



Salud Comunitaria y Sociedad

ISSN: 1688-7972 | Volumen 12 | Número 12 | Diciembre 2025

Relatos sobre desigualdades en salud de mujeres del Gran Río Cuarto (Argentina)

Análisis del programa Aleros desde las voces de sus protagonistas

Visibilizando vejeces en espacios de conquista de derechos

Entre tradiciones y contemporaneidades: aportes para pensar la formación de licenciadas y licenciados en Educación Física desde la perspectiva de la salud colectiva en el Instituto Superior de Educación Física de la Universidad de la República

Fortaleciendo los conocimientos sobre diabetes de las personas sordas: relato de una experiencia de trabajo

Comunicación y salud pública: un estudio de las prácticas de las agentes sanitarias en un centro de atención primaria de la salud de la ciudad de San Luis, Argentina

La construcción de saberes en Salud Comunitaria: los aportes desde la Musicoterapia

Lactancia materna, duración estimada y factores asociados al destete en niños de hasta 5 años del Centro de Salud del Cerro y tres policlínicas dependientes, mayo-julio 2023, Montevideo



REVISTA IT VOLUMEN 12 N.º 12

Dirección General:

Ana Kemayd, Marcos Lafluf, Varenka Parentelli

Coordinación de la publicación:

Ana Kemayd, Marcos Lafluf, Varenka Parentelli,
Adriana Landini y Leticia Castro

Comité Editorial de Revista IT:

Mag. Pablo Pereira
Mag. Miguel Olivetti
Dra. María Teresa Almaraz
Dra. Ana Kemayd
Prof. Adj. Raquel Palumbo
Dra. Virginia Aquino Santiago
Prof. Adj. Carlos Torrado
Mag. Marcos Lafluf
Dra. Varenka Parentelli

Asistente de edición:

Leticia Castro

Secretaría Administrativa:

Adriana Landini

Universidad de la República
Programa APEX-Cerro
Haití 1606 - Código postal 12800
Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: it@apex.edu.uy
Web: <http://www.apex.edu.uy/>

Doi 10.70523/12.12.NC



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Sumario

Editorial	2
Relatos sobre desigualdades en salud de mujeres del Gran Río Cuarto (Argentina)	
María Paula Juárez	5
Análisis del programa Aleros desde las voces de sus protagonistas	
Juan E. Fernández Romar, Evangelina Curbelo Arroqui	28
Visibilizando vejeces en espacios de conquista de derechos	
Virginia Álvarez Pereira, Raquel Palumbo Durán, Cecilia Rodríguez Silva, Verónica Silveira García	43
Entre tradiciones y contemporaneidades: aportes para pensar la formación de licenciadas y licenciados en Educación Física desde la perspectiva de la salud colectiva en el Instituto Superior de Educación Física de la Universidad de la República	
Camila Piñeiro, María Rosa Corral Vázquez, Lucila Guerra Raimonda	52
Fortaleciendo los conocimientos sobre diabetes de las personas sordas: relato de una experiencia de trabajo	
Claudia Hirigoyen, Mariana Mugico	68
Comunicación y salud pública: un estudio de las prácticas de las agentes sanitarias en un centro de atención primaria de la salud de la ciudad de San Luis, Argentina	
Camila Antonela Albamonte, Belén del Carmen Galende, Ana Laura Hidalgo	78
La construcción de saberes en Salud Comunitaria: los aportes desde la Musicoterapia	
Cecilia Inés Isla	101
Lactancia materna, duración estimada y factores asociados al destete en niños de hasta 5 años del Centro de Salud del Cerro y tres policlínicas dependientes, mayo-julio 2023, Montevideo	
Nieves Acosta	113

latindex

Editorial

Dando continuidad a la revista *IT*, espacio de difusión científica que desde el año 2010 viene siendo parte del acervo cultural del Programa APEX y que ha recopilado saberes e intercambios de cientos de autoras y autores que han plasmado diversidad de propuestas y experiencias en este medio, reafirmamos en este nuevo número nuestro compromiso con esa trayectoria.

La revista es una propuesta de comunicación que permite reunir aportes nacionales e internacionales, constituyéndose en una referencia de la extensión universitaria con una perspectiva histórica en salud comunitaria. Por lo tanto, en esta edición, número 12, la multiplicidad de propuestas y la diversidad de temáticas nos invitan a una lectura para la reflexión y el intercambio.

Los ocho artículos que la componen conforman una suerte de mosaico literario, donde la pluralidad de voces se refleja en la riqueza semántica de cada producción, reunidas en este número con el fin de darse a conocer. Como forma de introducir a las personas lectoras de este número, se presenta una breve reseña a modo de síntesis, que evidencia la calidad académica de esta edición y mantiene la línea editorial de una revista con historia.

Para empezar contamos con el artículo «Relatos sobre desigualdades en salud de mujeres del Gran Río Cuarto (Argentina)», que analiza las experiencias relacionadas con la desigualdad social en los procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención de mujeres, tanto en situación de pobreza como de clase media, en el Gran Río Cuarto, Argentina.

La lectura continúa con la experiencia de «Análisis del Programa Aleros desde las voces de sus protagonistas». Este artículo analiza el modelo de intervención comunitaria del Programa Aleros, una iniciativa pública uruguaya dedicada a la atención de personas con consumo problemático de drogas.

En el artículo «Visibilizando vejez en espacios de conquista de Derechos», las autoras nos comparten la experiencia de participación de diversos colectivos de mujeres viejas en la marcha del 8 de marzo (8M) en Montevideo, Uruguay, durante los años 2022 y 2023, buscando visibilizar las vejez dentro de este espacio de reivindicación de derechos.

En otro orden, el artículo «Entre tradiciones y contemporaneidades: aportes para pensar la formación de licenciadas y licenciados en Educación Física desde la perspectiva de la salud colectiva en el Instituto Superior de Educación Física de la Universidad de la República» reflexiona sobre la formación de profesionales en educación física (EF) en Uruguay, específicamente en su relación con la salud, desde la perspectiva de la salud colectiva (SC). La perspectiva de la SC permite problematizar y ampliar la definición tradicional de salud, superando la reducción de la EF a la mera actividad física y promoviendo la incorporación de las prácticas corporales.

En «Fortaleciendo los conocimientos sobre diabetes de las personas sordas: relato de una experiencia de trabajo» se expone la sistematización de un proyecto desarrollado en 2024 en la Unidad de Salud para las Personas Sordas de Montevideo, con el objetivo de abordar las barreras de comunicación y el acceso limitado a información confiable sobre diabetes en esta población.

Desde el escrito «Comunicación y salud pública: un estudio de las prácticas de las agentes sanitarias en un centro de atención primaria de la salud de la ciudad de San Luis, Argentina», se centra en el análisis de los sentidos de comunicación contruidos a través de las prácticas de las agentes sanitarias (AS) en un centro de atención primaria de la salud en un barrio periférico de San Luis, Argentina. Allí se propone que el rol fundamental de las AS es actuar como nexo primordial entre la comunidad y el centro de salud, realizando tareas de promoción, prevención y facilitación del acceso a la salud pública como un derecho.

Otra propuesta de este número se centra en «La construcción de saberes en salud comunitaria: los aportes desde la musicoterapia». Se plantea la necesaria vinculación sinérgica de disciplinas y saberes en salud, recuperando la producción de conocimientos de la musicoterapia orientada en salud comunitaria para ampliar la construcción paradigmática de la salud comunitaria y la gestión de salud positiva.

Por último, se presenta una experiencia local de la zona del Cerro, «Lactancia materna, duración estimada y factores asociados al destete en niños de hasta 5 años del Centro de Salud del Cerro y tres policlínicas dependientes, Mayo-Julio 2023, Montevideo». Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal que se propuso estimar la frecuencia y duración de la lactancia materna e identificar los factores

asociados al destete en niños de hasta 5 años en cuatro centros de primer nivel de atención en Montevideo.

Luego de esta síntesis que comparte una breve reseña de cada artículo, se invita a todas y todos, y especialmente a quienes dan seguimiento a esta publicación aperi-xiana, a seguir contribuyendo con esta propuesta consolidada en los aportes teóricos y epistemológicos de las prácticas de extensión y la integralidad, que constituye un insumo más para la biblioteca metodológica de la extensión universitaria.

Prof. Agdo. Pablo Pereira Álvarez
Director interino Programa APEX
Coordinador Área Salud Comunitaria

Relatos sobre desigualdades en salud de mujeres del Gran Río Cuarto (Argentina)

Stories about health inequalities among women in Greater Río Cuarto (Argentina)

María Paula Juárez

Palabras clave: mujeres, salud, desigualdades, enfermedad, atención

Keywords: Women, Health, Inequalities, Illness, Attention

Resumen

El estudio tiene por objetivo analizar vivencias que refieran a desigualdad social en los procesos de salud, enfermedad, cuidados y atención de mujeres en situación de pobreza y de clase media que aludan al transcurso de sus vidas como al tiempo de pandemia por la enfermedad de covid-19, del Gran Río Cuarto (Córdoba-Argentina). Para su consecución se empleó un estudio de casos comparativo con enfoque biográfico-narrativo. Se relevaron 39 entrevistas a mujeres de ambos grupos, cuyo análisis, a través de procedimientos de la teoría fundamentada y del método comparativo, permitió el surgimiento de categorías y subcategorías. Los resultados advierten cómo las desigualdades en las vivencias de salud, enfermedad, cuidados y atención expresan una construcción que se produce a través de mecanismos y procesos sociales que se reproducen en los contextos cotidianos, manifestando posibilidades como imposibilidades de clase y, advirtiéndose, en algunos casos, cómo de estas vivencias emergen oportunidades para su transformación.

Abstract

The study aims to analyze experiences that refer to social inequality in the processes of health, illness, care and attention of women in poverty and middle class, which refer to the course of their lives, as well as the time of the Covid-19 pandemic, in Greater Río Cuarto (Córdoba-Argentina). To achieve this, a comparative case study with a biographical-narrative approach was used. 39 interviews were conducted with women from both groups, whose analysis, through procedures of the Grounded Theory and the comparative method, allowed the emergence of categories and subcategories. The results show how inequalities in the experiences of health, illness, care and attention express a construction that occurs through social mechanisms and processes that are reproduced in everyday contexts, manifesting possibilities as class impossibilities, noting in some cases, how opportunities for their transformation emerge from these experiences.

