladar e hábitos alimentares dos cidadãos ancoradas por interesses econômicos de concentração de renda.

Assim, observa-se o consumidor cada vez mais distante da forma de produção e processamento dos alimentos. Também cada vez mais o cidadão está restrito ao papel de consumidor. Na mesma proporção, os alimentos se transformam. Cada vez menos alimento e mais conservantes e aromatizantes são disponibilizados no mercado. Menor tempo dedicado no preparo, no consumo, na confraternização do alimento.

Por outro lado, muitas famílias despendem grande parte do seu orçamento em alimentação industrializada e pouco nutritiva, mesmo existindo espaços de terra ociosos em seus lotes, quintais, vizinhança. Assim, surgem inúmeras iniciativas que buscam melhorar a qualidade dos alimentos consumidos e incentivar a produção de alimento nas cidades, sejam nos quintais, nas

áreas públicas ou nas escolas, evidenciando a necessidade de redescobrir as plantas regionais, adaptadas ao solo e clima, bem como o equilíbrio na preservação do ambiente.

O projeto *agroecologia urbana* é parte de tais iniciativas e procura promover o trabalho coletivo e a troca de experiências em mutirões nos quintais, estimulando a produção, a otimização dos recursos naturais, o aprendizado permanente e o fortalecimento afetivo e espiritual dos grupos.

No presente estudo, descreveremos a nossa reflexão sobre as possibilidades de ação do poder público sobre três linhas de ação do projeto *agroecologia urbana*.

- 1) Compostagem da matéria orgânica: o reaproveitamento dos resíduos da cozinha, podas e aparas do quintal manejados na composteira, nutre o solo para produção e nutre e melhora a estrutura do solo aumentando a produção de alimentos, simultaneamente reduz significativamente o material destinado aos lixões, contribuindo para o meio ambiente, a horta e a economia dos serviços públicos. O incentivo à construção ou processos de compostagem nos quintais, a discussão do tema da destinação do resíduo e a busca de informações e preparação para a construção de composteiras foram ações realizadas pelos membros do projeto.
- 2) Captação de água da chuva: embora abundante o litoral do Paraná, a água da chuva é muito pouco aproveitada, e em períodos da alta temporada do turismo os bairros da periferia sofrem restrição no uso da água tratada. A instalação de cisternas possibilita um reservatório para diversos usos não potáveis nas residências. Essa é uma demanda dos participantes do projeto,

em planejamento, entre os membros do projeto para execução em setembro de 2014.

3) Produção e consumo de plantas regionais / tradicionais: o enfoque nas plantas tradicionais consiste em redescobrir as plantas de potencial nutritivo e potencial, com maior facilidade de cultivo na região. O levantamento das plantas dos quintais, a identificação de plantas de uso alimentício e medicinal, a troca de mudas e receitas estão presentes nas reuniões semanais do projeto.

As ações compõem um trabalho de mudança ao longo prazo, para o qual, a consolidação de uma rede de agroecologia urbana busca agregar pessoas que tenham um pensamento próximo e busquem ações concretas para melhoria da qualidade de vida das famílias no município de Matinhos. O papel das políticas municipais e a ação governamental tem se destacado como um ator social importante para estimular e coordenar a adoção das práticas saudáveis e ambientalmente responsáveis na convivência urbana.

2. Metodologia

A metodologia pauta-se na participação dos atores no planejamento, execução e avaliação das ações e objetivos. Os grupos de roda de conversa periódicos contribuem na aproximação e formação dos atores sociais, sejam docentes, discentes ou moradores do município de Matinhos. As ações são planejadas de acordo com as necessidades dos moradores e possibilidade de aprendizado dos acadêmicos. A temática foco demanda pesquisas, análises, planejamento da operacionalização, busca de recursos, síntese do conhecimento no formato de oficinas e os resultados são avaliados pelo grupo e contribuem na reflexão das novas atividades. As ações ocorreram em formato de curso no ano de 2013 e adquiriu o formato de projeto de extensão no ano de 2014, com dois professores coordenadores, cinco estudantes bolsistas; uma escola de educação infantil; e três moradoras do bairro Mangue-Seco. A abordagem metodológica fundamenta-se nos princípios da agroecologia e no conceito de resiliência sócio ecológico (Nicholls, 2013). Ou seja, estimula o equilíbrio do homem e da natureza a partir do respeito e adaptação com as peculiaridades ambientais e culturais do local.

3. A racionalização das práticas de convivência urbana e a coerência das políticas municipais

A convivência no espaço urbano, em particular, nas cidades com menos de 40 mil habitantes, tem demonstrado peculiaridades, na gestão das práticas cotidianas. Se de um lado não existe a produção em volume de resíduos orgânicos e sólidos como nos centros urbanos, também inexistem atores que se responsabilizem pela coordenação e gestão de tais resíduos de forma racional. Nesse sentido, as ações de responsabilidade ambiental estão

relacionadas à consciência dos cidadãos em adotar mudanças nas práticas de convivência. A seguir evidenciamos uma série de *irracionalidades* recorrentes nas observações do cotidiano urbano e levantadas pelas ações do projeto de extensão Agroecologia urbana e a descrição de experiências realizadas em diferentes municípios evidenciando que as irracionalidades poder ser amenizadas, se adotada uma racionalidade ambiental que incentive a participação e autonomia das comunidades e o incentivo na estruturação e manutenção de projetos em torno da agroecologia urbana de forma interdisciplinar e integrativa dos setores da gestão pública.

1) Compostagem da matéria orgânica: o *descarte de vegetais, cascas, podas, plantas nos sacos de lixo*. Parece-nos irracional pensar nos nutrientes que poderiam ser aproveitados nas hortas, por técnicas de compostagem e vermicompostagem. Ao contrário são tratados como lixo não aproveitável, aumentam o volume do lixo recolhido pelo serviço público por representar em média metade do peso do resíduo total, e sobrecarregam e poluem os espaços de destinação. Por outro, lado, possuir uma composteira doméstica, tem seus contratempos, relacionado ao tempo de manejo, a atração de roedores, a presença de odores e insetos, o espaço necessário. A ação municipal, nesse sentido, adquire um papel central, por ser responsável pela contratação dos serviços de coleta; controle do imposto predial urbano e dos estímulos do desconto progressivo. A orientação e distribuição de composteiras domésticas, por condomínio e o incentivo pelo desconto progressivo de tributos seriam uma contribuição para atrair maior número de participantes e fundamentar uma gestão efetiva de resíduos orgânicos da área urbana. Rosa (2012) traz uma importante reflexão sobre a prevenção da saúde a partir da determinação social, evidenciando como o contexto social e econômico se relaciona com as condições de saúde do grupo social. Na sua análise das percepções dos membros do grupo, a pesquisadora encontra como categorias para explicar o fenômeno social: a promoção da saúde; o início do evento; a revolução, processo, cultura, emancipação/autonomia e benefício individual; a institucionalização e o poder público; o intelectual orgânico, educação e interdisciplinaridade. A autora se baseia em Rosen (1979 apud Rosa, 2012) para evidenciar a doença como um fenômeno social que deve ser estudado no seu contexto biosocial. Com essa abordagem, relata a experiência denominada “A Revolução dos Baldinhos” na comunidade Chico Mendes, município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Trata-se de um processo de compostagem com recolhimento em baldes distribuídos às famílias e processados em um espaço coletivo com adequado condicionamento do período de 2006 com continuidade até o período de pesquisa de Rosa (2012). Segundo a análise da autora, foi importante para a continuidade e resultados do projeto, principalmente a participação efetiva da comunidade. A parceria com o poder público é vista ao mesmo tempo como uma

necessidade a ser assumida e gerida para fins de saúde pública, por outro lado, relatada com receio pelos membros do grupo, que aspiram uma autonomia conseguida pelo grupo nas decisões do projeto. É manifestado o anseio de que a economia gerada pela redução na coleta e transporte dos resíduos fosse repassada ao grupo. As parcerias são citadas no histórico do projeto, como bolsa aos envolvidos, espaço cedido para composteira, orientação do agente de saúde e técnico para acondicionamento e diminuição dos ratos e moscas, na relação horizontal com os moradores e incentivo a apresentação do projeto nos espaços de eventos. O principal fator que levou a composteira tornar-se coletiva, na experiência com os baldinhos, foi a infestação de ratos e moscas, no período de 2006 a 2008, com a propagação das composteiras domésticas vinculadas a agricultura urbana na comunidade. Essa experiência evidencia como a comunidade organizada contribui na promoção da saúde, e ainda, como a organização da composteira coletiva, é uma alternativa viável da gestão de resíduos, da qual o poder público deve assumir a iniciativa de estímulo e estruturação, no entanto, não em detrimento da participação ativa e autônoma dos membros da comunidade.

2) *Captação de água da chuva: falta de água para uso doméstico em um território de clima úmido.* Não parece nada sensato, no município de Matinhos, localizado no litoral do Paraná, entre o oceano Atlântico e a Serra do Mar, os moradores da periferia sofrerem contenção de água no período de temporada (dezembro e janeiro) quando a população de veraneio sobrecarrega o consumo de água. Uma ação pública de incentivo à captação de água da chuva para população de risco, bem como, a articulação com a empresa de saneamento e esgoto, para amenizar a restrição e conceder as devidas orientações para o correto uso e captação da água são fundamentais para a racionalização do recurso. Segundo Silva y Domingos (2007) a captação da água da chuva não é algo novo, e serve para usos não potáveis, reduzindo em até 50% o uso de água de uma residência. Para ser utilizada como água potável necessita de uma filtragem mais fina para remoção de elementos químicos, e, a retirada dos patogênicos. A água da chuva consiste em uma fonte de água disponível e abundante, bem como evita o desperdício de água tratada que apresenta um maior custo. As autoras ressaltam que a adoção da captação de água é difundida em diferentes países e que a qualidade da água captada está relacionada com fatores ambientais, carecendo de análise específica da água de acordo com sua destinação. Em seu estudo, Silva y Domingos (2007) apontam à necessidade da regulamentação dos recursos hídricos pelo poder público e descrevem leis adotadas em diferentes municípios brasileiros. As autoras apontam que,

“a preocupação com o uso racional da água deve partir principalmente do poder público que deve assumir sua função garantindo a todos os cidadãos esse direito”

(Silva y Domingos, 2007:71).

Entre as experiências mencionadas, são citadas, no Rio de Janeiro, a Lei estadual 4.393 de 16 setembro de 2004 que dispõe sobre a obrigatoriedade das empresas projetistas e de construção civil a prover imóveis residenciais e comerciais de dispositivo para captação de água da chuva; e a Lei estadual 4.248 de 16 de dezembro de 2003 institui o programa de captação de águas pluviais no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

No Rio Grande do Sul, o Programa estadual de captação e manejo da água da chuva (PECMAC) foi lançado em 2005, como foco em amenizar o efeito das estiagens e consiste na construção de cisternas e microbarragens.

No estado do Paraná, no município de Curitiba, a Lei 10.785 de setembro de 2003, obriga a todos os novos condomínios residenciais a incorporar no projeto de construção, a captação, o armazenamento e a utilização da água da chuva para múltiplos usos em substituição à água clorada. A lei torna obrigatório o uso de vasos sanitários, torneiras e chuveiros que economizem água, e ainda, obriga a instalação de hidrômetros individuais nas novas edificações, evitando que o rateio do condomínio no uso da água estimule o desperdício.

As autoras concluem que

“na maioria dos países desenvolvidos, dá-se incentivo à captação de águas pluviais com o objetivo de conservação de água no meio urbano e como medidas não estruturais de drenagem. Já nos países subdesenvolvidos, os programas ocorrem principalmente em regiões secas, restando basicamente a construção de cisternas como fonte de abastecimento” (Silva y Domingos, 2007:74).

Dessa forma evidenciam-se os desafios e as potencialidades que existem no processo de captação de água da chuva no ambiente urbano, ainda precários e subutilizados no território brasileiro.

3) *Produção e consumo de plantas regionais/tradicionais: desprezar hortaliças que nascem vigorosas e espontâneas na região para adquirir hortaliças estrangeiras produzidas e vendidas em escala à base de insumos.* Não é desprezível que o paladar das populações é fruto de uma construção e troca étnica dos movimentos migratórios no último século. Mas convenhamos que, a solidificação dos hábitos alimentares favoreceu muitos interesses econômicos, de comercialização de insumos e produtos com facilidade de produção e distribuição em escala, reduzindo muito a variedade de vegetais consumidos e padronizando independentes das condições locais, os itens consumidos. O processo de industrialização e urbanização a partir da década de 1950 acirrou uma padronização da alimentação reduzindo a participação de itens regionais nas dietas das famílias brasileiras, segundo Bleil (1998). As hortaliças e frutas consumidas pelas populações até meados do século XX são hoje nobres desconhecidas dos consumidores. A política governamental de aquisição de alimentos, bem como o planejamento nutricional das intuições escolares, hospitalares e outros contribuem na oferta por

parte dos produtores familiares das plantas alimentícias tradicionais. Uma ação que repercute na manutenção da cultura gastronômica do território e nas formas de fomento da produção familiar. Por outro lado, o incentivo à agricultura urbana e à produção de alimentos no município deve estar associada à disponibilidade e facilidade de crescimento das plantas regionais bem como à adaptação das sementes, ao solo e clima e à racionalização dos tipos de solo e sua utilização. A coordenação de espaços produtivos em torno do Parque Saint-Hilarie Lang, coordenando as áreas de ocupação e protegendo os limites do Parque, por exemplo, é algo a ser inserido no planejamento das áreas para agricultura urbana. Considera-se uma irracionalidade *desviar os cursos dos rios e aterrar para construção às áreas de solo fértil na região*. Um adequado plano de manejo com incentivo à agricultura urbana auxiliaria na preservação do Parque e a melhoria da qualidade de vida dos moradores do entorno. De acordo com o mapa geológico do estado do Paraná, as características do solo ao entorno do Parque, são considerados férteis e facilitariam a produção de alimentos, em uma região litorânea, de solo predominantemente arenoso (Mineropar, 2006).

O texto de Dupim e Brum em 1973 (traduzido por Sayona, 1982) denuncia as contradições presentes nas mudanças alimentares ocorridas em países africanos em desenvolvimento e aponta o desafio de complementação dos processos tradicionais e modernos e a necessidade de que o processo alimentar não deixe as populações alheias ao seu meio natural. Nesse mesmo período, no Brasil, era crescente o movimento da Revolução Verde, a modernização agrícola como substituição aos atrasados modos de produção colonial. Ao analisar a evolução da alimentação nos países em desenvolvimento Dupim e Brun em 1973 (Sayona, 1982), denunciam o papel dos meios de comunicação na mudança de hábitos alimentares. Seja reduzindo o interesse nos produtos e processos tradicionais ou fortalecendo o prestígio de produtos importados dos países desenvolvidos. Ao mesmo tempo que os fatores ligados a urbanização, industrialização, redução do tempo dedicado ao preparo do alimento e ampliação das relações comerciais no meio rural influenciaram na mudança de hábitos alimentares nos países em desenvolvimento.

“Muchas madres de familia están convencidas de que solo las frutas importadas contienen vitaminas y son ‘buenas para la salud’ de sus hijos. La idea de vitamina, que les era ajena anteriormente, está asociada a la idea de fruta extranjera; los médicos y enfermeros prescriben una ‘cucharada de jugo de naranja’ porque esto les ha sido enseñado durante sus estudios en Europa, ignorando el contenido de vitamina C de los frutos locales” (Sayona, 1982:36).

Tais mudanças tiveram, segundo os autores, seus benefícios entre os grupos que influenciaram, entretanto, os resultados geraram uma fragilidade econômica dos países em desenvolvimento no

valor agregado das trocas do que se produz e o que se consome. Gerando conseqüentemente grande produção e cada vez menos prioridade de terras férteis e tempo de trabalho aos produtos da alimentação em relação aos produtos de troca, mais rentáveis. Mesmo a doação de alimentos aos países em desenvolvimento é vista como perigosa aos hábitos alimentares dos países em desenvolvimento. Segundo os autores, salvo casos de emergência, são considerados “*regalos envenenados*”, pois criam na população o hábito de consumir produtos que o país não produz e não pode produzir. A síntese da vulnerabilidade econômica dos países em desenvolvimento nas suas escolhas de produzir para o comércio é elucidada pelo seguinte trecho:

“La dependencia de los términos de intercambio del mercado mundial de los productos principales de la economía de plantación, hace que se disminuyan en intensidad los cultivos intercalados, afectando la producción de los alimentos básicos, ante lo cual aparece la alternativa de la importación de alimentos y la creación de complejos agro industriales nacionales o extranjeros; los productores de alimentos básicos quedan de esta forma dependiendo de las condiciones del desarrollo de la economía capitalista” (Sayona, 1982:24).

Em contraposição à fome e à dificuldade de produção de alimentos massificados mundialmente, há uma série de plantas de valor alimentício constatado, amplamente consumidas no Brasil anteriormente ao processo de intensa industrialização da alimentação. Essas plantas são tratadas como plantas daninhas e pragas nos jardins e plantações, cada vez mais desconhecidas na sua nomenclatura e valor nutricional, com reduzido ou nenhum potencial de mercado, embora abundantes e de fácil cultivo. São exemplos na região costeira do Brasil, estado do Paraná, as plantas Taioba (*Xanthosoma sagittifolium*), Falsa Serralha (*Emilia fosbergii*), Ora-pro-nobis (*Pareeskia aculeata*) e Pepino-do-mato (*Melothria fluminensis*), plantas de potencial alimentar e medicinal do bioma Mata Atlântica, tratadas como plantas daninhas ou pragas (Lorenzi, 2008).

O movimento de escolhas dos itens da alimentação consumo e produção estão relacionados a interesses econômicos, portanto, a reflexão sobre tais processos necessita de uma interferência no fluxo atual, no sentido, de resgatar e valorizar as plantas regionais e a utilização das mesmas na alimentação escolar, na orientação dos técnicos e agentes de saúde nas comunidades, bem como no incentivo à produção da agricultura urbana, com a reprodução de sementes e divulgação das receitas de pratos que incluem itens da biodiversidade local.

4. Considerações finais

As demandas apontadas pelo grupo têm em comum, refletirem a mudança nas práticas de convivência urbana no intuito de amenizar o impacto ambiental das relações de consumo das nossas

comunidades. Apesar de pautar-se na consciência ambiental e reflexões da existência dos grupos humanos nas cidades ressalta a necessidade da gestão coletiva para melhoria da qualidade de vida dos moradores. A ação municipal na gestão dos resíduos, na coordenação da captação de água, na participação nos programas de aquisição de alimentos governamentais, no apoio aos grupos de rede de trocas e feiras e fundamentalmente na estruturação de espaços urbanos coletivos para controle dos impactos ambientais nas regiões urbanas prescinde de uma visão racional e sistêmica. Com foco na responsabilidade dos resíduos gerados e nas formas de gestão coletiva e alternativas de consumo em relação às trocas econômicas monetárias e individuais com apelo visual da publicidade do consumismo. A observação e vivência com as demandas do projeto de extensão evidenciaram as irracionalidades consolidadas no comportamento do cidadão e no estímulo das políticas públicas a um consumismo e resolução individual dos problemas ambientais. Ou seja, uma racionalidade econômica, em oposição a uma racionalidade da responsabilidade ambiental e convivência urbana responsável e

saudável. Repensar as práticas cotidianas do ambiente urbano e a racionalidade das políticas públicas torna-se imprescindível para uma melhoria da qualidade de vida das populações urbanas. Como conclusão desse estudo, evidencia-se como grande irracionalidade o *foco nas iniciativas individuais para resolução dos impactos ambientais*. Por mais bem intencionadas que sejam as pessoas, o controle dos impactos ambientais no município não pode ser resolvido individualmente. Faz parte da urbanidade, a convivência social, a necessidade de acordo com a vizinhança, os espaços públicos de gestão coletiva. Dessa forma, talvez como pilar principal, o incentivo, disponibilização e coordenação de espaços físicos destinados a composteiras coletivas, hortas comunitárias, lavanderias com reutilização da água, centros apropriados para clubes de trocas e feiras. Tais espaços embora sejam de necessidades das unidades domésticas necessitam de uma gestão coletiva, e para não serem elitizados aos grupos que puderam organizar-se financeiramente, necessita de aportes da gestão pública para sua implantação e manutenção.

Referências

- Arruda, J. (2006). "Agricultura urbana e peri urbana em Campinas/SP: análise do programa de hortas comunitárias como subsídio para políticas públicas" (dissertação de mestrado publicada) UNICAMP Campinas, SP. Disponível em: <http://dominiopublico.mec.gov.br/download/ea000499.pdf> (acesso em 23 de julho de 2014).
- Bleil, S. a I. (1998). "O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil". En *Cadernos de Debate*, Vol. VI, Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/AVIdiscenu090804095840.pdf> (acesso em 20 de fevereiro de 2013).
- FAO – Food and Agriculture Organization of the United Nations (2001). "Urban and peri – urban agriculture: A briefing guide for the successful implementation of Urban and Peri – urban Agriculture in Developing Countries and Countries of Transition". Rome, Italy. Disponível em http://www.fao.org/docs/eims/upload/215253/briefing_guide.pdf (acesso em 28 de novembro de 2013).
- Lee-Smith D. (2009). "Carrot City: Designing for urban agriculture" En: *Urban Agriculture magazine RUAF* number 22. Disponível em: <http://www.ruaf.org/sites/default/files/UAM22%20Carrot%20City%2043-44.pdf> (acesso em 10 de fevereiro de 2014).
- Lorenzi, H. (2008). *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. 2.ed. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum.
- MINEROPAR (2006). "Mapa Geológico do estado do Paraná". Disponível em: http://www.mineropar.pr.gov.br/arquivos/File/2_Geral/Geologia/PDF_Mapa_Geo_650000/Mapa_Geologico_PR_650000_2006.pdf (acesso em 24 de julho de 2014).
- Nicholls, C. I. y Altieri, M. A. (2012). "Estratégias agroecológicas para incrementar a resiliência". En: *Leisa Revista de Agroecología*, V2, 24. Disponível em: <http://www.leisa-al.org/web/revistas/volumen-28-numero-2/482-estrategias-agroecologicas-para-incrementar-la-resiliencia.html> (acesso em 15 de outubro de 2013).
- Pessôa, C. C. (2005). "Agricultura urbana e pobreza: um estudo no município de Santa Maria – RS" (dissertação de mestrado publicada). Programa de pós graduação em extensão rural Universidade Federal de Santa Maria, RS. Disponível em: http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1643 (acesso em 23 de julho de 2014).
- Quon, S. (1999). "Planning for Urban Agriculture: A Review of Tools and Strategies for Urban Planners". *Urban agriculture definitions*. IDRC, Canada. Disponível em: <http://www.international-food-safety.com/pdf/Cities%20Feeding%20-%20Planning%20For%20Urban%20Agriculture%20-%20A%20Review%20Of%20Tools%20And%20Strategies%20For%20Urban%20Planners.pdf> (acesso em 28 de novembro de 2013).
- Rosa, G. Ramos da (2012). "A prevenção como princípio, a promoção como meio e a revolução como fim: uma história sobre a revolução dos baldinhos" Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/100580> (acesso em 31 de julho de 2014).
- Sayona, B. (1982). "Evolucion de la alimentacion em los países em vias de desarrollo" (traduzido de) Cahiers de: – Iutritiùn et de Cientifique. Vol. VIII. 1973. "Evolution de l'alimen. tatiùn dans les pays en voie de developpment". H. Dupll1 y T.8run. Disponível em revistas.javeriana.edu.co/index.php/desarrolloRural/article/download/4274/3243 (acesso em 31 de maio de 2013).
- Silva, V. N da; Domingos, P. (jan-jun 2007). "Captação e Manejo de água da chuva" Em *Saúde & Ambiente* em Revista, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil, Vol. 2, Nº 1, pp. 68–76. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/sare/article/viewFile/264/255> (acesso em 31 de julho de 2014).
- SOCCLA – Sociedade Latinoamericana de Agroecologia (2013). *Anais dos IV Congresso Latinoamericano de Agroecologia*. Lima.

Producción hortícola sustentable: una apuesta para mejorar la calidad de vida de jóvenes en situación de riesgo

María Belén Rosini

Docente investigadora e integrante del Centro Regional de Estudio de Cadenas Agroalimentarias (CRESCA) de la Facultad de Agronomía. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Participante de la Agencia de desarrollo local del Municipio de Olavarría (ADELO).

Ana María Castagnino

Docente investigadora e integrante del Centro Regional de Estudio de Cadenas Agroalimentarias (CRESCA) de la Facultad de Agronomía. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Anabella Sesto

Participante de la Agencia de desarrollo local del Municipio de Olavarría (ADELO).

Universidad y salud /
Intervenciones

Resumen

La actividad hortícola, entre sus múltiples posibilidades, representa una oportunidad de reinserción laboral para jóvenes en situación de riesgo (JSR) a través de implementación de proyectos productivos interinstitucionales con enfoque sistémico (PPIES). A fin de impulsar producciones hortícolas sustentables de calidad, como estrategia para la expansión del sector hortícola en Olavarría, la reinserción social de JSR y mejora de la calidad de vida de los habitantes, se generó el proyecto interinstitucional “Hacia la diferenciación de productos hortícolas con potencial regional: caso La Granja”. Se efectuaron capacitaciones, implementación de protocolos y planillas de registro; se equipó un área de poscosecha y se acondicionó en fresco la producción lograda. La contribución del proyecto no sólo estuvo relacionada con mejores resultados productivos, en rendimiento y calidad, sino que además contribuyó a la mejora de factores psicológicos y emocionales observados en el cambio de actitud, lo cual aumentó las sensaciones positivas del grupo.

Palabras clave

- horticultura
- reinserción laboral
- capacitación
- jóvenes en situación de riesgo
- sustentabilidad

1. Introducción

La actividad hortícola, entre sus múltiples posibilidades, representa una oportunidad de reinserción laboral para jóvenes en situación de riesgo a través de la implementación de proyectos productivos con enfoque sistémico, para lo cual resulta imprescindible el logro de una adecuada articulación interinstitucional tendiente a una mejor calidad de vida de los jóvenes como consecuencia de su reinserción laboral y una mejor alimentación.

La horticultura se viene utilizando, en diferentes programas, como una actividad vehículo para el desarrollo personal de los individuos, el aprendizaje de habilidades básicas, el estímulo del funcionamiento físico y del aprendizaje, abordando habilidades de socialización, cooperación, trabajo en equipo y la incorporación de hábitos de vida saludables en un entorno al aire libre que lograrían el bienestar físico y mental.

El derecho a la alimentación es un derecho humano universal que insta a que las personas tengan acceso a una alimentación adecuada y a los recursos necesarios para tener en forma sostenible seguridad alimentaria, tal cual lo estipula la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO. De allí que resulte importante el aporte de las instituciones gubernamentales y la universidad pública para comprometerse activamente con los temas y problemas de la comunidad en la búsqueda de una mayor inclusión y una mejor calidad de vida. En tal sentido, según Balbín (2008) y Angarita Cañas (2002), las instituciones se constituyen en portadoras de responsabilidades en función del rol que asumen en la sociedad.

En tanto, Castro, Celma, Farías Toñánez y Gallagher Ovelar sostienen que.

“La educación y el trabajo son derechos humanos y además constituyen un requisito fundamental para el acceso al empleo de calidad, circunstancia ésta que se acrecienta en un contexto de mundialización, regionalización, tecnologización y de advenimiento de la denominada sociedad del conocimiento. En tal sentido, la educación, y en particular la formación profesional, debe ser mirada, necesariamente, como una dimensión que contribuye a la concreción del trabajo decente y del pleno empleo” (2010:24).

Uno de los ejes fundamentales del desarrollo socioeconómico y cultural de un país está conformado por la calidad de la educación, la competitividad del sector productivo y las políticas activas de empleo, según Castro y otros (2010).

Los partidos que, como Olavarría, integran la zona centro de la provincia de Buenos Aires, presentan un gran potencial para las alternativas productivas intensivas como las hortícolas, las que requieren para su posicionamiento estrategias concretas de diferenciación, para lo cual es necesario efectuar capacitaciones tendientes a la generación de jóvenes emprendedores. Al respecto, los municipios, las universidades, las entidades educativas y productivas tienen la posibilidad de contribuir a la formación de nuevos emprendedores a partir de la creación de vínculos interinstitucionales que, además, contribuyan a brindar oportunidades concretas a jóvenes en situación de riesgo. Los mundos de la educación y del trabajo son realidades diferenciadas con sus propias lógicas de interacción y sus códigos de comunicación, según Castro y otros (2010). El mundo de la

“

la actividad hortícola representa una oportunidad de reinserción laboral para jóvenes en situación de riesgo



educación debería ser el de la equidad, la homogeneidad, la universalidad y la calidad (Riquelme y Herger, 2006), mientras que el de la producción es un mundo donde predomina la diversidad y en el que es necesario esforzarse por armonizar los conceptos de sustentabilidad, productividad y competitividad. Ambos mundos no son compartimentos estanco con límites definitivos y excluyentes sino que se complementan y se enlazan entre sí y con otros sistemas para dar cuerpo a un conjunto social organizado. El esfuerzo por comprender cada uno de ellos permitiría su desarrollo de forma tal que favorezca el despliegue de las potencialidades de las personas (Castro y otros, 2010), para lo cual resulta imprescindible la articulación interinstitucional, de manera de propiciar el logro de objetivos previamente consensuados. Y la interacción entre educación y trabajo permite la incorporación competencias laborales (Castro y otros, 2010:30).

La capacitación profesional, según Catalano (2004), puede ser entendida como un proceso de desarrollo individual tendiente a adquirir y perfeccionar capacidades que permitan ejercer de la mejor forma un oficio, una profesión o un trabajo. Implica la adopción de habilidades y destrezas, que le permitan, por ejemplo, llevar adelante un proyecto productivo.

La articulación interinstitucional orientada a la implementación de servicios de educación facilita una base real al concepto de formación continua a lo largo de toda la vida, según Castro y otros (2010:35). El mercado de trabajo, compuesto por la población económicamente activa, que no es propietaria de los medios de producción, está integrado inclusive por jóvenes que requieren habilidades que les posibiliten una adecuada inserción en el mundo del trabajo, tal como lo indica Sladogna (2000), evitando los riesgos a los que de otro modo se verían sometidos.

La Universidad del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNCPBA) ha desarrollado un programa de extensión con el objetivo de vincular la docencia e investigación con la comunidad y lograr una articulación que aporte soluciones a las problemáticas y necesidades de la sociedad mediante la intervención. Desde las políticas de la UNCPBA se entiende a la extensión como un proceso de conocimiento nuevo, que vincula críticamente el saber científico con el saber popular. Asimismo, es una función que admite orientar líneas de investigación y planes de enseñanza generando compromiso universitario con la sociedad que apunte a la resolución de sus problemas. De esta manera, mediante los diferentes proyectos se consigue materializar, en un conjunto variado de actividades y acciones planificadas, la utilidad social del conocimiento y la formación solidaria, contribuyendo al mejoramiento tanto de la sociedad como del individuo. De ellos surgen propuestas de intervención, servicios, asistencia técnica, producción y/o transferencia de conocimientos y resultados de investigación que atienden a problemáticas definidas a través de estrategias explícitas en contextos delimitados.

En tal sentido, se generó un proyecto de producción hortícola sustentable ecoeducativo, como ejemplo regional, orientado a

impulsar la producción sustentable y diversificada como estrategia para la expansión del sector en la zona, la mejora de la calidad de vida de los habitantes y la reinserción social de jóvenes en situación de riesgo. Entre los objetivos específicos que se plantearon, figuran:

- Capacitar a jóvenes en situación de riesgo en los distintos sistemas de producción hortícola.
- Facilitar tecnologías sustentables de procesos y no de insumos, tales como: la asociación de cultivos, la inclusión de aromáticas, el manejo integrado de plagas, entre otros.
- Evaluar los cultivos de mayor calidad obtenidos y, sobre ellos, trabajar en la incorporación de *packaging* especiales como estrategia para la diferenciación y valorización de las hortalizas producidas.
- Brindar conocimientos que permitan el autosustento y una salida laboral a jóvenes en situación de riesgo.

Con estos propósitos se busca principalmente capacitar a los beneficiarios para promover en ellos nuevas habilidades en actividades demandantes de mano de obra, generar actitudes para el trabajo, hábitos y salida laboral, o al menos los conocimientos que permitan el autosustento. A su vez, el proyecto apunta a generar recursos necesarios para enriquecer la dieta y satisfacer la demanda de alimentos para sustento de la familia de los beneficiarios. Es muy gratificante para los jóvenes llevar un producto cuidado por ellos a su casa, como también lo es el incentivo económico originado por las ventas de excedentes. Para este proyecto se utilizó a la actividad hortícola como instrumento educativo y socializador, ya que ésta, entre sus múltiples oportunidades, representa una alternativa de reinserción laboral para jóvenes en situación de riesgo. Los emprendimientos productivos constituyen espacios económicos interesantes en aquellos casos en los que el acceso al empleo y la generación de ingresos se ven limitados.

La institución elegida para desarrollar el proyecto fue el Centro de Día N° 3 "La Granja", perteneciente al Municipio de Olavarría. Desde hace dos décadas, el Centro realiza distintas actividades de capacitación y de inserción laboral para jóvenes en situación de riesgo. Además, se los contiene y acompaña para superar problemas familiares, de deserción escolar y de riesgo social. Los jóvenes en la institución terminan sus estudios primarios y deben egresar con la posibilidad de ser insertados en el medio laboral o continuar con sus estudios por medio de tutorías. El número de alumnos que asiste es variable. Durante el período del presente proyecto dicho número fue de 30 jóvenes.

El predio de la institución cuenta con dos hectáreas en las cuales se encuentran la zona de aulas, talleres, depósito de herramientas e insumos, comedor, zona de recreación con pileta, canchas de fútbol y voleibol. La zona de producción está comprendida por áreas destinadas a pequeños animales de granja, huerta y frutales, y un área de acondicionamiento y venta. Esta última fue incorporada como uno de los objetivos planteados para este proyecto. Se



la vinculación con el contexto socioproductivo y cultural se vio favorecida por la positiva valoración por parte de la comunidad respecto de los productos comercializados debidamente identificados

cuenta con un responsable de las tareas de producción y dos docentes a cargo del grupo.

Las actividades productivas que llevan a cabo son la cría de pequeños animales, como gallinas ponedoras, conejos, ovejas, y la huerta, que se realiza a campo abierto y bajo invernadero. Gracias al presente proyecto se mejoraron las técnicas de producción de hortalizas.

La duración del proyecto fue de un año, comprendido en el período de noviembre de 2012 a noviembre de 2013. Se trabajó desde la capacitación, producción y diferenciación de productos hortícolas, con base en tecnologías de procesos y no de insumos, o sea que todos sus componentes se encontraron en equilibrio con el medio ambiente, tanto para la preparación del suelo como para el cultivo y el procesado.

Siempre se hizo hincapié en la contención de los jóvenes, por lo que se trabajó el proyecto desde la producción hortícola sustentable ecoeducativa, desde la sensibilización en temáticas relacionadas con ambiente, nutrición y salud. Los jóvenes fueron capacitados en el diseño, ejecución y mantenimiento de una huerta; se les brindaron técnicas de poscosecha para mantener las características del producto recién cosechado y se los introdujo en el empleo de técnicas de *packaging* tendientes a la valorización de los productos, como, por ejemplo, en empleo de calcomanías identificatorias para el armado de atados de puerro, cebolla de verdeo y cultivos de hoja como acelga, lechuga, entre otros.

2. Metodología de la intervención

Docentes de la Universidad realizaron visitas semanales durante todo el período del presente proyecto. En las primeras semanas, se efectuó un diagnóstico para determinar en cuáles de los cultivos que se venían llevando a cabo era más conveniente enfocar este proyecto y qué nuevos cultivos resultaba conveniente introducir. Una vez concluida la etapa de diagnóstico, desde la Universidad se entregaron insumos para las etapas de producción y de procesado. En el primer caso se aportaron semillas y plantines de aromáticas para la realización de las siembras, almácigos y plantaciones nuevas. En el caso de la etapa de procesado, se aportaron

distintos elementos en la generación de un espacio específico o sector de procesado poscosecha para llevar a cabo las tareas de acondicionamiento de todos lo producido. Además se aportaron materiales para crear un sistema de *semiforzado* para producción a campo cuando las condiciones climáticas no lo permiten, como es el empleo de microtúneles.

Se planificaron las etapas de inicio de los cultivos, ya sea almácigo o siembra directa, o por plantación en el caso de las aromáticas. Como complemento se diseñaron e incorporaron al sistema productivo planillas de registro de datos de cultivo, es decir, todas las tareas que se realizan en el campo sobre cada cultivo, y otras planillas de registro de cosecha.

Se efectuaron capacitaciones a alumnos y docentes a cargo del sector productivo sobre diferentes técnicas de cultivo, requerimientos de cada especie a cultivar, especies aromáticas asociadas a la producción hortícola, control integrado de plagas, entre otras. También se capacitó en conceptos básicos para un adecuado manejo de los invernaderos y microtúneles. En las capacitaciones se hizo hincapié en el aprendizaje mediante la práctica a campo.