Datos de la autora

María Paula Juárez

Doctora en Psicología - UNSL

Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas - Conicet - Universidad Nacional de Río Cuarto

Correo electrónico: mpaulajuarez@gmail.com

Presentación

Atravesamos una época de desigualdades manifiestas; se trata de un proceso que deviene de larga data propiciado por un modelo neoliberal financiero responsable de agudizar las desigualdades en todos los ámbitos de la vida común (Batthyány y Arata, 2022). La vivencia de la salud y sus expresiones humanas a través de las concepciones, los conocimientos y las prácticas que se construyen cotidianamente no resultan ajenas a su impacto.

Atendiendo a ello, este artículo analiza una temática que surge de una investigación mayor cuyo propósito refiere a comparar conocimientos, concepciones y prácticas de salud en mujeres en situación de pobreza y de clase media del Gran Río Cuarto, al sur de la provincia de Córdoba, Argentina.

En este escenario, emerge el objetivo de analizar situaciones o vivencias que den cuenta de la desigualdad social en la salud, a partir del relato de las mujeres de ambos grupos sociales que refieren tanto al transcurso habitual de sus vidas, como al tiempo de pandemia. Para su abordaje, se parte de los interrogantes: ¿Es posible reconocer en los relatos de las mujeres elementos que den cuenta de realidades que manifiestan una desigualdad social en salud? ¿Y en tiempos de pandemia? ¿Cómo se manifiestan esas desigualdades? ¿De qué manera lo refieren?

Consideraciones conceptuales y antecedentes

Motta et al. (2020) expresan que en las últimas décadas el paradigma económico neoliberal desechó la consideración de las estructuras sociales y su función en la sociedad, poniendo énfasis en las capacidades individuales y en el funcionamiento autorregulado del mercado. A partir de ahí, dicen los autores, se habló más de pobreza que de desigualdad y las políticas sociales se dirigieron hacia la reducción de la pobreza más que hacia la redistribución de la riqueza. Respecto de ello, Pérez Sainz y Mora Salas (2009) consideran que ese fue uno de los grandes logros del orden neoliberal en nuestra región latinoamericana: el despolitizar la cuestión social proponiendo un discurso aséptico en términos de pobreza que hizo desaparecer toda referencia al poder y al conflicto en la misma.

Lo planteado torna ineludibles otras lecturas y apuestas desde las ciencias sociales para la comprensión de dicho fenómeno. Al respecto, Jelin (2020, 2022) considera que, al referirnos a las desigualdades, el desafío es ir más allá de la concepción econométrica y comprender que esa desigualdad económica en realidad es parte de un entramado de otras desigualdades de carácter político, social, cultural y socioambiental. La autora reconoce que en América Latina las desigualdades son múltiples, persistentes y cristalizadas. No solo son desigualdades de acceso, por ejemplo, a la salud o a la educación, sino que existe todo un sistema de desigualdades. Refiere a 'desigualdades' en plural (Jelin, 2020, 2022) como expresión

de múltiples asimetrías que suceden en el nivel micro de la organización cotidiana y de la reproducción de las familias, proponiendo mirar las bases microsociales de la ciudadanía en desigualdad, a partir del diálogo con las y los protagonistas de estos procesos. Al mismo tiempo, la autora invita a pensarlas en singular, en tanto desigualdades específicas que se insertan en una estructura social global.

En el campo de la salud, la socióloga inglesa Mildred Blaxter desarrolló estudios cualitativos centrados en los procesos sociales y la salud atendiendo a la perspectiva de mujeres en las sociedades industrializadas inglesas, francesas y norteamericanas. La autora analiza la relación de la salud con la estructura de la sociedad desde la idea de la desigualdad social en salud (1990, 2004).

Por su parte, Benach et al. (2008) consideran que la desigualdad en salud se manifiesta en procesos de desigualdad múltiple que afecta a los grupos más excluidos de la sociedad. Reconocen cinco características: las desigualdades en salud son enormes, graduales, crecientes, adaptativas e históricas. Los autores plantean que en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de recoger información sobre cómo factores sociales generan desigualdades de salud en el mundo. Expresan que ello llevó a que en 2008 la OMS publicara un nuevo informe en el cual una de sus conclusiones residía en que la desigualdad en salud es la principal «enfermedad» que asola nuestro planeta.

El sociólogo sueco Goran Therborn (2011) considera que los estudios sobre desigualdad desde finales del siglo XX han tomado direcciones multidimensionales. Su propuesta resalta perspectivas sobre la desigualdad y ofrece caminos para su abordaje. Reconoce los aportes del feminismo, la filosofía y los desarrollos de la epidemiología y la medicina social.

Entre los aportes para el abordaje de la desigualdad que dejan las mencionadas perspectivas a criterio de Therborn, consideramos la última mencionada, en tanto para el autor representa una interfaz relevante para el estudio de las desigualdades, una «frontera de investigación social escasamente indagada» (2011, p. 14). A ello, plantea la necesidad de «incorporar conocimientos de la medicina social y la psicología trascendiendo el monoculturalismo metodológico» (2011, p. 16) que ha primado en el abordaje sobre las desigualdades. En este sentido, el presente estudio se sitúa en el interjuego de una psicología sanitaria y de la salud comunitaria latinoamericana (Morales Calatayud, 2016; Quintal de Freitas, 2020; Saforcada et al., 2019; Saforcada, 2002; entre otros y otras) preocupada por las realidades y desigualdades en la vivencia de la salud de nuestros pueblos, que dialoga con otras ciencias sociales en búsqueda de comprensión a dicho fenómeno en pos de hallar, desde las propias comunidades, pistas para su problematización y transformación.

Método

Se realizó una investigación cualitativa basada en un diseño de estudio de casos comparativo con enfoque biográfico-narrativo (Archenti y Piovani, 2018; Rivas Flores et al., 2020). Se partió de entender a la investigación con sentido social, ubicada en los problemas del presente, desde las necesidades de los excluidos, en la resistencia frente a las desigualdades e injusticias, en la que el sujeto de la investigación es reconocido como constructor de teorías cotidianas con derecho a ser un cuestionador de sus condiciones de existencia (Sirvent y Rigal, 2023).

Para su consecución, el estudio se llevó a cabo en el período octubre de 2017 a octubre de 2024, y fue estructurado en tres momentos. El primer y segundo momento (de octubre de 2017 a diciembre de 2021, prepandemia, y de enero de 2020 a diciembre de 2022, pandemia) se fundamentó en el enfoque biográfico-narrativo y el estudio de casos, permitiendo el reconocimiento de temas sobre salud, enfermedad, cuidados y atención (en adelante SECA) surgidos desde las mujeres en situación de pobreza en una lógica temporal. En cuanto al estudio de caso se focalizó en el inicio en un caso único de mujeres en situación de pobreza. En el segundo momento se agregó un nuevo caso a partir de la incorporación de mujeres de clase media, configurando el estudio como «de casos colectivos» (Simons, 2011).

En un tercer momento del estudio (enero de 2023 a octubre 2024, pospandemia) se empleó el método comparativo, al cual se recurrió, a partir de la recaudación del total de los datos emergentes de 39 entrevistas narrativas y semiestructuradas a mujeres en situación de pobreza (22 entrevistas, caso 1) y de clase media (16 entrevistas, caso 2), para reconocer cómo se expresan semejanzas al tiempo que discrepancias en estos grupos de mujeres, identificando las tramas de las desigualdades atravesadas por realidades disímiles ligadas a diversas «trayectorias de clase» (Jiménez Zunino y Assusa, 2017, p. 840) que dan cuenta de oportunidades y constreñimientos en la vivencia y atención de la salud.

Participantes

Para la selección de participantes se recurrió a un «muestreo intencional» (Maxwell, 1996, p. 6) que articuló criterios simples en una instancia inicial seguidos de instancias secuenciales de selección. Así, en el primer momento (prepandemia) se efectuaron estrategias de localización de la unidad poblacional focalizando en las mujeres en situación de pobreza. Se recurrió a un alfabetizador y a un sacerdote cristiano como informantes clave, debido a que trabajaban con poblaciones que reunían esas características. Ello permitió escoger a las comunidades Villa San Francisco (en adelante VSF) de Las Higueras y Villa la Cava (en adelante VLC) e Islas Malvinas (en adelante IM) de la ciudad de Río Cuarto, logrando entrevistar a 11 mujeres en situación de pobreza de entre 22 y 66 años.

En el segundo momento (pandemia) se desarrolló un muestreo secuencial que posibilitó el escogimiento de un nuevo caso a partir del análisis de datos que se venía realizando y que orientó nuevos propósitos de investigación. Se optó así por seleccionar lo que Goetz y LeCompte (1988) definen como «caso discrepante» (p. 181) en tanto su calidad de divergente y nuevo con relación al anterior, configurado a partir de un grupo de mujeres de clase media, con la finalidad de construir nuevos análisis comprensivos en torno a la temática.

Para la constitución de la muestra de mujeres de clase media, se recurrió a dos recursos procedimentales: para la ciudad de Río Cuarto se utilizó el «método de consenso de informantes claves» empleado por el psicólogo sanitarista argentino Enrique Saforcada en sus estudios (Saforcada, 2002), lo que habilitó la selección de los barrios: Centro (en adelante BC), Banda Norte (en adelante BN) y Bimaco (en adelante BB). Para Las Higueras se operó mediante informantes que posibilitaron el contacto con mujeres que habitaban en el barrio centro (en adelante BCH) de dicha localidad.

Una vez determinados los barrios, guiaron criterios del muestreo propositivo (Hernández Sampieri et al., 2010), orientados a relevar los casos de interés para el estudio. Se identificó a vecinas de estos barrios para ser entrevistadas, empleándose el método bola de nieve, lo que permitió entrevistar a 17 mujeres de entre 20 y 77 años. De la misma manera, en este momento se consideró preciso sumar nuevas mujeres en situación de pobreza que aportaran desde sus vivencias sobre SECA en lo referido al tiempo de la pandemia. Se trabajó con una educadora popular referente del barrio Jardín Norte (en adelante BJN) que articuló, como informante clave, con siete mujeres interesadas en participar en el estudio.