Se incorporaron técnicas de buenas prácticas de cosecha y poscosecha. Se realizaron reuniones de trabajo entre todas las instituciones intervinientes, con el objetivo de proponer los posibles envases, logo y descripción del producto. Las tareas se difundieron en medios locales y regionales y con ello se incentivó a la población a acercarse a la institución y a consumir hortalizas de producción local. En síntesis, se adecuaron las prácticas didácticas y los criterios de evaluación al perfil de este proyecto en particular.

3. Condición previa a la práctica de extensión

Los productos obtenidos en la huerta del Centro de Día “La Granja” tienen variados destinos. Principalmente son utilizados en la elaboración de los alimentos consumidos en el comedor de la institución y, como complemento, una vez por semana los alumnos cosechan y se llevan hortalizas a su casa. Los excedentes son comercializados a otros Centros de Día, Jardines Maternales, y a

particulares que se acercan a la Granja con el deseo de obtener un producto fresco y de calidad.

Al ser tan variadas las especies que se producen, se emplean diferentes formas de producción según las especies producidas en cada época del año.

Las hortalizas producidas a lo largo del año son: lechuga, acelga, espinaca, achicoria, rúcula, perejil, habas, arvejas, coliflor, remolacha, zanahoria, papa, tomate, pimiento, berenjena, zapallo anco, de tronco, cebolla, puerro y ajo. El objetivo de la institución es que, de producirse excedentes de plantines o semillas, los jóvenes se los lleven a sus hogares a fin de replicar en ellos las técnicas aprendidas en la institución.

Con anterioridad al inicio del presente proyecto, el Centro de Día “La Granja” había recibido del Programa Huertas Bonaerenses, perteneciente al Ministerio de Asuntos Agrarios de la Provincia de Buenos Aires, herramientas de mano y semillas, animales de granja y plantas frutales del Programa PROHUERTA del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, INTA.

Los docentes de la institución, venían recibiendo algunas capacitaciones en temáticas afines al presente proyecto, como por ejemplo nociones básicas de huerta familiar, buenas prácticas en la producción hortícola, poda de frutales, elaboración de dulces y conservas, entre otras, las que actuaron de motivadoras hacia la integración interinstitucional en el marco del presente proyecto. La institución dispone de dos invernáculos tipo túnel¹, donde realiza la mayor parte de las producciones hortícolas, ya que las particulares condiciones climáticas de la ciudad no permiten llevar a cabo con éxito las mismas, debido a las excesivas heladas del invierno y el intenso calor en verano.

Las tareas de siembra, carpida y cosecha se realizaban de manera manual; el acondicionamiento del suelo se realizaba de manera semimecanizada con motocultivador y el riego dentro de los invernáculos era por goteo y en la zona a campo de manera manual.

4. Situación que se deseó modificar

Con la implementación del proyecto se buscó:

- mejorar las técnicas productivas y la calidad de las producciones logradas en la institución y diferenciar a nivel local las especies hortícolas en las que se pueda obtener un producto de calidad, como así también contribuir a la optimización y diversificación de la dieta de los alumnos participantes del proyecto;
- generar un efecto multiplicador para otras instituciones educativas y microemprendedores hortícolas que, con los mismos objetivos, contribuyan a la expansión de las hortalizas a nivel regional;
- generar mayores excedentes con la implementación de técnicas de manejo adecuadas, que le permita a la institución, comercializarlos a través de diferentes canales.

¹ Los túneles son de 23 m x 5 m y 40 m x 7 m.

5. Vinculación con los actores

sociales con los que se trabajó

Con el objetivo de aunar esfuerzos, se realizó este proyecto interinstitucional de manera de que cada sector contribuya, cumpliendo el compromiso que tienen los organismos públicos hacia el desarrollo social y económico de los individuos.

Las entidades coparticipantes de la Universidad fueron:

- Centro de Día N° 3 “La Granja” perteneciente al área de Desarrollo Local del Municipio de Olavarría.
- Agencia de Desarrollo Local Olavarría (ADELO), perteneciente al Municipio de Olavarría. La Agencia aportó cuatro técnicos, un Ingeniero Agrónomo, una Licenciada en Alimentos, un diseñador (quien realizó el logo de las etiquetas y cintas para la venta) y personal administrativo (que se encargó de llevar adelante la carga de datos de las planillas de producción y venta).

6. Cambios efectivamente producidos durante el proceso de la intervención

Entre los resultados logrados se destacaron: la elaboración e implementación de protocolos de producción de las especies que se producen con mayor calidad y la realización de planillas de registro de insumos, siembra, trasplante, manejo de plagas, cosecha y procesado. Se acondicionó y equipó un sector para poscosecha y acondicionamiento en fresco; colocando una mesa y una balanza. Además, se les entregó a los docentes de la granja, doce metros de caño ángulo y electrodos para que en el área de soldadura se fabrique un armazón exhibidor para las hortalizas no perecedoras o para especies que requieran algún tipo de maduración. Se elaboró un listado de precios para poder homogeneizar los valores de venta, de modo que los valores cobrados sean acordes a los precios de mercado.

Se incorporaron aromáticas al sistema de producción y se diseñó y ejecutó una nueva plantación de dichas especies. Dicha plantación se efectuó con el aporte de plantines de lavanda, salvia, orégano y tomillo, adquiridos por la UNCPBA en el marco del proyecto. Previa capacitación, se efectuaron prácticas de viverismo, siembra, cosecha y valorización de diversos cultivos hortícolas y de aromáticas medicinales, siguiendo las indicaciones propuestas en los protocolos y llevando los registros correspondientes.

El impacto social que se destacó es la apropiación del proceso de producción y por consiguiente del proyecto, contribuyendo a mejorar las habilidades y la calidad de vida de los jóvenes involucrados. Los conocimientos adquiridos por los adolescentes y adultos referentes del Centro de Día continúan siendo aplicados, acompañando los distintos procesos productivos iniciados.

Los logros en calidad y cantidad de lo producido actúan como un importante factor de autoestima para los adolescentes, como la concreción y educación que con esfuerzo, responsabilidad y con conocimientos específicos pueden mejorar y cumplir los objetivos propuestos en tiempo y forma. Para ellos fue importante observar que

el proyecto tuvo continuidad durante el año de trabajo y los objetivos que se fueron proponiendo (tanto productivos como compra de herramientas, etc.) se fueron concretando en los plazos estipulados. Este proyecto integral pudo ser aplicado en todas sus dimensiones, por las distintas propuestas educativas que funcionan en el Centro de Día, ya que también se trabajó coordinadamente con la escuela primaria y secundaria que funcionan en la misma institución. Económicamente, desde su momento fundacional, lo producido en el Centro de Día, como ya se ha expresado, se consume internamente en el comedor escolar de la institución, los viernes se llevan los alumnos a sus casas y los excedentes se venden. La mejora en la producción con la nueva planificación propuesta, ha evidenciado que en todo momento, la Granja cuenta con hortalizas para consumo interno y venta de excedentes. Este aspecto ha tenido un impacto relevante, tanto para la economía interna del Centro de Día, que es destinada principalmente para actividades recreativas de los adolescentes como viajes, campamentos, etc., como a nivel personal de cada uno de los adolescentes donde, la venta de hortalizas en forma particular ha representado para ellos un aumento monetario que se suma al sistema de Becas que ya cuenta la Granja. Esta suma monetaria adicional ha impactado positivamente en la economía familiar de cada uno de los adolescentes. Hubo efectos que superaron las expectativas, vinculados al compromiso con el proyecto, que asumieron los encargados de la huerta y los alumnos, ya que todos ellos han colaborado en las distintas actividades que se realizaron, como así también se han responsabilizado de mantener en el tiempo las consignas de *buenas prácticas agrícolas* que fueron incluidas en la producción. Todas las actividades propuestas fueron incorporadas por la Institución. Inclusive, la realización de microtúneles como complemento de las actividades originalmente previstas en el proyecto inicial para hacer más eficiente la producción de invierno y de verano al aire libre. Se explicó la técnica, se adquirieron los materiales, para que la institución pudiera armarlos. La comercialización mejoró durante el transcurso del proyecto, si bien sigue siendo un punto que convendría fortalecer, dado que los docentes se encuentran abocados principalmente a la producción y el acompañamiento de los adolescentes. La mayor demanda se debe a que se ha fomentado la venta a particulares por medio de la difusión boca en boca, redes sociales y la comunicación en los medios. Se incorporó la venta de hortalizas en las exposiciones y encuentros de diferentes centros que se hacen dentro del Centro de Día "La Granja". La meta que se propuso con los integrantes de este proyecto fue aumentar los puntos de venta fijos en verdulerías, donde se puedan llevar los excedentes de la producción, sin que los encargados de la huerta deban preocuparse en plena producción por este punto. Sería interesante que la institución rediseñe la dieta del comedor de la institución, donde almuerzan diariamente, aumentando el porcentaje de hortalizas previsto.

7. Conclusión

El logro de una verdadera construcción interinstitucional, mediante el aporte de docentes, directivos, personal técnico y administrativo, permitió lograr la capacitación de los jóvenes en situación de riesgo del Centro de Día "La Granja", de manera que los mismos, no sólo adquirieran destrezas y habilidades, sino también el deseo de lograr una mejora continua de éstas y su aplicación como forma de vida. Los adolescentes lograron capacitarse en diversas producciones hortícolas y aromáticas, en invernadero y a campo, adoptando la modalidad de registro de todas las actividades y la adopción del concepto de *buenas prácticas agrícolas* y la importancia de valorización de los productos logrados. En tanto, los docentes tuvieron la oportunidad de desarrollar su profesionalidad y capacidades didácticas, incentivando el espíritu creativo e innovador de los alumnos. El personal directivo, técnico y administrativo desarrollaron capacidades para gestionar las acciones de vinculación con el medio. La vinculación con el contexto socio productivo y cultural, lograda en el marco de este proyecto, también se vio favorecida por la positiva valoración por parte de la comunidad respecto de los productos comercializados debidamente identificados. La evaluación institucional y seguimiento de las actividades, desde la UNCPBA y ADELO y su valoración de los resultados logrados y de los efectos de las acciones realizadas, y su difusión, fueron el complemento necesario para el cierre de un ciclo positivo, que se reinicia anualmente en la institución Centro de Día "La Granja".

Bibliografía

- Angarita Cañas, P. (2002). "La seguridad ciudadana: ¿Nuevo reto en la defensa de los derechos humanos?". Revista *lidh*. v. fasc. pp. 117-166. San José de Costa Rica.
- Ayala, J. (2005). *Competencias básicas en gestión*. 1ra. ed. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Balbín, J. (2008). *Metodología para la inclusión del enfoque de derechos en el desarrollo vía los planes*. Medellín: Instituto Popular de Capacitación. Disponible en: <http://www.ipc.org.co/images/stories/EnfoqueDerechos.pdf>
- Castro, J., Celma, L., Fariás Toñáñez, A. y Gallagher Ovelar, W. (2010). *Capacidades del sistema público de formación profesional para incluir jóvenes en condiciones de vulnerabilidad*. Disponible en: http://www.activamente.com.py/sites/default/files/sdp_01_2010_1_informe_de_estudio_de_relevamiento.pdf (consultado el 10/04/2014).
- Catalano, A. (2004). *Diseño curricular basado en normas de competencia laboral*. Buenos Aires: BID/FOMIN; OIT/Cinterfor.
- FAO (s/f). *Derecho a la Alimentación*. Disponible en: <http://www.rlc.fao.org/es/iniciativa/la-iniciativa/derecho-alimentacion/>
- Riquelme, H. y Herger, N. (2006). "Escenarios de educación y formación para el trabajo: ¿Mercado de ilusiones de corto plazo o alternativas socio-educativas a la exclusión? Ponencia presentada en Meeting of the Latin American Studies Association. San Juan, Puerto Rico.
- Sladogna, M. (2000). *La recentralización del diseño curricular. El perfil profesional y la definición de competencias profesionales*. Buenos Aires: Instituto nacional de educación tecnológica. Dirección nacional de educación técnico profesional.

Horta de plantas medicinais para uso terapêutico e nutricional

Dulci N. F. Vagenas

Daniela Fagioli

Professoras da Universidade Paulista.

Altamiro Rodrigues

Funcionário da Associação

Beneficente Comunidade de Amor

Rainha da Paz.

Marta Leni O. S. De Campos

Aluna do curso de Farmácia.

Universidade Paulista.

1. Introdução

O Padre José de Anchieta (1560–1580) foi o primeiro a descrever o uso das plantas medicinais do Brasil. Até hoje as plantas medicinais são usadas com fins de tratamento, cura de doenças e para prevenção e bom funcionamento de todos os sistemas fisiológicos humanos.

A Organização Mundial da Saúde estima que 80 % da população mundial utiliza a medicina tradicional para suas necessidades básicas de saúde e que, quase 85 % da medicina tradicional envolve o uso de plantas medicinais, seus extratos vegetais e seus princípios ativos (Akerele, 1993).

As plantas medicinais desempenham importante papel na nutrição humana em todas as faixas etárias, como fonte de vitaminas, sais minerais e fibras. Além disso, também destaca-se a preocupação com o uso eficiente dos recursos naturais não renováveis, manutenção da biodiversidade, preservação ambiental, desenvolvimento econômico e qualidade de vida humana em um ambiente sustentável (Brito e Freitas, 2004).

Neste contexto, a horta orgânica de plantas medicinais refere-se a uma produção baseada em tecnologias limpas e sustentáveis, sem agrotóxicos, que pode ser aliada à preocupação das pessoas com o seu bem-estar, através da alimentação com produtos naturais, como frutas, legumes e hortaliças, sejam elas folhosas, raízes ou caules (Winter e Davis, 2006).

Utiliza-se a compostagem, que é produzida a partir das folhas de árvores, restos de cozinha, mato capinado, cinzas, cascas de frutas e outros. Apresenta facilidade em seu preparo em casa, uma vez que basta misturar na terra todos esses ingredientes, os quais são ricos em aminoácidos e ácidos húmicos, que atendem

Universidad y salud /

Intervenciones

Resumo

A Organização Mundial da Saúde estima que quase 85 % da medicina tradicional envolve o uso de plantas medicinais, seus extratos vegetais e seus princípios ativos. O objetivo desse trabalho foi criar uma horta de plantas medicinais nas instalações de uma Associação Beneficente, Santana de Parnaíba, São Paulo e ensinar às mães como plantar, colher, preparar e ministrar os chás. Foi realizado o plantio de 11 plantas medicinais de consonância com a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para uso terapêutico e nutricional. Até o presente momento foi realizado o primeiro mutirão da saúde, onde foi oferecido chá de hortelã e um folder explicativo como modo de preparo e no mês de maio/2014, a semana de saúde e beleza, onde oferecemos chá de manjerição e pesto. Ressalto que os participantes apresentaram elevada aceitabilidade, avaliando como excelente, pois os mesmos são de fácil preparo e sabor muito agradável.

Palavras-chave

- plantas medicinais
- terapêutico
- nutricional
- hortelã-chá

as exigências nutricionais da planta. São biorreguladores gerando resistência orgânica a pragas, doenças e ao stress hídrico (Hayes *et al.*, 2001; Teixeira *et al.*, 2002).

Contudo, contempla também atividade socioambiental, desenvolve a capacidade de trabalho cooperativo em equipe, ampliando a consciência da importância de ações solidárias individuais e coletivas (Filgueira, 2003; Brito e Freitas, 2004), ressaltando-se a inclusão social de pessoas carentes, pois permite o tratamento de problemas de saúde através da utilização das plantas medicinais (Paixão *et al.*, 2013).

Em termos educacionais, constrói o senso de responsabilidade, de valores mais humanizados e permeia todo o processo de aprendizado, estabelecendo relações saudáveis entre meio ambiente e sociedade.

O objetivo deste projeto foi ensinar o plantio da horta de plantas medicinais e sua utilização terapêutica e nutricional com as mães, crianças e adolescentes com deficiências múltiplas atendidas na Associação Beneficente Comunidade Amor Rainha da Paz, localizada na Estrada do Surú, Santana de Parnaíba, São Paulo, Brasil. Esta associação, criada em 2001, beneficia aproximadamente 300 crianças e adolescentes carentes, portadores de necessidades especiais e deficiências múltiplas e suas famílias, é uma entidade sem fins lucrativos, cedeu suas instalações para a montagem da horta de plantas medicinais.

Atua em diversas áreas e promove a assistência social, possui um consultório odontológico, uma sala de fisioterapia, uma de terapia ocupacional, de Informática, de fonoaudiologia, uma cozinha industrial, uma padaria, uma enfermaria, o setor de neurologia e a brinquedoteca.



Atualmente, mantém quatro subprojetos: *Cuidar de quem cuida da gente*; *João de Barro*; *Mãos dadas e vivaleite*, que possuem como principal objetivo o resgate da autoestima; melhoria das condições habitacionais e do vínculo familiar.

A Universidade Paulista, campus Alphaville, forneceu docente responsável e os alunos de graduação do curso de farmácia e nutrição.

2. Desenvolvimento

- Primeira parte do projeto: escolha da área para o plantio e o início do processo de compostagem.

Para a implantação de uma horta orgânica com plantas medicinais foi escolhido um local de fácil acesso, terreno plano com boa insolação, fatura de água e bom solo. Cada planta medicinal apresenta características próprias, ciclo de vida, época para o plantio, necessidade de nutrientes e água (Lucon e Chaves, 2004).

- Segunda parte do projeto: escolha das plantas medicinais.

As plantas medicinais que foram utilizadas nesta atividade estão em consonância com a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, RDC N°10/2010), assim são aprovados para uso terapêutico: *Rosmarinus officinalis* (alecrim), *Cymbopogon citratus* (capim cidreira), *Matricaria recutita* (camomila), *Pimpinella anisum* (erva-doce/ anis), *Baccharis trimera* (carqueja), *Ocimum basilicum* (manjeriço), *Mikania glomerata* (guaco), *Mentha* (hortelã), *Phyllanthus niruri* (quebra-pedra), *Mentha pulegium* (poejo), *Salvia officinalis* (salvia).

A escolha das plantas ocorreu após questionamento às mães sobre os principais problemas de saúde das crianças. Desta forma, os problemas digestivos foram os mais representativos (80 %) entre os cadeirantes, pois apresentam constantemente queixas de gases, má digestão, obstipação, entre outros; as queixas respiratórias, como gripes, pneumonia, rinite, sinusite, bronquite e asma, também apresentaram destaque, além das queixas urinárias que incluíam as infecções urinárias e cálculos renais.

- Terceira parte do projeto: produção da compostagem.

A compostagem foi elaborada com resíduos orgânicos provenientes da cozinha da instituição (restos de frutas, casca de cebola, batata, cenoura, guardanapo, arroz, feijão etc.), folhas de restos de capina do jardim, borra de café e chá da cozinha. Os resíduos foram colocados na terra com buracos de 1 m de altura e 0,70 m de diâmetro, em camadas alternadas (terra/resíduos) e irrigadas. A irrigação e o reviramento das pilhas foram realizadas a cada sete dias.

- Quarta parte do projeto: passo a passo para o plantio.

- Passo 1: preparo do canteiro de 1 m x 2 m com terra da compostagem em um local com adequada drenagem natural;
- Passo 2: distribuição as mudas de plantas medicinais no centro do canteiro, deixando uma distância de aproximadamente 15 cm entre uma e outra;
- Passo 3: cobertura com um pouco de terra toda a raiz da planta;

- Passo 4: irrigação das mudas com um pouco de água, pelo menos uma vez ao dia. Em dias muito quentes, duas vezes ao dia (pela manhã e à noite) até as mudas emergirem.

- Quinta parte do projeto: educacional.

As mães que possuem filho(s) com deficiências múltiplas foram orientadas, durante a oficina culinária, a prepararem os chás específicos que devem ser ministrados de acordo com a sua necessidade.

3. Resultados e discussão

O plantio das mudas das plantas medicinais iniciou-se em setembro de 2013 com a seleção de 11 espécies diferentes (Tabela 1), selecionadas de acordo com as necessidades das crianças após uma triagem com as mães para o levantamento dos principais problemas de saúde das crianças e adolescentes. A primeira coleta aconteceu em outubro do mesmo ano, quando realizamos o primeiro mutirão da saúde na Instituição Rainha da Paz. Neste evento escolhemos preparar o chá de hortelã, pois 80 % das crianças e adolescentes são cadeirantes e 60 % apresentam problemas de má digestão.

O preparo do chá foi realizado na cozinha da instituição Rainha da Paz: utilizamos folhas frescas coletadas pela manhã (10 g para 1 litro de água fervente), preparamos a infusão acrescentando as folhas e tampando até esfriar. Logo em seguida, coamos e servimos a os participantes do primeiro mutirão da saúde (UNIP/Rainha da Paz) juntamente com a distribuição de folder explicativo sobre a propriedade da hortelã, indicações, uso digestivo e contra indicação. Observamos que o chá de hortelã teve boa aceitação por parte das crianças, adolescentes e adultos que participaram do mutirão, pois ele tem aroma suave e sabor muito agradável ao paladar.

Nos dias 5 ao 9 de maio de 2014 realizamos a semana da saúde e beleza para as mães, onde ensinamos a preparar chá de manjeriço (dez folhas frescas para meio litro de água fervente) e molho/pesto (um maço das folhas frescas e lavadas, 100 g, uma xícara de chá de azeite, um dente de alho, sal a gosto, triturados no liquidificador).

4. Conclusão

Com o presente estudo foi possível concluir que a produção de uma horta orgânica de plantas medicinais, como atividade terapêutica e a utilização dos seus produtos possibilitou ampliar os conhecimentos referentes ao plantio, propriedades e a utilização das plantas para usos medicinais e nutricionais, além de melhorar o bem-estar das crianças e adolescentes com deficiências múltiplas, e ampliou o vínculo entre mãe e filho.

Também foi possível comprovar que, quando existem parcerias entre Universidade e Comunidade, torna-se viável a troca de informações científicas e conhecimentos populares, resultando em benefício recíproco.

Tabela 1

Nome Popular	Nome Científico	Indicações	Contra indicações
Alecrim	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Antiespasmódica, analgésica, antiinflamatória.	Gestantes: pode provocar aborto.
Capim-cidreira	<i>Cymbopogon citratus</i>	Ansiolítico, antidiarréico, vasodilatador.	Dose alta pode causar desmaios.
Camomila	<i>Chamomilla recutita</i>	Antiespasmódico, anti-hemorroidária, antidiarréico.	Pode causar rinite alérgica.
Hortelã	<i>Mentha</i>	Digestivo, vermífugo, expectorante.	Uso prolongado pode causar insônia.
Quebra-pedra	<i>Phyllanthus niruri</i>	Diurética, antinefrítica, anticancerígena.	Pode ser tóxica em doses elevadas.
Guaco	<i>Mikania glomerata</i>	Expectorante, antiasmático, antitussígeno, antiinflamatório.	Uso prolongado pode provocar hemorragias.
Poejo	<i>Mentha pulegium</i>	Digestivo, vermífugo, expectorante.	Gestantes: pode provocar aborto.
Erva-doce	<i>Pimpinella anisum</i>	Calmante, mucolítico, diurético.	Não devem ser usados em pacientes com problemas crônicos gastrointestinais.
Carqueja	<i>Baccharis trimera</i>	Hepatoprotetora, digestiva, antigripal.	Gestantes: pode provocar malformações fetais.
Manjerição	<i>Ocimum basilicum</i>	Digestivo, desintoxicante, diurético.	Gestantes e Lactantes não devem fazer o uso.
Sálvia	<i>Salvia officinalis</i>	Cicatrizante, antisséptica bucal, antiinflamatória.	Não deve ser usada por gestantes, estimula contrações uterinas.

Fonte: elaboração própria, baseado: Ministério da Saúde, 2006; Costa, 2002; Paixão *et al.*, 2013.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA (2013). *Plantas medicinais*. <http://portal.anvisa.gov.br/> (último acesso em 12/12/2013).
- Akerele, O. (1993). "Summary of WHO guidelines for the assessment of herbal medicines". *Herbal Gram*, 28, pp. 13–20.
- Albuquerque, U. P. e Hanazaki N. (2006). "As pesquisas etnobotânicas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas". In *Rev. Bras. Farmacogn*, 16 (Supl.), pp. 678–689.
- Barbosa, F. G. (2003). *Contribuição ao conhecimento químico de três quimiotipos de Lippia alba (Mill.) N. E. Brown, cultivados no horto de plantas medicinais da UFC*. Tese de Doutorado em Química Orgânica, Universidade Federal do Ceará, Brasil. Política Nacional de plantas medicinais e fitoterápicas. Brasília.
- Brito, W. A. e Freitas, M. A. A. (2004). "Horta orgânica: segurança alimentar do campo à mesa". Aracaju: EMDAGRO, 22p. il. (EMDAGRO. Série Tecnologia Agropecuária, 06).
- Costa, A. E. (2002). "Nutrição e Fitoterapia". Porto Alegre, RS: Vozes Ltda. – Universidade Federal de Santa Maria.
- Filgueira, F. A. R. (2003). *Novo manual de olericultura*. 2ª. edição. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa.
- Hayes, M. H. B. e Clapp, C. E. (2001). *SoilSci*. pp. 723. [Link].
- Julião, L. S.; Tavares, E. S.; Lage, C. L. S.; Leitão, S. G. (2003). "Cromatografia em camada fina de extratos de três quimiotipos de Lippia alba (Mill.) N. E. Br. (erva cidreira)". *Rev. Bras. Farmacogn*, 13, pp. 36–38.
- Lucon, C. M. M. e Chaves, A. L. R. (jan./dez. 2004). *Palestra-Horta Orgânica*. Biológico, São Paulo, 66, n.1/2, pp. 59–62.
- Michereff, S. M. e Barros R. (2001). *Proteção de plantas na agricultura sustentável*. Recife: Imprensa Universitária da UFRPE.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica (2006).
- Osterroht, M. (2001). *O sítio ecológico e produtivo: horta, pomar e solo fértil*. Botucatu: Ed. Agroecológica.
- Paixão, J. L. F.; Humberto, D. e Oliveira, J. E. Z. E. (ago. 2013). "Horta orgânica de ervas medicinais: inclusão social na comunidade da Barra em Muriaé/MG Brasil". *Revista Agrogeoambiental*, 5, Nº 2, caderno II, pp. 19–30. Pouso Alegre.
- Ribeiro, S. M. L.; Silva, R. C.; Castro, I. A. e Tirapegui, J. (2005). "Nutritional assessment of handicapped individuals involved on physical activity". *Nutr Research*, 25, pp. 239–249.
- Ricci, M. S. F. e Neves, M. C. P. (2006). "Cultivo orgânico de café. Sistemas de Produção". 2: <http://www.cnpab.embrapa.br/publicacoes/sistemasdeproducao/cafe/index.htm> (último acesso em 12/12/2013).
- Teixeira, L. B.; Germano, V. L. C.; Oliveira, R. F. e Furlan Júnior, J. (2002). *Processo de Compostagem a Partir de Lixo Orgânico Urbano e Caroço de Açaí*. Belém, PA: Embrapa Amazônia Oriental.
- Winter, C. K. e Davis, S. F. (2006). "Organic foods". *Journal of Food Science*, 71.

Plantas medicinales: promoción de la salud comunitaria desde una perspectiva intercultural

Mariana Costaguta

Integrante de la Comisión de Interculturalidad y Salud de la Asociación Metropolitana de Medicina General y Equipos de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Laura Gabucci

Martín Rodríguez Morcelle

Bruno Lus

Docentes investigadores del Departamento de Ciencias Básicas. Universidad Nacional de Luján.

1. Introducción

Durante los últimos años, el uso de las plantas con fines medicinales ha retomado protagonismo a partir de una serie de razones, como la revalorización de las prácticas culturales, los inconvenientes generados por el uso de los medicamentos de otro origen, la iatrogenia proveniente de la tendencia a la medicamentación de la salud, el cuidado del medio ambiente y el aumento del consumo de *lo natural* en la cultura occidental, entre otros motivos. Por otra parte, el mercado de los medicamentos fitoterápicos¹ de venta libre está en franco auge y crecimiento continuo en los últimos 10 años, coincidentemente con la reglamentación legal que los regula en nuestro país desde el año 1998.

Las concepciones de salud que reproducen las poblaciones humanas son diversas, dinámicas e histórica y ambientalmente construidas, y son parte de los procesos identitarios y del desarrollo humano. Sin embargo, mayoritariamente, los protocolos de atención validados por los sistemas de salud y la formación de sus profesionales responden a una mirada hegemónica de la salud basada exclusivamente en el paradigma biomédico.

En simultáneo, la Organización Mundial de la Salud promueve desde 2002 estrategias sobre medicinas tradicionales (OMS, 2002, 2004, 2009). En 2014, este organismo presentó un documento sobre la temática en el que propone un horizonte de trabajo global hasta el año 2023. Allí plantea:

1) Ley N° 16643 (Ley de Medicamentos), Decreto N° 150/92 y Resolución N° 144/98. Deben presentar todos los requerimientos exigidos por la ANMAT

en Disp. N° 2673/99. Recuperado de http://www.anmat.gov.ar/webanmat/mercosur/pdf_files/01ag_coprosal/AGREGADO_VII_Marco_Regulato-

Resumen

El proyecto “Las plantas medicinales en la atención primaria de la salud de los habitantes de Luján” surge con el objetivo de tejer un puente para el diálogo intercultural sobre salud y para el reconocimiento de los usos de la biodiversidad y su conservación. Los ejes sobre los que trabaja son el conocimiento de la comunidad en cuanto al uso de plantas medicinales, la implantación de jardines medicinales y la difusión a través de charlas y talleres. A través del entramado de miradas, prácticas, valores y recursos, se intenta validar metodologías y conocimientos al servicio de la gente y conformar aliados estratégicos mediante la articulación entre actores procedentes de los ámbitos educativos y de la salud. La experiencia relatada constituye un aporte a la defensa y revalorización de los saberes, la cultura y las prácticas sobre los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidados, en la interface entre la universidad, la comunidad y el sistema de salud.

Palabras clave

- atención primaria
- salud intercultural
- plantas medicinales
- biodiversidad
- farmacias vivas

“contemplar a los productos y prácticas reconocidos culturalmente como complemento de la prestación de servicios locales de salud y considera a los sistemas públicos de salud de sus Estados miembros fundamentales en la determinación y como facilitadores para el acceso a prácticas y productos inocuos” (OMS, 2014:18).

En los tres cordones del conurbano bonaerense conviven comunidades de múltiples raíces que suman complejidad a esta visión de la salud y a las intervenciones sanitarias en los distintos niveles de atención. Barragán (2007), en su libro sobre fundamentos de la salud pública, menciona entre los determinantes estructurales de la salud a los factores tradicionales de ingreso y educación y también reconoce como estratificadores sociales el género, la etnicidad y la sexualidad. En este marco nace, en 2011, el proyecto “Las plantas medicinales en la atención primaria de la salud de los habitantes de Luján” con el fin de tejer un puente para el diálogo intercultural en salud y para el reconocimiento de los usos de la biodiversidad y su conservación por los habitantes de Luján. El trabajo plantea una articulación estratégica entre los sectores educativos —que contemplan los niveles primario, secundario y universitario— y el sector salud —a través de los efectores de salud del primer nivel de atención y una asociación médica.²

rio_Fitoterapicos_2010.pdf

2) AMeGES. Asociación Metropolitana de Generalistas y Equipos de Salud, ver en www.ameges.com.ar



El diseño de este modelo de trabajo tiene importantes antecedentes en el plano internacional, como la red interuniversitaria TRAMIL,³ gestada a comienzos de la década del '80 y en vigencia en la actualidad. Destinada a la investigación aplicada para la validación de los usos de plantas medicinales caribeñas en la atención primaria de la salud, su producto más relevante es la edición de una farmacopea local reconocida por varios Ministerios de Salud de la región (Cuba, Panamá, entre otros). En el cono sur se pueden citar los importantes antecedentes de Brasil en la promoción, desde hace tres décadas, del concepto de "farmacias vivas",⁴ idea concebida en el nordeste brasileño cuya finalidad apunta a promover asistencia social, agronómica y farmacéutica a las comunidades. Ambas experiencias están en pleno proceso de continuidad hasta la fecha. Por otra parte, en la Argentina, desde el año 2004, la provincia de Misiones es precursora en la producción pública de medicamentos fitoterápicos basados en conocimientos tradicionales de la flora local y destinada a su entrega gratuita en atención primaria. La Planta de Elaboración de Medicamentos Fitoterápicos e Insumos, aprobada y habilitada por ANMAT,⁵ prevé el cultivo de las plantas medicinales, su producción y la distribución gratuita a los efectores públicos en todo su territorio.

Inspirados en estos modelos de acción, y dado que el grupo docente que inicia este proceso está integrado mayoritariamente por agrónomos, se hace un recorte como recurso terapéutico en la biodiversidad vegetal de uso medicinal, descartándose otros, como los de origen zoológico o mineral, así como aquellas prácticas de representación mágica, religiosa o ritual, aunque sin desconocer su existencia y valoración cultural.

Entre los objetivos del proyecto se encuentra la generación de un impacto positivo en la salud desde la promoción de políticas públicas inclusivas con perspectiva intercultural y basadas en evidencia de utilización tanto cultural como científica de las plantas medicinales. En sus inicios se requirió un diagnóstico que permitiese identificar necesidades, actores,⁶ escenarios, tensiones y grupos de interés.

Una de las primeras acciones llevadas a cabo fue la realización de un relevamiento sobre las especies medicinales utilizadas por los habitantes de Luján y los efectores de salud, sus aplicaciones, las partes de las plantas empleadas, las formas caseras de prepararlas y los lugares de acceso al recurso vegetal, entre otros elementos. La encuesta indagaba, además, si las personas las utilizaba como herencia de prácticas tradicionales o por el acceso circunstancial y mediático a la información, si se conservaba el hábito del cultivo,

se colectaba en espacios silvestres o eran adquiridas en mercados locales, farmacias y/o dietéticas, etc. Estos conocimientos permiten a la vez alertar sobre los cuidados que hacen a la utilización segura de plantas medicinales en términos de estar libres de contaminación ambiental, advertir potenciales toxicidades según las especies usadas y trabajar articuladamente con el sector salud para promover las prácticas seguras.

Las herramientas o tecnologías utilizadas hablan de los paradigmas que las contienen. Pensar los recursos para la salud, en este caso las plantas medicinales, como recursos terapéuticos, es una estrategia para poder acercarnos a las diversas cosmovisiones de vida, de mundo y de salud. Esto se logra en la medida en que no se caiga en la tendencia errónea de convertirnos en traductores entre los diferentes modos de vivir. Construir en paridad requiere del conocimiento mutuo de los actores así como del respeto de los múltiples aportes; de esta manera se ponen en valor las trayectorias terapéuticas de las comunidades. La elaboración de buenas prácticas para el cultivo, la higiene, la recolección, el secado, el fraccionamiento, el almacenamiento, el rotulado y la dispensación de las plantas medicinales son otros de los campos de estudio que necesitan el desarrollo local y la adecuación de los parámetros generales a las condiciones climáticas propias de cada localidad geográfica. A través del proyecto, muchos de estos temas se van contemplando en la práctica y se hace posible identificar vacíos de conocimiento para la imprescindible complementación entre extensión e investigación universitaria.

La experiencia relatada en este artículo se desarrolla en el partido de Luján,⁷ provincia de Buenos Aires, Argentina, desde el año 2011, en el marco del proyecto de extensión "Las plantas medicinales en la atención primaria de la salud de los habitantes de Luján",⁸ de la Universidad Nacional de Luján (UNLu). El grupo de trabajo está integrado por docentes y estudiantes de las carreras de Ingeniería Agronómica, Licenciatura en Ciencias Biológicas y Licenciatura en Ciencias de la Educación de la UNLu y miembros de la AMeGES. Asimismo, se trabaja en conjunto con la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la municipalidad local.

2. Estrategias para la acción y resultados de su proceso de implementación

El proyecto consistió en la implementación de diversos ejes de trabajo. En primer lugar, fue realizado un relevamiento del uso de las plantas medicinales a través de una encuesta semiestructurada

3) TRAMIL Medicina Tradicional de las islas del Caribe, ver en www.tramil.net

4) En 2009, en Ceará fueron descritos tres modelos de "farmacias vivas" a partir de sus objetivos específicos.

5) ANMAT (Asociación Nacional de Me-

dicamentos, Alimentos y Tecnología Médica). Expediente N° 1-47-10007-04-4.

6) Entendemos por actores a la comunidad y sus asociaciones civiles así como a la diversidad de equipos técnicos e institucionales que se vinculan en

el marco del proyecto descrito.

7) El partido de Luján se ubica en el denominado tercer cordón del conurbano bonaerense, a una distancia aproximada de 70 km de la ciudad de Buenos Aires. Según el último censo

poblacional (INDEC, 2010) posee 106 899 habitantes a lo largo de sus 800 km² de superficie, lo que arroja una densidad de 133 hab./km².

8) Resoluciones del Honorable Consejo Superior N° 400/11 y 695/13.

que tenía como destino a la población que asiste a los Centros de Atención Primaria de la Salud⁹ (CAPS). Fueron encuestadas 360 personas y se comprobó que el 50 % utiliza plantas medicinales para prevenir o curar problemas de salud. Entre las especies más usadas aparecen “aloe” *Aloe* sp. (41,5 %), “manzanilla” *Matricaria recutita* (18,7 %), “cedrón” *Aloysia citrodora* (15,4 %), “menta” *Mentha* sp. (12,3 %), “tilo” *Tilia* sp. (11,5 %), “boldo” *Peumus boldus* y “eucalipto” *Eucalyptus* sp. (11,2 %).