Recolección y análisis de los datos

Para el relevamiento de la información, se llevaron a cabo entrevistas individuales de tipo narrativa y semiestructurada (Marradi et al., 2007) a las mujeres, organizadas de manera presencial en el primer momento del estudio y virtual en el segundo momento, debido a las condiciones del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) por la enfermedad de covid-19. Se realizó también una entrevista colectiva a dos referentes de la comunidad, así como observaciones discretas en distintas jornadas en las comunidades, y la recuperación de imágenes fotográficas que opcionalmente las entrevistadas proporcionaban para aportar a sus reflexiones.

Para el desarrollo del análisis de la información emergente orientaron planteos centrales de la teoría fundamentada en los datos (*Grounded Theory*) (Strauss y Corbin, 2002). Se acudió a los procedimientos de comparación constante y codificación. Posteriormente, el método de análisis comparativo entre los casos de estudio permitió atender a patrones de aspectos comunes y discrepantes entre los grupos sociales de mujeres.

Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos, el estudio se llevó a cabo guiado por los principios de consentimiento informado, anonimato, confidencialidad y protección de las participantes, instancia para la cual se tomaron como sustento los documentos: *Conicet: lineamientos para el comportamiento ético en las ciencias sociales y humanidades* (Resol. D. N.º 2857, diciembre de 2006), el *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina* (FePRA, aprobado en 1999 y modificado en 2013), los principios éticos y código de conducta de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) y la Ley de Habeas Data N.º 25.326 (sobre protección de datos personales).

Tanto el proyecto de investigación como los instrumentos de recolección diseñados y los consentimientos informados correspondientes fueron evaluados y aprobados por el Comité de Ética de la Investigación (CoEdI) de la Universidad Nacional de Río Cuarto (07-2024-PIBAA-001).

Resultados

La dimensión de análisis emergente del estudio *Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA* permite identificar cómo las mujeres de ambos grupos sociales, al reflexionar sobre estos procesos, dan cuenta de realidades que manifiestan desigualdades, las que se expresan en sus vivencias y trayectorias sociosanitarias, posibles de inferir de sus testimonios —aunque no aludan directamente a la denominación «desigualdad»—, así como aquellas menciones explícitas a realidades complejas manifestadas por ellas como injustas, en términos de las diferencias y desventajas sociales, exclusiones sistemáticas, escenarios de conflicto, violencia simbólica y concreta, asimetría, ejercicio poder y vulneración de derechos; vivencias y trayectorias referidas tanto al coyuntural escenario de la pandemia por la enfermedad de covid-19 así como preexistente a él.

La dimensión se constituye por dos grandes categorías integradas por subcategorías, atendiendo a un criterio temporal que permite pensar las desigualdades previas a la pandemia, así como atender a aquellas que se reconocieron con más crudeza durante su transcurso. A los fines de graficar los elementos que surgen del análisis, se presenta la tabla 1.

Tabla 1: Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA en mujeres del Gran Río Cuarto

Casos	Dimensión	Categorías	Subcategorías
C1 y C2 Ambos grupos de mujeres	Desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA	Escenario prepandemia y preexistencia de matrices de las desigualdades en salud	Trayectorias diferenciadas en el acceso a la atención de la salud-enfermedad
			Condiciones de vida y salud diferenciadas
			Significado atribuido a la desigualdad en salud desde las condiciones propias como de otros grupos sociales
			Concepciones de salud comunitaria como reconocimiento de la desigualdad y anhelo por la igualdad
		Escenario de pandemia y visibilización de matrices de las desigualdades en salud	Pandemia, salud y tensión igualdad-desigualdad
			Condiciones de vida y salud diferenciadas en la vivencia de la pandemia
			Significado atribuido a la desigualdad en salud durante la pandemia desde las condiciones propias como de otros grupos sociales
			Sentidos que expresan acciones para transformar las desigualdades en escenarios previos como durante la pandemia

Escenario prepandemia y la preexistencia de matrices de las desigualdades en salud

Se reúnen en este apartado relatos que expresan realidades que dan cuenta de desigualdades en la vivencia de los procesos de SECA entre los grupos de mujeres del estudio previos a los tiempos de pandemia.

Trayectorias diferenciadas en el acceso a la atención de la salud-enfermedad

Los testimonios dan cuenta de recorridos y posibilidades de acceso a la atención y cuidado de la salud-enfermedad ligados a condiciones propias de cada grupo social, entre los que se hallan aspectos discrepantes.

El grupo de mujeres en situación de pobreza relata trayectorias sociosanitarias que se expresan en verdaderos peregrinajes para acceder a atención de la enfermedad, manifestando dificultades en el acceso o bien inaccesibilidades (económica, geográfica, administrativa y simbólica-cultural) a los Servicios de Atención de la Salud Pública:

En todos los lugares públicos lo que me mata es la espera, es la demora, si vas con un chico enfermo te tenés que ir a las 5 de la mañana y esperar hasta las 7 de la mañana [...] el problema que tenemos es que hay una sola doctora para todos. (Mujer de caso 1 —en adelante MC1—, 29 años, BJN)

A mi marido le pasó que [...] se cayó en el trabajo [...] de un andamio y un tumor se le formó ahí en el brazo [...] fuimos al médico acá al hospital [...] no había los especialistas que él necesitaba [...] nos mandaron a Córdoba al hospital [...] allá le sacaron un pedazo [...] del brazo para estudiar [...] cuando fuimos a buscar el resultado [...] nunca estaban [...] así estuvimos como 4 meses [...] un día [...] llamaron por teléfono [...] y era el doctor M [...] nos sacó turno en (Córdoba) [...] fuimos [...] el tumor de mi marido [...] con el peso que tenía [...] no podía andar [...] ahí nos atendieron [...] pero ya era tarde [...] el doctor [...] le amputo el brazo. (MC1, 47 años, VLC)

Las entrevistadas en situación de pobreza expresan vivencias propias y de su grupo social en el acceso a la atención y cuidado de la salud. Sus realidades dan cuenta de trayectorias médicas en la salud pública que las expone a incesantes recorridos para acceder a la atención de la enfermedad, así como a tiempos de espera que exceden las necesidades inmediatas, llegando las respuestas desacompasadas a las demandas.

Tengo familiares que han fallecido por este sistema de salud, y es como que siento que no ha cambiado nada en años, sigue siendo igual [...] siento como que es medio violento [...] a veces dejás de llevarlos a la guardia [...] y bueno, la terminaba medicando yo (se refiere a su hija). (MC1, 29 años, BJN)

Mi tía que falleció de cáncer de mama [...] la doctora la llama para hacerle un control, porque le habían dado mal unos últimos análisis del embarazo, y no le quiso atender porque tenía olor, le dijo que tenía que higienizarse para poder hacerle el control, entonces mi tía se enojó y se fue. Mi tía estaba de 8 meses en ese momento, entonces mi tía no se hizo más controles [...] Cuando la nena tenía 6 meses mi mamá le pregunta «por qué no le das el pecho a la nena» [...] «No, no porque tengo lastimado», y cuando se levanta así mi tía tenía todo el pecho quemado [...] le había agarrado un cáncer de mama, y mi tía duró dos meses a partir de ese día y se murió. (MC1, 29 años, BJN)

Los testimonios expresan realidades de expulsión, de exclusión, que el sistema de salud propicia a partir de las vivencias que estas personas experimentan cotidianamente y que, en lo aciago, doloroso y recalcitrante de su impacto, conducen a la toma de decisiones y comportamientos como la autoatención, la automedicación y el no acceso al sistema, que terminan recalando negativamente en las propias vidas de estas mujeres y sus familias.

Este planteo permite reconocer aquello que Therborn (2011) expresa acerca de cómo calan las desigualdades desde la posibilidad de causar la muerte a quienes la padecen, y el valor de los estudios desde corrientes más sociales de la salud como perspectiva capaz de exponer esa realidad. En este sentido, el autor permite pensar en los mecanismos de la reproducción de las desigualdades, en este caso en los contextos de acceso a la salud, atendiendo a los aspectos psicológicos que se dinamizan en las personas que los vivencian. Refiere a cómo afectan la autoimagen y confianza en sí mismos de los actores, y cómo estos efectos psicológicos van generando efectos acumulativos en los mecanismos distributivos de las desigualdades, generándose espirales descendientes de miedo, dudas, oportunidades perdidas, fracasos y más dudas.

Por su parte, las trayectorias de mujeres de clase media manifiestan aspectos discrepantes en relación con la accesibilidad a los servicios de atención de la salud tanto públicos como privados. Todas cuentan con mutual u obra social, así como manifiestan distintas posibilidades y características que hacen a la atención de su salud:

Exponemos un relato de cómo una entrevistada cuenta la atención que recibió en situación de enfermedad:

Volví acá y a seguir la terapia con mi psicóloga [...] en el tiempo que estuve en Córdoba hice terapia con una gestáltica [...] me fue muy bien [...] y con una psicooncóloga también [...] yo trataba de cubrir todos los frentes porque yo sabía que tengo una tendencia a la depresión, a la ansiedad. (Mujer de caso 2 —en adelante MC2—, 55 años, BBN)

Yo empiezo reeducación postural, porque he hecho acupuntura, he hecho de todo, resonancias [...] me hicieron además una audiometría donde tengo un poco más bajo el volumen de escucha del oído izquierdo [...] que me explicó la neuróloga sobre ese [...] síndrome vertiginoso. (MC2, 52 años, BC)

Los relatos manifiestan un acceso a la atención de la salud que parece ligarse a condiciones y posibilidades de clase media. El poder asumir y solventar gastos en salud, el abonar el pago de consultas a profesionales, el poder viajar a otras localidades para interconsultas, el realizar determinados tratamientos o terapias complementarias, el acudir a diversidad de profesionales frente a un mismo cuadro, el acceder virtualmente a la atención, la oportunidad de comunicarse con los profesionales a través de su número telefónico. Se trata de prácticas que se identificaron en los relatos y que evidencian cómo se posibilitan para este grupo social de mujeres.

Condiciones de vida y salud diferenciadas

Se reúnen testimonios que aluden a la vivencia de condiciones que hacen a la salud inherentes a la alimentación, la vivencia del tiempo libre y el ocio, como aspectos que discrepan en un grupo social y en otro.