Se identificaron 65 problemas de salud desde la perspectiva de la población, los que reordenamos según categorías biomédicas utilizadas comúnmente en atención primaria de la siguiente forma: digestivos; patologías metabólicas; femeninos; piel; generales; respiratorios; nerviosos; salud bucal; ojos, oral y oídos, y urinarios. Por otro lado, se llevaron a cabo 77 encuestas a efectores de salud municipales, como médicos, enfermeros, trabajadores sociales y promotores. El 90,9 % consideró que las plantas medicinales poseen efectos terapéuticos; el 66,2 % reconoció utilizarlas; el 57,1 % manifestó conocer que las personas asistentes a los CAPS las empleaban; y sólo el 15,6 % recibió capacitación relacionada con la temática.

Además, se inició un trabajo con la comunidad boliviana del partido que está radicada en algunos de los barrios en los que desarrollamos el proyecto. Fueron efectuadas 17 encuestas en los barrios Parque Lasa y Lanusse que permitieron tener un primer resultado en el que se muestra que el 64,7 % de los entrevistados emplea plantas cuando tiene problemas de salud.

El segundo componente de acción se desarrolló a partir de charlas de difusión y talleres de la elaboración, en los que se trabajó sobre el reconocimiento taxonómico correcto, que garantiza la identidad de las plantas medicinales, haciendo hincapié en la parte empleada en cada caso. Se rescataron usos y saberes de la población y se trató de enriquecerlos con el aporte de información previa disponible por parte del equipo extensionista. En los talleres se compartió también el conocimiento sobre preparados caseros sencillos y extemporáneos, propios de las prácticas populares para la salud. Se utilizaron, con tal fin, plantas que cultivadas en los jardines y otras de fácil reconocimiento y acceso valoradas culturalmente. Estas acciones fueron impulsadas desde los CAPS dependientes de la Dirección de Atención Primaria del distrito de Luján estableciendo redes con el resto de las instituciones barriales. Los ámbitos donde se llevaron a cabo las charlas y los talleres fueron diversos. Además de los centros de salud, se realizaron en escuelas primarias y secundarias del distrito, la Universidad, sociedades de fomento y centros de jubilados. Cabe destacar la importante participación de la comunidad en estas actividades y

el profundo interés en la temática demostrado por los efectores de salud. Estos espacios permiten la reflexión y el intercambio de saberes desde las miradas de los diferentes actores vinculados a la salud.

El tercer eje temático fue abordado desde una perspectiva de promoción de la biodiversidad local a través de la implantación de jardines de plantas medicinales, conocidos históricamente en programas públicos del Brasil como las ya mencionadas “farmacias vivas” (Ministério de Saúde, 2012). Son espacios destinados al cultivo de especies con fines terapéuticos, identificadas con los nombres reconocidos por la comunidad, y que tienen una funcionalidad específica. En primera instancia sirven para realizar un reconocimiento adecuado de las especies y así evitar usos incorrectos o que pongan en peligro la salud de las personas. Además, aportan material para la elaboración de preparados seguros y para la propagación de estas plantas. Fueron instalados en los centros de salud de los barrios Parque Lasa, San Francisco, Loreto y Villa del Parque, en el Policlínico municipal y en el Centro Integrador Comunitario del barrio San Fermín. Uno de los obstáculos encontrados en este punto fue el mantenimiento y conservación de estos espacios, sobre todo en aquellos en los que no se logró un vínculo fuerte con la comunidad. En cada espacio donde fue instalado un jardín se entregó también un herbario conteniendo las plantas medicinales más utilizadas, con una ficha descriptiva y los usos y precauciones para cada especie. El equipo elaboró fichas agroecológicas sobre algunas de las especies más utilizadas que ofrecen información sobre aspectos de cultivo, la recolección y el secado, etc. Las fichas son usadas y distribuidas en las charlas y talleres dictados en el marco del proyecto.

3. Conclusiones

Durante la implementación del proyecto, muchos son los aprendizajes que el equipo incorporó, tanto en términos de conocimientos culturales, técnicos, como afectivos. Posicionarnos como estudiantes y profesionales universitarios respecto de la extensión es una actividad compleja pero necesaria como parte de las habilidades y competencias que debemos integrar en el campo profesional. Colocar el saber en términos de paridad no ha sido sencillo. Hemos tenido que aprender a estar abiertos a nuevos discursos, incorporar los relatos donde el peso de las historias de vida de las personas está presente, así como sus experiencias y memorias, que ponen en circulación símbolos, creencias y significados, conformando una red intersubjetiva que requiere

⁹ Las encuestas se realizaron en 14 Centros de Atención Primaria de Salud de las localidades rurales y los barrios

periféricos y en el Hospital Municipal. El municipio de Luján posee 25 Centros de Atención Primaria de Salud.

“

pensar en las plantas medicinales
es una estrategia para poder
acercarnos a las diversas cosmovisiones
de vida, de mundo y de salud



valoración y respeto como construcción compartida. Esto por lo general no se presenta de modo unívoco y menos de modo apriorístico, sino que funciona como un horizonte hacia donde dirigirnos. El trabajo con las plantas medicinales nos ha permitido recuperar recuerdos. Muchas veces las personas viajan a su infancia, traen una planta que crecía donde vivían de pequeñas, aparecen las abuelas y los abuelos con sus saberes, la añoranza por una tierra lejana, algún rito de sanación, etc.; son temas que se ponen en movimiento, que emocionan y nos hace sentir parte de algo en común.

La vivencia concreta de una universidad no como *centro* sino como parte de una red social de conocimientos, prácticas y vida en relación con su entorno, pensarnos como parte de la comunidad y socializar los recursos académicos y técnicos, es parte de nuestro proyecto. El proceso realizado hasta hoy nos permite decir que comenzamos a interactuar con distintas instituciones con las cuales la Universidad no venía trabajando, sosteniendo diversos encuentros y articulaciones para la organización de actividades tanto con el sector salud como con el educativo y con distintos grupos de vecinos, de diversas edades, cultura e intereses. Es de destacar la importante participación de la comunidad en estas actividades y el profundo interés en la temática demostrado por los efectores de salud.

Además de realizar un diagnóstico que confirma la utilización actual de plantas para el cuidado de la salud por parte de la población y por los mismos equipos de salud con quienes trabajamos, y poder identificar cuáles son estas especies usadas, pudimos trabajar en su multiplicación y su difusión y compartir el modo seguro de utilizarlas. Esto nos habla de la vigencia de prácticas que la sociedad considera herramientas o valores para su autocuidado y el cuidado de sus familias y confirma que hay conocimientos y estrategias que la población decide reproducir como parte de sus acciones de prevención y protección de su salud.

Las encuestas exploratorias realizadas en la comunidad boliviana en dos barrios de Luján son un primer paso; debemos profundizar y continuar en esta línea de trabajo que también suma la complejidad de hacerlo con una población migrante, lo cual tiene características propias.

Esperamos que este proyecto constituya un aporte a la defensa y revalorización de los saberes, la cultura y las prácticas del proceso salud/enfermedad/atención/cuidados, en la interface universidad–población–sector salud–sector educativo y contribuir de un modo directo a la promoción de prácticas interculturales en salud y, a través de ellas, a la promoción indirecta de la biodiversidad local.

Bibliografía

- Barragán, L. H. (2007). *Fundamentos de la Salud Pública*. La Plata: Editorial Universidad de la Plata.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). Disponible en <http://www.indec.gov.ar>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. (WHO/EDM/TRM/2002.1)*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *WHO medicines strategy. 2004–2007 (WHO/EDM/2004.5)*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Continuity and change – implementing the third WHO medicines strategy: 2008–2013 (WHO/EMP/2009.1)*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023*. Ginebra.
- Ministério da Saúde (2009). Sistema Único de Saúde (SUS). Programa Fitoterápico “Farmácia Viva”. Disponible en: http://atencao basica.org.br/sites/default/files/farmacias_vivas_0.pdf
- Ministério da Saúde (2012). *Praticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Basica/Ministerio da Saude*. Secretaria de Atenção a Saude. Departamento de Atenção Basica. Brasilia.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (2004). Programa Provincial de Elaboración de Medicamentos, rubro Fitoterápicos. (2004). Disponible en: <http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php/programas/provinciales/item/1788>

Cantinas saludables para promover hábitos alimentarios en las escuelas

Universidad y salud /
Intervenciones

Marcela Martinelli

Nora Aimaretti

Docentes investigadoras
de la Facultad de Bioquímica
y Ciencias Biológicas.
Universidad Nacional del Litoral.

Juan Villafañe

Presidente de la Federación
de Cooperadores Escolares del
Departamento La Capital, Santa Fe.

Resumen

La alimentación y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Las autoridades nacionales, provinciales y municipales reconocen la importancia de la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) y la implementación de quioscos saludables en las escuelas. Sin embargo, hasta el momento muy poco se ha logrado en la provincia de Santa Fe. Desde 2008 existe un proyecto de ley que no logra sancionarse. La Ley 13295 sancionada en 2012 creó el *Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios*, pero aún no está reglamentada y es desconocida en los establecimientos escolares.

Un proyecto de extensión llevado adelante por la Universidad Nacional del Litoral (UNL) pretendió dar inicio a diferentes acciones que deben llevarse a cabo para mejorar la alimentación en la edad escolar y establecer buenos hábitos alimentarios que perduren a lo largo de la vida y permitan evitar enfermedades a futuro.

Palabras clave

- alimentación
- desayuno
- quioscos escolares
- educación alimentaria

1. Introducción

La alimentación y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Al mismo tiempo que millones de personas mueren de hambre en el mundo, la obesidad adquiere, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracteres de epidemia (2003). En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad son considerados uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial (OMS, 2006). Durante mucho tiempo, en Argentina, el sobrepeso y la obesidad fueron subestimados por considerarlos poco relevantes frente a los problemas de desnutrición existentes. Sin embargo, tal como ocurre en otras regiones de América Latina y a nivel mundial, el exceso de peso es actualmente un problema creciente en niños, adolescentes y adultos. Si bien se reconoce que en la etiología de la obesidad existen factores genéticos, metabólicos y ambientales, su elevada prevalencia ha sido asociada a la escasa actividad física y a hábitos alimentarios inapropiados. En lo que respecta a la alimentación, Argentina sigue siendo un país en donde hay abundancia de alimentos pero muchas personas no tienen acceso a cantidades suficientes y variadas de alimentos. Por su parte, otras personas pueden tener acceso a suficientes alimentos y sin embargo carecer de los conocimientos necesarios para alimentarse en forma apropiada, contribuyendo al cuidado de su salud y por lo tanto a mejorar la calidad de vida.

En el año 2007, el Ministerio de Salud de la Nación formuló el Plan Argentina Saludable, que contiene estrategias orientadas a la prevención de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular el consumo de tabaco, la inactividad física y la alimentación inadecuada. En

cuanto a la alimentación, se observa que estos esfuerzos aún no son suficientes, tal como lo demuestra la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2009, que indica que más de la mitad de la población adulta (53,4 %) presenta exceso de peso, y esta prevalencia se ha incrementado con respecto al año 2005. Pero lo que se torna alarmante es la incidencia que tienen el sobrepeso y la obesidad en la población infantil. No existen actualmente datos oficiales y representativos a nivel nacional de lo que ocurre en niños en edad escolar;¹ sin embargo, en diferentes estudios realizados en escolares de localidades de la provincia de Buenos Aires se ha encontrado una prevalencia de sobrepeso que oscila entre 21 y 34 % y de obesidad entre 12 a 17 % (Szer, 2010 y Kovalskys, 2013).

En este proyecto, que se realizó en dos escuelas primarias públicas de la ciudad de Santa Fe, se ha detectado una situación igualmente preocupante: 24,5 % de los alumnos presentó sobrepeso y 21,5 % obesidad. Esta elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad se atribuye a que los niños argentinos hacen hoy menos actividad física, juegan menos al aire libre y han modificado sus hábitos alimentarios. Diversas investigaciones han demostrado que

1) Las últimas encuestas nacionales que aportan datos sobre el estado nutricional de la población argentina son la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005 (la población estudiada incluyó niños hasta los 5 años y mujeres en edad fértil de 10 a 49 años) y las Encuestas Nacionales de Factores de

riesgo 2005 y 2010 (se evaluó la población adulta de 18 a 64 años). En Santa Fe, se inició una encuesta antropométrica en 2010, pero sólo se publicaron resultados parciales relacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad (no se evaluaron aspectos vinculados a la alimentación).

la omisión del desayuno es una de las conductas alimentarias de niños y adolescentes que se relaciona con riesgo de sobrepeso y obesidad. Otro factor condicionante en la alimentación de los niños son las cantinas escolares. En 2006, un estudio realizado en cuatro provincias argentinas en escolares de 1° a 6° grado encontró que un 84 % de los niños consumía alimentos en la escuela, principalmente comprados en el quiosco (Oyarsun, 2010). Estudios hechos en Brasil (Fernandes, 2009), Chile (Bustos, 2010) y Argentina (Torresani, 2007) señalan que los escolares, a la hora de elegir alimentos en la escuela, prefieren aquellos que son de alta densidad de energía, grasas, sal y azúcares, y pobres en nutrientes, tales como productos envasados dulces y salados, jugos artificiales, bebidas gaseosas y helados, que son los que más abundan en los quioscos escolares. A su vez, la industria alimenticia ha multiplicado la oferta de golosinas, productos de copetín, jugos artificiales y otros alimentos que, si bien resultan muy atractivos para los niños, su ingesta excesiva termina perjudicando su salud.

Atendiendo a esta situación, en marzo de 2012 se inició un Proyecto de Extensión de Interés Social (PEIS) en la UNL denominado “Promoción de desayuno y colación saludables en escolares de la ciudad de Santa Fe”, que contó con la participación de la Federación de Cooperadoras Escolares del Departamento La Capital y de dos escuelas primarias públicas de la zona céntrica de la ciudad de Santa Fe.

El equipo responsable del diseño, ejecución y evaluación del PEIS fue interdisciplinario (participaron especialistas en ciencias biológicas, en nutrición, en ciencia y tecnología de los alimentos y en estadística) y multisectorial (se realizaron vínculos con la Federación de Cooperadoras Escolares y a través de ella con las escuelas que participaron en el proyecto, y también con el Concejo Municipal de la ciudad de Santa Fe). Este trabajo interdisciplinario contribuyó a un correcto diagnóstico de situación y generó numerosas y diversas propuestas de resolución del problema planteado. La finalidad del proyecto fue contribuir a mejorar la salud y la nutrición de los niños en edad escolar, promocionar los beneficios de una alimentación saludable y resaltar la importancia de realizar un desayuno y colación de buena calidad. Teniendo como premisa que la adquisición de hábitos alimentarios saludables permitirá mejorar la calidad de vida de la comunidad escolar y prevenir la malnutrición de los niños, particularmente el sobrepeso y la obesidad, se realizó educación alimentaria nutricional. Al mismo tiempo se intentó limitar el expendio sin control de alimentos hipercalóricos para que los niños tengan la posibilidad de adquirir alimentos nutritivos que contribuyan a una alimentación saludable en el ámbito escolar.

Cabe destacar que mediante la ejecución de este proyecto se pretendía promover la aplicación de lo establecido en la Ley N° 26396, de Obesidad y Trastornos Alimenticios, que en su artículo 9 especifica:

“los kioscos y demás establecimientos de expendio de alimentos dentro de los establecimientos escolares deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada, debiendo estar los mismos debidamente exhibidos”.

Ley que no ha sido aplicada en todas las provincias. A su vez, el proyecto pretendía específicamente dar impulso en nuestra provincia de Santa Fe al Proyecto de Ley para promover la alimentación saludable en las escuelas de la provincia, que tuvo en dos oportunidades media sanción en la Cámara de Diputados pero que nunca alcanzó estado parlamentario.

2. Educación alimentaria como herramienta para modificar hábitos alimentarios

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) considera que *la educación es un requisito indispensable para construir un mundo dotado de seguridad alimentaria, reducir la pobreza y conservar y aumentar los recursos naturales*.

La escuela ha sido considerada siempre como un sector estratégico para mejorar las conductas relacionadas con la salud. Es un ámbito propicio desde el cual se pueden llevar a cabo acciones de prevención contra la obesidad que van desde el aprendizaje hasta la oferta de alimentos en sus quioscos y comedores. La escuela posibilita incluir a una importante cantidad de niños que concurren obligatoriamente, produce alto impacto y efecto multiplicador hacia las familias, amigos y la sociedad en general. La adquisición de hábitos y conductas saludables a temprana edad asegura al individuo un crecimiento y desarrollo óptimos y salud futura.

Numerosos estudios han demostrado que las intervenciones educativas relacionadas con la alimentación y nutrición originan cambios favorables en la alimentación de los escolares. En este contexto, la educación alimentaria nutricional (EAN) surge como una herramienta capaz de ayudar, a través del conocimiento, a mejorar la calidad de los hábitos alimentarios de la población estudiantil, promoviendo la adopción voluntaria de conductas relacionadas con la nutrición que favorecen la salud y el bienestar (Borrel, 2005 y Contento, 2007). Además de informar, intenta concientizar y aumentar la motivación intrínseca de las personas para tomar un rol activo en la mejora de su propia alimentación y la de los otros buscando integrar el área biológica con el área sociocultural. En Argentina, el Ministerio de Educación de la Nación cuenta con un proyecto específico de EAN para las escuelas de Educación General Básica/Primaria impulsado por la FAO que, lamentablemente, no ha sido incluido sistemáticamente en todas las instituciones de nuestro país.



3. Las actividades de extensión y la docencia

Dado que uno de los pilares del proyecto era realizar educación alimentaria, consideramos que nuestra labor docente podía ser de suma utilidad no sólo para la transferencia de conocimientos a los escolares sino también para capacitar a toda la comunidad educativa para que las acciones sean sostenidas en el tiempo. Las acciones de extensión están íntimamente relacionadas con la docencia y la investigación. De hecho, el trabajo de extensión comenzó con una actividad de investigación que permitió conocer cómo desayunaban y qué alimentos compraban los niños en las escuelas con el fin de detectar las problemáticas vigentes y a partir de allí realizar los esfuerzos necesarios para introducir los cambios que se consideren pertinentes. Es imprescindible nuestra formación como docentes para realizar actividades de extensión y la interacción con los actores sociales para detectar en conjunto las problemáticas. De esa combinación surgirán nuevas ideas para proyectos de extensión e investigación.

Al inicio del PEIS se convocó a dos pasantes en extensión, cuatro tesinistas, un becario graduado y aceptaron participar 18 voluntarios del sistema de voluntariado de la UNL. Todos ellos fueron convocados a una reunión previa para comentarles los objetivos del proyecto y motivarlos en las distintas actividades a realizar. Recibieron la capacitación correspondiente, y todos los estudiantes demostraron permanentemente estar sumamente interesados en la propuesta y sugirieron numerosas nuevas actividades y formas de implementarlas. Esto enriqueció la realización del proyecto y a los estudiantes le permitió aplicar los conocimientos adquiridos al vincular el aprendizaje en el aula con la extensión en su formación universitaria. Aceptaron gustosamente participar en distintas actividades para dar a conocer y difundir los objetivos y resultados del proyecto.²

Todo esto nos demuestra la importancia de contar con proyectos de extensión para propiciar la formación de nuestros estudiantes universitarios. Ello permite que apliquen directamente sus saberes al entorno social y concientizarlos de la realidad del medio al cual pertenecen. Es notable el alto grado de compromiso de todos los alumnos y jóvenes graduados en cuanto a tratar de encontrar los medios para resolver problemáticas sociales tan vigentes en la actualidad.

4. Estrategias para cumplir con los objetivos planteados

De la interacción de ideas entre los integrantes del proyecto y los estudiantes incorporados surgieron actividades adicionales a desarrollar para lograr los objetivos propuestos. La participación de los voluntarios permitió que se trabajara con grupos reducidos

de alumnos en las escuelas (20–25 alumnos). Todos los integrantes participaron en la realización de encuestas para conocer cómo desayunaban los niños y qué compraban en los quioscos de las escuelas, en charlas–talleres sobre alimentación y nutrición dirigidos a los niños, padres y maestros, en entrega de colaciones saludables en numerosas oportunidades, y en la creación de juegos didácticos y su aplicación en el aula para reforzar los conocimientos en alimentación y nutrición. Adicionalmente, se orientó a los escolares para hacer videos de cocina teniendo como consigna la inclusión de frutas y verduras en las recetas.

En lo que respecta al quiosco escolar, se confeccionó una lista de alimentos recomendados para la incorporación en el quiosco saludable. La lista se logró luego de un exhaustivo relevamiento de los distintos productos que se comercializan actualmente en el mercado, incluyendo dietéticas, distribuidoras mayoristas y minoristas y panificadoras. Los productos se evaluaron en función de su calidad nutricional, del costo y de su forma de comercialización (venta individual o a granel). Se capacitó al concesionario del quiosco sobre alimentación saludable para lograr la incorporación de variedad de alimentos y la correcta ubicación de los mismos dentro de ese espacio. Se entregó material soporte que incluía una breve descripción de conceptos tales como: qué es un quiosco saludable, sus beneficios, aspectos a tener en cuenta para lograr una correcta implementación, entre otros.

Se promocionaron los nuevos productos del quiosco a través de actividades didácticas con las maestras para difundir su consumo dentro de la escuela. Se motivó a los escolares en el diseño de campañas promocionales como estrategia de venta de los productos saludables ofrecidos. Junto a los docentes, los alumnos realizaron campañas de difusión del nuevo quiosco escolar a través de afiches que contemplaban los nuevos alimentos que allí se vendían y recomendaciones nutricionales saludables.

Como parte de esta intervención se pretendió la modificación de la infraestructura del quiosco. Para poder llevarlo a cabo, se asignaron tareas a todos los grados con diferentes niveles de complejidad acordes a la edad de los niños. Se confeccionaron carteles y se creó un logo que permitió la identificación del nuevo quiosco, ahora más saludable. Se difundió la labor realizada con los alumnos en la escuela y la comunidad: la escuela organizó una jornada integradora a la que asistieron los niños de 1° y 2° grado con sus padres, donde se promovió un espacio más saludable y se incluyó la actividad física. Durante la jornada se elaboraron sándwiches saludables y ensaladas de frutas. Los medios de comunicación televisivos se hicieron presentes y entrevistaron a padres, directivos, docentes y concesionario del quiosco con el fin de dar a conocer la propuesta a la comunidad.

² Tales como: el programa radial de la FM "X" de la UNL, las Jornadas de Jóvenes Investigadores, las Jornadas 40 años de la Facultad de Bioquímica

y Ciencias Biológicas destinadas principalmente a alumnos de escuelas secundarias y público en general, en el Congreso Nacional de Nutrición.

5. Logros y dificultades

Al inicio del trabajo detectamos que más de la mitad de los niños concurría a la escuela habiendo consumido un solo alimento o sin desayunar. En la escuela, la elección de la colación a media mañana no era la adecuada para completar el desayuno (Fugas, 2007). La mayoría de los niños compraba su colación en el quiosco y elegía un alimento *no recomendable*: sándwiches de paleta y queso, panchos, facturas, bizcochos, alfajores, golosinas (Follonier, 2013).

Luego de la intervención educativa (durante el primer año del proyecto en las dos escuelas y en el segundo año en una sola escuela) se detectaron mejoras en el nivel de conocimientos en alimentación y nutrición de los niños. Todos los alumnos aceptaron gustosamente las colaciones ofrecidas por el equipo extensionista, las que a su vez son alimentos que forman parte de un buen desayuno (frutas, leche y yogur, grisines, pan, marineras y galletitas dulces de bajo tenor graso). Sin embargo, muy pocos modificaron la calidad del desayuno en el hogar, lo cual remarca la importancia que el entorno familiar ejerce en la adquisición de hábitos alimentarios apropiados.

La implementación del quiosco saludable resultó una de las tareas con mayor dificultad durante la ejecución del presente proyecto.

Ante la propuesta de cambio hubo resistencia por parte de los concesionarios de los quioscos, lo que podría estar asociado a que los intereses que se persiguen son principalmente económicos y no existe ninguna reglamentación para regular la venta de productos.

A pesar de los esfuerzos durante el desarrollo de este proyecto, fueron muy pocos los alimentos sugeridos que se incorporaron definitivamente para la venta en los quioscos escolares. Por lo tanto, nos enfrentamos a dos problemas: por un lado, la oferta de alimentos que no es regulada y, por otro, la disponibilidad de dinero que tienen los niños sumada a falta de asesoramiento para realizar su compra. Es importante destacar que la mayoría de los niños en todos los niveles escolares reconoce cuáles son los alimentos considerados como *no recomendables*. No obstante, a la hora de comprar en el quiosco escolar los niños no aplican estos conocimientos y se dejan llevar por la sensación subjetiva del “me gusta”. Hay que tener en cuenta que, si bien reconocen los alimentos no recomendables, tienen dificultad para identificar los considerados como recomendables, lo que también puede condicionar la elección al momento de comprar la colación.

6. Políticas públicas y alimentación saludable

Desde el comienzo del proyecto se firmó un convenio con el Concejo Municipal de la ciudad de Santa Fe para intentar trabajar en forma conjunta de modo de lograr la implementación de quioscos saludables en los establecimientos educativos. El 23 de abril de 2013, el Concejo aprobó una ordenanza con la que se procura “tutelar y proteger la salud de la población infantil y

adolescente, en términos de alimentación saludable, que imparten enseñanzas de educación inicial, primaria y secundaria”. Mediante esta ordenanza, el Poder Ejecutivo y el Concejo Municipal podrían instrumentar los programas y mecanismos de promoción en las escuelas y en cantinas escolares a fin de fomentar una alimentación saludable y prevenir enfermedades relacionadas con la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y la deficiencia de macro y micro nutrientes, también denominada desnutrición oculta. En junio de 2014 se llevó a cabo una jornada que convocó a directivos de escuelas primarias de la ciudad de Santa Fe para promover una alimentación saludable dentro del ámbito escolar. En estas jornadas, nuestro grupo de extensión presentó los resultados obtenidos del trabajo y las distintas estrategias empleadas para el logro de nuestros objetivos. Otras escuelas también presentaron resultados de sus iniciativas propias para fomentar una alimentación saludable en la comunidad escolar. A raíz de ello, se realizarán acciones en conjunto para la implementación de quioscos saludables, abordando la temática desde las distintas disciplinas (tecnología, ciencias naturales, inglés, etc.). La Municipalidad, desde sus áreas de Educación y Salud, estará a disposición de las escuelas para capacitación y charlas informativas.

En tanto, el presidente de la Federación de Cooperadoras Escolares permitió la vinculación con el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe, específicamente con el secretario de Innovación Educativa y Relaciones Interinstitucionales. Pero hasta el momento no se logró un compromiso concreto para ejecutar acciones de educación alimentaria e implementación de quioscos saludables. Recientemente, el Concejo Municipal inició una serie de charlas con el Ministerio de Educación de la Provincia, por lo que se prevé que las acciones que se desarrollen en la ciudad luego puedan extenderse.

El 13 de diciembre de 2012 se sancionó la Ley N° 13295 que crea el Programa Provincial Integral de Prevención, Control y Asistencia de los Trastornos Alimentarios, que en su artículo 8 establece la importancia de vincularse con el Ministerio de Educación para que, entre otros aspectos, se pueda incorporar la educación alimentaria nutricional al sistema educativo en todos los niveles, para la promoción de la actividad física a fin de evitar las conductas sedentarias de los alumnos, para el control sobre los quioscos, bufetes y demás medios de expendio de alimentos que se encuentren en los establecimientos escolares. Pero hasta el momento no ha sido implementada, en las escuelas se desconoce la existencia de esta ley, y no está claro qué organismos son los responsables de su implementación y control en las escuelas. Por otra parte, el presidente de la Federación de Cooperadoras Escolares estableció contacto con una diputada de la Comisión de Educación de la Cámara de Diputados, quien presentó en abril de 2013 el Proyecto de Ley vinculado con esta temática, retomando el anterior proyecto que fue aprobado dos veces en la Cámara de

“

la educación alimentaria nutricional
intenta concientizar y aumentar
la motivación intrínseca de las personas
para tomar un rol activo en la mejora
de su propia alimentación



“

desde el comienzo del proyecto se firmó un convenio con el Concejo Municipal para trabajar en la implementación de quioscos saludables en los establecimientos educativos

Diputados pero nunca alcanzó estado parlamentario. Pensamos que ésta sería la forma más viable de dar solución al problema, ya que en numerosas provincias de Argentina ya tienen sancionadas e implementadas sus leyes de educación alimentaria nutricional, respecto de las cuales los Ministerios de Educación y Salud son los responsables de su implementación y del control de su cumplimiento.

7. Perspectivas

El cambio en los hábitos alimentarios es el fin último de la educación alimentaria nutricional. No obstante, en la mayor parte de los casos este resultado sólo se puede observar a largo plazo y en ciertas circunstancias hay que esperar incluso años para que se produzcan cambios en la población intervenida. Por ello es indispensable la implementación de políticas capaces de crear y desarrollar programas de promoción de la salud y de incorporar temáticas sobre alimentación y nutrición en la currícula escolar. Desde los equipos de extensión se pueden hacer numerosas intervenciones teóricas y prácticas para intentar establecer hábitos de vida saludable en los niños. Pero para que las intervenciones que tienen como objetivo modificar conductas alimentarias resulten efectivas es necesario abarcar la participación activa de todos los actores involucrados (niños, padres, docentes, directivos, vendedores de alimentos en las cantinas escolares, etc.). Consideramos que en este estudio los niños y jóvenes fueron los principales actores de la intervención educativa y que fue limitada la participación de padres y docentes en la mayoría de los casos. Adicionalmente, no se ha podido establecer un control más estricto en lo que respecta al expendio de alimentos en las escuelas. Por lo que se considera de vital importancia la sanción e implementación de las leyes tendientes a mejorar la alimentación en la población infantil. Lo que resulta muy gratificante es el gran interés que tiene el presidente de la Federación de Cooperadoras Escolares puesto que realmente se preocupa y ocupa de la alimentación infantil. Gracias a su interés y dedicación ha sido posible llegar a autoridades provinciales para elevar nuestra preocupación sobre la alimentación infantil y es nuestro deseo que esto ayude a obtener soluciones para esta cuestión que, en definitiva, afecta a toda la

sociedad. Como intento de comenzar a solucionar el problema de los quioscos escolares, el presidente de la Federación propone que en el contrato de concesión que se firma con el encargado del quiosco escolar se agregue un inciso en donde se establezca qué alimentos deben incorporarse para su venta, siguiendo el protocolo que tiene implementado la provincia de San Luis y con asesoramiento del Colegio de Nutricionistas de Santa Fe. Además, el presidente de la Federación continúa convocando a directivos de las escuelas de la ciudad y mantiene reuniones con el Concejo Municipal para dar a conocer los resultados de este proyecto e instalar la idea de que es necesario operar cambios en todos los establecimientos escolares, tratando de que cada institución asuma un rol principal en la promoción de buenos hábitos alimentarios en su comunidad educativa.

Creemos que es absolutamente relevante establecer vínculos con el Ministerio de Salud de la provincia dados los preocupantes resultados obtenidos respecto del estado nutricional de los escolares. Se ha detectado una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad, situación que también se ve reflejada en la población adulta argentina. Es indispensable que se tomen medidas en etapas tempranas de la vida, ya que los hábitos alimentarios y los estilos de vida que se adquieren en la infancia tienden a perdurar durante toda la vida.

Para que las acciones sean sostenidas en el tiempo, consideramos de real importancia que se sancione la ley provincial que contempla la educación alimentaria nutricional en todos los niveles escolares y la implementación de quioscos saludables. La Universidad, a través de sus proyectos, puede plantear acciones futuras en conjunto con los Ministerios de Educación y de Salud de la provincia de Santa Fe para acompañar y apoyar la ley (con capacitación a maestros y concesionarios de quiosco, mediante el trabajo en conjunto con toda la comunidad educativa en charlas y talleres, con la interacción directa con los niños). La UNL, por medio de sus docentes y alumnos, que tienen especial interés para el trabajo social, puede acompañar y colaborar con los organismos gubernamentales en la puesta en práctica de determinadas medidas que en esta época resultan vitales para mantener la salud de la población y evitar enfermedades a futuro.

Bibliografía

- Borrel Bentz, M. R. (comp.) (2005). "Municipios Saludables. Portafolio Educativo". OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires.
- Bustos, Z. N.; Kain, B. J.; Leyton, D. B.; Olivares, C. S. y Del Río, R. F. (2010). "Colaciones habitualmente consumidas por niños de escuelas municipalizadas: motivaciones para su elección". En *Revista Chilena de Nutrición*, 37(2), pp. 178–183. DOI: 10.4067/S0717-75182010000200006.
- Contento, I. (2007). *Nutrition Education: linking research, theory, and practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publisher.
- Fernandes, P. S. y otros (2009). "Evaluating the effect of nutritional education on the prevalence of overweight/obesity and on foods eaten at primary schools". In *Jornal de pediatria*, 85, pp. 315–321. DOI:10.2223/JPED.1917.
- Follonier, M.; Bonelli, E.; Walz, F.; Martinelli, M. (2013). "Consumo de alimentos en los kioscos de escuelas primarias públicas de la ciudad de Santa Fe". En *FABICIB: Revista de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la UNL*, 17, pp. 103–112.
- Fugas, V. A.; Berta, E. E.; Walz, F.; Fortino, M. A.; Martinelli, M. I. (2013). "Hábito y calidad del desayuno en alumnos de dos escuelas primarias públicas de la ciudad de Santa Fe". En *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(6), pp. 502–507. DOI: 10.5546/aap.2013.502.
- Honorable Concejo Municipal de la ciudad de Santa Fe (2013). Ordenanza 11989. Disponible en: http://www.concejosantafe.gov.ar/Legislacion/ordenanzas/ORDE_11989.pdf
- Kovalskys, I.; Indart Rougiera, P.; Amigo, M. y col. (2013). "Ingesta alimentaria y evaluación antropométrica en niños escolares de Buenos Aires". En *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(1), pp. 9–15. DOI: 10.5546/aap.2013.9.
- Ministerio de Educación de Argentina. *Proyecto de Educación Alimentaria y Nutricional (PAC/FAO). Proyecto Tcp/Arg/3101 (T) Educación Alimentaria y Nutricional en las Escuelas de Educación General Básica/Primaria*.
- Ministerio de Salud de la Nación (2008). Ley de Obesidad y Trastornos Alimenticios. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/leyobesidad.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/fesp/descargas_home/seg_encuesta_nac_factores_riesgo_2011.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. *Argentina saludable*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/>
- Organización Mundial de la Salud (2006). "Obesity and overweight". Fact sheet N° 311. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Organización Mundial de la Salud/Organización para la Alimentación y la Agricultura (2003). "Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas". *Serie de Informes Técnicos 916*. Ginebra.
- Oyarzun, M. T.; Yofre, F. (2010). "Aprender a alimentarse". En *Alimentos Argentinos* 47, pp. 9–12.
- Proyecto de Ley Educación Alimentaria Nutricional. Provincia de Santa Fe. Disponible en: <http://www.veronicabenas.com.ar/Educacion%20Alimentaria.pdf>
- Szer, G., Kovalskys, I. y De Gregorio M. (2010). "Prevalencia de sobrepeso, obesidad y su relación con hipertensión arterial y centralización del tejido adiposo en escolares". En *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(6), pp. 492–498.
- Torresani M. E. et al. (2007). "Consumo en cadena de comidas rápidas y kioscos: preferencias de escolares y adolescentes de nueve colegios privados de Capital Federal y Gran Buenos Aires". En *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(2), pp. 109–114.

Salud colectiva: transformar percepciones profesionales para empoderar a la ciudadanía

Javier Mendizábal

Docente e investigador de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

1. Introducción

La Universidad Nacional de Mar del Plata, a través de la Secretaría de Extensión, crea en el año 2010 la Cátedra Abierta Salud Colectiva (CASR). Su nacimiento surge de la lucha y militancia por los derechos humanos y la necesidad de contribuir a mejorar la salud pública. La propuesta convoca a docentes,¹ profesionales e investigadores.²

Influida por la corriente de salud colectiva con raíces en Brasil y difundida por la Universidad Nacional de Lanús en Argentina, la CASR se propone como un espacio participativo focalizado al estudio y formación en el derecho a la salud y los derechos humanos como un aspecto fundante de la construcción de ciudadanía y como columna vertebral de la emancipación latinoamericana.

Para lograr este propósito se trabaja desde la docencia en la formación de profesionales y otros agentes sociales; se establecen canales de difusión a través de las redes sociales y la radio universitaria de la ciudad; se promueven proyectos de investigación-acción vinculados a la problemática de la salud colectiva dentro del grupo de investigación "Promoción de la salud"; se fomentan intercambios permanentes con invitados nacionales e internacionales expertos en la temática; se coordina con otras cátedras abiertas espacios de trabajo sobre salud

1) Se convocó a docentes de las asignaturas Deontología y Problemática en Enfermería y Enfermería Comunitaria de la Carrera Licenciatura en Enfermería y Medicina Preventiva y Social de la Ca-

rrera de Licenciatura en Servicio Social. 2) Entre ellos, al grupo de investigación "Promoción de la salud" de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad de Mar del Plata.