Respecto a las condiciones de vida del grupo de clase media, pudo reconocerse testimonios que dan cuenta de aspectos tales como el acceso a determinados alimentos que posibilitan una dieta nutricia variada y la vivencia del tiempo libre expresada en la práctica de deportes en clubes sociales, la actividad física en gimnasios o la posibilidad de viajar a destinos turísticos.

[Para que mis hijos sigan estando sanos y no se enfermen] trato de que coman, que tengan una rutina, en el horario de las comidas trato de que incorporen algo bueno, siempre hay comida, fruta, verdura, carne, pan, leche, toman leche todos los días [...] trato de pensar y tener una alimentación sana, y de implementar cosas dentro de la rutina. (MC2, 42 años, BBN)

Asocio mucho la salud de mi familia con la estabilidad económica. [...] Si tenés dinero) podés comer bien, comer sano [...] podés pagarte un gimnasio [...] si no tenés plata no podés hacer todo eso y por ende vas a terminar mal de la salud [...] (cuando tenemos buena salud con mi familia) viajamos, cocinan bien, o sea hay buenos hábitos alimenticios. (MC2, 20 años, BB)

Los testimonios dan cuenta de la posibilidad de llevar a cabo cotidianamente una dieta saludable, disponiendo de variedad de alimentos como una constante de la vida de familias de clase media. Uno de los relatos reflexiona sobre la disponibilidad económica como condicionante de una buena salud y bienestar. Analiza aquello que beneficia a la salud, reflexiona que ello implica contar con dinero y cómo la falta de este pondría en tensión esa condición de salud.

Respecto al grupo de mujeres en situación de pobreza con relación a aspectos que hacen al cuidado de la salud desde la alimentación, se advierten aspectos que contrastan con la realidad de mujeres de clase media.

En el tema de la buena alimentación, nuestro trabajo es darles de comer [refiriéndose a su trabajo en el comedor comunitario], sí, les llenas del estómago, pero no le podés dar un buen alimento, porque nosotros no tenemos de dónde sacar. [...] Nos gustaría hacerles una comida sana, porque nosotros sabemos, pero no tenemos los materiales de trabajo. ¿Y qué es lo que hacemos? Un estofado, un guiso de arroz, un guiso de fideos [...] y está bien, te llenás, pero no te alimentás. (MC1, 37 años, BJN)

Se advierte cómo con relación a la alimentación las mujeres dan cuenta de conocer acerca de una alimentación saludable y los insumos necesarios que se requieren, pero señalan que no disponen de ellos debido a la realidad socioeconómica que atraviesan. Tanto en los planos familiares como cuando se desempeñan como responsables de comedores comunitarios, las limitaciones económicas impactan en sus posibilidades de alimentación. Del relato de una de las mujeres se infiere la diferenciación entre *alimentar* y *nutrir*, advirtiendo que ellas pueden avanzar respecto del primero, satisfaciendo la sensación de hambre, mientras que respecto a nutrirse, como instancia que supone saciar el hambre a partir de alimentos que aportan vitaminas, minerales y aminoácidos que necesita el cuerpo para realizar sus funciones, reconocen que se encuentran imposibilitadas para propiciarla. Por otro lado, al señalar la situación económica para pensar en el consumo de determinados alimentos, los planteos muestran similitudes con el razonamiento de una de las entrevistadas de clase media que refería a la importancia de la disponibilidad económica como garantía de bienestar y salud.

Significado atribuido a la desigualdad en salud desde las condiciones propias como de otros grupos sociales

Se reúnen reflexiones de las entrevistadas a partir de las cuales expresaron sus sentidos en torno a la desigualdad en los procesos de SECA considerando sus propias condiciones de vida en comparación con la de otros grupos sociales.

En el grupo en situación de pobreza se advierte que algunas mujeres dan cuenta de cierta dificultad para reconocer la desigualdad en tanto comparación de la vivencia y acceso a la salud desde el propio grupo de pertenencia como de otros. Al respecto, Blaxter (1990, 2004) advertía que la desigualdad no es un tema que sea demasiado reconocido en las representaciones de las mujeres de entornos desfavorecidos. La autora sostiene que, al utilizarse en sus estudios como método de indagación las narrativas de salud-enfermedad ligadas a la identidad social, no resultaba esperable que las mujeres devaluén esa identidad etiquetando su propia «desigualdad». No obstante lo señalado por Blaxter en sus estudios, algunos relatos emergentes expresaron contrastes sobre su propia vivencia de la desigualdad en salud respecto de la realidad de otros grupos sociales:

[Cuando los patrones se enferman] están semana en cama [...] lo que les hace falta [...] yo no te digo que a mi marido le den permiso para ir a un recital, pero sí [...] «tomate una semana y lleva a tu papá al médico». [...] Ellos trabajan como quieren (refiriéndose «a los patrones»), [...] el José no, el José tiene que cumplir [...] las horas [refiriéndose a su marido], [...] pero por lo menos [...] que a este hombre [...] que estaba enfermo [refiriéndose al padre de su marido], que lo lleve al médico, que le haga los estudios [...] ¡No supimos de qué se murió! [...] Fue una atención rápida, [...] pero a los 15 minutos se murió y nadie supo

decirnos «se murió de tal cosa». [...] Ellos son patrones, tienen derecho a estar una semana en cama si estás enfermo, perfecto, pero el José también. (MC1, 68 años, BIM)

Este testimonio coloca el foco del análisis en un reconocimiento de las condiciones de desigualdad que la entrevistada advierte respecto de la posibilidad de acceso y atención a la salud. La mujer establece un parangón acerca de lo que significa estar enfermo para los empleadores y qué significa para su familia y grupo social. Enuncia que los primeros disponen de tiempo para la atención y recuperación, mientras los segundos, en condiciones de trabajo precario o informal, continúan con sus quehaceres en condiciones de enfermedad o no pudiendo atender a sus familiares en esa condición, e identifica esas vivencias como injustas. La entrevistada otorga sentido a la desigualdad, su testimonio visibiliza una realidad de la que ella es plenamente consciente, puede reconocerse un ejercicio de reflexión y análisis en torno a lo vivido.

Por otro lado, respecto de las entrevistadas del grupo de clase media, algunos testimonios daban cuenta de haber transitado distintas instancias de reflexión en torno a la cuestión:

Toda la vida lo pensé: uno tiene una buena mutual, está en un lugar donde puede ir a los mejores médicos. Siempre lo pensé en todo el transcurso de mi enfermedad. ¡Qué injusticia, que desigual! [...] Conocí gente [...] que por no poder moverse se murió de cáncer de mama, no tuvo las posibilidades que tuve yo. (MC2, 55 años, BBN)

Se advierte cómo algunas mujeres de clase media refieren a la vivencia de la desigualdad en las condiciones de acceso a la salud entre su grupo de pertenencia y el que se encuentra en situación de pobreza. El relato nos conduce como ejemplo a uno de los testimonios precedentes que alude a la muerte de una mujer por la no atención a su enfermedad como consecuencia de la expulsión por ella sufrida, como efecto del sistema de salud.

Concepciones de salud comunitaria como reconocimiento de la desigualdad y anhelo por la igualdad

En el marco de las entrevistas realizadas a las mujeres de ambos grupos, al proponer el pensar sobre «salud comunitaria» y sobre «salud comunitaria ideal», pudo identificarse planteos que iban en el sentido de analizarlas reconociendo escenarios de desigualdad así como anhelos de igualdad en salud. En este sentido, algunas mujeres en situación de clase media expresaron:

[Salud comunitaria], yo ya incluiría la igualdad ahí [...] lo saludable tiene que ver con que no haya carencias de ningún tipo, me parece, y el tema de las oportunidades también, todo tiene que ver con lo saludable. [...] Pensar en una [salud comunitaria ideal] es que todos tengamos igualdad de oportunidades. [...] Lo que pasa es que no todos tenemos las mismas oportunidades y no tenemos las mismas carencias. (MC2, 42 años, BCH)

De manera semejante, algunas mujeres en situación de pobreza mencionaron la idea de la salud comunitaria o de la salud ideal en el sentido de igualdades y desigualdades:

Una salud ideal de la comunidad [es] que todos tengan acceso a la salud pública, que todos tengan respuestas. (MC1, 31 años, BJN)

[Salud comunitaria] sería [...] que todos los del barrio tengan sus derechos a tener su turno, a tener un médico de cabecera. (MC1, 37 años, BJN)

Se advierte cómo, cuando se propone a las mujeres pensar en términos de una «salud comunitaria ideal», en algunas de ellas emerge la idea de «igualdad» como un estado ideal que representaría un arquetipo social de iguales condiciones y posibilidades en lo real y cotidiano que supone la vivencia del derecho a la salud.

Escenario de pandemia y la visibilización de matrices de las desigualdades en salud

Se consignan en este apartado relatos sobre desigualdades en los procesos de SECA identificados como propios del tiempo de pandemia.

Pandemia, salud y la tensión igualdad-desigualdad

Se reúnen testimonios de las mujeres de ambos grupos que dan cuenta cómo la pandemia aparece como fenómeno sociosanitario que operó en un doble sentido: por un lado, visibilizando y pronunciando las desigualdades ya existentes, y por el otro emergiendo la idea de una «igualdad aparente».

El pensador español Ignacio Ramonet (2020) consideró a la pandemia como un hecho social total que exhibió una realidad desde la cual ya se venía concibiendo —en gran parte de los países capitalistas del mundo— a la salud como una mercancía. Ello propició un escenario en el que algunos grupos sociales —descuidados por los Estados— quedaron más expuestos a la infección, y las medidas de confinamiento e higiene resultaron imposibles para ellos.

En este sentido, las mujeres de ambos grupos sociales del estudio expresaron una especie de tensión en torno a las ideas de igualdad-desigualdad de la

población en tiempos de pandemia. Se advierten así argumentos que expresan que el virus colocó a todas las personas en una misma situación:

Antes había mucha diferencia entre personas, clases sociales, en cambio ahora todo, todo el mundo está viviendo un común denominador [...] porque esta pandemia no perdonó ni plata, ni países, ni color, de piel, ni edad. (MC2, 59 años, BB)

[La pandemia nos hizo más] iguales, y en el sentido que todos sufrimos de lo mismo, en estar encerrados, en el de padecer algo que no sabíamos cómo se seguía, todos estuvimos un poco frenados con el trabajo. (MC1, 29 años, BJN)

Se plantea la idea de la igualdad en términos de la experiencia de sufrimiento humano, encierro, incertidumbre y detenimiento de la vida cotidiana. Se generalizan estos aspectos sin considerar las diferentes condiciones económicas de cada grupo social.

En este sentido, de Sousa Santos (2022) reflexiona que, con el coronavirus apareció la idea de la pandemia como «democrática» al atacar el virus a todas las personas por igual. No obstante, para el autor contrariamente la situación pandémica fue caótica, pero no democrática, y las desigualdades se agravaron: «las tasas de mortalidad del virus se concentraron en mayor medida en la gente pobre, negra o indígena» (p. 23). Algunos relatos se expresan en ese sentido:

Con la pandemia [...] me di cuenta de esto que [...] algunos dicen que «la pandemia nos hace iguales a todos» y yo creo que no. La pandemia nos hizo más desiguales a todos en las ventajas y desventajas que tenemos en la salud y no que somos todos seres mortales, porque no todos podemos acceder a la salud y hay gente que ya tenía su cama si le pasaba algo y otras que no sabían a dónde recurrir, que no tenían agua y eso marcó mucho las diferencias. (MC2, 42 años, BCH)

Esta pandemia nos afecta a todos, pero aún más a la gente que no tiene las mismas posibilidades que yo. [...] Esta situación vino a reafirmar la importancia del Estado y las garantías de los derechos. (MC2, 40 años, BN)

Mientras en los testimonios iniciales las entrevistadas proponen lo que podríamos denominar «la igualdad ante el virus», como una especie de igualdad de condiciones como punto de partida, los relatos restantes dan cuenta del contraste que evidenció la pandemia entre los grupos sociales. Las reflexiones ofrecen claridad para pensar la realidad de las desigualdades en la vivencia de la salud, permitiendo pensar como un «mito» o como una suerte de historia ficticia la idea de la igualdad social en pandemia, idea que por esos tiempos muchos medios de comunicación instalaron y difundieron, y se reprodujeron entre las personas.

Condiciones de vida y salud diferenciadas en la vivencia de la pandemia

Se reúnen testimonios que dan cuenta de aspectos diferenciales en las condiciones de vida de los grupos entrevistados, vinculadas al lugar que ocupan en la estructura socioeconómica en función de sus realidades y posibilidades, atendiendo al escenario de pandemia y cómo ello se deriva en desigualdades en la vivencia de procesos de SECA. Al respecto, en lo referido a condiciones habitacionales durante la pandemia, algunos relatos de mujeres de clase media manifestaron la posibilidad de disponer de más de una opción de vivienda para habitar, pudiendo elegir en dónde vivir con mejores condiciones en el contexto del ASPO.

Nosotros acá estamos en Banda Norte en una casita que tenemos de fin de semana, la casa del verano. [...] Allá en el centro estamos tan rodeados de las clínicas [...] que nos pareció [...] que era mejor estar acá. [...] Yo creo que fue una buena decisión en cuanto a la salud. (MC2, 77 años, BBN)

El relato pone sobre la mesa la realidad de algunas familias de clase media. La alternativa de escoger en cuál hogar de los que se posee (como bien material) es posible vivir de mejor manera en un determinado momento y condiciones socio-históricas es viable solo para algunas familias pertenecientes al sector medio, así como para un grupo de posición social, política y económica privilegiado.

En relación con el grupo de mujeres en situación de pobreza, estas manifiestan haber vivenciado la pandemia en las condiciones habitacionales y barriales que les eran habituales. Ningún relato refirió a condiciones de hacinamiento como dificultad para sostener el ASPO o DISPO (distanciamiento social preventivo y obligatorio) durante ese período. Si bien muchos aluden al permanecer dentro de sus hogares, también se reconocen expresiones que refieren al circular en las calles del barrio, fuera de las viviendas, como una realidad que se mantuvo en este escenario, de la que podría suponerse su efecto de mitigación de una realidad de hacinamiento en que viven muchas de estas familias.

No estuve ni un día encerrada en mi casa. [...] Yo seguía normal, el trabajo comunitario que hacía, lo seguí sosteniendo. (MC1, 37 años, BJN)

Veía gente [...] que [...] andaba en la calle. (MC1, 47 años, BJN)

Los relatos dan cuenta de la realidad para estas familias durante la pandemia: la necesidad de salir para sostener el trabajo comunitario o el salir por necesidad personal. Algunos testimonios aluden a la problemática laboral que generó la pandemia:

La pasé re mal con mi trabajo, de situación económica, mal, mal. (MC1, 47 años, BJN)

[Con la pandemia] la gente que trabajaba en la arena, en los carros, esa gente que era vendedora ambulante, la gente que trabaja en construcción, mucha gente quedó a la deriva. (MC1, 47 años, BJN)

Se describe una realidad golpeada en términos económicos y de subsistencia para estas familias que dependen del ingreso diario proveniente de trabajos informales o changas.

Respecto a las condiciones laborales y ocupacionales en pandemia de las mujeres de clase media, algunas ya jubiladas continuaron percibiendo sus haberes mensuales; otras en condiciones de trabajo formal, como administrativas de servicios públicos o privados de salud, o docentes de nivel medio y universitario tuvieron sus salarios garantizados y permanecieron en el transcurso de la pandemia desempeñando sus quehaceres desde el teletrabajo como modalidad laboral desde sus hogares.

[Como mi mamá estaba enferma y yo como docente trabajaba en casa] entonces yo tapaba la cámara, iba a su habitación y le preguntaba: «Querés un té? ¿Necesitás algo?». Para mí, en ese sentido la pandemia estuvo genial. (MC2, 52 años, BC)

[En pandemia] tuve más trabajo que nunca porque económicamente me vino de diez: empecé a dar clases online, tuve más alumnos que presenciales, trabajé en mi casa tranquila. (MC2, 63 años, BC)

Significado atribuido a la desigualdad en salud durante la pandemia desde las condiciones propias como de otros grupos sociales

Se reúnen relatos de las entrevistadas que manifiestan sus sentidos sobre la desigualdad vivenciada en relación con los procesos de SECA durante la pandemia, considerando sus propias condiciones de vida en esos tiempos en comparación con la de otros grupos sociales.

Vinculado con ello, Motta et al. (2020) entienden que las posibilidades de vida, el acceso a bienes y servicios, incluso la esperanza de vida, difieren ampliamente según la «suerte» de haber nacido en un lugar o en otro. Los autores citan a Brubaker (2015, en Motta et al., 2020, p.17) quien entiende que esta diferencia en apariencia neutral está íntimamente ligada con la estructura de las desigualdades, pudiendo estas desigualdades de nacimiento reforzarse y recrudecerse frente a diferentes escenarios y condiciones, como lo fue la pandemia y su impacto en diferentes grupos sociales.

En relación con ello, la pregunta: «¿Cómo pensás que vivieron la pandemia quienes habitan en los barrios del centro de la ciudad?» realizada en el marco de

la entrevista al grupo de mujeres en situación de pobreza permitió pensar en un escenario concreto que posibilitó reflexiones que tensionaron la vivencia de la pandemia desde el propio barrio de pertenencia en relación con otros.

Barrios así humildes como el de nosotros se ve que (la pandemia) les ha afectado un montonazo [...] más en dónde ha habido, así como yo, copitas, que las comidas [se refiere a comedores comunitarios], que tenía que hacer viandas, le repartía a las mujeres, a los chicos [...] en el centro [se refiere a los barrios del centro de la ciudad]. Habrá sido como un día cualquiera para ellos, pero en un barrio humilde yo creo que no ha sido un día cualquiera. (MC1, 45 años, BIM)

Surge el reconocimiento de cómo la pandemia afectó las dinámicas cotidianas en los comedores comunitarios donde varias de estas mujeres se desempeñaban, colocando esa realidad en contraposición a barrios del centro de la ciudad.

Por otro lado, en mujeres de clase media se reconocen testimonios que dan cuenta de reflexiones en torno a las desigualdades en tiempos previos como durante la pandemia:

Me parece que (la pandemia) fue un caso muy concreto para evidenciar que, más allá de que una enfermedad [...] no elige a quien afectar. Hay condiciones estructurales y contextuales que hacen a la enfermedad, porque me parece que no se puede entender como [...] una situación aislada [...] y que pone en evidencia cómo las desigualdades juegan en la posibilidad de ser o no ser, de sentirse mejor o sentirse peor. [...] Fue evidente el tema de las condiciones socioeconómicas culturales y simbólicas y cómo juega eso en la enfermedad o en la salud. [...] [La salud] es un derecho y de la importancia que el Estado esté presente para ayudar a sostener eso. (MC2, 25 años, BB)

El relato expresa el reconocimiento de la desigualdad como un fenómeno que ya existía antes de la pandemia, pero que se identifica con nitidez a partir de la crudeza con que esta se manifestó en poblaciones en situación de pobreza. Las reflexiones esgrimen la importancia de resignificar las condiciones socioeconómicas, los derechos y el rol del Estado como su garante en pos de sociedades más igualitarias, pensando en el acceso a la salud y su vivencia de bienestar. La desigualdad es pensada como condición de vida en la que la integralidad y dignidad del ser y su bienestar se ven afectados, como un obstáculo para su desarrollo humano integral (Saforcada, 2021).