Resumen

Las enfermedades no transmisibles y los determinantes de salud requieren superar el paradigma tradicional de la salud pública. Este paradigma continúa los caminos positivistas, de primacía clínica e infectológica, ponderada en la tecnología dura en un escenario de mercantilización y abuso de la industria farmacéutica. Los actores compiten en el campo de la salud gestando asimetrías de poder a través de acumulación de capitales. En contraposición, la *salud colectiva* se propone trabajar sobre la construcción de subjetividades de los actores sociales desde una perspectiva sociohistórica con relación a la salud y a su cuidado. De ese modo la comunidad se posiciona en el centro del cual parte la red de salud, se promueve el autocuidado y se motiva la actitud y aptitud crítica. Esta posibilidad transformadora de la realidad permite resignificar el derecho a la salud y cuestiona el sentido del derecho a estar sano. El presente trabajo abordará una experiencia sobre la Cátedra abierta de salud colectiva que se desarrolla en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Palabras clave

- promoción de la salud
- salud colectiva
- percepción profesional
- derecho a la salud
- empoderamiento de la comunidad

colectiva y derechos humanos. Se planifican espacios de debate comunitario en relación con el derecho a la salud y la problematización desde la salud colectiva.

En un contexto favorable para promover derechos y salud, desde la cátedra se celebra el continuo crecimiento que fortalece las luchas y conservan el espíritu militante. Se propone compartir en adelante lo que en palabras de Michael Foucault (1994) es la agitación de nuestro propio pensamiento modificado y la modificación de los otros. Algunas de las actividades conceptualizadas son el resultado de aquello que emana a partir de la construcción sociohistórica de sus protagonistas.

2. Prevención de Lesiones por Causas Externas (LCE): lo que nos mata y no se ve

En Argentina, las LCE ocupan la primera causa de mortalidad entre el año de vida y los 35 años, y en algunas regiones hasta los 45. Según el Ministerio de Salud de la Nación, "las lesiones no intencionales, aquellas causadas por *accidentes*, dan cuenta de la mayor mortalidad en las primeras tres décadas de la vida, que cualquier otra causa de muerte en la Argentina" (2007:7).

La mayoría de estas lesiones, según el boletín epidemiológico, corresponde a colisiones entre vehículos. Deberá comprenderse entonces la necesidad de articulación con otras áreas externas al Ministerio de Salud, como son las de los Ministerios de Educación, de Planificación y del Interior (que se ocupa, entre otras actividades, del transporte público) que necesariamente deben contribuir a la educación y la promoción de la seguridad vial y de lesiones en general. Lugar especial y protagónico deberá jugar la

“

es necesario considerar además los contextos en los cuales se desarrollan las lesiones y cómo juega cada actor de este campo de la salud



salud pública en la promoción de la salud a través de la atención primaria, de la formación de profesionales y de políticas coherentes al derecho a la salud reconocido en la Constitución Nacional y en declaraciones de derechos humanos. Para comenzar a transformar esta problemática hay que resignificar el concepto de “accidente” en “riesgos controlables y prevenibles” y así aumentar el valor simbólico comunitario en la transformación real del protagonismo y empoderamiento en incremento de salud colectiva.

En Argentina, el campo de salud se conforma bajo multiplicidad organizativa (Testa, 2005). El Estado es el que financia y da respuesta a la población que no posee cobertura por seguridad social o medicina prepaga. De todas formas, los hospitales públicos reciben, en gran parte del país, la totalidad de las lesiones en la vía pública para garantizar el acceso y la atención. A este punto es necesario reconocer el impacto económico de financiar los altos costos de las urgencias. La OMS calcula: “Los costos anuales estimados para los choques y lesiones causadas por el tránsito son alrededor del uno al dos por ciento (1 a 2 %) del Producto Nacional Bruto (PNB)” (2004:3).

Esta situación exige responsabilidad en los actores involucrados y estrategias para implementar la promoción de salud, tales como la prevención de lesiones mediante leyes u ordenanzas (obligatoriedad de utilizar casco o cinturón, entre otras). La necesidad tanto de proteger la salud como derecho de la población como de interpretar el impacto económico compromete a garantizar el acceso a la salud y la calidad de la atención. La salud del trabajador se pone en riesgo ante la demanda de esfuerzo de trabajo que se reconoce prevenible (Morrone y Todisco, 2006). Según Spinelli:

“Con respecto al proceso de atención, el trabajo en salud se ve influenciado por el aumento en el número de usuarios, así como por el cambio en los perfiles demográficos y la heterogeneidad de patrones de vida de quienes acuden a los servicios de salud; esta heterogeneidad tiene que ver con asimetrías en el acceso a factores protectores, como educación, vivienda y políticas de promoción de salud” (2012:20).

Es necesario considerar además los contextos en los cuales se desarrollan las lesiones y cómo juega cada actor de este campo de la salud. En el partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires, no pueden escapar a este análisis las dificultades en el Servicio de Emergencias Médicas y la atención prehospitalaria; las dificultades actuales viales en relación con la corrupción en la entrega de licencias de conducir; el aumento demográfico y estival demandante de los servicios de salud; la precariedad histórica y conceptual de la atención primaria y la deficitaria articulación con los diferentes niveles de atención en gestión; la comunicación interestatal (entre Nación, provincia, municipio), las planificaciones en emergencias y catástrofes ante eventos históricos (políticos, culturales, turísticos, etc.); la centralización de todos los servicios y otros aspectos que revisten importancia en la epidemiología crítica (Ungaro, 2013).

Las muertes son sólo una parte de esta problemática personal y

familiar, ya que en los casos que las lesiones no generan muerte pero sí secuelas individuales (entiéndanse no sólo las físicas), éstas repercuten en la familia y en la comunidad. Esas secuelas generan capacidades diferentes que limitan el ejercicio laboral —y por lo tanto económico—, los aspectos afectivo y relacional —y por ende el social—, el productivo y otras áreas que se suman y que pueden afectar a un individuo o una familia de forma permanente.

Este desafío en el campo de la salud nos insta a romper estructuras en el cuidado de la población. La noción de Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1985) presenta la ideología de atender los acontecimientos relacionados con la salud/enfermedad/atención/cuidado a través de un prisma biologicista, ahistórico, sin contexto social, con eficacia pragmática, individualista y mercantilista. Esta forma de entender y ejercer por parte de los profesionales de la salud impide dar respuestas reales a la problemática de las LCE.

Es importante señalar que esto puede ser trabajado desde la extensión en propuestas desde un nuevo paradigma como el que propone la CASC, pero es sólo una parte. El mencionado modelo reproduce visiones, conceptos y prácticas en las que se mantiene la subalternidad de la sociedad. En contraposición, los proyectos que trabajan desde la óptica de la salud colectiva tienen un fuerte compromiso en cuanto a empoderar a la comunidad acerca del propio potencial a través de alternativas de autoatención ante cualquier padecimiento.

La CASC critica los viejos paradigmas asistencialistas y propone, mediante el análisis de un campo complejo de la salud, la relevancia de la participación activa de la comunidad para multiplicar la capacidad preventiva y el empoderamiento de la población. Así, propone para las LCE:

- Rechazar causas únicas como responsables para identificarlas con la comunidad a través de la epidemiología crítica y emplear el Método Altair de planificación popular (Matus, 2007).
- Analizar al azar como mala fortuna o castigo divino devenidos en accidente y visibilizar las lesiones como fenómenos prevenibles.
- Criticar las conductas temerarias vinculadas a la masculinidad (Esteban *et al.*, 2010) y pasar de la contemplación del riesgo a la actitud y aptitud preventiva y a la promoción de este ejercicio como estrategia de salud pública (Testa, 2007).

Esta mirada, en conjunto con otras acciones de mediano y largo plazo, permite, a muy bajo costo, observar la realidad y enunciarla desde otra perspectiva, posibilitando la transformación cognitiva y significativa del rol comunitario activo frente a las lesiones externas. Hugo Spinelli (2010) propone buscar respuestas a nuevas preguntas por medio de la acción en terreno y generar juego entre los actores que disputan capitales diferentes. En nuestro caso, se trata de ceder capital cultural para el aumento del capital simbólico comunitario y de obtener ganancias en el capital social y económico.

Se planifican entonces actividades que den relevancia al derecho a la salud. Así, la ética en salud pública se centra en el diseño y aplicación de medidas para la vigilancia y la mejora de la salud

de las poblaciones. Este diseño demanda actores formados y comprometidos ideológicamente. En este sentido, Coleman, Bouésseau y Reis señalan:

“Asimismo, la ética de la salud pública trasciende la atención sanitaria para considerar las condiciones estructurales que promueven o dificultan el desarrollo de sociedades sanas” (2008:1).

La promoción de la salud y la responsabilidad del Estado en diseñar políticas públicas que protejan la salud de la población³ son argumentados desde un paternalismo libertario (Faden y Shebaya, 2010) frente al avance en la autonomía de la población.

Dentro de las argumentaciones éticas, el paternalismo intenta justificar las intromisiones del Estado frente a los derechos individuales. El Paternalismo Puro (PP) y el Mixto (PM) difieren en las justificaciones que los sostienen. Según Faden y Shebaya (2010), las primeras se centrarán sólo en proteger a los individuos y las segundas tendrán más de una justificación: se busca cuidar a los individuos y/o a la comunidad y/o al ambiente y/o a los animales, por ejemplo. La semejanza entre ellas, y frente al paternalismo libertario (PL), es que las primeras se mencionan como coacciones, con lo cual se impide la voluntad de quien es objeto. Podría señalarse además que estos tres tipos de paternalismos tendrán diferentes cargas de adaptación para los individuos. Así, en relación con las LCE causadas por tránsito, por ejemplo, el PP exige el uso de cascos para conducir un motovehículo como política pública, lo cual es una aparente carga para los conductores que sienten un atropello a su derecho a circular como deseen. El PM impide conducir con niveles de alcohol en sangre superiores a 0,5 g/l. Esta medida protege a conductores y peatones y permite conducir a quienes tengan menos de este límite. El PL promueve el uso de bicicleta a través de priorizar el paso y diseño de bicisendas y de mejorar el transporte público. En este caso no hay carga ya que no habrá restricciones al acceso ni una participación obligatoria del ciudadano.

Abordar de forma crítica y analítica las LCE posibilita dimensionar la problemática que afecta a la población e interfiere en el derecho a la salud. La formación de profesionales de la salud que redimensione las problemáticas requiere esfuerzos y compromiso para estar a la altura del desafío que implica disminuir la mortalidad y la morbilidad de las LCE. A partir de esta premisa, desde la cátedra se implementaron en escuelas Centros de Atención Primaria de la Salud; salas de espera en las guardias de los hospitales, en sociedades de fomento, clubes; talleres para docentes, otros trabajadores, niños y cooperativistas, tales como: “Prevención de lesiones infectocontagiosas en la atención prehospitalaria en estudiantes a guardavidas/socorristas”; “Prevención de lesiones en programas comunitarios de huertas”; “Prevención de lesiones en el ámbito doméstico en el barrio Centenario en la ciudad

³ No sólo en LCE. Son ejemplos de gran intervención en la última década el tabaquismo y la obesidad.

de Mar del Plata”; “Prevención de lesiones por intencionalidad: violencia bajo el programa de salud sexual y procreación responsable en un centro de atención primaria”; “Prevención de lesiones en escuelas primarias de la ciudad de Mar del Plata”; “Prevención de lesiones: intercambio de experiencias y conocimientos con estudiantes de pregrado de la carrera en Enfermería en el Hospital Interzonal Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata”. Estas actividades planificadas junto a los estudiantes y supervisadas por los integrantes de la CASC posibilitaron aplicar un nuevo marco ideológico, se compartió el conocimiento con intención paternalista y se estimuló a los receptores de los talleres a que los difundan y repliquen en otros ámbitos, particularmente en sus hogares. La conciencia colectiva y la comprensión del trabajo de todos los actores de la sociedad es, además, indispensable para transformar la realidad. El pulso vital para la construcción del autocuidado en la comunidad parte del empoderamiento facilitado en la retroalimentación, la motivación y construcción ideológica en ese sentido es tan necesaria como desnaturalizar el accidente y concentrar el esfuerzo de trabajo en los problemas de la verdadera agenda del Estado.

Bibliografía

- Coleman, C.; Bouésseau, M.; Reis, A. (2008). “Contribución de la ética a la salud pública”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Vol. 86, DOI: 577-656.
- Esteban, M. L. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.
- Faden, R.; Shebaya, S. (2010). “Public Health Ethics”. En Edward N. Zalta (ed.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del Sujeto*. Madrid: Endymión.
- Matus, C. (2007). *MAPP Método Altabar de planificación popular*. Buenos Aires: Lugar Editorial, Serie Salud Colectiva – UNLa.
- Menéndez, E. (1985). “Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33, 3-34. Rosario.
- Ministerio de Salud de la Nación (2007). *Boletín epidemiológico periódico: Lesiones por causas externas*. Edición Especial.
- Morrone, B.; Todisco, E. (2006). “Procesos destructivos y Procesos protectores en la práctica cotidiana de los profesionales de las ciencias de la salud”. En *Revista Argentina de Enfermería*. RAE, N° 36, 21-27. Córdoba.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*. Ginebra.
- Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. En revista *Salud Colectiva*, Vol. 6, N° 3, 275-293.
- Spinelli, H. y otros (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires: OPS.
- Testa, M. (2007). “Decidir en salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué?”. En revista *Salud Colectiva*, Vol. 3, N° 3, 247-257.
- Testa M. y colab. (2005). *Pensar en Salud*. Tercera edición. Buenos Aires: UNLa.
- Ungaro, J.; Úbeda, C.; Perinetti, A. (septiembre de 2013). “Lesiones por tránsito en el Partido Bonaerense de General Pueyrredón: Epidemiología, factores de riesgo y letalidad”. En *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 4, N° 16.

Salud y cosmovisión indígena: un derecho colectivo en construcción

María José Bourmissent

Integrante del Programa
de Derechos Humanos.
Universidad Nacional del Litoral.

“manifestamos que somos parte de la naturaleza y el macrocosmos, estamos llamados a cuidarla y defenderla puesto que de ella se desprende nuestra historia milenaria y nuestra cultura que nos hacen ser lo que somos hoy pueblos originarios indígenas, bajo la protección y la guía espiritual de nuestros padres y abuelos que engendraron a todos los seres que habitamos en este maravilloso planeta (...) promovemos el fortalecimiento de las identidades originarias indígenas; y a su vez con las distintas instituciones del Estado y organizaciones en general, convencidos del aporte valioso que podemos dar al proceso de transformación de los pueblos indígenas y de la sociedad en su totalidad, teniendo en miras la construcción de un mundo mejor para todos, en el que prime la armonía, solidaridad y el respeto de la diversidad cultural y de la Madre Tierra”

(Extracto del *Manifiesto de San Pedro de Colalao*).¹

El constructo conceptual de interculturalidad ha guiado gran parte de las reflexiones y discusiones políticas y jurídicas en Latinoamérica, tanto en lo que respecta a la recepción y

1) Documento elaborado en el marco del Encuentro Espiritual de Mujeres Abuelas, Mayores y Personas de Medicina de Culturas Originarias realizado en Tucumán los días 13, 14 y 15 de mayo de 2014, convocado por la Organización de Naciones y Pueblos Indígenas en Argentina (ONPIA).
2) El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, en su artículo 25, expresa que:

1. Los gobiernos deberán velar para que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible,

Resumen

Este trabajo tiene la finalidad de reflexionar y esbozar algunas aproximaciones conceptuales en el campo de la salud vinculadas a la cosmovisión indígena. Elementos que han surgido a partir de las intervenciones socioculturales realizadas con comunidades indígenas en el marco de una línea sobre derechos colectivos indígenas del Programa de Derechos Humanos de la Secretaría de Extensión de la UNL.

El reconocimiento en instrumentos jurídicos de la dimensión indígena ha sido un importante avance; sin embargo, la brecha de implementación es amplia y profunda y marca un desfase entre el plano formal y la praxis. El ejercicio del derecho a la salud desde una perspectiva intercultural requiere del desapego de prejuicios y del abandono de la posición hegemónica para adentrarse en un diálogo recíproco entre culturas que valoricen la diferencia para potenciar la igualdad.

Palabras clave

- prácticas de extensión
- interculturalidad
- comunidades indígenas
- derechos colectivos
- salud y cosmovisión

armonización de los derechos colectivos de los pueblos indígenas en el sistema normativo como sobre el diseño e implementación de políticas públicas. Estas disputas comenzaron en el campo de la educación en la década del '90 y permearon al área de la salud. En el caso argentino, el debate se profundizó a partir de la reforma constitucional en 1994, con la incorporación del inciso 17 del artículo 75 sobre los derechos colectivos de los pueblos indígenas en la Carta Magna y con la posterior ratificación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo.²

La interculturalidad no es un concepto unívoco y menos aún pacífico. Implica conflicto de poderes en disputa, como todo proyecto político, y propone un diálogo entre culturas desde una posición *ius filosófica decolonial* y con pie en las culturas locales. Al mismo tiempo, los pueblos indígenas viven la interculturalidad como una práctica social colectiva que sostiene vínculos de complementariedad y reciprocidad entre los hombres, la naturaleza y el cosmos.

La necesidad de impulsar un diálogo intercultural entre pueblos indígenas y universidad permeó en el ámbito de la UNL de la mano

a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario

de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.



“

desde el comienzo del proyecto
se firmó un convenio
con el Concejo Municipal
para trabajar en la implementación
de quioscos saludables
en los establecimientos educativos

de un equipo de docentes que, en conjunto con la Organización de Comunidades Aborígenes de Santa Fe (OCASTAFE), implementó una serie de prácticas y proyectos de extensión que forjaron una línea de trabajo en el Programa de Derechos Humanos de la Universidad. El trabajo se fue entrelazando con diferentes proyectos de extensión con el propósito de dar continuidad al espacio. En el año 2008 se inició “Abriendo caminos. Un trabajo conjunto entre la comunidad mocoví Com Caia y la Universidad”; en 2010, “Construyendo el puente. Educación intercultural entre las comunidades aborígenes de Santa Fe y la Universidad”; en 2012, “Construyendo el puente. Fortalecimiento y continuidad del diálogo intercultural entre las comunidades indígenas y la Universidad Nacional del Litoral”, y en 2012 se llevó a cabo el proyecto de extensión de cátedra “La propiedad comunitaria indígena. ¿Un nuevo derecho real?”.

Es importante mencionar como prácticas de extensión los sucesivos Encuentros de mujeres indígenas realizados desde el año 2008 como espacio de reflexión, diálogo, producción y creatividad para las mujeres indígenas de la región de Santa Fe, con el objetivo de afianzar la identidad y autoestima para el fortalecimiento de su rol desde la acción política. Los encuentros se efectuaron en la localidad de Recreo en el año 2008, en 2009 en Colonia Dolores, en 2010 en Cayastá, en 2011 en Colastiné Sur, y en 2012 en Helvecia. Complementariamente, se llevaron a cabo en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales eventos académicos que posibilitaron ampliar el diálogo con otros actores. Así, en mayo de 2010 se realizó el Seminario “Nuevos desafíos para el cumplimiento de los derechos humanos de los pueblos originarios”, organizado juntamente con la Asociación de Abogados/as de Derecho Indígena (AADI); en septiembre de ese mismo año se organizó con la Universidad Nacional de Salta el III Simposio Latinoamericano bajo el lema “Jóvenes en contextos de interculturalidad”; y en 2011 se organizó el ciclo de cine y debate “Derechos humanos de los pueblos originarios e interculturalidad”.

Un importante logro se concretó en 2013, cuando el Consejo Superior de la UNL aprobó la creación de la cátedra electiva

Pueblos originarios en diálogo interdisciplinario, con sede en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Se conformó así un espacio académico sostenido en el tiempo, integrado por docentes y referentes indígenas, por medio del cual se introduce a los estudiantes en la problemática de los pueblos indígenas desde una mirada crítica, que promueve la reflexión y el diálogo intercultural así como el intercambio de conocimientos.

A la par, se impulsó la colaboración interinstitucional con la finalidad de fortalecer los vínculos entre la Universidad, el Estado y las organizaciones de la sociedad, que tuvo como hecho significativo de carácter histórico la firma del primer convenio de mutua colaboración de una institución académica con OCASTAFE en 2010. No tardaron en sumarse otras instituciones, tales como el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe, el Instituto Provincial de Aborígenes Santafesinos (IPAS) y, en el año 2013, la Asociación de Abogados/as de Derecho Indígena.

La situación problemática abordada en la hilvanada red entre extensión, docencia e investigación, da cuenta de la amplia brecha existente entre la implementación de los derechos colectivos indígenas y el plano normativo, entre las conquistas jurídicas y el terreno de la praxis, y permite comprobar las reiteradas violaciones a los derechos indígenas así como la ausencia de legítimas y fidedignas políticas públicas.

Si bien el eje transversal de todas las actividades son los derechos colectivos de los pueblos indígenas, el derecho a la salud desde el ejercicio de la interculturalidad es una problemática instalada dentro del conjunto de reivindicaciones reclamadas con mayor fuerza por mujeres indígenas. Recientemente, en junio de 2014, se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales una jornada intercultural “Salud y cosmovisión indígena. Medicina en las culturas originarias”, en la que participaron referentes de comunidades mocovíes de Recreo, Colonia Dolores y Helvecia, de comunidades tobas de Rosario y representantes del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Las mujeres indígenas expositoras dieron cuenta de las falencias en el camino a un genuino reconocimiento del derecho indígena

a la salud desde una perspectiva intercultural, identificando la pérdida del uso de plantas medicinales por falta de espacios para cultivarlas o la contaminación del ambiente debido al uso de agrotóxicos en zonas rurales, sumadas a la desvalorización y al no reconocimiento de sus saberes prácticos ancestrales. Otro polo de reclamos se instaló en cuanto a las falencias en los servicios de salud que no tienen en cuenta las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, así como la atención deficitaria en hospitales públicos, que se traduce en la falta de agentes sanitarios que actúen como promotores culturales de salud y medien en la relación paciente–médico, incluso ejerciendo el rol de traductor a la lengua materna.

Otro tópico que se debatió atañe a la participación y autogestión ligadas directamente al derecho a la organización y administración de los servicios de salud, particularmente los vinculados a los centros de salud anclados en comunidades indígenas. Ello implica la posibilidad de ejercer el control en el planeamiento y administración cuando hablamos de participación y la iniciativa en la creación del centro sanitario en el caso del derecho a la autogestión, recordando que esos son derechos establecidos en la ley vigente y que su incumplimiento es parte de la brecha de implementación.

Sin dudas, surge a todas luces la necesidad de diseñar una política pública en materia de salud indígena que contemple éstas y otras tantas acciones que pongan en práctica los derechos colectivos relativos a la salud. En este sentido, la existencia de experiencias exitosas aisladas depende, más bien, de buenas voluntades y no de políticas públicas sostenidas.

La búsqueda de herramientas para construir un diálogo entre Universidad y comunidades indígenas que promueva acciones transformadoras desde una perspectiva crítica nos permitió el intercambio de conocimientos, sinergia que se facilitó a través de la intervención mediante talleres de educación intercultural con las comunidades. El diálogo en situación de reciprocidad y la observación participativa nos condujeron a comprender que el concepto de salud en la cosmovisión indígena no puede sino interpretarse de manera holística, incluyendo aspectos físicos, emocionales y espirituales, que se relacionan con la concepción del ser – “estando y haciendo” en comunidad y en permanente vínculo con el entorno naturaleza.

En ese sentido la salud es una preocupación que trasciende a la enfermedad y se manifiesta en las formas tradicionales de alimentación; crianza de los hijos; aprendizajes que devienen de la participación en prácticas familiares y transmisiones orales de madres, abuelas y tías.

3) Agradecemos la permanente disposición de Clara Chilcano para construir en conjunto un puente entre culturas que nos permite ir diseñando acciones que propician y favorecen el diálogo intercultural, teniendo como

finalidad impactar en las políticas públicas para encoger la brecha entre el reconocimiento jurídico de los derechos colectivos y su implementación en vida de los pueblos indígenas y sus comunidades.

En entrevista con la dirigente indígena Clara Chilcano (2014),³ autoridad de la organización indígena de Santa Fe y delegada para las actividades de extensión, compartió algunas nociones sobre salud y cosmovisión mocoví, de la que resulta interesante transcribir algunos fragmentos, en tanto la voz del indígena legitima cualquier argumentación discursiva:

“Nosotros no podemos negar a nuestros científicos y nuestros sabios tradicionales; son los que curan, previenen las enfermedades y pregonan, cómo, cuándo y por qué; son los conocedores del viento, del mensaje de los pájaros y de los ríos; son los conocedores del sonido del monte... Nuestro pueblo le rinde culto al fuego, porque a su alrededor nuestros ancianos ejercían y ejercen las enseñanzas, donde transmiten su sabiduría... Nosotros agradecemos al río por la pesca, a los montes por la recolección y la caza; y realizamos el saludo a los cuatro vientos. En nuestra cosmovisión todo componente de la naturaleza tiene una parte material y otra espiritual, así el río tiene su dueño que es el “Veraik” y hay que pedirle permiso para bañarse o pescar; el monte también tiene su dueña y es la “Conaya”, a ella hay pedirle permiso para entrar... Mis ancestros me han dejado muchos conocimientos sobre hierbas medicinales y algunas curaciones secretas transmitidas de generación en generación.

“Desde la cosmovisión, se habla de la complementariedad del hombre y la mujer, formando un mismo ser donde cada uno tiene su misión espiritual, que tiene que ver con mantener el equilibrio del cosmos. La mujer indígena esta llamada a mantener y contribuir al desarrollo sostenible y conservación de la diversidad biológica y en esta tarea la salud y la educación son temas prioritarios por los cuales luchan las mujeres indígenas.”

“Los pueblos indígenas enfrentamos una violencia epistémica en la sociedad occidental que se extiende y se reproduce en el sistema educativo y en el sistema de salud, en los cuales se desjerarquiza e invisibiliza el conocimiento indígena, degradándolo como saberes de sentido común o folclorismo. Prejuicios en la comunidad académica y científica que ponen trabas al dialogo intercultural. Debemos desaprender para aprender juntos. Nosotros como pueblos indígenas hemos enfrentado una historia de luchas y resistencias que nos exigieron dinamismo y la capacidad de fortalecer nuestros conocimientos y redefinirnos a partir del contacto con otras culturas.”

Creemos necesario continuar promoviendo los canales de diálogo intercultural, que tengan por finalidad compartir saberes, analizar,

“

los pueblos indígenas
enfrentamos una violencia epistémica
en la sociedad occidental
que se extiende y se reproduce
en el sistema educativo
y en el sistema de salud



debatir y reflexionar, para propiciar la construcción colectiva de políticas públicas en materia de salud indígena; involucrando ineludiblemente en el proceso de interculturalidad a los miembros y referentes de comunidades indígenas, así como al Estado en sus distintos niveles de organización política.

La base estructural del diálogo es la mirada interdisciplinaria; para la cual se parte del reconocimiento de la incompletud de la propia disciplina. La búsqueda de respuestas a los problemas necesita de la interacción de la antropología, la historia, el derecho, la sociología, la política, la medicina y la psicología, rompiendo con la hegemonía de una ciencia sobre otra. Asimismo resulta imprescindible ingresar en el conocimiento de la cosmovisión indígena para entender lógicas y quehaceres diferentes.

El trabajo en todos estos años nos ha permitido problematizar acerca de la salud y la interculturalidad; disipar el sentido y alcance de la normativa que protege a los pueblos y comunidades indígenas, indagar cuáles son los posibles modos de interacción de indígenas y no indígenas, y pensar cómo se puede garantizar la protección efectiva de sus derechos; así como discutir sobre potenciales políticas públicas en materia de salud indígena que tengan en cuenta en su planificación las peculiaridades locales sin alejarse de la realidad sociocultural y antropológica. A la postre es también necesario profundizar el diálogo con los profesionales de la salud para que conozcan y reconozcan las particulares formas de sanar, alejadas del ortodoxo desempeño diario pero que conforman un marco real y efectivo de ejercicio de la medicina ancestral.

La universidad ha generado un nutrido vínculo con pueblos y comunidades indígenas, a través del cual, si miramos en retrospectiva y comparamos la situación previa con el actual contexto de relación, se han logrado positivos y probados avances, en tanto visibilidad de la problemática, empoderamiento de referentes y dirigentes indígenas, intercambio de saberes y experiencias en el ámbito académico y en diálogo con el Estado. En esta línea de resultados, es trascendental el cambio producido en mujeres indígenas que comenzaron su participación desde un tímido y avergonzado aporte en los talleres y encuentros regionales, impensable en aquel entonces que pudieran escucharse hoy valorizando sus conocimientos sobre prácticas ancestrales adquiridas en el hábitat familiar, así como transmitiendo sus saberes asociados al uso de la palabra y a plantas medicinales para aplicarlos a procesos de sanación. Más bien, estas experticias eran ocultadas y absolutamente invisibilizadas. A lo largo de todos estos años las mujeres indígenas fueron asumiendo progresivamente el uso de la palabra en público, conquistando espacios de poder en el discurso académico y empoderándose de herramientas jurídicas para intervenir en el debate político. Estas ventajas nos impulsan a continuar el trabajo conjunto en tránsito hacia un horizonte posible: el del verdadero ejercicio de la interculturalidad para reconocernos, valorizarnos y complementarnos en pos de la dignidad de la persona humana, no relegando el derecho a la igualdad pero integrándolo con el reconocimiento del derecho a la diferencia, que permita la convivencia de culturas en una sociedad que se pergeña pluricultural.

Bibliografía

- Briones, C. (comp.) (2008). *Cartografía Argentina. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Lajo, J. (2005). *Qhapaq Ñan: La Ruta Inka de la Sabiduría*. Lima: Amaro Runa.
- Martínez Sarasola, C. (2005). *Nuestros paisanos los indios*. Buenos Aires: Emecé Editores SA.
- Perez De Nucci, A. (2005). *La Medicina tradicional del Noroeste argentino. Historia y presente*. Buenos Aires: Ediciones del sol.
- Quijano, A. (1991). *Colonialidad y Modernidad/Racionalidad*. Perú: Indígena.
- Ramírez, S. (2008). "Derechos de los pueblos indígenas: protección normativa, reconocimiento constitucional y decisiones judiciales". En: R. Gargarella (ed.), *Teoría y Crítica del Derecho Constitucional*. Buenos Aires: AbeledoPerrot.
- Rivera Cusicanqui, S. (2011). *Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Salgado, J.M. y Gomiz, M.M. (2010). *Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas: su aplicación en el derecho interno argentino*.
- Sousa Santos, B. (2010). *Para descolonizar Occidente*. Buenos Aires: Clacso.
- Tamagno, L. (coord.) (2009). *Pueblos indígenas: interculturalidad, colonialidad, política*. Buenos Aires: Biblos.

A arte de contar histórias como dispositivo em acompanhamento terapêutico

Wiliam Siqueira Peres

Professor do Departamento de Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Mariana Pereira de Vasconcelos

Participante da prática de Psicologia de acompanhamento terapêutico. Faculdade de Psicologia. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

1. Introdução

Pretendemos neste trabalho abordar como a metodologia de *contações de histórias*, em interfaces com o *acompanhamento terapêutico* (AT), pode ser um dispositivo no acompanhamento psicossocial de pessoas comprometidas pela cegueira. A ideia de dispositivo aqui surge como ferramenta teórica conceitual de auxílio nas problematizações das demandas trazidas pelo paciente, sendo o mesmo definido por Gilles Deleuze como:

“um emaranhado, um conjunto multilinear. Ele é composto de linhas de natureza diferente. E estas linhas do dispositivo não cercam ou não delimitam sistemas homogêneos, o objeto, o sujeito, a língua, etc., mas seguem direções, traçam processos sempre em desequilíbrio, às vezes se aproximam às vezes se afastam umas das outras. Cada linha é quebrada, submetida a *variações de direção*, bifurcante e engalhada, submetida a *derivações*” (Deleuze, 1988:1).

Esses lineamentos nos remetem a pensar sobre a produção dos sujeitos, os quais as linhas se processam como modos de subjetivação, como efeitos dos entrelaçamentos que podem configurar tanto um sujeito normatizado, como em vias de singularização.

Nesta perspectiva nos distanciamos de uma psicologia do indivíduo para privilegiar uma psicologia política e emancipatória, nas quais o contexto social, político e coletivo é tomado como pano de fundo dos acontecimentos e experiências vividas por esses sujeitos. A realização do trabalho em questão nos insere, primeiramente, na proposta de estágio curricular e orienta-nos por propostas críticas de atenção à saúde psicossocial de promoção e respeito

Resumo

Construímos a partir do acompanhamento terapêutico em saúde mental pública possibilidades de atenções psicossociais voltadas para ressocialização e inclusão em redes sociais emancipatórias de pessoas atravessadas pela exclusão, e, colocadas como frágeis. Ao criticar as referências que associam pessoas cegas como dependentes, privilegiamos a emergência das estilísticas da existência, ou seja, estilos de viver referimo-nos a um cuidado de si orientado por uma ética. Pretendemos colocar novas questões quanto à prática da Psicologia em seus atendimentos, reabilitação e possibilidades de transformação no modo de suas vivências, bem como elevar sua auto-estima pela potencialidade para desejar outros possíveis a fim de proporcionar independência e autonomia.

Palavras-chave

- saúde mental
- cuidado de si
- acompanhamento terapêutico
- deficiência visual
- contar histórias

aos direitos humanos. O núcleo de estágio é vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica, da UNESP e faz parte do *currículo* obrigatório do curso de Psicologia. Há oito anos, o estágio desenvolve o trabalho junto a uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), situada numa vila periférica da cidade de Assis, São Paulo. Observamos um bairro com poucos recursos sociais, comprometido com o tráfico de drogas, no qual os habitantes possuem baixa- renda e são excluídos de políticas públicas inclusivas.

O estágio atende as demandas do bairro por meio de atendimentos individuais e em grupos, em que são atendidos: usuários de drogas, mulheres que sofrem violências, pessoas com depressão, esquizofrenias e deficientes físicos e sensoriais.

O pedido do atendimento aqui focado aconteceu há quatro anos, com a família de um paciente que havia perdido a visão, atendido nos anos anteriores por outras estagiárias, caracterizado por sua revolta e não aceitação da situação adquirida, sob nossa responsabilidade nos últimos dois anos. Trata-se de uma família pobre, branca e religiosa, composta por cinco pessoas: o paciente, a esposa, dois filhos e uma filha, habitando uma moradia de fundos cedida por outros familiares. A renda familiar oriunda do trabalho doméstico realizado pela esposa e do benefício por invalidez do paciente.

Nosso atendimento com esse paciente não se orienta por uma visão individualista, pois partimos do pressuposto de um sujeito coletivo, sendo assim, todas as demandas e manifestações apresentadas são problematizadas como expressão de um coletivo, tendo em vista que não acontece somente com essa pessoa, mas, com uma multidão que se encontra na mesma situação.



Chamaremos nosso paciente de Senhor A: um homem na época de sua chegada aos serviços com 42 anos de idade (atualmente com 47 anos), que sofrera uma intervenção cirúrgica para a remoção de um tumor na cabeça. O crescimento do tumor afetou o nervo óptico, deixando-o muito fino, causando a perda da visão. Por consequência da retirada do tumor, há quatro anos o Senhor A sofre convulsões, e mesmo com a remoção do mesmo foi submetido a mais quatro cirurgias, com o objetivo de eliminar a água que acumulava no local em que este ficava. Decorrente dessas intervenções cirúrgicas, o Senhor A quase perdeu totalmente o movimento do braço direito. Atualmente, tem dificuldades para se sentar sozinho, precisando de apoio de outra pessoa para ficar em pé. Na mesma perspectiva, apresenta alterações constantes de humor. Com isso, a própria intervenção psicossocial sofre alterações, uma vez que, ora os efeitos positivos se exacerbam, ora se lentificam e/ou regridem. Nesta configuração, os atendimentos precisam o tempo todo dialogar com outras atividades e saberes advindo dos atendimentos médicos e de enfermagem. Assim, as buscas de parcerias com outras práticas: sociais, políticas e culturais visam a ressocialização, inclusão do paciente e seus familiares em redes sociais emancipatórias. Durante os últimos quatro anos de atendimentos tem-se como proposta dar suporte ao Senhor A por ter perdido a visão e incentivá-lo a falar, aumentar sua auto-estima, se expressar e movimentar o seu corpo. Organizamos o trabalho realizado por meio de atendimentos domiciliares que ocorreram duas vezes por semana, complementado por acompanhamento semanal de uma

enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), fazendo uso de medicamentos anticonvulsivantes, calmantes e remédios para hipertensão.

O atendimento realizado pela Psicologia tem se instrumentalizado por meio de maior clarificação sobre os significados da *cegueira*, bem como, do uso de contação de histórias, considerando sempre o contexto sócio-histórico e cultural como pano de fundo político e emancipatório. De modo clarificador, apresentamos considerações sobre a cegueira e as contações de histórias.

1.1. Deficiência visual: considerações sobre a cegueira

Podemos apresentar a deficiência como um fenômeno construído socialmente, desse modo, no contexto da deficiência visual há diversos conceitos e mitos acerca da mesma. A pessoa cega tem sido ao longo da história, excluída, e podemos evocar algumas concepções populares sobre a cegueira, tais como: a cegueira como punição ou como efeito de poderes sobrenaturais. De acordo com Franco e Dias (2007) nas sociedades primitivas, acreditavam que as pessoas cegas eram possuídas por espíritos malignos, quando nasciam eram mortos ou abandonados. Durante a Idade Média, a cegueira era vista como castigo ou como um ato de vingança, do mesmo modo que na mitologia grega. Nota-se que por um longo período, as pessoas cegas viveram um processo de desvalorização e de exclusão social. A partir do século XVIII ganham maior visibilidade: primeiro com a criação do Instituto Real dos Jovens Cegos de Paris, que de acordo com Lira e Schindwein (2008) foi a primeira escola no mundo destinada à educação

“

a metodologia de contações de histórias, em interfaces com o acompanhamento terapêutico, pode ser um dispositivo no acompanhamento psicossocial de pessoas comprometidas pela cegueira

de pessoas cegas, depois em 1829, Louis Braille, aluno desse instituto, inventou o Sistema Braille.

Somente no século XX, especificamente entre a década de 1960 e 1970, as leis favoreceram o acesso dos cegos à escola regular e ao mercado de trabalho.

No Brasil, segundo Lira e Schlindwein (2008), o atendimento às pessoas com diferenças visuais se iniciou com a fundação do Imperial Instituto de Meninos Cegos, na cidade do Rio de Janeiro, em 1854, pelo Imperador D. Pedro II, que mais tarde recebeu a denominação de Instituto Benjamin Constant.

A visão tida como porta de entrada de informações fundamentais ao ser humano pode implicar em significativas dificuldades na realização de diversas tarefas cotidianas. No contexto fisiológico podemos dividi-las em dois grupos: cegueira e baixa visão – a cegueira pode ser dividida em: congênita ou adquirida. A cegueira congênita advém de condições fisiológicas como a má formação do aparelho ocular. Já a adquirida, provém de traumas oculares, cataratas, ou diabetes. As causas mais comuns são de origem infecciosa: rubéola, toxoplasmose e doenças de causas hereditárias (Manual CBO, 2000).

Essas informações se somam às consequências advindas dos efeitos negativos pós-cirúrgicos vividos por nosso paciente e permite-nos situar a cegueira de Senhor A como adquirida, com isso, detentor de lembranças que nem sempre são tão claras, e que por sua vez lentifica qualquer tentativa de reabilitação. De acordo com Lira e Schlindwein há uma tendência cultural das pessoas videntes considerarem os deficientes visuais como limitados e/ou incapazes. Desta forma:

“Ao se tratar especificamente da educação da pessoa com diferenças visuais, pode-se dizer que a falta de visão é percebida, a priori, como ponto frágil e vulnerável, causando curiosidade, piedade, surpresa e admiração, de forma que a pessoa é vista como dependente, precisando ser guiada, protegida e amparada” (Lira e Schlindwein, 2008:176).

Na proposta de nossas atenções psicossociais, optamos por

dar passagens a devires outros, que privilegiam a emergência das estilísticas da existência, ou seja, estilos de viver, voltados para o cuidado de si, orientado por uma ética, estética e política de composição com a vida, que garanta o direito fundamental à singularidade, em oposição a regimes de verdades que se mostram universais. Em consonância com Michel Foucault:

“Deve-se entender com isso uma maneira de viver cujo valor moral não está em sua conformidade a um código de comportamento nem em um trabalho de purificação, mas depende de certas formas, ou melhor, certos princípios formais gerais no uso dos prazeres, nos limites que se observam, na hierarquia que se respeita” (1985:82).

Essas proposições nos permitem mapear processos de subjetivação que não se reduzem a processos de individuação, mas, se ampliam diante das possibilidades de construção de novos sujeitos decorrentes dos processos de subjetivação singulares, que ampliam seus universos de referências e suas circulações pelo mundo.

1.2. A arte de narrar e contar histórias

A arte de contar histórias sempre existiu, desde os primitivos com suas pinturas nas cavernas, na antiguidade entre as tribos, nas quais esses povos contavam histórias para difundirem seus rituais, nos quais contavam seus mitos. Segundo Matos & Sorcy (2007) o contador de história, já recebeu diversas denominações de acordo com suas culturas e momentos sócio-históricos: rapsodos, griot, bardos.

A partir dessas referências o sujeito que por meio dos contos divulga histórias, sejam elas, reais ou irreais, como as memórias de seus ancestrais, que são contadas de geração em geração, para não serem esquecidas, é aquele que deve se deixar levar pela história. O contador de histórias interage com seus ouvintes, envolve-os não somente pela oralidade, mas pelas expressões corporais, das improvisações e das interações com o público. Essa magia e encanto produzidos pela ação do contar histórias

estiveram presentes na relação que estabelecemos com o Senhor A. Situamos aqui a arte de contar histórias como dispositivos terapêuticos presentes nos atendimentos e de como proporcionou diversos progressos na reabilitação do Senhor A, vindo ao encontro de como Machado (2004) esclarece que o contar histórias e o trabalho que se possa fazer com elas tem uma função ligada ao papel que o exercício da imaginação e criação desempenha no processo de construção de conhecimento como um todo, pois, o importante não é querer saber qual o efeito que os contos tradicionais exercem sobre o sujeito, ou mesmo “querer produzir tal efeito”, mas entender que para cada um a história permite passar pelo reino das possibilidades de resignificar a vida de modo a contribuir com os processos de subjetivação.

2. Metodologia

Os atendimentos ocorreram duas vezes por semana com duração de 1 hora cada, sendo os mesmos realizados no domicílio do paciente. Para a realização do atendimento realizamos interfaces entre o acompanhamento terapêutico e contação de história. Para essa atividade escolhemos uma história curta, de modo que tivesse possibilidade de desenvolver diálogos e reflexões, bem como, resgatar histórias pessoais, para que se expressasse e exercitasse a memória, pois, muitas vezes, o paciente não conseguia dizer uma sequência lógica de palavras.

Junto às histórias levamos objetos com base em pesquisas sobre cegueira e com a experiência do próprio atendimento, no qual esses objetos propiciaram melhor entendimento das histórias, exercício de memória e sensibilidade do tato. A proposta da contação de histórias nos insere dentro da metodologia de AT que se caracteriza conforme apontaremos a seguir.

2.1. Acompanhamento terapêutico

De acordo com Silva (2005), o acompanhamento terapêutico (AT) emergiu no campo da psiquiatria, em um contexto pós-guerra, no

qual ocorreu a criação de hospital de dia; um espaço terapêutico para realizar determinadas atividades, nesse contexto o sujeito tido como louco não precisava ficar na estrutura manicomial, desde que acompanhado por um agente terapêutico. O AT aponta a rua como espaço clínico – espaço de produção de novas subjetividades, possibilitando a prática cartográfica.

Segundo Júnior (2012), no (AT) trata-se de uma modalidade de atendimento psicológico onde o local do trabalho é, justamente, no contexto do paciente; é um modelo de intervenção que ocorre no cotidiano interativo das pessoas. Nesse sentido, fica claro a metodologia do AT como auxiliar político de problematizações psicossociais que leva em consideração o contexto social e cultural, no qual a pessoa está inserida e as negociações políticas possam contribuir com a construção da cidadania em ambientes vulneráveis, clarificando a necessidade de problematizar a clínica de modo ampliado e emancipatório.

3. Discussão dos resultados

Finotelli (2012) ressalta a importância da flexibilidade que o terapeuta deve ter para se adequar às demandas do paciente, e desta forma algumas vezes precisávamos nos adaptar com a estrutura oferecida e com as interrupções de parentes. Muitas vezes, ao dialogar com o Senhor A, independente se o que contava eram lembranças ou criações, era logo atravessado por alguém que dizia “ele não está falando nada com nada”, colocavam música em volume alto, o que costumava atrapalhar muito os atendimentos. Nessa época, mesmo com muita dificuldade, o Senhor A andava até a casa de parentes apoiado na esposa, e, quando estava muito fraco era conduzido em uma cadeira de roda.

No início Senhor. A comentava sobre a perda da visão como uma enfermidade, não dizia ser cego e sim “enfermo”, dizia ter ficado doente por muito tempo e que não via nada, e por não enxergar nada não tinha vontade de sair muito, apenas recebia visitas e algumas vezes ia para a igreja. Nesta época houve a visita de uma religiosa, que dizia ter tido uma revelação divina de que Deus



iria operar um milagre e que o mesmo voltaria a enxergar; essa afirmação fez com que o paciente passasse a acreditar no milagre e ficar durante alguns meses a espera deste, que não veio.

Ao final do atendimento, não se mostrava revoltado com a perda da visão, falava do “não enxergar”, e sobre o desânimo de ir para algum lugar e não poder enxergar. Atualmente, o paciente usa cadeira de rodas para ir à igreja, e não há possibilidade de fazê-lo andar de um cômodo para outro, pois, não consegue ficar muito tempo em pé, tem pouca firmeza nas pernas mesmo se apoiado em alguém. Acreditamos que essa dificuldade decorreu devido às sequências de convulsões que teve durante um mês, ficando internado para tomar medicações que contivesse futuras convulsões. Há uma insegurança no paciente, inclusive, para tentar novos ensaios existenciais possíveis diante da reorganização de uma pessoa com perda da visão. Finotelli (2012) destaca a importância do papel dos outros moradores da casa do acompanhado, a necessidade da medicação de base, a busca de atividades para enriquecer a vida social/funcional e o exercício da autonomia pela compreensão das limitações do paciente. Porém, existem diversas dificuldades para desenvolvermos o exercício da autonomia, muitas vezes, comprometidos pela família, pelo estado físico e efeitos dos medicamentos. A família como principal meio para potencializar o Sr. A em suas atividades, considerando que já houve vezes que ao tentar circular pela casa, os familiares faziam-no deitar com a preocupação de que caísse, fato que mudou ao longo dos acompanhamentos.

Apesar da dificuldade de locomoção, a parte física do Sr. A não é de todo comprometida, trabalhamos por um tempo a questão que o próprio paciente trouxe, de não se alimentar sozinho devido ao comprometimento do braço direito, da cegueira, e por isso, a família acostudou alimentá-lo. Ou seja, há um comprometimento da própria família em se inserir no itinerário terapêutico proposto. O Sr. A, por mais que tenha comprometimentos físicos, tais como, paralisção do braço direito, da visão e mesmo a questão da memória prejudicada não teria necessidade de ficar o dia inteiro deitado, pois, consegue atualmente com alguma dificuldade sentar sozinho, realizar alguns movimentos como beber água, tatear objetos e nomeá-los, embora, as atividades básicas como banho, utilização do banheiro e higiene pessoal ainda precisam da ajuda da esposa. Orientamos que mesmo a alimentação que era realizada no quarto, poderia ser feita em outro espaço, como forma de incentivá-lo a ampliar sua circulação pela casa. Essas percepções nos levaram a pontuar, que não se tratava de um sujeito doente, mas, poderia ampliar sua “visão” particular como outro sujeito, que precisa resignificar seus conceitos, valores sobre si e os outros. Tratava-se de políticas relacionais que solicitavam negociações para a emergência de novas estilísticas de existência. Em conjunção com os procedimentos psicossociais somamos o uso de medicação tais como: anticonvulsivantes, calmantes e

remédios para hipertensão. Nossas observações indicavam que o uso de calmantes parecia “colaborar” para que ele ficasse deitado tanto tempo, o remédio era tomado de 12 em 12 horas, e causava sonolência, havia indícios e relatos que às vezes tomava um a mais, de que assim ele ficava menos agitado, caracterizando uma demanda da família em tê-lo controlado.

A família aparentemente tinha uma dinâmica pouco ativa, os filhos e a filha estudavam e a esposa trabalhava fora de casa, portanto, havia um tempo que o Sr. A ficava sozinho, mas recebia “vigilância” do parente que morava na casa da frente do domicílio; isso por sua vez, lentificava os resultados de nosso trabalho; isso contribuía para nos sentirmos angustiados e ansiosos por não vê-lo mais autônomo e independente.

Dialogamos com a família a fim de repensar atividades que podiam ser feitas para estimular o Sr. A, que eles pudessem colaborar juntamente com o atendimento e promoção de ressocialização do mesmo, abrindo espaço para que a própria família pudesse colocar suas queixas e questionamentos acerca da situação na qual o encontravam, após, os atendimentos, o que por sua vez significaria que a família também entraria em análise.

Notamos que as conversas com a família sobre o que tínhamos realizado nos atendimentos aos poucos foram causando pequenos efeitos na dinâmica familiar em relação ao paciente. Os incentivos por parte de familiares para o Sr. A poder sentar, comer sozinho, e conversar durante o atendimento de forma a colaborar com os diálogos passaram a ser frequentes.

Esse trabalho tinha pouca base teórica e muita experimentação, era bem lento, precisávamos notar com maior sensibilidade o que era pertinente trabalhar com o Sr. A como e de que forma era positivo ou não determinadas atividades, o que implicava avaliações permanentes para a tomada de decisão dos procedimentos seguintes. Ressaltamos que até o momento o melhor dispositivo tinha sido as histórias contadas e problematizadas com o Sr. A, pois, a partir delas conseguimos fazer diversos ganchos, desde que, os contos vinham sempre carregados de significados e afetos que podiam remeter às histórias pessoais do paciente e suas possíveis reconexões.

Durante as contações de histórias percebíamos que as mesmas proporcionavam alguns progressos na fala e na memória, devido a perguntas “gostou do conto? o que o conto remeteu?, quais personagens podiam ser lembrados?”. Toda essa progressão se seguia por semanas, e quanto mais dinâmica fosse à história, notávamos maior interesse por parte do Sr. A, ficando mais animado, conversando mais, com sequência lógica de pensamento, expressava melhor sua afetividade e com as interações com objetos melhorava sua coordenação psicomotora, mas as convulsões ocorriam com frequência intermitente, visto que tudo que o Sr. A progredia podia regredir caso tivesse as convulsões novamente. Porém, mesmo afetado pelas convulsões, podia

“

o acompanhamento terapêutico
emergiu no campo da psiquiatria,
em um contexto pós-guerra,
no qual ocorreu a criação
de hospital de dia

na mesma semana progredir, rapidamente, e resignificar suas posições diante da vida.

Havia outro fator de interferência na continuidade do trabalho – as férias das estagiárias – uma vez que, ao retomar o trabalho percebíamos que havia tido regressão, pois as atividades deixavam de ser contínuas, e, atentando a esse fator, foram dadas dicas de atividades para que a família continuasse estimulando o Sr. A durante as férias: que as histórias fossem contadas pelo menos duas ou três vezes por semana, que o fizessem sentar e realizasse pequenas caminhadas, que conversassem com ele sobre o cotidiano da família, informasse se mudou algum objeto ou móvel de lugar, enfim, que positivasse a situação para além da ideia de doença e considerassem a cegueira como uma estilística de viver. Para Finotelli (2012) o papel do AT é um recurso, no qual acompanhantes e acompanhados reinventam modos de se relacionar e estar no mundo. No caso do Sr. A, com o tempo ele passou a não falar mais da sua condição como enfermidade, mas, da cegueira ampliada que permitia resignificar seu lugar no mundo e que existem outras formas de enxergar, passou a opinar sobre o que gosta e não gosta mais assertivamente.

4. Considerações finais

O AT promoveu buscas e realizações de atividades para o acompanhado e com isso incentivamos o Senhor A se movimentar usando de outros artifícios terapêuticos, tais como: instrumentos musicais artesanais, os livros das contações de histórias, ou até mesmo convencer que sentar faz bem para o corpo e para a mente. Além da importância de movimentar-se, como modo de enfrentar a emergência de escaras produzidas pelo excesso da paralisação do corpo sobre a cama.

Os atendimentos possibilitaram a reabilitação e possibilidades de transformação nos modos de suas vivências, a fim de proporcionar independência e autonomia de seus quereres e fazeres. Por mais que existam oscilações entre progredir e regredir, foi possível notar com base no que foi trabalhado nesses anos que o Sr. A “evolui cada vez mais”, mesmo com lentidão, na qual as progressões são percebidas sutilmente.

Mello (2010) em uma discussão sobre *A construção da Pessoa na Experiência da Deficiência* problematiza qual seria o limite

entre ser uma pessoa e ter uma deficiência, ou como as pessoas com deficiência se colocam no mundo? Essas questões vão ao encontro do nosso atendimento, já que o Sr. A ficou deficiente e o processo para reconhecer a perda da visão foi demorado. Primeiro, devido à própria perda da visão, seguido do anúncio da salvação pela religião. Segundo, pela memória confusa que tomou a falta de visão como uma doença que a qualquer momento poderia ser curada. Seria importante ressaltar que o fato de perder a visão e ter dificuldades para locomoção acarretou a transformação de um corpo doente, que fica deitado o tempo todo na cama, sendo corroborado por essa mesma crença entre seus familiares. Os atendimentos proporcionaram a percepção do novo corpo e quais eram as novas possibilidades e relações que poderiam ser resignificadas. O que antes era dito como enfermidade; passa a ser dito com o tempo cada vez mais resignificado, já que enxergar, não é só com os olhos, mas, com o tato, os sons, os cheiros e sabores. Segundo Mello (2010) a pessoa com deficiência precisa estar inserida em um ambiente propício à promoção de sua auto-estima, autoconfiança e desejo de mudança, adquirindo a habilidade necessária para enfrentar de forma aberta e construtiva seus conflitos existenciais. Podemos a partir dessa constatação, problematizar outras formas que esse corpo possa se localizar, como uma pessoa além de ter dificuldades de locomoção, memória e ser usuário de medicamentos anticonvulsivos, não se restringe a isso. Isso solicita ainda problematização sobre aquilo que Michel Foucault denominou de “cuidado de si”, ao clarificar que:

“é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constitui assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber” (Foucault, 1985:50).

Portanto, o cuidado de si construído pelos modos de subjetivação normatizadores, aquele que impõe modelos de corpos saudáveis

e perfeitos, quando problematizados em referência aos corpos dissidentes, como é o caso do Sr. A, solicita a construção de novas conceituações a respeito de cuidado de si, pois não se trata de reducionismos limitados a crença de um corpo único de referência, mas de miríades de corporalidades possíveis que se inscrevem no mundo como diferenças.

Essa nova possibilidade de cuidar de si solicita uma revisão e ampliação conceitual que favorece a emergência de uma estilística de viver, e, dentro de nossos procedimentos buscamos resgatar potências até então adormecidas que possam fazer do Sr. A, buscar invenção de novas formas de relação consigo mesmo, com esse novo corpo, com outras possibilidades de conexão com a vida que não se restrinja ao modelo normativo dado anteriormente, mas que invente outras sensações e crenças de outro corpo que possa viver, amar e se relacionar com outra configuração que permita se reconhecer como sujeito positivado do desejo.

Construímos a partir desse AT e as Contações de Histórias,

tentativas de colocar novas questões quanto às práticas da Psicologia em seus atendimentos. A utilização do contar histórias permitiu o resgate das histórias pessoais do Sr. A e possibilitou novas formas de “*enxergar o mundo*”, bem como, elevar sua auto-estima pela potencialidade para poder sentir, pensar, levantar, andar, enfim, desejar outros possíveis. Recebia visitas de amigos, enfermeiras, estagiários de psicologia e conversa com a família, entretanto, não tem lazer – pouco passeia, uma vez que, depende de outras pessoas, além do comprometimento econômico que limita o acesso a bens e serviços de qualidade. Ressaltamos ainda, os adultos em sua maioria quando perdem a visão se “rotulam ou são rotulados” como incapazes, ou inativos – como perdessem a “vida ativa” não sendo capaz de reestruturar o novo modo de se “inserir” no mundo. Sr. A tem possibilidades de realizar diversas atividades, busca-se “transformar”, resignificar esse corpo não ocupando mais o lugar de doente, mas, um corpo que tem potência.

Referências

- Finotelli J.I. (mai/jun de 2012). “Teorias e práticas no campo do acompanhamento terapêutico”. *Psico- USF*, Vol. 17, N° 2.
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. Vol. 03. Rio de Janeiro, Editora Graal.
- Franco, J.R.; Dias, T.R.S. (2007). *A educação de pessoas cegas no Brasil. Averso do Averso Araçatuba*, v. 5, p. 74–81.
- Machado, R. (2004). *Acordais: fundamentos teóricos– poéticos da arte de contar histórias*. São Paulo, DCL.
- Matos, G & Sorsy, I. (2007). *O Ofício do contador de histórias*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello, A.G. (2010). “A construção da pessoa na experiência da deficiência: corpo, gênero, sexualidade, subjetividade e saúde mental”. In: Maluf, S. W.; Tornquist, C. S. (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Letras Contemporâneas, 2010. p. 133–191.
- Tornquist, C.S. (orgs) (2010). *Gênero, Saúde e Aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Silva, A.S.T. (2005). *A emergência do acompanhamento terapêutico: O processo de constituição de uma clínica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional.

El espacio de teatro en el Taller de Parkinson

Universidad y salud /
Intervenciones

Vanina Dubois

Docente de teatro
del Taller de Parkinson.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de La Plata.

María de los Ángeles Bacigalupe

Codirectora del Taller de Parkinson
e Investigadora CONICET.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de La Plata.

1. Introducción: problemática y objetivo

La universidad se encuentra dentro de un contexto social cada vez más complejo y debe responder con propuestas pertinentes y coordinadas con la comunidad, ya que la relación siempre es bidireccional.

En este trabajo presentamos una perspectiva de la extensión universitaria *en* salud que se realiza desde la salud y de un modo interdisciplinario de trabajo.

Específicamente, nos referimos al espacio de teatro en el Taller de Parkinson (TdP) con sus objetivos, metodología y resultados de la intervención hasta el momento. En este espacio trabajamos con personas con enfermedad de Parkinson (EP) y sus familiares.

La EP es una condición de salud de alta prevalencia en la sociedad, por el momento incurable, que se clasifica dentro de los trastornos del movimiento y que presenta síntomas motores (como bradiquinesia, alteraciones de reflejos posturales y problemas de la marcha) y síntomas no motores y de la comunicación (habla y expresión facial, aislamiento, trastornos del ánimo). Dada esta pluri-sintomatología, su tratamiento requiere de un abordaje interdisciplinario y puede beneficiarse no sólo con terapias medicamentosas sino también con otras aproximaciones terapéuticas complementarias.

2. El Taller de Parkinson

El TdP es una iniciativa que fue puesta en marcha en el año 2002 por un grupo interdisciplinario de profesionales (actualmente programa estable de extensión de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata) cuyo objetivo es el

Resumen

Presentamos el espacio de teatro en el Taller de Parkinson, sus objetivos, metodología y resultados. Este taller es una iniciativa de un grupo interdisciplinario de profesionales (actualmente programa estable de extensión de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata) cuyo objetivo es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson. Uno de los ejes centrales es el trabajo desde la salud, es decir, a partir de las potencialidades de los participantes, especialmente desde la denominada *kinesia paradójal*. En el espacio de teatro se desarrollan dos cuestiones centrales para alcanzar el objetivo del TdP: por un lado, la actuación, esto es, actuar un *otro* que no es la persona con Parkinson y, por otro lado, la práctica del habla y la sociabilidad. Consideramos que estas cuestiones son claves para que las personas con Parkinson puedan realizarse y superar los límites impuestos por la enfermedad.

Palabras clave

- Taller de Parkinson
- teatro
- kinesia paradójal
- salud
- trabajo interdisciplinario

mejoramiento de la calidad de vida de las personas con EP.

Si bien el proyecto se inició como actividad asistencial hospitalaria (en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn), desde su creación constituyó una iniciativa institucionalmente independiente que actualmente es apoyada tanto por el mencionado Hospital como por la Fundación Dr. Horacio Corrada.

El TdP es gratuito y los participantes presentan distintas características, tanto por su procedencia geográfica (Gran Buenos Aires, La Plata, Melchor Romero, Abasto), por los modos de acceso (derivados por su médico, iniciativa propia, pacientes que originalmente asistían a la consulta con algunos de los miembros del equipo de trabajo), como por sus situaciones económicas, niveles de formación y culturas diferentes. Cabe aclarar que los pacientes continúan su tratamiento neurológico con el médico que los asiste y que el TdP intenta ser un complemento y, por ende, mantener una comunicación fluida con los médicos de cabecera. Esta iniciativa integra la extensión universitaria con la investigación y la docencia (por ejemplo, en el Seminario Intersecciones entre neurociencias y psicoeducación, de la Facultad de Psicología de la UNLP).

Uno de los ejes centrales es el trabajo desde la salud, es decir, desde las potencialidades de los participantes, especialmente desde la denominada *kinesia paradójal*.

Llamamos *kinesia paradójal* a una propiedad del sistema motor (Ballanguer *et al.*, 2006) que se muestra con mayor énfasis en trastornos del movimiento tales como la EP. Esta característica fue descrita por A. A. Souques (1921) y estudiada posteriormente como un fenómeno en el que, dadas determinadas



“

la actividad teatral es grupal y vincular,
se ponen en juego en ella los estados
ánimicos de los participantes,
sus imaginarios e intereses



características del entorno, las personas con Parkinson pueden desarrollar movimientos como si no tuvieran la enfermedad. Este comportamiento puede ocurrir en situaciones cotidianas (Asmus, Huber, Gasser y Schöls, 2009) aunque también ha sido señalado en casos excepcionales, como terremotos y guerras (Bonanni, Thomas y Onofrj, 2010; Schlesinger, Erikh y Yarnitsky, 2007) y está íntimamente relacionado con las emociones (Mazzoni, Hristova y Krakauer, 2007).

Circula entre los pacientes la idea de *no poder* y de *incapacidad*, ya que la enfermedad afecta directamente el despliegue motor. El TdP es, en este sentido, un espacio donde las personas con la enfermedad pueden ponerse a prueba a sí mismas y comprobar las potencialidades que conservan y que creían perdidas.

3. El espacio de teatro en el TdP: objetivos y metodología

Este espacio viene desarrollándose desde julio de 2010. En el presente trabajo nos referiremos al período desde 2012 hasta el presente, que estuvo a cargo de la primera autora de esta comunicación.

Cabe destacar que el antecedente más cercano que encontramos, y del que tomamos algunas orientaciones, está descrito en Modugno *et al.* (2010). Allí los autores advirtieron que luego de tres años de intervención trabajando en teatro terapéutico con personas con EP, los participantes mejoraron en las puntuaciones de las escalas clínicas de evaluación de los trastornos del movimiento, a diferencia de las personas con EP que realizaron, durante el mismo tiempo, tratamientos *no medicamentosos* más convencionales, en este caso fisioterapia.

La actividad teatral es grupal y vincular, se ponen en juego en ella los estados anímicos de los participantes, sus imaginarios e intereses. Asimismo, las propuestas se orientan a trabajar comportamientos no cotidianos y diversos modos expresivos, promoviendo la superación de los límites que va imponiendo la enfermedad. Trabajamos con lo lúdico, lo cual favorece la ocurrencia de comportamientos paradójales.

A lo anterior sumamos la idea de estimular las capacidades individuales de cada uno e intercambiar los roles. De esa manera, los integrantes del taller asumen creativamente otras responsabilidades y aportan saberes y habilidades, tales como dar una clase sobre cómo respirar correctamente, filmar y editar videos y producir pequeñas disertaciones sobre temas afines a las profesiones u oficios reales de cada uno que sean oportunos para la tarea que se propone el grupo.

El trabajo en el espacio de teatro presenta los siguientes objetivos específicos:

- Incentivar el efecto paradójal mediante estímulos como la música, la fotografía, los objetos e improvisaciones que generen un compromiso emocional.
- Efectuar ejercicios con los que se comprometa la motricidad fina.

- Disociar la palabra del movimiento (intensidad, duración, velocidad).
- Entrenar la atención y aumentar la concentración para disponernos a trabajar.
- Asumir más de una consigna por vez sin tener que interrumpir la actividad que se esté llevando a cabo (atención dividida).
- Salir del *yo enfermo* para actuar un personaje con características ajenas al participante, inventarle un nombre y asignarle un comportamiento distinto (movimientos, voces).
- Promover el imaginario individual y colectivo y elaborar historias.

Como producto del espacio que retroalimenta la práctica, nos proponemos desarrollar anualmente una breve obra o video donde todos los integrantes del taller podamos visualizar el trabajo. Cada sesión de trabajo semanal, que dura aproximadamente 90 minutos, se inicia con un caldeoamiento. Por caldeoamiento entendemos: “las entradas en calor, los juegos, los rompe hielos, los entrenamientos, los trabajos de disponibilidad, todo trabajo específico que desde el inicio de la clase predispone para la tarea” (Astrosky y Holowatuck, 2001:17).

Hacemos una activación corporal, facial y vocal, con ejercicios como el de estiramiento de la columna vertebral, llevando la cabeza lo más cerca posible de los pies (enraizamiento o toma de tierra), masajes y movimientos localizados de las distintas partes del cuerpo, ejercitación concientizando la respiración, realización de gestos exagerados (activando las distintas partes de la cara), secuencias de movimientos bucales, emisiones de sonidos con diferente entonación (con vocales y consonantes), combinación de sonidos con movimiento (a veces combinando también distintos ritmos) y trabalenguas.

Cabe aclarar que durante esta ejercitación vamos pasando de la posición de sentado a parado, paulatinamente y de acuerdo con las posibilidades individuales y las demandas del ejercicio.

A esta entrada en calor le siguen breves juegos, improvisaciones, creaciones individuales y grupales. Por lo general, las improvisaciones son guiadas, al menos en el tema, porque, como primera respuesta del participante, con frecuencia aparece un “no se me ocurre qué hacer o no me sale”.

A continuación utilizamos textos dramáticos, literarios y films como material de actuación. También trabajamos con objetos, máscaras y vestuarios para la construcción escénica. Asimismo, habiendo elegido una obra o adaptación de obra para representar como producto final del espacio de taller, se hace un ensayo con o sin lectura del texto, aportando ideas y recreando las escenas. Luego damos un cierre a la clase con una pequeña relajación, donde cada uno corrobora cómo se siente y se compara con relación al inicio de la clase. Si el grupo quiere y necesita, reflexionamos sobre la clase y proyectamos futuros encuentros. Como todo proceso pedagógico, el taller requiere una evaluación constante para el mejoramiento, la cual se realiza a nivel individual

y grupal considerando que todo redundaría en la optimización del proceso completo del taller, incluyendo a la docencia y al contexto. Los ejes de la evaluación, entonces, son dos; (a) el participante con EP (factores que influyen en mejorar la calidad de vida y exploración de diversas formas expresivas) y (b) el grupo de trabajo y su dinámica. En el primer eje podemos tomar como indicadores la expresión facial, la proyección de la voz, la articulación para la emisión, la posibilidad de cambios tonales y corporales, la movilidad de las extremidades (tanto superiores como inferiores), la iniciación y detención de la marcha, el pasaje de la posición de sentado a parado, y la capacidad de disociar la palabra de la acción. En el eje grupal consideramos principalmente el presentismo, la predisposición a la participación, la producción creativa, la realización completa de la clase, la comprensión de la consigna y la elaboración de tarea extracurricular. Nos apoyamos en el registro audiovisual como modo de retomar la situación de clase y analizarla para sumar elementos a la observación participante.

4. Observaciones de nuestra intervención

Podemos señalar algunos aspectos relevantes de la intervención en el espacio de teatro del TdP.

En cuanto a la dinámica grupal, observamos mantenimiento del presentismo, lenta pero continua construcción del grupo como unidad de trabajo (por ejemplo, paulatino aumento del compromiso para con el grupo —si uno tiene un personaje a cargo y falta a clase, afecta al resto—; estudio del personaje en horario extracurricular; búsqueda de recursos que sirvan a la escenografía; disminución de los olvidos a la hora de traer anteojos y letra de la obra a la clase; mejoramiento del *involucramiento* en la clase (por ejemplo, disminuyó la ansiedad en la llegada del horario de la toma de la medicación o la llegada del transporte para volver a los hogares); disminución de la inhibición y por ende aumento de la predisposición a actuar y liberar la creatividad.

A nivel individual, hemos advertido progresos en la gestualidad (facial y de miembros superiores) de algunos participantes; esfuerzos por mejorar la intensidad y musicalidad de la voz (en conjunto con la respiración) e interesantes intentos de revisión de las propias características, lo cual podría asemejarse a un inicio de análisis metacognitivo con relación a la actividad planteada y además vincularse con el aumento de la confianza en sí mismos. Lo anterior permite el surgimiento de momentos de mejoramiento de la movilidad de las personas con EP (pasaje de sentadas a paradas, reacomodamientos de la postura necesarios para no caer al suelo, movimiento de brazos en consonancia con el habla). Reconocemos que debemos continuar trabajando intensamente las relaciones entre movimiento y habla, ya que ése resulta un punto crucial a superar y requiere de mucha labor lúdica, teatral, implícita y no necesariamente consciente, es decir, tendiente a la ocurrencia de fenómenos paradójales.

Los pacientes son capaces de contribuir al trabajo grupal desde sus *backgrounds* personales. Así, la fonoaudióloga-paciente da consejos que todos siguen con atención e intentan reproducir, sobre respiración, intensidad de la voz, velocidad del habla, cadencia y demás. El participante con sus ascendientes de culturas afroamericanas canta y baila ritmos que el resto del grupo sigue con palmas y movimientos. El participante más hábil en tecnología filma y edita videos del grupo o para el grupo. Así, cada uno aporta su riqueza personal y se construye un clima de clase ameno, festivo (sin por ello dejar de tener seriedad la tarea), lúdico, de confianza en sí y en el otro, de mutua ayuda y superación colectiva y de cada uno. Cabe aclarar que cuando hablamos de ayuda mutua no nos referimos a *instalarnos en el malestar o la pena de tener Parkinson*. Si bien deben existir momentos donde puedan compartirse los padecimientos de cada uno, nuestra tarea, enfocada desde la salud, está muy lejos de retroalimentarlos. Nosotros apostamos a la salud, y eso significa que, aunque reconocemos que la EP está presente, los pacientes puedan desarrollarse como personas completas, felices algunas veces, tristes otras, personas similares a cualquier otra, prójimos todos de todos. Retomando las ideas vygotskianas, el déficit está (Vygostky solía referirse a personas sordas, por ejemplo, cfr. 1920–1930/1993), eso es un hecho, pero de allí a que se convierta en *discapacidad* hay un largo trecho que tiene que ver con qué hace la sociedad como tal. Si hay barreras arquitectónicas, si hay discriminaciones por desconocimiento, el déficit tendrá consecuencias sociales en detrimento del bienestar de las personas.

5. Comentarios finales y direcciones futuras

Nos preguntamos y repreguntamos cómo provocar situaciones que potencien la aparición del efecto paradójal, ya que estamos convencidos de que con ello podemos contribuir a la mejora en la calidad de vida de las personas con Parkinson.

Asimismo, nos interrogamos: ¿por qué el taller de teatro sería un espacio posibilitador del surgimiento de kinesias paradójales? Actuar pone en juego distintas emociones y amerita una predisposición al juego, a olvidarse de sí mismo, a entregarse a la construcción de un otro. Entendemos a la actividad teatral como canal facilitador del efecto paradójal ya, que mediante el juego y la construcción de un yo distinto a sí, más la sumatoria de diversos estímulos intervinientes (música, videos, etc.), se posibilita, aunque sea momentáneamente, un comportamiento inhibido hasta entonces por los síntomas de la enfermedad.

El actor-paciente entra momentáneamente en un lugar de expansión donde el deseo prima sobre otros factores, incluso por sobre la concepción que tiene cada uno sobre sí mismo como enfermo de Parkinson. Con respecto a esto último, Herzlich y Pierret señalan que

“las concepciones que una sociedad se hace de sus enfermos, y que los enfermos mismos interiorizan y nutren a su vez,

orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales, y en cierta medida ‘producen’ la ‘realidad’ de sus ‘enfermos’” (1988:22, el entrecomillado es del original).

En esta identidad construida de enfermo existe una especie de *acomodamiento* e idea concebida sobre todo lo que parece estar perdido a causa de la enfermedad. Necesitamos desde nuestro contexto del espacio de teatro cambiar esa realidad preconcebida de la persona con Parkinson.

Entendemos el juego teatral como una disposición de reglas donde prima la imaginación, el deseo y la espontaneidad. El teatro nos da la posibilidad de representar lo que en la vida usualmente no sucede, provee el pasaje de lo ordinario a lo extraordinario. Con respecto a la relación entre ficción y realidad, Ricoeur dice:

“La ficción tiene, si podemos decirlo de este modo, un doble valor con respecto a la referencia: se dirige más allá, es decir, a ninguna parte; pero en razón de que designa el no-lugar con respecto a toda realidad, puede apuntar indirectamente a esta realidad según lo que yo quisiera llamar un nuevo ‘efecto de referencia’ (como algunos hablan de ‘efecto de sentido’). Este nuevo efecto de referencia no es sino el poder de la ficción de *redescribir* la realidad” (1985:102, la cursiva y el entrecomillado están en el original).

¿Cómo promover el *redescribir* o *redescubrir* la realidad?

Suspendiendo la idea de imposibilidad, incentivando a que cada paciente haga del espacio *su* espacio de propuesta y de seguridad personal. Apostamos a trabajar con las capacidades y potencialidades individuales e intentamos que los mismos participantes puedan modificar la concepción de “asistidos” acerca de ellos mismos.

Bibliografía

Asmus, F., Huber, H., Gasser, T. y Schöls, L. (2009). “Reply from de authors: Kick and rush: Paradoxical kinesia in Parkinson disease. *Neurology* 2008; 71: 695”. En *Neurology*, 73, 4, pp. 328–329. doi: 10.1212/01.wnl.0000324618.88710.30.