Jamás me pregunté qué era la salud. Y además [...] mi mamá es médica, entonces como que nunca tuve que vivenciar el proceso de ir a un hospital y esperar para sacar un turno. [...] Cuando tenía [...] síntomas, sabía qué tomar, así que tampoco estaba expuesta a un malestar. [...] [A partir de la pandemia] hubo una

situación puntual en el barrio [se refiere a un barrio popular donde desarrolla prácticas como estudiante de Trabajo Social], que una de las mamás nos contaba que ella las primeras semanas de la cuarentena le había agarrado como una angustia [...] y era como esto, cuántas veces esa persona se ha podido encontrar consigo misma en un momento de silencio, para poder poner en palabras eso que siente [...] y en ese sentido, qué ventajas que tiene uno, qué herramientas, por ahí en el mismo contacto con los amigos, la posibilidad de acceder a un psicólogo [...] no sé, hasta páginas de Instagram. Y ahí me di cuenta que era fundamental. (MC2, 25 años, BB)

Se grafica con claridad la percepción de la desigualdad en salud. Se contrastan condiciones de vida propias inherentes a los procesos de SECA, el tipo de acceso a instituciones, profesionales, medicamentos, las posibilidades de compartir y desahogar el dolor humano, con relación a mujeres en situación de pobreza atravesadas por tramas a partir de las cuales se expresan las desigualdades en salud en sus vidas. El relato muestra la potencia que tiene atender dimensiones que se intersecan en las personas para pensar cómo se juegan las desigualdades. En este sentido, se advierte cómo la intersección permite considerar cómo constituyen a las personas, a un grupo o sector, dimensiones que pueden combinar posiciones de opresión-subalternidad o posiciones de privilegios (Davis, 2008), tal como da cuenta la joven de clase media entrevistada, desde su concepción de salud y desigualdad.

Sentidos que expresan acciones para transformar las desigualdades en escenarios previos como durante la pandemia

Pudieron reconocerse relatos del grupo de mujeres en situación de pobreza que refieren a la realización de tareas vinculadas a un centro comunitario que asiste a familias del barrio. Relatan que, generalmente los accesos al Sistema de Atención a la Salud Pública por consultas habituales resultan burocráticos, con trabas, impedimentos y dificultades para el acceso de las poblaciones, aspectos que se incrementaron con la pandemia. Enuncian que reconocer ese escenario las motivó a realizar una capacitación como «promotoras de salud» (que efectuaron de manera virtual y fue dictado por la Facultad de Filosofía y Letras [UBA] y Ministerio de Salud y de Desarrollo Social) a los fines de dar respuestas a necesidades sanitarias del barrio, mantener el comedor, promover cuidados y acompañar en pandemia.

Siempre tuvimos el problema [...] de que el Estado colabora muy poco. [...] [Hace un tiempo hicimos una] junta de firmas como una forma de movilizar porque si nos sentamos a esperar que venga la municipalidad [...]. Surgió [...] por la problemática de una compañera; [...] ella se fue a las cinco de la mañana a sacar turno, porque tenía el nene enfermo. A las [...] seis de la mañana [...] la

llama el marido diciéndole que tenía a la [otra] nena con vómitos. [...] Le plantea [a la secretaria del dispensario] que venía con el nene [...] pero que [...] el marido la había llamado porque la nena estaba con vómitos. ¿Y la secretaria que le dijo? «Bueno, elegí uno o elegí el otro [...] porque se da un turno por persona nada más». [...] [Así se inició la junta de firmas], nos dedicamos a ir casa por casa en el barrio. Firmaron todos los vecinos, [...] juntamos algo de 600 firmas. [...] [Una vez juntadas esas firmas] escribimos una carta entre todas [...] dirigida al Secretario de Salud diciendo el reclamo de los vecinos, [...] comentando la problemática. [En esa carta contamos] que no hay especialistas, que la doctora se enfermó y [...] entonces no hay médico. [...] Todas las semanas yendo 'al Cabrera' [refiere al centro de salud que nuclea todos los dispensarios de la ciudad] a ver si me daban respuestas. Fui aproximadamente un año [...] me junté con el subsecretario de Salud, [...] me reunió con la doctora, [...] pensando que era una problemática de mala atención. Pero yo le aclaré que con la doctora no teníamos ningún problema, al contrario. [...] No es lógico que de 600 firmas que juntamos [...] ella no puede estar atendiendo sola a 3 barrios. Una sobrecarga para ella y un malestar para los vecinos. (MC1, 36 años, BJN)

Motta et al. (2020) entienden que las desigualdades sociales siempre están arraigadas en las dinámicas de transformación y cambio, lo cual puede implicar tanto el cambio emancipatorio como las transformaciones necesarias para dejar, paradójicamente, intactas las estructuras de desigualdad. Denuncian problemáticas identificadas en la atención pública, reconociendo una vulneración al derecho a la atención de la salud. Este escenario las interpeló, las condujo a la organización colectiva para expresar su reclamo y generar posibles cambios. Se advierte así que las iniciativas de las mujeres van en el sentido de una apuesta por generar transformaciones emancipatorias.

El testimonio conduce a aquello que Reygadas (2020) señala sobre la existencia de dispositivos simbólicos que acompañan la resistencia cotidiana a la desigualdad donde las asimetrías sociales son cuestionadas. El autor reconoce estrategias simbólicas que deconstruyen las desigualdades y promueven equidad, aquellas que revaloran lo subalterno, la defensa de acciones que buscan una distribución más justa de los recursos contra las injusticias y la legitimación de la igualdad.

El relato permite pensar en las «espirales positivas» a las que Therborn (2011, p. 20) aludía para referir a cómo en estas mujeres la confianza en las propias capacidades, la asunción de riesgos, el entusiasmo por probar nuevas oportunidades y el sentirse valoradas por sus comunidades resultan aspectos que alimentan su confianza y propia estima, contribuyendo a renovar diariamente su compromiso hacia sus territorios en una lucha incesante contra las desigualdades.

Discusión

En un contexto latinoamericano en el que las diferencias por clase social, género, etnia y edad se enlazan a una estructura social atravesada por un sistema económico político neoliberal que da origen a múltiples configuraciones de las desigualdades y la exclusión, es imperante apartarnos de estudios y lecturas econométricas acotadas a datos y estadísticas que rigidizan estos fenómenos, para abocarnos a la tarea de «desnaturalizar los fundamentos de la desigualdad» (Batthyány y Arata, 2022, p. 13), leyendo y releando las realidades de injusticia social que viven nuestros pueblos.

En este sentido, posicionados desde una psicología sanitaria latinoamericana en diálogo con las ciencias sociales, este estudio partió de pensar a la desigualdad, en el sentido que proponen Therborn (2011) y Jelin (2020, 2022) en tanto construcción social, antítesis a una idea de la desigualdad como natural, desde la consideración de que las desigualdades se producen de diferentes maneras, desde procesos recurrentes y mecanismos sociales a través de los cuales se reproducen en una variedad infinita de contextos posibles de reconocer desde miradas microsociales de la vida cotidiana.

El devenir del estudio ha permitido un análisis de testimonios de mujeres, caso por caso, identificando relatos que exhiben realidades en primera persona, así como historias cercanas que visibilizan desventajas, violencias simbólicas y concretas, exclusiones y vulneración de derechos. Ello, en paralelo con narrativas de mujeres que dan cuenta de oportunidades, privilegios y ventajas de clase. Mujeres a las que la cuestión parece no permearlas, mientras que otras muestran reflexividad y sensibilidad en torno a ello, que expresan empatía e interpelación, reconociendo las desigualdades en aquellos a quienes esta golpea cotidianamente.

Conclusiones

Cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar y entender la realidad.
Benach et al. (2008)

En los escenarios descritos, donde se exponen realidades discrepantes e injustas, es el análisis de los relatos que exponen construcciones esperanzadas en torno a las vivencias que las desigualdades generan, lo que augura un trabajo desde los recursos y las fortalezas de las propias comunidades. Ello posibilita partir desde ellas, significándolas como potencias contrahegemónicas que cobran cuerpo en modos de resistencias cotidianas que se constituyen en motores que traccionan muchas comunidades argentinas y latinoamericanas cuyos derechos se encuentran vulnerados en los tiempos que corren. Realidades que nos exhortan a los profesionales de la salud con perspectiva social a seguir aprehendiendo de las comunidades en

pos de una labor compartida, donde sean ellas quienes marquen las sendas de un quehacer transformador que debemos acompañar.

Agradecimientos

A las mujeres de las comunidades del Gran Río Cuarto que participaron generosamente de este estudio.

A la memoria viva del psicólogo sanitarista argentino Enrique Saforcada, quien acompañó y dirigió esta línea de investigación hasta agosto de 2023.

A la lectura comprometida, interpeladora y minuciosa de la doctora Viviana Macchiarola.

Referencias bibliográficas

- Archenti, N. y Piovani, J. I. (2018). La comparación. En A. Marradi, N. Archeti, y J. I. Piovani (eds.), *Manual de metodología de las ciencias sociales* (pp.1-15). Siglo XXI.
- Batthyány, K. y Arata, N. (comps). (2022). *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella). Ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista*. Siglo XXI- Clacso.
- Benach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, (130), 29-40.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. Routledge.
- Blaxter, M. (2004). *Health. Key concepts*. Wiley.
- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword. A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1), 67-85. <https://doi.org/10.1177/1464700108086364>
- de Sousa Santos, B. (2022). Las lecciones de la pandemia (y qué podemos hacer al respecto). En K. Batthyány y N. Arata (comps.), *Hablemos de desigualdad (sin acostumbrarnos a ella): ocho diálogos para inquietar al pensamiento progresista* (pp.19-34). Siglo XXI- Clacso.
- Goetz, J. y LeCompte, L. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Jelin, E. (2020). Desigualdades y diferencias: género, etnicidad/raza y ciudadanía en las sociedades de clases (realidades históricas, aproximaciones analíticas). En E. Jelin, R. Motta y S. Costa (comps.), *Repensar las desigualdades: cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 155-179). Siglo XXI.
- Jelin, E. (2022, 26 de agosto). Entrevista a Elizabeth Jelin con motivo de la 9.ª Conferencia de Clacso sobre desigualdades [Archivo de audio]. Canal radial Hunt Benas Comunicación. <https://soundcloud.com/user-534169122/elizabeth-jelin-conferencia-de-clacso-sobre-desigualdades>
- Jiménez Zunino, C. y Assusa, G. (2017). ¿Desigualdades de corta distancia? Trayectorias y clases sociales en Gran Córdoba, Argentina. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(4), 837-874.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Emecé.

- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design. An interactive approach*. Sage Publications.
- Morales Calatayud, F. (2016). *Introducción a la psicología de la salud: un enfoque integral*. Nuevos Tiempos.
- Motta, R., Jelin, E. y Costa, S. (2020). *Repensar las desigualdades: cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)*. Siglo XXI.
- Pérez Sainz, J. P. y Mora Salas, M. (2009). Excedente económico y persistencia de las desigualdades en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 71(3), 411-451.
- Quintal de Freitas, M. de F. (2020). Vida comunitária e saúde comunitária: formas de resistência e afirmação na perspectiva da Psicologia Social Comunitária Latino-Americana. En J. Castellá Sarriera, C.V. de Macedo y J. E. Coin de Carvalho (comps.), *Salud comunitaria: perspectivas, escenarios y cuestiones relevantes* (pp. 101-114). Nuevos Tiempos.
- Ramonet, I. (2020, 6 de mayo). *Coronavirus: La pandemia y el sistema-mundo*. Página 12.
<https://www.pagina12.com.ar/262989-coronavirus-la-pandemia-y-el-sistema-mundo>
- Reygadas, L. (2020). La construcción simbólica de las desigualdades. En E. Jelin, R. Motta y S. Costa (comps.), *Repensar las desigualdades: cómo se producen y entrelazan las asimetrías globales (y qué hace la gente con eso)* (pp. 201-219). Siglo XXI.
- Rivas Flores, J. I., Márquez García, M. J., Leite, A. E. y Cortés González, P. (2020). Narrativa y educación con perspectiva decolonial. *Márgenes Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1(3), 46-62.
<https://doi.org/10.24310/mgnmar.v1i3.9495>
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.
- Saforcada, E. (2021). Estado, universidad pública y salud comunitaria. *Revista IT*, 8(8), 20-40.
- Saforcada, E., de Lellís, M., Morales Calatayud, F. y Moreira Alves, M. (2019). *El factor humano en la salud pública*. Nuevos Tiempos.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Morata.
- Sirvent, M. T. y Rigal, L. (2023). *La investigación social en educación*. Miño y Dávila.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Therborn, G. (2011). Inequalities and Latin America. From the Enlightenment to the 21st Century, *desigualdades.net Working Paper Series*, (1). https://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/WPTherbornOnline.pdf

Análisis del programa Aleros desde las voces de sus protagonistas

An analysis of the Aleros Program through the voices of its protagonists

Juan E. Fernández Romar, Evangelina Curbelo Arroqui

Palabras clave: reducción de daños, políticas públicas, consumo problemático, intervención comunitaria, Uruguay, programa Aleros

Keywords: Harm Reduction, Public Policy, Problematic Drug Use, Community Intervention, Uruguay, Aleros Program.

Resumen

Este artículo analiza el modelo de intervención comunitaria del programa Aleros, una iniciativa pública uruguaya orientada a la atención de personas con consumo problemático de drogas. A partir de entrevistas en profundidad a técnicos y usuarios, se exploran los pilares conceptuales y metodológicos que sustentan esta propuesta. Su enfoque de bajo umbral así como la centralidad concedida a la participación activa y a las estrategia de reducción de daños configuran un dispositivo que desafía las lógicas punitivas predominantes en las políticas de drogas en todo el orbe. Se identificaron elementos estructurantes de este modelo de intervención como ser el trabajo en red, la apropiación territorial, la construcción de vínculos de confianza, la integración de referentes pares y la generación de espacios de acogida y cuidado. El presente análisis permite discutir tanto los logros del programa como sus tensiones y dificultades, especialmente en torno a la sostenibilidad, la medición de impacto y la inclusión de mujeres usuarias. Aleros se presenta de este modo como un espacio social proteico donde se ensayan otras formas de acompañamiento, nuevas estrategias de restitución de derechos así como de reinención subjetiva.

Abstract

This article analyzes the community intervention model of the *Programa Aleros*, a public Uruguayan initiative aimed at the care of people with problematic drug use. Based on in-depth interviews with both professionals and users, it explores the conceptual and methodological pillars that sustain this proposal. Its low-threshold approach, together with the emphasis placed on active participation and harm reduction strategies, shapes a device that challenges the punitive logics prevailing in drug policies worldwide. Structural elements of this intervention model were identified, such as network-based work, territorial appropriation, the construction of trust-based

relationships, the integration of peer referents, and the creation of spaces of reception and care. The present analysis allows for a discussion of both the program's achievements and its tensions and difficulties, especially regarding sustainability, impact measurement, and the inclusion of female users. In this way, Aleros emerges as a protean social space in which alternative forms of accompaniment are tested, along with new strategies for the restoration of rights and subjective reinvention.

Datos de los autores

Juan E. Fernández Romar

Doctor en Ciencias de la Salud - Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba

Facultad de Psicología - Udelar

Correo electrónico: jfernandezromar@psico.edu.uy

Evangelina Curbelo Arroqui

Magíster en Psicología Social - Facultad de Psicología - Udelar

Correo electrónico: ecurbelo@psico.edu.uy

Introducción

En el campo del abordaje del consumo problemático de drogas, las estrategias comunitarias de proximidad han emergido como respuestas innovadoras frente a los modelos asistenciales tradicionales, muchas veces marcados por lógicas punitivas. Desde su creación en 2012 en Uruguay, el programa Aleros constituye una experiencia singular que articula trabajo territorial y activación de redes de apoyo, asentando su intervención en una ética del cuidado centrada en el respeto a la autonomía y la dignidad de las personas usuarias.

Este artículo se propone analizar en profundidad dicho dispositivo a partir de los testimonios de sus protagonistas: integrantes de los equipos técnicos y usuarios del programa. La investigación se inscribe en un marco más amplio de cuestionamiento a las intervenciones centradas exclusivamente en la abstinencia, al tiempo que explora las potencialidades de enfoques de bajo umbral y reducción de daños (Musto, 2012; Fernández Romar y Curbelo Arroqui, 2019). Particularmente, se indagan los elementos que hacen de Aleros un modelo adaptativo y replicable en contextos atravesados por la exclusión y el estigma.

Aleros surge como iniciativa de proximidad impulsada por la Secretaría Nacional de Drogas (SND), en coordinación con la Intendencia de Montevideo. Está dirigido a personas en situación de alta vulnerabilidad social con consumo problemático de sustancias, un colectivo frecuentemente desatendido por los dispositivos convencionales de salud y asistencia. Iniciado en Montevideo y posteriormente extendido a departamentos como Canelones, el programa se despliega en la calle y en espacios comunitarios, acercándose a las personas allí donde se encuentran, intentando reducir las múltiples barreras que obstaculizan el acceso a servicios estatales.

La innovación del modelo radica en su carácter integral, al conjugar acciones de prevención, tratamiento e inclusión social bajo una misma lógica operativa. Equipos móviles —duplas psicosociales conformadas por profesionales principalmente de la psicología y el área social— recorren el territorio para establecer vínculos directos con las personas y sus entornos afectivos, facilitando la conexión con redes sociosanitarias sin exigir requisitos formales de ingreso.

Frente a los dispositivos que priorizan la abstinencia o la medicalización, Aleros plantea una mirada comunitaria y contextual. Parte del reconocimiento de que el consumo no puede abordarse aisladamente, sino como manifestación de procesos sociales, económicos y culturales complejos. Por ello, interviene tanto sobre las trayectorias individuales como sobre las condiciones estructurales, fortaleciendo el entramado institucional y comunitario.

Las acciones de Aleros no se limitan a la atención directa, sino que incorporan también talleres, propuestas recreativas y espacios de promoción de la salud; procurando articularlos con los lineamientos definidos por la Junta Nacional de Drogas (2021) en su *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025*, que enfatiza la prevención en ámbitos clave como la familia, la educación y el trabajo. De este modo,

el programa busca no solo reducir riesgos, sino también desnaturalizar estigmas y promover el reconocimiento mutuo como condición para una convivencia más justa.

Aleros representa, así, una inflexión en la política de drogas en Uruguay. Se aleja de las respuestas punitivas que predominaron en décadas pasadas y se inscribe en una orientación basada tanto en la salud pública como en la producción de conocimiento situado y los derechos humanos. En sintonía con otras medidas transformadoras —como la regulación del cannabis y la consolidación de dispositivos sociosanitarios—, el programa redefine las formas de comprender y acompañar las situaciones vinculadas al consumo.

La inclusión social ocupa un lugar central en esta propuesta. El programa no se limita a intervenir sobre el uso de sustancias, sino que promueve activamente el acceso a derechos básicos como la salud, la vivienda y el empleo, con el objetivo de interrumpir los ciclos de exclusión que perpetúan sufrimientos históricos.

Finalmente, Aleros se constituye como un eslabón clave dentro de la Red Nacional de Atención en Drogas (Renadro), apostando a una atención flexible y continua. El despliegue de equipos técnicos en territorio, sin requisitos de admisión y con una fuerte capacidad de escucha, permite no solo identificar situaciones de malestar subjetivo, sino también acompañar procesos comunitarios que desbordan la lógica estrictamente terapéutica.

Metodología

La investigación se desarrolló a partir de un enfoque cualitativo, sustentado en el paradigma interpretativo. Los objetivos principales fueron:

- Generar evidencia científica sobre los abordajes territoriales de proximidad en el tratamiento de los usos problemáticos de drogas, inspirados en experiencias comunitarias orientadas a situaciones de sufrimiento social.
- Estudiar y caracterizar los procesos de intervención implementados por el programa Aleros.

Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad a integrantes técnicos de tres equipos Aleros (Centro, Oeste y Cerro), gestionados por la organización de la sociedad civil La Teja Barrial, así como a cinco usuarios activos del programa. Las entrevistas fueron semiestructuradas, grabadas previa obtención del consentimiento informado y posteriormente transcritas para su análisis temático.

Los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, de acuerdo con las disposiciones vigentes establecidas en el Decreto 158/2019, relativo a la investigación con seres humanos en Uruguay.

Se empleó un diseño metodológico basado en el análisis de contenido con codificación abierta, priorizando la identificación de categorías emergentes y de los

sentidos contruidos por los actores. La triangulación entre las perspectivas de los técnicos y los testimonios de los usuarios permitió una comprensión más amplia y compleja de los significados atribuidos a la intervención. Asimismo, se incorporaron documentos institucionales y referencias teóricas que enmarcan el dispositivo dentro de las políticas públicas uruguayas relacionadas al uso de drogas.

Entre las dimensiones analizadas se incluyeron: *a)* enfoque metodológico y filosófico del programa; *b)* características del equipo técnico; *c)* perfil y trayectorias de los usuarios; *d)* estrategias de intervención; *e)* articulación interinstitucional; *f)* desafíos y tensiones, y *g)* impacto percibido.