Astrosky, D. y Holowatuck, J. (2001). *Manual de juegos y ejercicios teatrales, hacia una pedagogía de lo teatral*. 1ra edición. Buenos Aires, Instituto Nacional del Teatro.

Ballanguer, B. et al. (2006). “‘Paradoxical Kinesis’ Is not a Hallmark of Parkinson’s Disease but a General Property of the Motor System”. En *Mov Disord*, 21, 9, pp. 1490–1495. doi: 10.1002/mds.20987.

Bartís, R. (2003). *Cancha con niebla: Teatro perdido: fragmentos*. 1ra ed. Buenos Aires, Atuel.

Boal, A. (2004). *El arco iris del deseo: Del teatro experimental a la terapia*. Barcelona, Alba Editorial.

Bonanni, L., Thomas, A. y Onofri, M. (2010). “Paradoxical Kinesia in Parkinsonian Patients Surviving Earthquake”. En *Mov Disord* 25, 9, 1302–1304. doi: 10.1002/mds.23075.

Jugamos a ser un otro distinto, quizás eso sea la actuación.

En palabras de Bartís:

“El actor produce el salto y el salto en la actuación no es la reproducción ni la representación de un personaje, sino el asumir un territorio de absoluta libertad donde el yo queda diluido” (2003:117).

El sentido de estas palabras se intensifica si recuperamos los comportamientos paradójales observados en el taller, donde los actores/pacientes son *pura actuación*, aquí y ahora, despreocupados de la letra, del pudor, de la enfermedad y atravesados por el deseo. En síntesis, arrojados a un momento de plena libertad.

Esa posibilidad de moverse en diferentes planos de la realidad tiene que ver con la influencia de la imaginación como activadora de la acción y como ampliadora de la realidad. Es por esto que podemos servirnos de la imaginación, entendiéndola como Boal en *El arco iris del deseo* (2004):

“el proceso psíquico que amalgama ideas, emociones y sensaciones. Nos hallamos en el terreno de lo posible si consideramos que es posible imaginar cosas imposibles (...) la imaginación es la memoria transformada por el deseo” (Boal, 2004: 37).

Siguiendo esta idea, en el espacio de teatro del TdP nutrimos la imaginación, la tomamos como puente conductor para el efecto paradójal. Tal vez así podamos comprender cómo alguien que es ayudado a desplazarse, luego prescinda de aquella ayuda para levantarse de la silla y moverse al compás de la música. Probablemente previo a incorporarse y bailar, se deseó e imaginó bailando.

Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”. En *Cuadernos Médico Sociales*, 43, pp. 21–30.

Mazzoni, P., Hristova, A. y Krakauer, J.W. (2007). “Why Don’t We Move Faster? Parkinson’s Disease, Movement Vigor, and Implicit Motivation”. En *J Neurosci* 27, 27, pp. 7105–7116. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0264-07.2007.

Modugno, N. et al. (2010). “Active Theater as a Complementary Therapy for Parkinson’s Disease Rehabilitation: A Pilot Study”. En *ScientificWorldJournal*, 10, pp. 2301–2313. doi: 10.1100/tsw.2010.221.

Ricoeur, P. (1985). *Hermenéutica y acción: de la hermenéutica del texto a la hermenéutica de la acción*. Buenos Aires, Ed. Docencia.

Schlesinger, H., Erikh, I. y Yarnitsky, D. (2007). “Paradoxical kinesia at war”. En *Mov Disord*, 22, 16, pp. 2394–2397. doi: 10.1002/mds.21739.

Souques, A.A. (1921). “Kinesie paradoxicale”. En *Rev Neurol*, 37, 559–560.

Vygotsky, L.S. (1920-30/1993). “The fundamentals of Defectology”. En: R.W. Rieber (ed.), *The Collected works of L.S. Vygotsky Volume 2* (pp. 29–330). New York, Plenum Press.

Prevención de enfermedades cardiovasculares en la niñez

Universidad y salud /
Intervenciones

Gabriela Fiorenza Biancucci

Docente de la Facultad
de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional del Litoral.

Alejandro Nasimbera

Integrante del Proyecto de Extensión
de la Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional del Litoral.

Resumen

Este artículo brinda información sobre actividades de extensión basadas en uno de los pilares de la Atención Primaria de la Salud (APS) que es la prevención, específicamente en la etapa de la niñez. Se detallan las intervenciones realizadas mediante la articulación de las comunidades educativas del nivel primario con las del universitario, con profesionales del servicio de cardiología, y de las inquietudes que fueron presentadas en el gobierno provincial.

Palabras clave

- enfermedades no transmisibles
- niñez
- prevención

“Mientras los animales sólo están en el mundo, el hombre trata de entenderlo; y sobre la base de su inteligencia imperfecta pero perfectible, del mundo, el hombre intenta enseñorearse de él para hacerlo más confortable.”

Mario Bunge, La Ciencia. Su método y filosofía (1997).

1. Surgimiento de la epidemiología moderna

Durante la primera mitad del siglo XIX aún persistían las disputas sobre el verdadero origen etiológico del cólera. Los partidarios de una visión *contagionista* afirmaban que la enfermedad se adquiría exclusivamente por el contacto con el enfermo y sus pertenencias. En cambio, los *anticontagonistas* sostenían la idea de que la circulación de “miasmas” en determinadas condiciones ambientales y del individuo daba lugar a la aparición de la enfermedad.

En este contexto de exacerbadas contiendas, en septiembre del año 1853 surgió en el barrio de Soho, en el sur de Londres, un nuevo brote de cólera. Allí fue llamado a la acción John Snow, médico cirujano del Westminster Hospital, quien, apoyado en sus experiencias previas de los brotes de 1849, había comenzado a desarrollar una teoría alternativa al binomio reinante. Basado en sus evidencias, suponía que la enfermedad se transmitía por un agente adquirido por vía oral y eliminado por las heces. Surgió así, como nueva forma de explicar la diseminación del cólera, el contagio por vía fecal-oral. El gran brote del Soho fue la oportunidad ideal para poner a prueba sus innovadoras ideas. Por ese entonces, en el sur de Londres existían dos grandes compañías

de abastecimiento de agua, la Southwark and Vauxhall Company y la Lambeth Company. Ambas obtenían el fluido directamente del Támesis a través de tomas desde donde era bombeado tanto a los domicilios particulares como a surtidores públicos ubicados en las mismas calles londinenses. Snow sospechaba que la causa del brote estaba en la extracción en áreas más contaminadas del río. Por eso, armado de esa conjetura, realizó una investigación relacionando las muertes con las compañías que servían a los hogares. Al analizar los datos, descubrió que la mortalidad en las viviendas abastecidas por Southwark and Vauxhall era hasta 14 veces mayor que las que recibían el agua a través de Lambeth. Su investigación en el área le permitió finalmente descubrir la ya famosa bomba de la Broad Street como el foco inicial de propagación del brote.

La investigación de John Snow, a nivel académico, dio lugar al surgimiento de la epidemiología moderna, de la que hoy se lo considera el padre. Pero también se debe destacar el importante rol transformador que tuvo en la sociedad victoriana de su época la idea de que la salud no estaba exclusivamente supeditada al accionar médico sino que también dependía en gran medida de factores sociales y económicos ajenos a la propia medicina. Si bien desde el siglo XVII y XVIII diversos autores ingleses, franceses y alemanes, ya habían introducido las primeras nociones de higiene, prevención y medicina laboral, no fue hasta la intervención de Snow que la idea de la salud comunitaria tomó su verdadero rol integrador de aspectos médicos y sociales.

En los años siguientes, su impacto se distribuyó por toda Europa e influenció a científicos de la talla de Rudolf Virchow en Alemania

“

en el ámbito municipal
no existen datos concretos
para poder diseñar y concretar
políticas sanitarias locales
frente a las ENT

o Louis Pasteur en Francia, por citar algunos. Surgieron entonces, a partir de fines del siglo XIX, diferentes denominaciones para esta nueva disciplina que, aunque reflejaban las diferentes ideologías y concepciones históricas de cada nación, conservaban su mismo espíritu. En Inglaterra se la conocía como “medicina comunitaria”; en el resto de los países de Europa Occidental se utilizaba el término “medicina social”; en Estados Unidos se transformó en la “medicina preventiva”, y en los países de Europa del este y la Unión Soviética en *higiene social*. A pesar del avance ideológico y científico de la época, aún la mayor parte del trabajo en el área era exclusivo patrimonio de los profesionales médicos, hecho destacado por el importante énfasis en el término "medicina" en todas sus definiciones. Se consideraba entonces a la salud pública una subdivisión de la ciencia médica.

2. Salud pública y extensión universitaria

Milton Terris define al concepto moderno de salud pública como:

“la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para rehabilitación, y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (Terris, 1992:187-188).

Esta nueva definición supone un cambio de paradigma en cuanto a la relación de la salud pública y la medicina y considera a esta última una subdivisión de aquélla. El carácter integrador de esta nueva definición coloca bajo su patrimonio a múltiples actores de la sociedad, destacando su carácter comunitario e interdisciplinario. En este contexto, la relación entre extensión y salud pública se presenta como una herramienta transformadora de la realidad y permite la integración de diferentes áreas del conocimiento en búsqueda de alcanzar objetivos en común. Tal cual lo define Gustavo Menéndez:

“uno de los temas centrales de la agenda de extensión está vinculado a las políticas públicas, e identifica en las mismas espacios de encuentros y búsqueda de acuerdos entre organismos e instituciones del Estado, organizaciones de la sociedad civil y otros actores de la vida pública, de tal manera de contribuir significativamente en el diseño, desarrollo, calidad y evaluación de dichas políticas” (Menéndez, 2012:40).

Desde esta concepción, surge durante el año 2011 la idea de elaborar un Proyecto de Extensión de Catedra (PEC) del Área Defensa perteneciente al ciclo Prevención de la Enfermedad de la carrera de Medicina dictada en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional del Litoral. El PEC llamado “Detección de enfermedades cardiovasculares en la niñez” tuvo como eje temático a las conocidas como Enfermedades No Transmisibles (ENT), también identificadas como enfermedades crónicas. Estas enfermedades no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y de evolución lenta. Los



cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las cardiovasculares, el cáncer, las respiratorias crónicas y la diabetes. Al año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba a las ENT como la primera causa de mortalidad mundial. Según sus informes, el 43 % de la carga mundial de morbilidad se debe a estas patologías. Asimismo, se calcula que para 2020 este guarismo se transformará en 60 % y en 73 % para el índice de mortalidad. En Argentina (2001), el 52 % de las defunciones fue por ENT. A la luz de estos informes, la OMS estimula la detección precoz y/o prevención de las ENT. Específicamente, el PEC se centró sobre las enfermedades cardiovasculares y su posibilidad de prevención en la niñez. Para poder actuar frente a ellas es imprescindible determinar sus factores de riesgo antes de que la enfermedad se haga clínicamente manifiesta. Se sabe que existen dos tipos de factores de riesgo: los no modificables (genética, sexo) y los modificables (sedentarismo, tabaquismo y obesidad) que son susceptibles de acciones de prevención.

El proyecto de extensión se propuso como metas llevar a cabo tanto acciones en el campo de la prevención para evitar o retrasar su aparición como su detección temprana para su ulterior abordaje terapéutico. Considerando que en el ámbito municipal no existen datos concretos para poder diseñar y concretar políticas sanitarias locales frente a las ENT, obtener los valores de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular es de vital importancia para poder describir su impacto y tendencia temporal.

3. Una propuesta multidisciplinar

La extensión, en su abordaje epistemológico y metodológico, se presenta como un accionar inherentemente multidisciplinar, transdisciplinar e interdisciplinar, conceptos que durante el diseño y ejecución del trabajo mostraron su auténtica importancia. La participación de diferentes actores sociales fue definitiva para el cumplimiento de los objetivos propuestos. El proyecto contó con la participación de alumnos y docentes de la FCM, de los miembros del equipo del servicio de cardiología del Hospital Dr. Orlando Alassia, del personal docente de la Escuela Primaria N° 1317 Bgdier. Gral. Juan Manuel de Rosas de la ciudad de Santa Fe, y de su comunidad educativa, alumnos y padres.

Con respecto a las acciones específicas llevadas a cabo durante el año 2012, se generaron instancias de debate y reflexión con los alumnos y docentes de la Universidad, que dieron lugar al diseño de las acciones a efectuar en el terreno. La elección de trabajar en el ámbito escolar se privilegió por sobre otros espacios sociales por entender que la escuela es el entorno propicio para la promoción y prevención, concientizando en las edades tempranas de la vida. En las mismas charlas se diseñaron las distintas actividades con el apoyo de los médicos especialistas del Hospital Dr. Orlando

Alassia. Estos profesionales brindaron, en una primera etapa, los conocimientos a los alumnos participantes y acompañaron en las actividades de campo.

En cuanto a la labor en terreno, en primer lugar se realizó una reunión con los directivos y docentes de la institución educativa para que, una vez interiorizados de los objetivos del proyecto, sean partícipes de la etapa de diseño del abordaje en terreno. Entendiendo que cada institución responde a la realidad de su entorno, la participación de los docentes en esta etapa permitió no sólo que sean actores fundamentales para el cumplimiento de los objetivos propuestos sino su integración plena al eje del proyecto. En segundo lugar, se realizó un encuentro con los padres de los alumnos donde se les detallaron las características del proyecto y la importancia de su participación activa. Si bien como medida inicial era necesario su consentimiento a las mediciones que se les iban a realizar a sus hijos (medición de talla, peso y presión arterial), también se los interiorizó con respecto a la encuesta a realizar. Esta encuesta tenía como propósitos no sólo recabar datos con relación a hábitos dietarios, sedentarismo y tabaquismo, sino también a la concientización en la temática. Por este motivo se les brindó información destinada a jerarquizar los hábitos higiénico-dietéticos como parte fundamental en la adquisición de pautas de comportamiento en la crianza de los niños.

Concluida la actividad en campo, se trabajó en el diseño de una base de datos digital donde cada grupo volcó los resultados obtenidos. De esta forma se pudieron elaborar los primeros índices de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la niñez en el área de trabajo. Sin dejar de lado el nivel individual de análisis, a los niños con presencia de factores de riesgo cardiovascular se les derivó para un análisis más profundo por parte del Servicio de Cardiología del hospital bajo la idea de que una precoz detección y tratamiento se traducen en una mejor calidad de vida para la población en riesgo. Aunque fueron 12 niños a los que se les ofreció la posibilidad de seguimiento, quedó como tarea pendiente transmitir la importancia del mismo, ya que la concurrencia al hospital fue escasa.

Paralelamente, se trabajó con el grupo de docentes universitarios, profesionales del Servicio de Cardiología y alumnos para generar actividades que brindarían, de una manera sencilla, los datos hallados. Con esta premisa, como corolario del proyecto se confeccionó un juego educativo para los niños de la escuela con la finalidad de promover conductas saludables. El mismo constó de simples consignas con premios y prendas que ilustraban sobre las ENT, sus causas y efectos. Cabe destacar que, al concurrir a los distintos grados de la escuela e interrelacionar con las maestras, se vio que el juego no sólo ayudaba a que los niños comenzaran a conocer los riesgos cardiológicos sino que ayudaba a otras disciplinas, como biología, matemáticas y literatura.

El formato de este juego tuvo como base un corazón con los colores

“

el ejercicio profesional
no se reduce al mero dominio
de un campo de conocimiento
específico sino que abarca la
construcción de una mirada ética,
social y solidaria frente
a la realidad en su conjunto

que se correlacionan con sangre venosa y arterial. Los niños, para ir avanzando, tenían que sumar dados e, inclusive, en algunas oportunidades, restar para cumplir la prenda. El juego fue recibido por los niños con gran aceptación, desde primero a séptimo grado, como también la actividad previa. Esta actividad fue diferenciada según las edades y comprensiones de los educandos. Se intentó brindar los conocimientos y generar conciencia sobre estas ENT. Este juego educativo, además de ser presentado en la comunidad educativa, fue entregado al Servicio de Cardiología del Hospital Alassia, donde se intentó generar un nuevo espacio en los niños que concurren a la visita, actividad que fue consensuada con los profesionales de la salud de este Servicio. Con relación al rol del Estado, los valores obtenidos fueron presentados a la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Sexual y Reproductiva, donde se dejó la inquietud de incluir algunos parámetros en el carné de salud de niños y niñas en edad escolar.

4. La extensión desde una visión pedagógica en salud pública

Como análisis posterior a la finalización del proyecto, se destaca no sólo el cumplimiento de los objetivos propuestos sino también el importante rol pedagógico de las tareas en extensión.

El ejercicio profesional no se reduce al mero dominio de un campo de conocimiento específico sino que abarca la construcción de una mirada ética, social y solidaria frente a la realidad en su conjunto.

El análisis de esta proyección social de la educación en extensión se puede encontrar en las palabras de José Martí, quien hace más de un siglo afirmaba que educar es:

“depositar en cada hombre toda la obra humana que le ha

antecedido, es hacer de cada hombre resumen del mundo viviente hasta el día en que vive, es ponerlo a nivel de su tiempo para que flote sobre él y no dejarlo debajo de su tiempo con lo que no podrá salir a flote, es preparar el hombre para la vida. Debe ajustarse un programa nuevo de educación que empiece en la escuela de primeras letras y acabe en una universidad brillante, útil, de acuerdo con los tiempos, estado y aspiraciones de los países en que enseña” (1883:281–282).

De esta experiencia se desprende que la extensión puede y debe constituirse en una instancia formativa donde los alumnos no sólo pongan en práctica las habilidades ya adquiridas sino que adquieran nuevas. La realización del PEC permitió acercar al estudiante universitario a la sociedad en la cual el día de mañana será un actor que interactuará con ella en calidad de profesional. A su vez, esta experiencia favoreció la construcción de nuevas herramientas y la posibilidad concreta de lograr que diversos actores tengan una mayor inclusión y accesibilidad al sistema de salud pública.

En el marco del Área de Defensa, el impacto de las actividades de extensión fue notorio y sumamente enriquecedor. Cabe mencionar que esta área se encuentra dentro del Ciclo de Prevención de la Enfermedad correspondiente al tercer año de la carrera de Medicina. Dado que el eje principal del trabajo se basó en tareas de prevención de un grupo de enfermedades específicas, brindó a los alumnos la oportunidad de experimentar en la práctica la conjunción de conocimientos biológicos y sociales, pilares del plan de estudio. Asimismo, fortaleció este ciclo de la carrera y llevó al terreno el aprendizaje teórico frente a situaciones reales afianzando los contenidos y habilidades adquiridos durante el

Ciclo de Promoción de la Salud. La propia dinámica del ejercicio extensionista puso a los alumnos ante el desafío de buscar elementos, ignorados hasta el momento, que les permitieron resolver las diferentes etapas del proyecto. Se pueden destacar particularmente las habilidades adquiridas en la confección de encuestas en salud, la elaboración de bases de datos digitales y su posterior análisis con software específico.

Un punto importante a resaltar es que el impacto no se limitó a los alumnos sino que se extendió a los propios docentes. El proyecto planteó nuevos desafíos pedagógicos y amplió las fronteras del aula universitaria hasta la realidad en su conjunto. La organización de actividades en terreno resultó ser más compleja de lo esperado debiéndose incorporar nuevas formas de distribución. Así como los alumnos, los educandos debieron actualizar sus conocimientos en salud pública, epidemiología e informática para lograr cumplir con los objetivos propuestos.

Finalmente, dejó como resultado más que sólo experiencia puntual. Dejó la herencia de nuevos contenidos a desarrollar en salud pública, nuevas estrategias de organización y la idea de que el proceso de enseñanza-aprendizaje es siempre perfectible y dinámico y de que el trabajo con la comunidad permite ampliar los horizontes.

Bibliografía

- Agüero, A. L. (2011). "Reseña de la salud pública universal y argentina". En *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía*. Vol. XVI, Nº 1. Disponible en: <http://www.hospital-ramosmejia.info/r/201101/350.pdf>
- Almeida-Filho, N. (2006). "Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones". En *Salud colectiva*, Vol. 2, Nº 2. Lanús. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es&nrm=iso
- Cerda L, Jaime; Gonzalo Valdivia, C (2007). "John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna". En *Revista Chilena de Infectología*, Vol. 24, Nº 4. Santiago. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000400014&lng=es&nrm=iso
- Curbelo, T. (2004). *Fundamentos de Salud Pública 1*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.
- Doval, H. C. (2003). "John Snow y la epidemia de cólera en Londres en 1854". En *Revista Argentina de Cardiología*, Nº 71, 463-467.
- Milton, T. (1992). "Tendencias actuales en la salud pública de las Américas". En OPS (ed.). *La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Pub. Cient. Nº 540, 187-188. Washington, OPS.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2004). *Boletín Epidemiológico Periódico*. Edición Especial. *Vigilancia de las enfermedades no transmisibles*. Dirección de Epidemiología.
- Organización Mundial de la Salud (2008). "61ª. Asamblea mundial de la salud. Informe de la Secretaría Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial". Punto 11.5 del orden del día. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf
- Roggiero, A. (noviembre de 2011). "Sinergia entre Docencia y Extensión: Para que el conocimiento nos sirva a todos". En *Universidad Nacional del Litoral XI: Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria. Mesa de Trabajo 2: Incorporación Curricular de la Extensión*. Santa Fe.

La promoción de la vigilancia de la aptitud física en la población de la ciudad de Santa Fe

Gabriel Fessia
Soledad Jáuregui
Verónica Reus

Docentes investigadores de la
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional del Litoral.

“Un principio fundamental, en tiempos en los que la universidad no puede omitir la formación de sus estudiantes para el trabajo profesional, y/o investigativo y/o docente, es que tampoco se puede olvidar que la educación superior tiene valores que sobrepasan la utilidad de la formación para el trabajo, valores que apuntan al desarrollo personal y cultural y a la construcción de una sociedad democrática.”

Alicia Camilloni

1. Introducción

Cuando la extensión universitaria es asumida como proceso educativo, cultural y científico, y se articula con la enseñanza y la investigación, se puede establecer una relación transformadora entre universidad y sociedad. Esta apuesta fomenta la promoción de ciudadanía y genera un proceso de diálogo con la comunidad a partir del cual se pueden reconocer las demandas y plantear la resolución de problemas de modo sinérgico.

En este sentido, la Universidad Nacional del Litoral ha tenido a lo largo de su historia una fuerte impronta extensionista que se ha visto enriquecida a partir de nuevas estrategias que involucran la incorporación de la extensión en la currícula. Esta estrategia posibilita a docentes y estudiantes integrar, relacionar y potenciar los contenidos disciplinares en el espacio social para el abordaje de situaciones concretas.

Uno de los objetivos de la propuesta curricular de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) es favorecer al futuro profesional en su integración y coordinación de su accionar con profesionales de otras disciplinas y sectores sociales, buscando facilitar de este

Universidad y salud /
Intervenciones

Resumen

Este artículo describe las estrategias utilizadas para contribuir a la promoción de la vigilancia de la aptitud física en distintas instituciones deportivas de la ciudad de Santa Fe, Argentina, desarrolladas a partir de un Proyecto de Extensión de Interés Social de la Universidad Nacional del Litoral. El proyecto consistió en un trabajo interrelacionado entre alumnos y docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, junto con instituciones deportivas de la ciudad de Santa Fe, con el objeto de consensuar conocimientos referidos a la valoración de la aptitud física, de manera precisa y eficiente, no sólo respecto de los deportistas *amateur*, de los de mediano y de alto rendimiento, sino también de personas activas y sedentarias que tienen como meta el mejoramiento de su calidad de vida. La iniciativa se enmarca en la idea de desarrollo local sustentable con foco en la promoción de la salud.

Palabras clave

- salud
- deporte
- vigilancia de la aptitud física

modo el crecimiento y la eficiencia del esfuerzo social en salud. Así, se establece una estrecha relación entre teoría, práctica y contexto social que permite el abordaje multidisciplinario de los temas y su interrelación con las acciones territoriales, las cuales son llevadas a cabo en cada una de las áreas temáticas que forman parte del Ciclo Promoción para la Salud.

Entendemos a la promoción de la salud, tal cual la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la suma de las acciones de la población, de los servicios de salud, de las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva, que permiten a la comunidad mejorar la calidad de vida.

La promoción de la salud constituye un bien social, de carácter universal, que proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorguen mayor protección y bienestar. Los programas de promoción de la salud que tienen base en la intervención territorial representan una de las múltiples respuestas del campo de la salud pública a la tendencia universal de buscar la integración de los diversos sectores del conocimiento y de la intervención social. Estos programas están diseñados para ser aplicados a nivel local, donde se da el máximo potencial de interacción entre gobierno (representado por sus instituciones), ciudadanos y sociedad civil (Becker, 2003).

2. Consideraciones previas a la práctica de extensión

El reconocimiento de la elevada prevalencia de inactividad física, su asociación con la epidemia de las enfermedades no transmisibles y

“

el deporte, en tanto fenómeno social en constante desarrollo, resulta un ámbito propicio para la promoción de la salud



la posibilidad de utilizar al deporte como una filosofía y pedagogía de la existencia, nos comprometió a intentar desarrollar acciones de alcance comunitario.

El deporte, como expresión cultural, corporal, agónica, lúdica y somática, constituye un instrumento primordial para edificar la condición humana.

Como fenómeno cultural, el deporte ha evolucionado de muchas formas. Analizado en el marco del mundo contemporáneo, se constituye como un generador de calidad de vida en aspectos de salud, ocio y educación, y es, sin duda, la manifestación cultural, social y económica más importante, compleja y apasionante de nuestros tiempos.

Al formar parte de la acción política y de la planificación social, el deporte, en tanto fenómeno social en constante desarrollo, resulta un ámbito propicio para la promoción de la salud. En este sentido, las escuelas y los clubes deportivos son articuladores del entorno social (ya que permiten el acceso a amplias franjas de la población, incluyendo no sólo a los practicantes sino también a sus familias) y son instrumentos valiosos para abordar diversos problemas.

Dada la importancia que adquiere el deporte en los aspectos señalados, se torna imperioso conocer a fondo y de manera objetiva las necesidades sociales y valorar tanto la calidad como la cobertura de los servicios.

Con estas preocupaciones llegó una demanda a la FCM por parte del personal y directivos de los clubes Banco Provincial de Santa Fe y la Asociación Cooperadora de la Dirección Deportes de la UNL para promover la valoración de la aptitud física no sólo en deportistas *amateur* de bajo, mediano y alto rendimiento, sino también en personas activas y sedentarias que tienen como meta el mejoramiento de su calidad de vida. La demanda se basó en que, si bien en el ámbito de la ciudad de Santa Fe se lleva a cabo una vigilancia deportiva a través de las asociaciones respectivas, éstas no abarcan en todos los casos al grupo social que rodea al deportista ni a aquellos que no pertenecen a dichas asociaciones. Por lo tanto, queda excluido un gran porcentaje de las personas que realizan las actividades deportivas de modo recreativo.

Por otra parte, la vigilancia a través de pruebas funcionales no está contemplada en todos los casos en la evaluación básica que se realiza a cada uno de los deportistas competitivos de acuerdo con la Ley Provincial N° 10554, en concordancia con la Ley Nacional N° 20655/1974. Inclusive, respecto de aquellos deportistas que no poseen relación con las asociaciones deportivas no hay una toma de conciencia adecuada de su vigilancia física para la realización de deportes.

En primera instancia, el trabajo en conjunto entre actores de la sociedad civil, docentes y estudiantes permitió contextualizar y analizar las características del *escenario* concebido como el espacio comunitario de la intervención a partir de una investigación de los hechos, datos, circunstancias y área en curso. La construcción de este escenario hizo posible elaborar un plan de trabajo con objetivos, actividades, resultados esperados y sugerencias de solución.

En el marco del proyecto, se decidió enfatizar en los alumnos de la carrera de Medicina de la UNL el reconocimiento y la interacción con las diferentes realidades del medio social en el cual van a desarrollarse como futuros profesionales para lograr habilidades comunicativas y de integración de conocimiento que les permitan acercarse a la práctica profesional.

Cabe destacar que el currículo de la carrera de Medicina está centrado en estrategias de aprendizaje basado en problemas. De allí que los contenidos disciplinares sean abordados en espacios tutoriales a cargo de un docente en donde se refuerzan el trabajo interdisciplinar y las prácticas en la comunidad.

Para llevar adelante el proyecto se decidió que las actividades se desarrollaran durante el cursado de las áreas: Sexualidad, Género y Reproducción (SGR), Trabajo y Tiempo Libre (TTL) y El Ser Humano y su Medio (SHM), todas ellas pertenecientes al Ciclo Promoción de la Salud. A su vez, se incluyó el área de formación instrumental que refiere a la organización de contenidos, habilidades y destrezas para operar con distintos lenguajes, desarrollar la investigación y el pensamiento reflexivo.

La generación del proyecto como modelo de actuación para administrar recursos disponibles en pos de dar solución a problemas concretos puso en funcionamiento procesos consistentes en transmitir y elaborar, junto a los grupos sociales involucrados, técnicas y métodos orientados a la producción de contenidos transformadores y socialmente significativos.

En función de este trabajo resultó imperioso investigar la realidad comunitaria para detectar sus necesidades, como también el contexto en que éstas se dan. Razón por la cual la aproximación diagnóstica constituyó un producto comunitario y no externo y sirvió de motivo para movilizar hacia la acción colectiva.

Para ello se efectuaron reuniones con los referentes institucionales, para la construcción de una visión de futuro compartida en la cual la comunidad expresó sus deseos de cambio y sus necesidades para la identificación y sistematización de los problemas prioritarios y de los recursos disponibles.

3. Metodología y estrategia de acción

Los destinatarios presentaron características diversas; se trató de personas sedentarias o poco activas, en un número mayor a las quinientas, con edades comprendidas entre los 12 y los 70 años, mientras que los atletas de mediano y alto rendimiento de los clubes Banco Provincial de Santa Fe y la Dirección de Deportes de la UNL involucrados fueron más de cuatrocientos, con edades comprendidas entre los 12 y los 35 años.

La situación socioeconómica de los destinatarios comprendió todo el espectro, pero puede considerarse al corpus en su mayoría como de clase media. Respecto de la procedencia territorial de los sujetos y familias involucrados, la misma abarcó amplios sectores de la ciudad incluidos en los centros de extensión comunitaria Alto Verde, Noreste y Noroeste, y el barrio El Pozo.



en función de este trabajo resultó imperioso investigar la realidad comunitaria para detectar sus necesidades

Las estrategias adoptadas tuvieron carácter participativo y se llevaron a cabo mediante procedimientos educativos y de control destinados a estimular el cuidado del propio cuerpo y a promover la responsabilidad ciudadana. Para ello se realizaron, durante los dos años de implementación del proyecto —y con la participación de 269 estudiantes distribuidos en 20 comisiones tutoriales, docentes y voluntarios para cada año—, controles de rutina a personas que practican algún tipo de actividad física a fin de evaluar la aptitud para realizar dicha actividad y concientizar sobre la necesidad del “apto físico” previo. Estos controles consistieron en la realización de una historia clínica detallada (en la cual se recopilaron los siguientes datos: filiatorios, sexo, antecedentes personales, hábitos tóxicos, presencia de factores de riesgo cardiovasculares, enfermedades crónicas, cirugías previas, antecedentes familiares, antecedentes deportivos, etc.), mediciones antropométricas (peso, talla, cálculo de índice de masa corporal y perímetro abdominal), pruebas funcionales, examen físico (signos vitales y auscultación cardiorrespiratoria), realización de electrocardiogramas y análisis bioquímicos básicos (determinación de metabolitos en la orina mediante tiras reactivas y evaluación del estado de hidratación mediante test de Armstrong).

En el mismo sentido, se utilizó una ficha de relevamiento adaptada del método STEPwise de la OMS, la cual tiene en cuenta los datos de identificación de los entrevistados, datos demográficos, información alimenticia, de la actividad física, mediciones antropométricas y bioquímicas.

Se analizaron 901 personas distribuidas por edad y sexo de la siguiente manera:

Grupo etario	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Niños	0	84	84
Adolescentes	315	436	751
Adulto joven	37	26	63
Adulto mayor	3	0	3
Total	355	546	901

Una vez obtenidos los resultados, se informó a la población evaluada sobre las buenas prácticas a la hora de hacer actividad física: hidratación correcta, horarios preferenciales para realizarla según la estación del año, alimentación adecuada, etc. Para reforzar la difusión del mensaje, los estudiantes, en colaboración con los docentes, diseñaron e hicieron entrega de folletería específica en distintos eventos.

En los talleres que se llevaron a cabo se estimularon el debate y el intercambio de conocimiento, reconociendo la concepción de los participantes de las instituciones sociales acerca de la promoción de la salud en el ámbito del deporte, la actividad física y el sedentarismo; problematizando los temas relacionados con la apreciación de los resultados de las evaluaciones clínicas, físicas, bioquímicas y nutricionales efectuadas a los miembros de las instituciones intervinientes. La evaluación es entendida aquí como un proceso de continua y sistemática recolección de información y retroalimentación sobre una práctica, con la intención de promover una mejor comprensión de su desarrollo, medir sus resultados y contribuir a la toma de decisiones estratégicas para el alcance de sus objetivos. A su vez, este proceso sirvió para reformular objetivos o acciones.

Los datos obtenidos durante este proceso representan fuentes que permiten elaborar directrices o perfeccionar las políticas públicas. En el segundo año de desarrollo del proyecto, y como resultado de la difusión del mismo por parte de las instituciones involucradas, se sumaron la vecinal de la localidad de Arroyo Leyes y la Escuela N° 16 de San José del Rincón con el objetivo de promocionar la alimentación saludable, la actividad física regular y la valoración precompetitiva como elementos de promoción de la salud.

Desde el área de SGR se viabilizó la demanda de la vecinal de Arroyo Leyes. Se recibió la invitación del presidente de la vecinal y del personal de la comisión de deportes de la Escuela de Fútbol, que se encuentra afiliada a la Liga Santafesina de Fútbol. El equipo distribuyó el trabajo y definió tareas:

- Un grupo de estudiantes voluntarios comenzó a registrar los antecedentes personales y familiares de los niños y a recabar información sobre cumplimiento de pautas de vacunación.
- Un segundo grupo efectuó las medidas antropométricas (peso, talla, cálculo del índice de masa corporal), y examinó algunas pautas de Tanner.
- Un tercer grupo se dedicó a la toma de presión arterial, con los

correspondientes manguitos de presión dependiendo de la edad de cada niño y plasmando los percentilos por sexo y estatura.

- Un cuarto grupo ejecutó realizó un electrocardiograma a cada uno y delineó una lectura básica del mismo.
- Un quinto grupo, junto a dos médicos pediatras, efectuó un examen físico integral.

Los estudiantes fueron rotando en cada etapa y, además, estuvieron supervisados en todas las actividades.

En el área de TTI se concurrió a la Escuela N° 16 de la vecina localidad de San José del Rincón para promocionar la alimentación saludable, la actividad física y la valoración precompetitiva para prevenir o descubrir alguna patología cardiorrespiratoria con riesgo para la vida del deportista.

En el área de SHM se concurrió a espacios públicos con el objetivo de interaccionar con la sociedad santafesina. Se realizaron las siguientes actividades:

- Encuesta para la vigilancia de la nutrición y actividad física según el sexo.
- Preparación de bebidas deportivas caseras.
- Distribución de folletos.
- Toma de tensión arterial.
- Comunicación de información sobre la importancia de la hidratación.
- Evaluación de los hábitos de nutrición y actividad física.

4. Articulación extensión–docencia

En cada área se desarrolló una actividad comunitaria planteando las capacitaciones necesarias en función de los objetivos e identificando a los actores sociales, el territorio, las herramientas y las estrategias de trabajo. Una vez finalizada la actividad en terreno, se hicieron talleres de reflexión y evaluación de la misma en los espacios tutoriales.

Los alumnos que cursaron el área SGR en el año lectivo 2012–2013 evaluaron los hábitos de nutrición y actividad física según el sexo. Los destinatarios fueron hombres y mujeres usuarios del Predio UNL–ATE.

Los alumnos que cursaron el área de TTL en el mismo año lectivo se convocaron con el objetivo de insertar la actividad de extensión al plan de estudio de la carrera de Medicina. En el marco de la actividad disciplinar Laboratorio de habilidades médicas y Elaboración de historia clínica, los alumnos realizaron anamnesis y examen físico: signos vitales y auscultación cardiorrespiratoria. Participaron en dicha actividad docentes de Semiología, integrantes del proyecto y voluntarios. Los destinatarios fueron estudiantes usuarios del Predio UNL–ATE y hombres y mujeres de la ciudad de Santa Fe.

Los alumnos que cursaron el área de SHM se convocaron con el objetivo de promover la hidratación en la actividad física.

5. Resultados preliminares

Los resultados indican que los estudiantes que participaron de estas actividades adquirieron habilidades sociales, académicas y de investigación. Se evaluaron en talleres de reflexión las salidas a terreno de un modo cuali–cuantitativo, reflexionando sobre la participación del grupo tutorial y el desarrollo de competencias así como acerca de sus habilidades comunicacionales.

Los estudiantes reconocieron como muy buena la estrategia de aprendizaje, identificándola como una eficaz metodología para el aprendizaje de determinados contenidos, habilidades y competencias. Esta estrategia permitió la identificación de posibles líderes grupales, rol que se comprobó en las reuniones de trabajo con los docentes involucrados, donde estos alumnos se caracterizaron por tener resultados académicos por sobre la media y constituirse en referentes para sus compañeros.

Por otro lado, los informes realizados por los estudiantes evidenciaron mayores niveles de comprensión, desarrollo metodológico y mejora en su presentación. Las evaluaciones formativas de los tutores mostraron coincidencias con las observaciones de los docentes afectados a las salidas a terreno, los cuales a su vez advirtieron que mantener actitudes de solidaridad y respeto con los demás mejoró las relaciones interpersonales desde una perspectiva positiva.

Así, desde una visión integral, el trabajo en y con la comunidad es una herramienta útil para confrontar al estudiante con la realidad social y sus actores, permitiéndole desarrollar habilidades sociales. En el mismo sentido, con la incorporación de la extensión al plan de estudio de segundo año de la carrera de Medicina, se pudo observar un abordaje de los contenidos disciplinares involucrados en forma integral durante encuentros tutoriales producto de la interrelación sociedad–universidad. La estructura del trabajo extensionista promovió un contexto que facilitó la cohesión grupal y priorizó las relaciones interpersonales.

En cuanto a la tarea docente, como resultado de la aplicación de esta metodología la misma se potenció al estimular a los alumnos a colaborar con los compañeros que presentaron dificultades, preparándolos para poder actuar en el futuro con todos aquellos con quienes se relacionen y requieran su participación.

Complementariamente, esta metodología facilitó a los estudiantes y tutores el abordaje de contenidos de las diferentes unidades de aprendizaje basadas en problemas mediante el desafío de la actividad comunitaria, permitiendo reconocer la importancia del desarrollo de habilidades sociales como un requisito indispensable para el éxito académico y personal independientemente del contenido conceptual sobre el cual desarrolla su tarea. También se observó un aumento del compromiso personal en cuanto a aprender y funcionar en grupo, solidaridad y respeto por las diferencias y gratificación por los esfuerzos individuales como estrategia de retroalimentación positiva para la convivencia. El trabajo extensionista se entendió como la unión de fuerzas para

un éxito común, un aporte de beneficios para todos los actores involucrados en el proceso de aprendizaje, potenciando la labor docente y el reconocimiento entre pares así como la integración entre los estudiantes. En este sentido, los estudiantes debieron realizar juntos una labor en la que cada uno fue promotor del éxito de los demás, compartiendo los recursos existentes y ayudándose, respaldándose y alentándose unos a otros por su empeño en aprender y lograr un objetivo en común.

Desde el punto de vista docente, fue una estrategia de accesible realización, en la que los estudiantes abordaron determinados contenidos disciplinares a través de la vinculación con el medio que los rodea. En cuanto a la formación de recursos humanos, se observó la capacidad de promover la interacción del grupo en contextos diferentes con el desafío de formar un profesional comprometido con la sociedad.

Esta experiencia posibilitó la integración a un programa académico para las distintas áreas, donde se vincularon los contenidos y las competencias a adquirir durante la misma con situaciones que promovieron la interacción con la sociedad y sus instituciones. Tal situación es un hecho que produce efectos positivos y optimiza el proceso de enseñanza, investigación y extensión. Una enseñanza no fragmentada en disciplinas, una investigación estrictamente aplicada y una extensión comprometida con lo académico y lo profesional. Respecto de los destinatarios, uno de los principales resultados fue el aumento de la movilización de las instituciones involucradas en pos de resolver una preocupación puntual y una mayor autonomía en lo que se refiere a la organización de sus acciones locales.

La implementación del proyecto significó, por parte de las instituciones participantes y sus actores constituyentes, el reconocimiento de la importancia en la promoción de la vigilancia de la actividad física, deporte y comportamiento sedentario, lo que permitirá continuar con las acciones desarrolladas para conseguir mejoras en la salud de la comunidad.

Finalmente, la propuesta contribuyó a fortalecer el potencial de los participantes (docentes, alumnos e instituciones), los cuales se perciben capaces de efectuar una acción concreta para mejorar sus conocimientos y sus accesos a las políticas de salud, razón por la cual esta dimensión de la intervención social puede indicarse como una potencial dimensión política al colaborar en el reconocimiento por parte de los sujetos de sus derechos.

De este modo, y actuando como facilitadores del proceso de desarrollo local, se busca influenciar en los llamados determinantes de salud a través de la capacitación de la comunidad para que desarrolle su autonomía y amplíe sus conquistas en el campo de la promoción de la salud.

Señalamos, además, que el proceso de construcción compartida permitió fortalecer las habilidades personales para descubrir y desarrollar alternativas a través de las cuales los participantes pudieron contribuir al abordaje de un problema colectivo. Esto hizo factible la generación de estrategias comunitarias de intervención

que se transformen en acciones concretas de impacto positivo para la vida de las comunidades y sostenibles en el tiempo, contribuyendo a la creación de capital social. En términos de Putman (2000), el capital social se entiende como el conjunto de redes y las normas de reciprocidad y confianza fundamentadas entre los miembros de las asociaciones de la comunidad. Y cabe destacar la capacidad de crear redes positivas de las experiencias, puesto que el entendimiento entre los miembros del proyecto y las instituciones fue necesario para llevar a cabo este tipo de proyecto.

Bibliografía

- Becker, D. (2003). "Organizações da sociedade civil e políticas públicas em saúde". In Garcia, J.; Landim, J. & Dahmer, H. *Sociedade e políticas – novos debates entre ONGs e universidades*. Rio de Janeiro, Editora Revan.
- Bento, J. O. (maio–agosto 2007). "Em defesa do desporto". In *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto – Portuguese Journal of Sport Sciences*, Vol. 7, Nº 2, 3–4. Universidade do Porto.
- Camilloni, A. y col. (2013). *Integración docencia y extensión. Otra forma de enseñar y de aprender*. Santa Fe, Ediciones UNL.
- Carballeda, A. J. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires, Paidós.
- Furco, A. (1996). *Service–Learning: A Balanced Approach to Experiential Education. Expanding Boundaries: Serving and Learning*. Washinton DC, Corporation for National Service.
- Jacoby, B. (1996). "Service–Learning in Today's Higher Education". In Jacoby, B. and Associates, eds. *Service–Learning in Higher Education: Concepts and Practices*. San Francisco CA, Jossey–Bass. Disponible en: www.servicelearning.org/library/resource/2675
- Putman, R. (2000). *Per a fer que la democràcia funcioni, la importància del capital social*. Barcelona, Proa.

El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de accesibilidad para pensar las políticas públicas

Universidad y salud /
Intervenciones

María Fernanda Pagura

Docente investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional del Litoral.

Milagros Marano

Extensionista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional del Litoral.

Paula Spina

Docente investigadora de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional del Litoral.

Mabel Busaniche

Integrante de la Asociación Civil "Palabras". Santa Fe. Argentina.

Resumen

El presente escrito surge de un trabajo colectivo entre un equipo de trabajo del Programa de Género, Sociedad y Universidad de la Universidad Nacional del Litoral, la ong Palabras y la ong italiana Cestas. Los objetivos que direccionan la acción son los siguientes: 1) relevar la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos de parte de las mujeres que están o estuvieron en situación de parto y posparto en el Hospital Iturraspe durante el segundo trimestre del año 2011; 2) generar recomendaciones e intervenciones con miras a transformar tanto las acciones de políticas públicas como las institucionales con el fin de eliminar barreras en el acceso a los derechos humanos por parte de las mujeres. En esta oportunidad se presentan algunos de los ejes relevados entramados con las recomendaciones generadas a partir de la lectura conjunta con efectores del sistema de salud público provincial (Hospital y Centros de Atención Primaria de Salud).

Palabras clave

- derechos sexuales y reproductivos
- embarazo y parto
- perspectiva de género
- relevamiento cuantitativo
- políticas públicas

1. Introducción

El presente escrito surge de un trabajo colectivo entre un equipo de trabajo del Programa de Género, Sociedad y Universidad de la Universidad Nacional del Litoral, la ong Palabras y la ong italiana Cestas y contó con la activa colaboración de profesionales y directivos del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

En la pesquisa general se abordaron los siguientes tópicos:

- 1) reconocimiento de algunos rasgos socioeconómicos de las mujeres de la muestra;
- 2) reconstrucción de la autopercepción de las mujeres en cuanto a sus vivencias y de la valoración sobre el trato, la información recibida, la preservación de la intimidad, la atención, el acompañamiento de familiares;
- 3) el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo y el posparto, especialmente en lo referido a la autodeterminación y los embarazos no buscados, el acceso a información e insumos relacionados con los métodos anticonceptivos, los servicios de consejería posparto entre otros temas.

Se concluyó el relevamiento con una serie de recomendaciones, tanto a nivel de la gestión política del Hospital como de las actuales autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, con miras a remover barreras en el acceso a los derechos de las mujeres en los distintos momentos que constituyen el nacimiento de sus hijos.

2. Marco referencial

Se parte de la noción de salud sexual y la salud reproductiva como derechos humanos. En línea con esta definición, la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución del bienestar físico, psíquico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Para alcanzarla, no es suficiente garantizar la ausencia de enfermedad sino, sobre todo, el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Levín (2010) plantea que estos derechos han ampliado el vínculo jurídico que fundamenta la idea de ciudadanía con relación al género, aunque no se ha alcanzado aún la plenitud de su ejercicio en las vivencias concretas, particularmente en el caso de las mujeres. Reconocer la separación entre sexualidad y reproducción, permitió pensar las particularidades de cada dimensión, visibilizar los mecanismos de sujeción y discriminación que pesan con mayor fuerza en los cuerpos de las mujeres y reconocer derechos específicos para cada una de las dimensiones, como así también, posibilitó el surgimiento de nuevos instrumentos normativos a nivel internacional, nacional y provincial.

El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina se encuentra regulado por un vasto plexo normativo que se encuentra integrado por instrumentos de jerarquía internacional, disposiciones constitucionales, leyes nacionales, leyes provinciales y ordenanzas locales. Éste opera como un marco jurídico de tutela posible de ser activado ante eventuales omisiones u acciones del Estado

que vulneren el ejercicio pleno de derechos. El derecho a la salud implica acciones, servicios y prestaciones que el Estado debe garantizar para proteger, promover y asegurar la calidad en el acceso a la salud.

De este mapa normativo interesa mencionar las leyes que operaron como directrices de este monitoreo, a saber: la ley nacional 25.929 de *Parto humanizado* (que establece los derechos de padres, madres e hijos durante el proceso de nacimiento); la ley 26.529 sobre los *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud* (que establece los derechos esenciales en la relación entre el paciente, los profesionales de la salud, los agentes del seguro de salud y cualquier efector de que se trate); la ley 25673 de *Salud sexual y procreación responsable* (que establece el Programa nacional y los derechos sexuales y reproductivos); la ley 26.130 de *Anticoncepción quirúrgica* (que regula el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica); la ley 11.888 de *Creación del programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable* (que regula el Programa de la provincia de Santa Fe).

3. Abordaje metodológico

Atendiendo a los objetivos propuestos y a los plazos de tiempo acordado, se decidió hacer un relevamiento de corte cuantitativo a partir de la aplicación de una encuesta. Moviliza esta decisión metodológica la intención de reconocer regularidades en la situación vivida por las mujeres que transcurren el nacimiento de sus hijos en el Hospital Iturraspe de Santa Fe.

La selección de esta institución en particular estuvo guiada por una decisión de la organización Cestas, para dar continuidad a una articulación previa entre la ong y el mencionado hospital.

El universo de estudio estuvo compuesto por mujeres que se internaron en el Hospital Iturraspe para ser atendidas durante el nacimiento de su hijo durante el segundo trimestre del año 2011. Según datos correspondientes al año 2010 del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, el Hospital Iturraspe contabiliza cerca de 4000 nacimientos por año. Se decidió tomar una muestra no probabilística casual de 200 mujeres que estuvieron internadas en la sala de Maternidad.¹

En relación al cuestionario, se elaboró a partir de los derechos establecidos en las leyes mencionadas en el apartado anterior, indagándose sobre la accesibilidad, el trato y el conocimiento de sus derechos en los momentos de parto, parto y posparto. El instrumento de medición se elaboró conjuntamente con personal de Maternidad del Hospital Iturraspe (con profesionales de

Medicina, Psicología y Trabajo Social) y autoridades a cargo de la Dirección, como también con funcionarios del Ministerio de Salud provincial con miras a generar un mapeo triangulado desde distintas necesidades según el sector de procedencia.

4. Rasgos del mapa de ejercicio de derechos: construcción desde la triangulación de prácticas y miradas

La universidad actual, como una institución social productora y democratizadora del conocimiento, tiene el desafío de repensar los modos en que se vinculan las prácticas de extensión, docencia e investigación. Estas articulaciones, que muchas veces están ausentes, permiten pensar en espirales, de modo tal que, cualquiera de ellas, convoque, interpele y problematice inevitablemente a las otras dos.

En esta línea, este trabajo tuvo distintas facetas y en todas se promovió la participación intersectorial e interdisciplinaria. Todos los momentos del proceso se llevaron a cabo colectivamente: la definición de la muestra, el instrumento de recolección de datos, el análisis de los mismos en diálogo con las prácticas cotidianas tanto en los servicios de salud, como también en instancias de sensibilización entre organizaciones y población en general. Esta forma de trabajo coadyuva tanto a la validación de los datos y a la democratización del conocimiento, como también a generar acciones para incidir de manera activa en las políticas públicas. A continuación, se presentan algunos de los datos relevados conjuntamente con las propuestas de intervención, que fueron discutidas con los equipos de profesionales del hospital y con los Centros de Salud de Atención Primaria con los que articula.

Si bien el relevamiento abarcó diferentes dimensiones, para este escrito y atendiendo al tema de la convocatoria, se eligieron sólo algunos de los indicadores medidos, agrupados de la siguiente manera: 1) acceso a controles durante el embarazo; 2) el derecho a la elección sobre la forma y posturas para el nacimiento; 3) derechos sexuales y embarazo.

4.1. Acceso a controles durante el embarazo

La muestra estuvo constituida por mujeres entre 14 a 41 años de edad. Al cruzar el dato de la edad con el indicador nivel de instrucción, se reconoció que el 75.3 %, no alcanza el nivel secundario completo. Mientras tanto, solamente el 23.6 % de las estas mujeres finalizaron los trece años de escolaridad obligatoria, descendiendo a 4.6 % las que continuaron sus estudios en el nivel terciario.

En cuanto a la inserción laboral, se incluyeron dos indicadores: la disposición de empleo remunerado² y el acceso a la *Asignación*

1) Las encuestas fueron aplicadas entre el 15 de octubre y 30 de noviembre de 2011.

2) Vale aclarar que en el cuestionario se preguntaba si "tenía trabajo remunerado" atendiendo a que la expresión garantiza claridad y precisión, ganando

en confiabilidad del instrumento. Es una decisión metodológica, a pesar del reconocimiento de la diferenciación conceptual entre trabajo y empleo.

universal por hijo. Atendiendo a los objetivos de este relevamiento, se incluyeron solamente estos indicadores con la intención de indagar cómo estaban incluidas en el mercado laboral. Al respecto, el 93 % de las mujeres encuestadas manifestó “no tener empleo remunerado”.³

Del total de encuestadas, el 70 % de las mujeres de la muestra percibe la *Asignación universal por hijo*.

Caracterizada la muestra y retomando el eje a abordar: controles durante el embarazo, entendiéndolo como un derecho a la salud. Este período, se divide en tres trimestres debido a los cambios fisiológicos que se producen en la mujer y el feto.

Tomando la *Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal* del Ministerio de Salud de la Nación (2001), se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. El objetivo principal de este control es cuidar la salud de la mujer gestante, previendo o detectando problemas del embarazo y promoviendo conductas saludables, aunque vale aclarar que no se incluyen en esta listado el asesoramiento e información sobre prácticas sexuales.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número de controles prenatales es de cinco o más, pero en caso de tratarse de embarazos de riesgo, será definido por los profesionales a cargo. Estas recomendaciones están en línea con lo dispuesto por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) en la guía mencionada. Con relación a la cantidad de controles prenatales en Argentina, el Sistema de Información Prenatal (SIP-2005) del MSN registra que solamente el 54.1 % de las embarazadas alcanzan los cinco controles o más, el 34,3 % tiene uno y cuatro controles, mientras que el 11,6 % no tiene ninguno.

En el caso de las mujeres de la muestra, se puede observar que el 92 % de las mujeres alcanzan la cantidad de controles establecidos por la OMS y el MSN, e incluso los superan (sumando los intervalos 4 a 6 controles, 7 a 9 y 10 controles o más). En el caso de las mujeres con 10 controles o más, manifestaron cursar embarazos de riesgo. La mayoría de estos casos fueron derivados al Hospital Iturraspe para su seguimiento.

Respecto de la “amplia cobertura” del control prenatal mencionado anteriormente con miras a disminuir la morbimortalidad, estos datos permiten valorar positivamente la capacidad de atención y seguimiento de los embarazos de parte de los servicios públicos de salud, como así también una actitud de cuidado de sí misma y del embarazo de parte de las mujeres durante este período. Igualmente

3) Dato alarmante en cuanto a la concentración de mujeres en los márgenes del mundo productivo, pero escapa a este relevamiento la posibilidad de profundizar sobre esta dimensión.

no puede dejarse de lado que el 5 % de las mujeres encuestadas no alcanzan los tres controles a lo largo de todo el embarazo.

A este 23 % de mujeres, que hicieron su primer examen durante el segundo y tercer trimestre, se les preguntó sobre las causas en el retardo de los controles prenatales. Al respecto, el 64 % sostuvo que lo hizo después del primer trimestre por no tener conocimiento de que estaba embarazada, mientras que el 11 % consideró que no hacía falta un control previo al mes en que acudió al Centro de Salud. El 7 % afirmó que no conseguía turno para ser atendida, el 5 % manifestó no tener tiempo para ir al Centro de Salud y el 11 % restante no lo efectuó por otras causas.⁴ Se considera oportuno dejar explicitada la necesidad de profundizar sobre estas causas puesto que se puede suponer que se trata de ausencia y/o dificultades en la circulación de información, como también pueden operar otros factores, por ejemplo encontrarse en una situación de violencia.

Al profundizar en los tipos de controles efectivizados, se evidencia que durante el control prenatal hay exámenes que no se llevan a cabo con la misma regularidad que otros y en muchos casos, las mujeres manifiestan que no se los han realizado. Excepto el peso, ecografía, análisis de sangre y presión que, según las encuestadas, se efectivizaron entre el 97 % al 100 % de las mujeres, el resto de los estudios disminuyen considerablemente. A partir de las afirmaciones de las mujeres, se puede afirmar que a la mitad de las mujeres de la muestra no se les practicó una revisión de mamas, y al 44% manifestó que no le hicieron el papanicolaou.

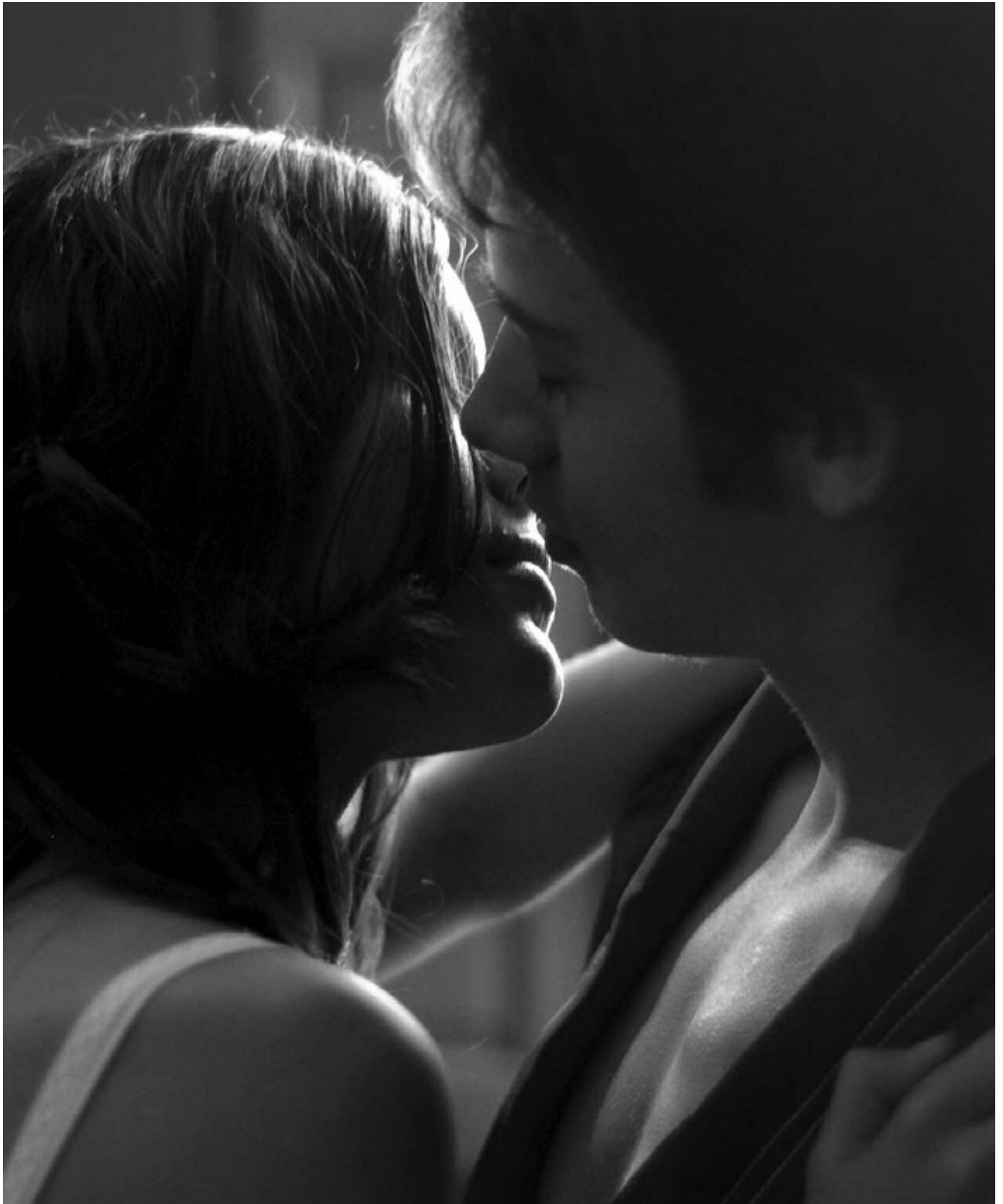
Al abordarse estos datos con los equipos de salud, se reconocieron algunos circuitos que debían revisarse entre los Centros de Atención Primaria y el Hospital, en torno a los criterios que operan en la aplicación del protocolo sobre los controles prenatales (periodicidad y modalidad).

4.2. Acerca de las elecciones sobre la forma y posturas para el parto

La posición para el parto que adoptan las mujeres está influenciada por varios factores entre ellos, las pautas culturales. En algunos países emergentes (como en algunas partes de Asia, África y América), como en distintos grupos étnicos en Argentina, la posición es de cuclillas. Contrariamente a estas prácticas culturales, casi todas las mujeres que tienen el parto en los centros de salud lo hacen en posición decúbito dorsal. Es posible que en algunas regiones de nuestro país la falta de opciones de posiciones para el parto en los hospitales pueda contribuir a que las mujeres elijan tener el parto en sus casas o en otros sitios donde se respete su elección. El caso es que muchas veces, las condiciones

4) Al analizar las aclaraciones de estas mujeres explicitaron las siguientes: “consulté por la ligadura tubaria y en ese momento descubrí que estaba embarazada”; “estaba en otra ciudad

y comencé con los controles al volver”; “pensé que era un retraso por una situación familiar que me estresó”, y por último, “sufrí un accidente doméstico”.



de asepsia no son las óptimas aumentando los riesgos de morbimortalidad materno infantil. Tal como plantea Lavender y Mlay R (2006) la medicina occidental moderna hegemónica ha *acostado* a las mujeres para parir y eso suele entrar en tensión con prácticas culturales y también con nuevas tendencias respecto al nacimiento (parto domiciliario, en cuclillas, en el agua, etc.).

En este punto, la ley nacional 25.929 establece que toda mujer tiene derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

El verdadero desafío de los profesionales de la salud en todos los ámbitos es brindarles a las mujeres 1) información imparcial en la cual basar las opciones de las posiciones para el parto y 2) consejos sobre cómo prepararse para tener el parto en la posición elegida. Posiblemente se requiera la capacitación de ciertos prestadores de salud para apoyar a las mujeres a tener el parto en diferentes posiciones. Es un desafío la creación dentro del sistema de salud de una cultura que apoye la opción de darles a las mujeres la libertad de elegir la posición preferida para el parto.

Al indagar sobre la modalidad de nacimiento, el 64 % de las mujeres de la muestra tuvo su hijo por parto, mientras que el 36 % restante lo tuvo por cesárea.

Entre aquellas mujeres que tuvieron parto, se indagó acerca de la participación en las decisiones sobre la postura adoptada.

Respecto a la posición para al momento del parto, el 11 % manifestó haberla elegido, el 88 % sostuvo que los profesionales dijeron cómo debían ubicarse, y menos del 1 % respondió que no lo recordaba.

Además de recuperar la experiencia vivida por cada mujer, se indagó sobre la difusión o no que tienen los articulados de ley de Parto humanizado. En ese sentido, se preguntó si sabían que toda mujer posee el derecho de elegir la posición para el parto contestando afirmativamente el 16.9 % contra el 83.1 % que manifestó desconocer este derecho que se vincula con la autodeterminación sobre el propio cuerpo. En la muestra se traduce que de 124 mujeres encuestadas 103 de ellas ignoran completamente los derechos que por la Ley le asisten. Una vez más observamos que el desconocimiento implica un obstáculo insoslayable para ejercer otros derechos y en consecuencias hacerlos efectivos.

En los espacios de sensibilización que se generaron con organizaciones de mujeres y la Municipalidad de la ciudad de Santa Fe, pudimos relevar que esta situación —imposibilidad de ejercer el

derecho a la libre elección de la postura— se reitera con la misma crudeza en el ámbito privado de esta ciudad. En el caso del ámbito público, corroboramos que se incorporó un sillón de parto y además, en la nueva Maternidad de la ciudad, se diseñaron salas con el espacio suficiente para incorporar tecnologías que posibiliten ejercer el derecho a elegir la postura de parto (Lavender y Mlay R, 2006).

4.3. Sexualidad durante el embarazo

La información en torno a las relaciones sexuales y al placer durante el embarazo es uno de los aspectos descuidados por los efectores públicos de la salud. En este sentido, cabe destacar que el 61 % de las encuestadas no fueron informadas sobre las relaciones sexuales en el embarazo, mientras que sólo el 40 % manifestó haber recibido información.

Durante el embarazo se producen cambios en el cuerpo de la mujer que inciden en su imagen corporal, su sexualidad y en el encuentro con su compañero o compañera sexual. Es común que para algunas mujeres el interés sexual disminuya o en otros casos aumente, variando muchas veces según la etapa del embarazo en la cual se encuentre. Los cambios hormonales que se producen impactan de diferentes maneras en la libido de la mujer, por eso es una etapa donde ésta necesita de asesoramiento sobre como disfrutar de su sexualidad. Estas dimensiones son parte de lo que en educación se denomina el *currículum nulo*, es decir, aquello que queda fuera de las prácticas de atención, no tiene entrada por estar negado.

Esto también suele afectar al compañero/a sexual de la mujer.⁵

Es común escuchar algunos mitos tales como que le harían daño al bebé si mantienen relaciones, o que si comparten con el bebé la escena sexual sienten que no están a solas con la mujer embarazada. Así como para algunas parejas erotiza el cambio corporal, para otras suele provocar incomodidad y menos atracción sexual. Despejar estos temores informándose o trabajándolos en los espacios adecuados, ayuda a relajarse para disfrutar plenamente de esta etapa.

Sin embargo, a partir de estos datos, podríamos conjeturar que las concepciones tradicionales sobre sexualidad impactan en la provisión de servicios de salud. Operan a través de estereotipos en torno a la concepción de la *madre inmaculada*, lo cual suele traducirse en prácticas que predicán y reproducen la asexualización de las mujeres embarazadas.

Siendo la sexualidad un aspecto esencial del ser humano y el momento de gestación un tiempo de cambios y reacomodamientos para la pareja, es preciso repensar las consejerías desde una perspectiva del placer sexual.

5) Si bien las investigaciones encontradas remiten a una pareja heterosexual, debemos pensar en parejas homoparentales en el marco de las diversidades sexuales.

Como constitutivo del proceso de asexualización de las mujeres embarazadas subyace la idea de la ausencia de prácticas genitales, pero también la falsa —y peligrosa— noción de estar “inmunizada” ante el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). En este sentido, corresponde indicar el uso del preservativo. Al preguntar al respecto, el 57% de las mujeres encuestadas manifestó no haber recibido información sobre la necesidad del uso del preservativo durante el embarazo para evitar la transmisión de ITS.

A partir de estos datos se puede inferir que existen falencias en cuanto al asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual durante el embarazo. Es poco común ver campañas de VIH destinadas a mujeres embarazadas.⁶

5. A modo de conclusión

Recuperando el objetivo de este relevamiento, es intención ofrecer rasgos que permitan caracterizar el mapa de accesibilidad de las mujeres a los derechos sexuales y reproductivos durante el embarazo, parto y posparto, a partir del estudio del Hospital Iturraspe de Santa Fe.

Esta cartografía invita a reconocer aquellas buenas prácticas, metodologías y acciones de parte de los efectores de salud, a los efectos de promover el desarrollo de las mismas y de alentar a los actores implicados en el campo de la salud a seguir construyendo cada día una mejor calidad institucional, para que las mujeres puedan acceder efectivamente a sus derechos.

De la misma forma, se despliegan aquellos aspectos que operan como obstáculos para el ejercicio de los derechos, como así también, recomendar líneas y acciones de políticas públicas destinadas al fortalecimiento del sector de salud desde las perspectivas de género y derechos humanos.

Se destaca la amplia cobertura en controles prenatales, cumpliéndose considerablemente en la ciudad de Santa Fe con los parámetros establecidos por la OMS, superando la media nacional. Estos datos permiten valorar positivamente la capacidad de atención y seguimiento de los embarazos de parte de los servicios públicos de salud, como así también una actitud de cuidado de sí misma y del embarazo de parte de las mujeres durante este período, además de mostrar los aspectos positivos de la política de descentralización de los centros de salud.

Requiere de especial atención el hecho de que gran parte de las mujeres encuestadas, manifiestan desconocimiento de los derechos que le asisten según la ley de parto humanizado, como el derecho a tener un/a acompañante, el derecho a la elección sobre

la forma y posturas para el nacimiento y el derecho a la intimidad. Esto se traduce en una limitación al ejercicio de dichos derechos y coarta la libertad de elección, ya que quien ignora los derechos que le asisten difícilmente pueda hacer efectivo su ejercicio.

Es necesario trabajar en la prevención de ITS, y del VIH; con especial referencia a la importancia de su detección y control durante el embarazo. Al respecto, deberían diseñarse campañas de prevención especializadas en VIH y embarazo.

Con relación a la sexualidad como dimensión compleja e integral, se puede inferir que en las prácticas profesionales siguen vigentes asociaciones que vinculan a las mujeres únicamente a su rol materno, desde una mirada asexualada que reproduce los estereotipos de género e impide incluir en la atención primaria de la salud la circulación de herramientas para fortalecer el cuidado de sí misma y de su pareja sexual.

Tanto el desconocimiento como la no apropiación de los derechos sexuales y derechos reproductivos por parte de las mujeres, implican un obstáculo ineludible, dado que los mismos apuntan a lograr un embarazo, parto y nacimiento en plenitud, con los mayores estándares de calidad y sin discriminaciones.

Por último, es intención que las conclusiones y las recomendaciones aportadas en este escrito posibiliten interpelar las políticas públicas y generar acciones para favorecer el ejercicio de la ciudadanía sexual de las mujeres.

Creemos que el análisis de la información obtenida en el relevamiento general permitirá, por un lado, valorar lo hecho y por otro, revisar, ajustar y seguramente generar nuevas ideas y propuestas que admitan mejorar los embarazos, partos y post partos, requisito indispensable para dar la bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo y garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en esta etapa de su vida.

Bibliografía

- Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, ELA (2009). *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina (2005–2008)*. Buenos Aires, Biblos.
- Ministerio de Salud de la Nación (2001). *El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*.
- Lavender, T. y Mlay, R. (2006). *Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural. Comentario de la BSR*. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra.
- Levin, S. (2010). *Derechos al revés ¿salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Buenos Aires, Espacio.

⁶ En este sentido, un antecedente a rescatar es la acción de prevención llevada a cabo por la Municipalidad de la Ciudad de Santa Fe, que a través de la Resolución N° 12672 realizó una

campaña de difusión el 18 de septiembre de 2008 en el marco del Programa “Miércoles Saludables”, sobre la transmisión de VIH-SIDA en embarazadas y niños y niñas.

Cuídate, hacete un PAP: un abordaje colectivo para pensar y repensar la problemática del cáncer de cuello de útero

Universidad y salud /
Intervenciones

María Fernanda Abrigo Robles

Docente de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional del Litoral.
Trabajadora Social en la Dirección de las Residencias de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Gabriel Jeanney

Docente de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Litoral. Médico del Laboratorio de Procesamiento de Papanicolaou Dr. Daniel Rocco dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Delia María Passeggi

Docente de la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional del Litoral.
Trabajadora Social de "Casa del Sol", Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Florencia Bustos

Licenciada en Obstetricia del Centro de Salud Callejón Roca y del Hospital Iturraspe.

Resumen

El presente artículo deriva de la experiencia de un proyecto de extensión de la Universidad Nacional del Litoral denominado *Prevención de cáncer de cuello uterino: estrechando lazos entre el equipo de salud y las mujeres. Experiencia de trabajo en el Centro de Salud San Agustín*. El proyecto se viene realizando desde el año 2013 y lo llevan adelante docentes, profesionales y estudiantes de la carrera de Trabajo Social y la Facultad de Ciencias Médicas.

El interés del mismo surge a partir de identificar al cáncer de cuello de útero como aquella problemática que refleja la desigualdad social en salud. A nivel mundial es la segunda causa de muerte por cáncer, a pesar de que la enfermedad podría prevenirse casi por completo gracias a las políticas públicas, conocimientos y tecnologías actualmente disponibles.

Este proyecto se orienta hacia aquellas mujeres de 35 a 64 años pertenecientes a los barrios San Agustín I y San Agustín II. Este grupo etario es el de mayor riesgo y menor tránsito por el espacio preventivo de cáncer de cuello uterino.

La complejidad de la problemática muestra la necesidad de desarrollar acciones que ponga el foco en la prevención y atención del cáncer de cuello de útero. Acción que requiere de un trabajo en red, interinstitucional e interdisciplinario sostenido en el tiempo.

Palabras clave

- mujer
- identidad de género
- salud
- cáncer de cuello uterino
- prevención

1. Introducción

El presente artículo da cuenta de la experiencia en un Proyecto de Extensión de Interés Social (PEIS) denominado *Prevención de cáncer de cuello uterino: estrechando lazos entre el equipo de salud y las mujeres. Experiencia de trabajo en el Centro de Salud San Agustín*, proyecto que tiene relación con dos Programas de la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional del Litoral (UNL): *Equidad en Salud y Género, universidad y sociedad*.

El interés del mismo surge a partir de identificar al cáncer de cuello de útero como aquella problemática que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud.

Se ha detectado que afecta principalmente a mujeres en situación de pobreza, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de *tamizaje*.¹ La enfermedad y muerte de estas mujeres tiene consecuencias devastadoras para las condiciones de vida de sus familias, ocasionando la pérdida de trabajo, ingresos y el ausentismo escolar de los niños del hogar (Arrossi y otros, 2007).

En este sentido, el cáncer de cuello de útero no sólo afecta a las mujeres más pobres, sino que es a su vez un factor que intensifica la pobreza y la vulnerabilidad social.

Argentina no es una excepción a esta realidad. Cada año se diagnostican alrededor de 3000 casos nuevos de cáncer de cuello de útero (Ferlay y otros, 2004), y alrededor de 1600 mujeres mueren a causa de la enfermedad. En los últimos treinta años no ha habido descensos significativos de la mortalidad por esta causa. Sin embargo, a pesar de la falta de impacto de las acciones preventivas organizadas en nuestro país y en las provincias durante las últimas décadas, hoy se intenta comprender el porqué de dicho fracaso, a partir de un Programa Nacional de Prevención que sustenta su planificación y desarrollo en la corrección de yerros pasados. Equívocos que tuvieron su causa a partir de la falta de estudios sobre una problemática que es mucho más compleja de lo que en un principio se pensó. No hubo antes un análisis sistemático para

1) Se entiende por pruebas de tamizaje aquellos exámenes aplicados con el fin de identificar una población, aparentemente sana, en mayor riesgo

de tener una determinada enfermedad, que hasta ese momento no se les ha diagnosticado.

“

el interés del proyecto surge a partir de identificar al cáncer de cuello de útero como aquella problemática que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud



comprender en profundidad las razones de este fracaso. Hoy se está pensando y trabajando en función de aquello, a partir de la unificación de criterios en el diagnóstico de situación, planificación de metodologías de tamizaje y desarrollo de laboratorios centralizados de citodiagnóstico en patología cérvico vaginal con sistemas de control y estadísticas unificadas que incluyen la historia y seguimiento de la salud de nuestras mujeres.

En principio, hay que entender que la mujer es un sujeto de derecho y necesidad. Que no es solamente importante durante su embarazo o la lactancia, relacionada como binomio “madre e hijo” o ser la depositaria de la salud de la familia, entendiendo y comprendiendo que muchas son jefas de hogar y aunque no lo sean, trabajan como si lo fueran. La morbimortalidad por cáncer de cuello de útero es un claro ejemplo de una patología previsible, prevenible y curable, que muestra no sólo las debilidades de un sistema de salud con referencia a las respuestas que debe brindar a ese sector de la población, sino que además, pone de manifiesto las desigualdades y las inequidades que posicionan a la mujer en un mundo que la determina y condiciona en una búsqueda constante y que constituye uno de los principales determinantes de su salud. Pero desconocer las debilidades de este sistema de salud sería no saber cómo intervenir o, sería intervenir sin comprender las implicancias que pudiesen comprometer el funcionamiento de un centro de salud determinado y su bidireccionalidad con la comunidad. Conocer al centro de salud y a sus integrantes es de fundamental importancia ya que ningún equipo es igual a otro, en cuanto a la transferencia que existe entre sus integrantes y la representación y significación que los vincula estrechamente a la Atención Primaria de la Salud. De la misma manera, la comunidad que rodea todo centro, muestra su singularidad y ésta debe ser descubierta y comprendida.

Aceptar las debilidades del sistema implica además entender las limitaciones en recursos humanos, estructuras e insumos. Es aceptar que cuando se planifica una estrategia de prevención con relación a una determinada patología se debe entender que ésta debe ser inserta en la dinámica de trabajo sin afectar el abanico funcional, en la diversidad de la salud que debe ser atendida. Se asume a la salud como un derecho, como un bien social, como “la capacidad de luchar contra las condiciones que limitan la vida” (Rovere, 2006); y por lo tanto, desde esta concepción compleja del proceso salud-enfermedad-atención, es que no se puede pensar a la mujer escindida de su contexto histórico, político, económico, ideológico, cultural.

Según datos de la Dirección General de Estadísticas del Ministerio de Salud, en la provincia de Santa Fe, la tasa de mortalidad

estandarizadas por cien mil mujeres es de 8,2 para el año 2010; y en general el grupo etario más afectado es el de 45 a 49 y 55 a 59 años, con una tasa de mortalidad específica de 11,3 y 13 por cien mil mujeres respectivamente; con un promedio provincial de cobertura con Papanicolaou (PAP) cercano al 40 %; un porcentaje muy bajo de mujeres embarazadas cubierta con esta práctica del 13 % para el año 2011, en el Nodo Santa Fe, siempre referidas a la población con cobertura pública o sin obra social.

2. Recorte geográfico y etario del proyecto de extensión: una mirada al interior del Centro de Salud San Agustín

El Centro de Salud San Agustín se encuentra ubicado en el barrio del mismo nombre, en el distrito noroeste de la ciudad de Santa Fe. Para este proyecto se tomó como base los datos elaborada por el Laboratorio de Papanicolaou Dr. Daniel Rocco del Ministerio de Salud de la Provincia en el período 2009–2012. Como puede apreciarse en la tabla 1, durante este período la producción de PAP fue muy baja.

El Centro pertenece a uno de los barrios más vulnerables socialmente, con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas, con más crecimiento y densidad poblacional de la ciudad de Santa Fe. Podría inferirse que la presencia de barreras culturales, geográficas, económicas, sociales y comunicacionales, etc. estaría impidiendo o limitando el acceso de las mujeres a los medios de tamizaje. De este modo, se estaría debilitando la participación de las mismas en el ejercicio de su derecho a la salud. En este cuatrienio, en el Centro de Salud San Agustín, se tomó un total de 318 PAP. Sólo se informó desde el Laboratorio de Papanicolaou: 7 ASCUS² y 2 L–SIL.³ Esto da cuenta de que el tamizaje —además de ser bajo en número— se está realizando en mujeres muy jóvenes: el 35 % de los PAP corresponde a menores de 25 años. Si bien el 65 % fue realizado en mujeres entre 25 a 64 años, de este porcentaje, el 80 % fue realizado en mujeres de 25 a 30 años. Esta franja etaria sigue siendo de mujeres jóvenes. Justamente en el resto —mayores de 35 años— es donde está comprobado, por evidencia científica y por la historia natural de la enfermedad, que se encontrarían o detectarían tempranamente las lesiones preneoplásicas⁴ o el cáncer. Por tal motivo este proyecto se orienta hacia aquellas mujeres de 35 a 64 años pertenecientes a los barrios San Agustín.⁵ Sin embargo, cabe aclarar que este proyecto contempla trabajar preventivamente con las otras franjas etarias, aunque no estén en situación de riesgo.

A partir de la nominalización de las mujeres realizada en el presente

2) ASCUS: Células escamosas de significado indeterminado.

3) L–SIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Se consideran anomalías leves causadas por infección de VPH.

4) Lesiones preneoplásicas: alteracio-

nes que se producen en algún tejido que alteran su normalidad haciendo más probable que sobre ellas se desarrolle alguna neoplasia o cáncer.

5) No se pudo precisar cantidad de población debido a que las fuentes consultadas no disponen de datos

actualizados. Si bien se puede disponer de datos censales del año 2001 por Vecinal, no sería prudente realizar una proyección, ya que se trata de una de las poblaciones con mayor índice de natalidad además de haber sufrido,

en los últimos años, un exponencial crecimiento poblacional, por migraciones internas, asentamientos, etc. Se buscó información a partir del censo 2011, por Vecinal, pero todavía no está procesado, según datos del IPEC.

año en el Centro de Salud San Agustín, se puede decir que esta institución consta de un total 1404 mujeres, de las cuales 1023 no realizaron PAP desde el año 2009 (datos que fueron cruzados con el Sistema Informático de Papanicolaou, SISAP, que contiene información desde 2009).

Entre 30 y 64 años, 319 mujeres no han recibido el tamizaje. Más de 203 mujeres se realizaron el PAP entre los años 2009 y 2011 y deberían ser nuevamente controladas. (Ver tabla 2)

Según la población objetivo del proyecto de extensión, entre la edad de 30 a 64 años 529 no se han realizado el PAP. (Ver tabla 3 y 4)

A partir de la lectura de los datos presentados podemos decir que la población de riesgo es la que menos transita por el centro de salud para realizarse el PAP. Podría inferirse que presentan ciertas dificultades de accesibilidad al sistema de salud. Según Stolkner,

“la accesibilidad se construye como el vínculo entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y condiciones de los sujetos. Tal conjunción, se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”

(Stolkner y otros, 2000:04).

En este sentido se piensa a la accesibilidad como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, lo que implica la inclusión de las prácticas y de los discursos tanto de los profesionales de los servicios de salud como de la población que accede al servicio.

La accesibilidad, por lo tanto, no se define simplemente sólo por el acceso a una consulta a un servicio de salud. Implica tener en cuenta diferentes momentos de la accesibilidad, esto es, una accesibilidad inicial que sería el ingreso al sistema de salud y el inicio de la atención, y una accesibilidad ampliada que abarca todo el proceso de atención y el tratamiento.

Los aportes de Rossi y otros (2007), señalan diferentes dimensiones de la accesibilidad como son:

“La dimensión geográfica: se refiere a la localización del servicio de salud y a su población asignada; las distancias entre el lugar de residencia de los usuarios y el servicio de salud; el desplazamiento de poblaciones de una jurisdicción a otra para hacer uso del servicio de salud, tanto porque en su zona carecen de los mismos o porque prefieren o eligen un mejor servicio. A la cuestión de la distancia geográfica se suma un elemento de la dimensión económica: costo del transporte y tiempo de viaje” (p. 12).

En este punto, muchas mujeres expresan no realizarse los controles en el centro de salud del barrio y recurren a los hospitales públicos, porque es ahí donde reciben a sus hijos cuando son madres y por

tanto deciden continuar con ese mismo médico, mientras que otras expresan recibir en los hospitales mejor atención. Un número menor de mujeres se hacen atender en clínicas privadas porque por sus parejas poseen obra social o porque consideran que la atención en el sector privado garantiza la calidad de la atención. Todos estos aspectos dan cuenta una movilidad geográfica con un costo económico que tiene que hacer la mujer desde su domicilio hasta el hospital o clínica privada en búsquedas de hacer atender su salud.

“La dimensión económica: se refiere al acceso gratuito o no, al servicio de salud” (p. 12).

Cabe señalar que la realización del PAP y el control ginecológico anual en los centros de salud pública según lo establece la Ley de Salud Sexual y Reproductiva es gratuita.

“La dimensión organizacional: abarca los aspectos burocráticos y administrativos de cada institución –modalidad de los turnos o interconsultas, tiempo de espera, etc.” (p. 12).

Particularmente, en este punto se pudo realizar y actualizar la construcción de un fichero para nominalización y seguimiento de mujeres. Se llevó adelante una búsqueda activa de mujeres que asisten asiduamente al centro de salud pero que no concurren al control ginecológico, mediante la captación y oferta de un turno con el médico ginecólogo en sala de espera, en los consultorios médicos o en la oficina de enfermería. Se fue cruzando la información entre los registros del centro de salud (registros 2011–2012) y el SISAP. Y por último se fue georreferenciando a los grupos que menos acceden al centro de salud mediante un *rastrillaje*⁶ en dichas zonas.

“La dimensión cultural: analiza la posibilidad de uso de un servicio, derivada de actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales. Bajo esta dimensión puede indagarse sobre los hábitos, prácticas, actitudes y creencias de los actores. Como el proceso institucional se basa en una relación social entre trabajadores de la salud y población usuaria del sistema, la dimensión cultural afecta a ambos” (p. 12).

Un elemento fundante de esta dimensión es la categoría *identidad de género*, que como se ha mencionado en multiplicidad de estudios, alude a una dimensión que es socialmente construida e históricamente variable; que no incluye sólo el binomio mujer/varón y sus roles de producción y reproducción social, sino más bien un inconsciente colectivo, que mueve las subjetividades de cada *ser*. El *ser mujer* traslada el movimiento inconsciente hacia los roles de cuidado: esposa, madre, hija como primordiales modos ejercer lo femenino. Esta característica y la relación histórica de subordinación del cuerpo de la mujer a la reproducción y al

⁶ El *rastrillaje* es un tipo de relevamiento domiciliario que se utiliza en actividades de prevención en salud.

placer masculino, conlleva en sí misma una invisibilización del cuerpo femenino. Las mujeres y los prestadores de salud han generado diferentes estrategias para el cuidado en el embarazo y el acompañamiento en los primeros años de vida de los hijos. Pero se repite como dato, el alejamiento progresivo de las mujeres mayores de 35 años de los servicios de salud, y la falta de acceso de aquellas que, por elección, no desean conformar el binomio madre e hijo/a o por elección sexual diferente; regresando a los mismos en la etapa de aparición de enfermedades crónicas y a veces con pocas posibilidades de tratamiento, representando éstas las *oportunidades perdidas*.⁷

En definitiva, puede verse que, por fuera de las *etapas de cuidado de otros* (con ello referimos a los momentos de las trayectorias femeninas en los embarazos, la lactancia y primeros años de vida de los hijos), las mujeres, sobre todo, las de los sectores más vulnerables de la sociedad; dejan de asistir a las consultas médicas y realizarse chequeos preventivos.

Otro elemento a considerar en la elaboración de este problema multidimensional, es el acceso a la información y formación respecto a las propias necesidades y derechos. La sexualidad, y con ella el cuerpo femenino, siguen siendo un tabú en muchos estratos sociales. Las mujeres no pueden (simbólicamente y materialmente) priorizar la atención de su salud porque estarían dedicando tiempo a *lo mundano, lo secundario, lo no esencial*; las mujeres como sujetos y actores reproducen, inconscientemente, la inequidad y los roles tradicionalmente adjudicados.

3. Modalidad de abordaje:

un trabajo colectivo entre diferentes actores sociales

La estrategia de intervención de este PEIS se pensó en dos grandes líneas: una más vinculada al trabajo con equipo de salud y otra en relación más directa con las mujeres que conforman la población objetivo.

En la primera línea se pudo capacitar tanto al equipo extensionista como al equipo del centro de salud respecto de la problemática de intervención de este PEIS. Con el primero, se construyó un marco conceptual en común a partir de las categorías: salud pública, accesibilidad, atención de población a cargo, género, cáncer de cuello uterino, estrategias de prevención, interdisciplina, trabajo en red. Con el segundo, una de las instancias de capacitación fue llevada adelante con la participación de referentes de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Santa Fe, quienes en el marco del *Programa municipios saludables* se encontraban realizando un proyecto con objetivos similares en los centros de salud Abasto, Nuevo Horizonte, Cabaña Leiva.

Esta capacitación dejó visibilizada la necesidad de un trabajo en red, interinstitucional e interdisciplinario para el abordaje de una problemática tan compleja como es el cáncer de cuello uterino. En este sentido, por un lado, la interdisciplina no trata de imponer un saber sobre otro, sino simplemente intenta que se produzca un diálogo entre diferentes saberes, entre diferentes profesionales interesados en un problema determinado, respecto del cual se pueden mantener puntos de vista distintos. Se trata pues, de un diálogo que intenta narrar, dar sentido, recoger, reunir lo que aparece como común entre los profesionales que integran un equipo. En esta perspectiva, se fue construyendo un espacio de trabajo conjunto entre personal del centro de salud e integrantes del equipo extensionista, para la planificación y seguimiento de las acciones a seguir en el marco del PEIS, y poner en marcha nuevas estrategias de intervención para la mayor captación de mujeres: nominalización, recupero de oportunidades perdidas, mayor oferta de servicio para la toma de PAP. Acciones que tienen la finalidad de ser sustentables en el tiempo y dar respuestas necesarias a todas las mujeres tanto en la toma de muestras como en el seguimiento de las citologías positivas.

Por otro lado, el trabajo en red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, con sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes. En este sentido, según Rovere (2006) redes es un concepto vincular, "*es el lenguaje de los vínculos*". Desde esta concepción, para la capacitación se convocó al personal de otros centros de salud y a organizaciones sociales del barrio San Agustín. Se tomó contacto con los Centros de Extensión Comunitaria Distrito Noroeste de la UNL, se participó de la reunión de la red del barrio y se realizó un relevamiento de organizaciones, redes y fuerzas vivas de la zona de influencia del centro de salud en las cuales participen mujeres. Para el trabajo más directo, en el marco del día de la salud de la mujer, se organizó en forma conjunta con el equipo del centro de salud talleres creativos y lúdicos con las mujeres del barrio (una *mateada de salud para la mujer*). Actividad que implicó planificación, difusión, trabajo en equipo y red para la convocatoria de mujeres. Cabe aclarar que, este espacio y los próximos que tiene planificado el proyecto, tienen como fin promover, por un lado, un vínculo más estrecho entre centro de salud y la comunidad y, por otro lado, recuperar y potenciar capacidades en las mujeres para que, autónomamente, puedan resolver sus problemáticas y, por último, promover la participación y el cuidado de la salud desde una perspectiva de derecho y de equidad de género.

7) Oportunidades perdidas: en el presente trabajo, se refiere a todas aquellas situaciones en las que las

mujeres del rango etario seleccionado concurren asiduamente al centro de salud a diferentes servicios, consultas

o por cualquier prestación, pero nadie las visualiza para la prevención de cáncer de cuello uterino.



Bibliografía

Arrossi, S y Paolino, M (2008). *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino en Argentina*. Buenos Aires, Editorial OPS.

Arrossi, S. y otros (2007). *The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study*. Editorial Gynecologic Oncology.

Ferlay, J y otros (2004). *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide Version 2.0*. IARC Cancer Base N° 5. Lyon, IARC.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2012). Informe sobre datos provenientes del Laboratorio de Papanicolaou Dr. Daniel Rocco del Ministerio de Salud de la Provincia; en el período 2009–2012 a partir del SISAP (Sistema Informático de Papanicolaou de la Provincia).

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2014). Informe sobre nominalización de mujeres Centro de Salud San Agustín realizado por el Laboratorio de Paps de la Provincia.

Rovere, M. (2006). *Redes en Salud; los grupos, las instituciones, la comunidad*.

Córdoba, Editorial El Agora.

Proyecto de Extensión de Interés Social (2014). Informe de avance del proyecto "Prevención de Cáncer de Cuello Uterino: estrechando lazos entre el equipo de salud y las mujeres. Experiencia de trabajo en el Centro de Salud San Agustín".

Rossi, D.; Pawlowicz, M.P.; Zunino Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires, Intercambios Asociación civil.

Stolkner, A. (1999a). "Interdisciplina II: Lo transdisciplinario como momento o como producto" en *El CAMPO Psi*: Facultad de Psicología. Buenos Aires.

Stolkner, A. (1999b). "La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas" en *El CAMPO Psi*: Facultad de Psicología. Buenos Aires.

Stolkner, A. y otros (2000). "Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso" del libro *La Salud en Crisis – Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*, Buenos Aires, Ed. Dunken.

Tabla 1

Producción PAP Centro de salud San Agustín					
Año	> 25 años	25–64 años	< 64 años	Pap 1 vez	Totales
2009	15	45	0	0	60
2010	20	76	1	0	97
2011	17	79	1	1	97
2012	22	72	0	5	94

Fuente: SISAP (Sistema Informático de Papanicolaou de la Provincia).

Tabla 2

Año	N° de mujeres con paps
2007	1
2009	20
2010	38
2011	62
2012	85
2013	106
2014	66

Tabla 3

Grupo de edad	N° de mujeres con paps
13–15 años	129
16–20 años	341
21–25 años	193
26–29 años	97
30–64 años	529
65 y más	81
Sin datos	34

Tabla 4

Laboratorio de Procesamiento de Papanicolaou Dr. Daniel Rocco															Período de recepción de muestra: Desde: 01–01–2014 Hasta: 24–07–2014			
Análisis de Resultados por edades															Centro de toma de muestra: CS San Agustín – La Capital			
															Patólogos: Todos			
Diagnósticos por Calidad de Muestra	> 15	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/59	60/64	65/69	> 70	S/E	Total			
Insatisfactorios	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	6	3,35 %		
Satisfactorios	0	10	42	31	19	29	23	12	5	3	4	0	0	0	173	96,65 %		
															Total de citologías evaluadas		179	100 %

Detalle de los Diagnósticos Satisfactorios seleccionados

Diagnósticos por grupos de Satisfactorios	> 15	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/59	60/64	65/69	> 70	S/E	Total			
Ascus	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	6	1,73 %		
Ausencia de células neoplásicas	0	10	41	31	19	23	22	10	5	3	4	0	0	0	168	97,11 %		
L-SIL	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1,16 %		
															Total de citologías satisfactorias		173	100 %

(*) S/E hace referencia a los casos "Sin Edad" debido al desconocimiento de la fecha de nacimiento del paciente.

.4

Ciencia y técnica. Instituciones y políticas. Cosmovisiones y saberes conjuran poderes sobre el cuerpo y el alma. La desmesura del goce corrompe los límites antiguos. Las éticas se debaten en la fragilidad de los signos...

Consortio público-público para el desarrollo de medicamentos contra la tuberculosis

Marianela Morzán

Área de Comunicación.
Secretaría de Vinculación
Tecnológica y Desarrollo Productivo.
Universidad Nacional del Litoral.

La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a los pulmones pero que puede atacar otras partes del cuerpo. Es causada por una bacteria y se contagia por el aire (cuando los enfermos tosen o estornudan). Entre los síntomas que permiten detectarla se encuentran la tos persistente, sudoración nocturna, cansancio, pérdida de peso y falta de apetito.

Si la enfermedad es detectada en forma temprana y tratada adecuadamente puede curarse. Los tratamientos duran más de seis meses, sin embargo los síntomas suelen mejorar alrededor de las tres semanas.

En Argentina, alrededor de 11 000 habitantes se enferman de tuberculosis cada año y entre 600 y 900 fallecen por su causa. Esta afección en general está relacionada con poblaciones que tienen amplias carencias, razón por la cual depende de planes y programas públicos para curarse.

La Universidad Nacional del Litoral (UNL), mediante sus investigadores, y el Laboratorio Industrial Farmacéutico de Santa Fe (LIF), con sus especialistas, se encuentran ejecutando un proyecto que busca optimizar y poner a punto la tecnología necesaria para la producción en la provincia de Santa Fe (Argentina) de cinco fármacos para el tratamiento de esta enfermedad.

Conforme lo señaló Carlos Arqués, director del LIF:

“La importancia de desarrollar estos medicamentos radica en que en la actualidad hay muchas dificultades para la provisión de los mismos, porque algunos

no se producen en el país y otros sí pero tienen una oferta muy concentrada. Esto impacta en la adherencia del paciente a los tratamientos, lo que lleva a la aparición de tuberculosis multirresistentes, que son mucho más complejas para tratar”.

Ello debido a que uno de los principales problemas es la adquisición de estos medicamentos por parte de los enfermos puesto que los principales afectados son de escasos recursos.

Desarrollo del trabajo

El proyecto se desarrolla en el marco de un consorcio público-público entre la Universidad y el laboratorio perteneciente al gobierno de la provincia de Santa Fe.

Tiene la finalidad de apoyar al sistema de producción pública de medicamentos para cubrir áreas estratégicas y de vacancia en la provisión de especialidades medicinales prioritarias, articulando y complementando las capacidades del laboratorio de producción pública de medicamentos y actores del sistema científico tecnológico nacional.

Fue presentado al Fondo Argentino Sectorial de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación, durará tres años, y tiene un presupuesto total superior a los 39 000 000 de pesos, de los cuales 23 373 000 serán financiados por el Fondo y el resto por los integrantes del consorcio.

El trabajo será realizado por tres tipos de actores:

- Especialistas del LIF que cuentan con una vasta experiencia en el desarrollo y producción de medicamentos.
- Investigadores de la UNL que se encuentran trabajando en la generación de tecnología aplicada en estos temas.
- Gestores del Centro para la Transferencia de los Resultados de la Investigación (CETRI-Litoral, UNL) que se ocuparán de la gestión del proyecto, la administración de los fondos y el seguimiento técnico.

División de tareas

“La Universidad se involucra a partir de distintas unidades, como el Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas; del equipo de Caracterización de Sólidos Farmacéuticos de la Facultad de Ingeniería Química, y el CETRI Litoral, que fue el encargado de la elaboración del proyecto y es la Unidad de Vinculación Tecnológica a partir de la cual se lleva a cabo la gestión y la administración del proyecto durante estos tres años”, explicó Albor Cantard, rector de la mencionada casa de estudios.

El Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos se ocupará de hacer todos los desarrollos necesarios para los controles de calidad de las materias primas y demás

insumos que van a intervenir en los tuberculostáticos. Asimismo, realizará actividades relacionadas con la determinación de la fórmula y tendrá la función de formar dos analistas que luego se van a incorporar a la planta del LIF para actividades de desarrollo y validación de metodologías analíticas.

En lo que respecta a las actividades de desarrollo, puesta a punto y transferencia de técnicas de caracterización de las materias primas con las que se harán estos fármacos, estarán a cargo del equipo de Caracterización de Sólidos Farmacéuticos. Allí, los investigadores analizarán las materias primas, los componentes de la mezcla para formar los comprimidos, buscando tener una producción uniforme en el tiempo. Además, en ese ámbito se formarán dos analistas que se incorporarán a los equipos del LIF para esas tareas.

Por último, de las etapas vinculadas a la puesta a punto de la tecnología para la producción de los tuberculostáticos y la obtención de los lotes que serán presentados a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de Argentina (ANMAT) para su habilitación, serán responsabilidad del LIF y este laboratorio será acompañado en su ejecución por el Departamento de Ingeniería Industrial de la Facultad de Ingeniería Química de la UNL. La ejecución del proyecto será en la sede del Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad de Estado, que actualmente produce el 94 % de las unidades farmacológicas que la provincia aporta para atención primaria de la salud. Sus medicamentos también se utilizan en el sistema de salud público de otras provincias argentinas y en hospitales y programas nacionales de prevención. En este marco, se instalará una planta piloto para la producción de tuberculostáticos y se pondrá a punto un laboratorio para la realización de determinaciones analíticas.

Desde el CETRI-Litoral, organismo con amplia experiencia en la formulación y gestión de proyectos de inversión, se llevarán a cabo la gestión y la administración los fondos provenientes del proyecto.

Impacto social y académico

Con este proyecto, el Consorcio se plantea el desafío de desarrollar y poner a punto a escala piloto la tecnología necesaria para luego, a partir del escalado industrial, lograr dar respuesta a estas necesidades de medicamentos para la tuberculosis en cantidades estables y suficientes y a valores razonables en función de los costos de producción, de modo de beneficiar a los sectores socialmente más desfavorecidos. En este sentido, el LIF incrementará su personal capacitado para asegurar la calidad de los productos. Esto significa también una instancia de inserción laboral para graduados de la UNL, que se formarán en el transcurso de los tres años que durará el proyecto.

A su vez, la incorporación en el laboratorio estatal de innovaciones, tecnologías y nuevas metodologías de trabajo fortalecerá las áreas de desarrollo de medicamentos, control de materias primas, preparaciones y productos relacionados y la puesta a punto del laboratorio de bioequivalencia, permitirá mejorar sustancialmente las performances de los procesos de producción de otros medicamentos elaborados por el LIF actualmente y dejará instalado un alto potencial para ampliar la cobertura de producción a otros fármacos.

La integración entre la Universidad y el laboratorio estatal en un Consorcio público-público es el resultado de una relación de más de 20 años en trabajos compartidos. De esta interacción en particular se espera obtener un enriquecimiento y aprendizaje que serán

Más información

www.santafe.gob.ar

www.unl.edu.ar

Contacto

Secretaría de Vinculación Tecnológica y Desarrollo Productivo.

Centro para la Transferencia de los Resultados de la Investigación (CETRI-Litoral) E-mail: cettri@unl.edu.ar

aprehendidos por cada uno de los miembros del Consorcio y posteriormente aprovechados en su actividad ordinaria.

El caudal de conocimientos científicos nuevos que se generarán en la UNL, así como la adquisición de equipos y la mejora de infraestructuras en el LIF, que complementa la transferencia del conocimiento desde la UNL, podrán ser volcados y transferidos en nuevos servicios y productos tanto para el LIF como para la industria en su conjunto, lo cual ayudará a potenciar las capacidades de todo el sector.

Al respecto, Mario Drisun, ministro de Salud de la provincia de Santa Fe, expresó que

“esta historia trasciende varios gobiernos entre el LIF y la Universidad”; y agregó que “el encuentro entre la Universidad y el gobierno parece fundamental, especialmente a la hora de establecer políticas de Estado. Y aquí aparece otra cuestión virtuosa, que es la presencia del gobierno de la Nación a través de fondos que promueven este tipo de proyectos y que nos permiten, a la provincia y a la Universidad, encontrarnos y crecer. Estos encuentros potencian enormemente las posibilidades”.

En este sentido, se espera abordar proyectos cada vez más importantes y más complejos para la generación de fármacos que curen enfermedades que afecten a la población.

+E

Sanar la palabra, alimentar esperanzas, vestir dignidades, curar indiferencias, abrigar tolerancia. Intervenir sobre causas, reconocer que hay efectos, edificar puentes, construir lazos, habilitar la escucha, decir lo indecible, sospechar de lo inmediato, acompañar los procesos, confiar con los otros, asombrarse de milagros, asomarse a las grietas, correr horizontes. Salud, dinero, amor... saber de política.



Agenda Redes

Unión Latinoamericana de Extensión Universitaria (ULEU)

- Avances sobre el fortalecimiento institucional de ULEU.
- XIII Congreso Latinoamericano de Extensión Universitaria: tendrá como título “La extensión universitaria promotora del cambio y la transformación sociocultural” y se desarrollará del 1 al 4 de junio de 2015 en el Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba. Más información en <http://www.congresoextension.mes.gob.cu/>

Asociación de Universidades Grupo Montevideo (AUGM)

- II Congreso de Extensión Universitaria: Será bajo el lema “Ex-tensión y sociedad” y se realizará en la Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil, del 9 al 13 de noviembre de 2015. En el marco del Congreso, se llevará a cabo la reunión con todos los miembros de las universidades que conforman la Asociación.
- Escuelas de Verano en Extensión Universitaria: se aprobó la realización de dos escuelas durante 2015. La primera se llevará a cabo en la Universidad de la República (Uruguay) y la segunda en la Universidad Nacional de Rosario (Argentina).

Consejo Interuniversitario Nacional Red Nacional de Extensión Universitaria (REXUNI)

- Reglamentación de la Red: se presentaron los avances de la adecuación solicitada por el CIN (N° 903/14).
- Articulación internacional: se acordó establecer las líneas prioritarias a partir del trabajo conjunto con la Comisión de Asuntos Internacionales del CIN.
- ULEU: se dispuso proponer a la Comisión de Extensión la participación de la Red en carácter de observador.
- Plan de desarrollo de la extensión: se convino analizar la marcha del Plan Estratégico 2012–2015 en las próximas reuniones.
- Capacitación en extensión: se concertó la continuación del Programa de Capacitación con ampliación de los cupos a través de la red virtual.

Próximo número



Tema

“Economía social, universidad y políticas públicas”

Se podrán presentar artículos en cuatro secciones:

- **Perspectivas:** es un espacio en el que se apuesta a brindar panoramas respecto de las discusiones teóricas, conceptuales y metodológicas, con relación al campo de la economía social y al papel de las universidades, como también aspectos que pongan en debate las políticas públicas y su incidencia social.
- **Desafíos de gestión:** se puede dar cuenta de las estrategias de la gestión universitaria en donde se expongan los desafíos, limitaciones y potencialidades de las políticas universitarias en el ámbito de la economía social.
- **Intervenciones:** comprende trabajos que deriven de proyectos o programas universitarios que abordan problemáticas de la economía social concretas en los que se reflexione o se visibilicen aspectos críticos o potenciales (teóricos, metodológicos, políticos o prácticos) tanto para los equipos como para los beneficiarios de dichas prácticas. Pueden escribir en este apartado funcionarios públicos y miembros

de ONG vinculados a prácticas de extensión universitaria.

Se priorizarán aquellos trabajos que demuestren articulación entre docencia/extensión/investigación en las siguientes temáticas vinculadas a la economía social: mercados solidarios; mutualismo y cooperativas; finanzas solidarias y microcréditos; nuevas ruralidades; software libre; educación; género; ambiente y políticas públicas.

- **Reseñas de libros:** este apartado abarca reseñas de libros vinculados a la temática de la convocatoria. Las mismas deben tener como objetivo la presentación de libros de actualidad y señalar su aporte teórico-metodológico y su carácter extensionista.

Proceso de evaluación de los artículos

Los artículos serán sometidos a la consideración del Consejo Editorial (evaluación de pertinencia) y al Comité de Referato conformado especialmente para la temática (evaluación de calidad), bajo el sistema de “doble ciego”. Las consideraciones de los evaluadores son inapelables.

Pautas para la publicación

Los artículos podrán presentarse en idioma español o portugués; deberán ser inéditos y observar las siguientes recomendaciones:

Modalidad de presentación: serán enviados en archivo digital, con un formato en Microsoft Office Word 97–2003.

Autores: hasta 4 autores. Los datos del/os autor/es (nombre y apellido; pertenencia académica y cargo; mail institucional) deberán constar en el cuerpo del mail en el que se adjunta el trabajo y no en el artículo (que será anónimo para su evaluación).

Formato: no podrán exceder las 7 páginas A4, márgenes de 2 cm, Times New Roman 12, interlineado simple, justificado a la izquierda sin sangría, ni guiones.

Notas: deben incluirse con la opción “Insertar notas al pie” Se recomienda que las mismas sean breves. La tipografía deberá ser Times New Roman 10.

Citas: las citas incluidas en el párrafo irán entre comillas y con

letra normal; deben incluir los datos para identificar el texto citado y el número de página correspondiente. Por ejemplo: (Derrida, 1972:32).

Bibliografía: se incluirá al final del artículo, ordenada alfabéticamente por autor, siguiendo las normas APA.

Las bases, condiciones y el proceso de evaluación se podrá descargar en www.unl.edu.ar/extension/publicaciones/revista+E

Plazo de entrega de los artículos:

viernes 26 de junio de 2015

Envío del artículo a:

revistaextension@unl.edu.ar

+E no se hace responsable por los trabajos no publicados.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

Rector

Albor Cantard

Secretario de Extensión

Gustavo Menéndez

Director del Centro de Publicaciones

José Luis Volpogni

Secretario de Vinculación Tecnológica
y Desarrollo Productivo

Eduardo Matozo

Secretario de Cultura

Luis Novara



ediciones **UNL**

Secretaría de Extensión,
Universidad Nacional del Litoral,
9 de Julio 3563, cp. 3000,
Santa Fe, Argentina.
Tel.: (0342) 4571194
editorial@unl.edu.ar
www.unl.edu.ar

+E autoriza la reproducción parcial o total de los textos siempre que se cite la procedencia. Las opiniones vertidas en los artículos son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente la posición del equipo editorial de la revista.

Revista de Extensión Universitaria **+E**
Suipacha 2820. 3000. Santa Fe
E-mail: revistaextension@unl.edu.ar

Descarga gratuita

www.unl.edu.ar (extensión/publicaciones)
Contacto: revistaextension@unl.edu.ar

+E se terminó de imprimir en
Docuprint, Buenos Aires, Argentina,
noviembre de 2014

+E

Revista de Extensión Universitaria

Director

Gustavo Menéndez

Directora Ejecutiva

Mariela Urbani

Editora Responsable

Cecilia Iucci

Consejo Editorial

Yelena Kuttel

Daniel Malano

Sonia Sánchez

Cecilia Iucci

Consejo Académico

Alicia Camilloni

(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

María Liliiana N. Herrera Albrieu

(Secretaría de Políticas Universitarias – ME, Argentina)

Sandra De Deus

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

Humberto Tommasino

(Universidad de la República, Uruguay)

Mercedes Bendicho

(Dirección de Extensión Universitaria
del Ministerio de Educación Superior, Cuba)

Mariela del Rosario Torres Pernaletto

(Universidad Rómulo Gallegos, Venezuela)

Raúl Motta

(Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

Comité de Referato

Sandra De Deus

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

Humberto Tommasino

(Universidad de la República, Uruguay)

Oscar García

(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

María Inés Peralta

(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Nora Aquin

(Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Mariana Perticará

(Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina)

Gabriela Bergomás

(Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina)

Alejandra Flaquer

(Universidad Nacional de Quilmes, Argentina)

Rubén Elz

(Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

María Elena Kessler

(Universidad Nacional del Litoral, Argentina)

Editores fotográficos

Raúl Cottone / Hugo Pascucci

Coordinación editorial

Ivana Tosti

Corrección en idioma español

Laura Prati

Corrección en idioma portugués

Haydée Malfesi

Diseño y diagramación

Tèntas

Créditos fotográficos

TAPA / PÁG. 05

Cecilia Iucci

PÁG. 71

Paola Barovero

PÁG. 7

Héctor Bruschini

PÁG. 75

Luz Bertaina

PÁG. 11

Martín Rueda /

Lucas Castro /

Lucas Plain

PÁG. 78

Cecilia Iucci

PÁG. 82

Luz Bertaina

PÁG. 15

Cecilia Iucci

PÁG. 85

(ARR. / AB.)

Hugo Pascucci

PÁG. 18

Cecilia Iucci

PÁG. 89

Hugo Pascucci

PÁG. 19

Cecilia Iucci

PÁG. 93

Cecilia Iucci

PÁG. 23

Martín Rueda /

Lucas Castro /

Lucas Plain

PÁG. 96

Cecilia Iucci

PÁG. 25

Lucila Latorre

PÁG. 102

Hugo Pascucci

PÁG. 29

Paola Barovero

PÁG. 107

Hugo Pascucci

PÁG. 32

(ARR. / AB.)

Paola Barovero

PÁG. 108

Raúl Cottone

PÁG. 114

Cecilia Iucci

PÁG. 38

Martín Rueda /

Lucas Castro /

Lucas Plain

PÁG. 119

Hugo Pascucci

PÁG. 41

Taller de Fotografía
del Centro de Atención
Familiar N° 23 (CAF23)

PÁG. 127

Hugo Pascucci

PÁG. 131

Laura Gatti

PÁG. 45

Hugo Pascucci

PÁG. 135

Laura Gatti

PÁG. 47

Martín Rueda /

Lucas Castro /

Lucas Plain

PÁG. 141

(ARR.)

Hugo Pascucci

(IZQ.)

Héctor Bruschini

(CTRO. IZQ.)

Lucila Latorre

(CTRO. DER.)

Laura Gatti

(DER.)

Luz Bertaina

(AB. IZQ.)

Cecilia Iucci

(AB. DER.)

Laura Gatti

PÁG. 59

Hugo Pascucci

PÁG. 65

Hugo Pascucci

**Revista
de Extensión
Universitaria**

04
Universidad y salud. La incidencia
de las prácticas de extensión sobre
los determinantes sociales

**Revista
anual gratuita**
Año 4. # 04. 2014.
Santa Fe. Argentina

ISSN (impresa) 2250-4591
ISSN (en línea) 2346-9986

**UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL LITORAL**


edicionesUNL