El trabajo de campo se realizó en el segundo semestre del año 2021, en el marco de una investigación evaluativa sobre prácticas comunitarias en salud mental y usos problemáticos de drogas. La interpretación de los datos se realizó desde una perspectiva crítica, inspirada en aportes de la salud colectiva, la psicología comunitaria y las epistemologías del sur (de Sousa Santos, 2010).

Análisis de resultados: hacia una clínica territorial de la escucha y la presencia

El análisis del material empírico obtenido a partir de las entrevistas en profundidad con técnicos y usuarios del programa Aleros permite identificar seis núcleos analíticos interrelacionados que configuran un modelo de intervención centrado en la comunidad, la subjetividad y el reconocimiento. Este modelo se aparta deliberadamente de las lógicas tuteladas o abstencionistas, desplegando una praxis clínica y política que encuentra en el vínculo su principal herramienta transformadora.

La ética del bajo umbral: acogida sin condiciones

Uno de los pilares del programa Aleros es su orientación de “bajo umbral”, que implica eliminar las barreras de ingreso y sostener la continuidad del vínculo más allá de las conductas de los participantes. Lejos de establecer criterios de admisibilidad basados en la abstinencia o el cumplimiento de normas institucionales, Aleros se plantea como un espacio abierto, disponible y no expulsivo. Así lo señala un técnico de Aleros Oeste:

El programa no es expulsivo. Si te portás mal, no te vas. Es un espacio para estar y empezar a pensar otras cosas.

Esta concepción ética se inscribe en el paradigma de reducción de riesgos y daños, entendido no solo como técnica sanitaria, sino como una política de reconocimiento del sufrimiento social. La no expulsión opera aquí como una forma de

resistir la lógica punitiva que ha caracterizado históricamente a los dispositivos de atención en drogas (Rodríguez, 2015).

Territorio como lugar de intervención y de existencia

La presencia territorial, la movilidad del equipo y la apropiación de espacios públicos constituyen otra dimensión clave del dispositivo. A diferencia de modelos centrados en el consultorio, Aleros se configura como una práctica de cercanía que convierte el espacio barrial en escenario clínico y político.

Salimos a caminar el barrio. Hacemos captación activa. No esperamos a que vengan.

Tenemos actividades en la plaza, en el Parque de Actividades Agropecuarias (Pago), espacios abiertos que nos permiten acercarnos sin invadir.

Esta concepción del territorio como campo relacional resuena con las propuestas de la psicología comunitaria crítica (Montero, 2004), que plantea la intervención no como traslado de saberes, sino como coconstrucción situada. La plaza, el club o la policlínica no son meros soportes logísticos, sino espacios donde se redefinen los vínculos, se reconstruyen rutinas y se producen subjetividades otras.

Subjetividad y reconocimiento: «decir el nombre» como acto clínico

El testimonio de los técnicos y usuarios converge en destacar el trato personalizado, el llamado por el nombre propio, la escucha sin juicio como elementos centrales del trabajo de Aleros. La palabra —y más aún, el silencio acompañado— se constituyen en dispositivos terapéuticos fundamentales.

El principal logro es que las personas son recibidas por su nombre y no como ‘el adicto’.

Hay quienes lograron sostener el espacio de escucha, otros vienen cuando pueden..., pero siempre los esperamos.

Esta práctica de reconocimiento tiene efectos subjetivantes potentes. Nombrar por el nombre es devolver al sujeto su lugar simbólico, interrumpiendo la cadena estigmatizante que lo reduce a su síntoma o a su déficit. En este sentido, Aleros se distancia de modelos centrados en el diagnóstico, apostando a un vínculo más horizontal y humanizante.

Del margen al vínculo: narrativas de quienes habitan Aleros

Las voces de R, M, D, G, y O componen un retrato coral de la experiencia vivida en el marco de este programa. Los relatos, diversos en sus trayectorias, edades y contextos, convergen en algunos puntos clave: el reconocimiento del valor humano del dispositivo, la importancia de las actividades colectivas y expresivas y la posibilidad de recuperar agencia y horizontes de futuro allí donde antes predominaban el aislamiento, la desconfianza institucional o la desestructuración personal. Aleros aparece así como un entorno de reconstrucción subjetiva y social, más que como un simple servicio terapéutico.

Todos los entrevistados coinciden en que el enfoque horizontal y flexible del programa, su capacidad de ir al encuentro de las personas y sostener los vínculos en el tiempo marca una diferencia sustantiva respecto a otros dispositivos. Las instancias grupales, los talleres de áreas verdes y mosaicos, las salidas recreativas y las propuestas de reinserción laboral son valoradas tanto por su contenido práctico como por el efecto subjetivante que generan: reconocerse parte de un colectivo, producir con otros, ser tenido en cuenta.

Este proceso no está exento de tensiones ni de lo que algunos refieren como «recaídas», pero sus relatos dejan entrever que el acompañamiento no se interrumpe en los momentos de mayor dificultad. Por el contrario, la continuidad del vínculo y la disponibilidad de las técnicas son percibidas como elementos clave del modelo de intervención.

Se destacan también las transformaciones identitarias y vinculares experimentadas en el transcurso del programa. R. lo sintetiza con contundencia:

Nos hicieron cambiar tanto a nosotros. A mí me hizo más cambios...

Por su parte, M —quien llegó a Aleros en el marco de una situación judicial— relata:

Yo bien de bien, porque he cambiado bastante. Antes me daba vergüenza, ahora tengo más confianza.

Ambas citas ejemplifican el tipo de impacto que tiene Aleros cuando logra constituirse en un espacio de reconocimiento mutuo, donde las técnicas también se ven interpeladas por los usuarios y viceversa. Esa reciprocidad es un rasgo singular del dispositivo y parece ser una de sus claves de eficacia.

En suma, los testimonios relevados muestran que Aleros no opera como una «respuesta estandarizada» al consumo problemático, sino como un dispositivo abierto y atento a las trayectorias singulares, capaz de generar condiciones materiales y simbólicas para la recomposición del lazo social y el fortalecimiento de las capacidades de los participantes. El abordaje no se limita a la dimensión sanitaria

del consumo, sino que se expande a las dimensiones afectiva, territorial, laboral, cultural y política.

Referentes pares: saberes encarnados, pedagogía horizontal

La figura del referente par aparece como una innovación relevante en el dispositivo, aunque aún en proceso de definición conceptual. Los propios participantes, sin una formalización previa, comienzan a identificar entre ellos figuras de referencia basadas en la experiencia vivida, la empatía y la disposición al cuidado:

Todavía no hay un acuerdo conceptual de qué es un referente par, pero los propios usuarios los identifican así.

Este fenómeno sugiere que la autoridad en Aleros no reside necesariamente en la experticia técnica, sino en el reconocimiento comunitario. Se trata de un saber encarnado, afectivo, que pone en juego dimensiones distintas a las tradicionales. El referente par opera como mediador, espejo, traductor: una figura que combina legitimidad horizontal con función de sostén.

Trabajo en red: entramados colaborativos y saber compartido

La articulación con otros dispositivos e instituciones —refugios del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), dispositivos Ciudadela (centros de información, asesoramiento, diagnóstico y derivación en drogas) de todo el país, Plan Juntos (programa estatal que busca mejorar las condiciones de vida de familias en situación de precariedad habitacional y vulnerabilidad social), la Universidad del Trabajo (UTU), entre otros— es percibida como una fortaleza operativa del programa. Esta red permite acompañar procesos complejos que exceden el campo de las adicciones, abordando dimensiones educativas, laborales, habitacionales y jurídicas.

La articulación con la UTU, el Mides, los refugios... permite sostener procesos compartidos.

Participamos en espacios con otros dispositivos comunitarios. Nos reunimos en Presidencia una vez al mes.

Más que derivaciones, se trata de construir trayectorias integradas y corresponsables. La intervención no se agota en el equipo de Aleros, sino que se despliega en una constelación de actores institucionales y comunitarios que comparten una visión del acompañamiento como proceso.

Desigualdades de género: la ausencia como dato estructural

La escasa presencia de mujeres en el dispositivo es vivida con preocupación por parte de los equipos, que reconocen no haber desarrollado aún estrategias específicas de inclusión:

Hay mujeres en esta situación, pero no se acercan. Nos preocupa cómo poder incluirlas.

Esta ausencia no puede ser leída como simple contingencia. Responde a una trama estructural en la que las mujeres en situación de consumo enfrentan obstáculos específicos: mayores estigmas, responsabilidades de cuidado, riesgo de violencias sexuales en el espacio público, menor accesibilidad a servicios diseñados desde una lógica androcéntrica. La dimensión de género requiere ser incorporada no como anexo, sino como eje transversal del dispositivo.

Clínica ampliada y ética de la presencia: hacia una política del cuidado situada

La práctica desarrollada por el programa Aleros puede ser interpretada desde el marco de lo que algunos autores han denominado *clínica ampliada* o *clínica de lo social*. Esta noción, impulsada desde la reforma psiquiátrica italiana (Basaglia, 2019) y resignificada en América Latina por el campo de la salud mental colectiva, alude a una forma de intervención que no se reduce al espacio clínico tradicional, sino que se despliega en lo cotidiano, en lo relacional y en el territorio.

La clínica ampliada no apunta solo a aliviar síntomas, sino a reconfigurar vínculos, reactivar tramas comunitarias, redistribuir el poder de decisión sobre la vida. En este sentido, Aleros produce una ruptura epistemológica con la lógica del encierro, del tratamiento individualizante así como de la patologización de la pobreza. Lo terapéutico no está únicamente en el espacio de escucha individual, sino también en remar en canoa, plantar una semilla en el Pagro, pintar un mural colectivo, sostener una merienda compartida o tramitar un documento junto a otro.

Este enfoque se articula con lo que Paulo Amarante (2007) ha descrito como la ética del cuidado en salud mental, entendida no como mero cumplimiento técnico de protocolos, sino como una disposición a implicarse, a dejarse afectar por el sufrimiento del otro, a sostener vínculos allí donde el Estado suele retirarse. La ética de la presencia, entonces, no implica omnipresencia, sino disponibilidad de estar sin invadir y de acompañar sin imponer.

En ese marco, el rol de los técnicos no se define en términos de control ni de diagnóstico, sino como agentes de apoyo, mediadores comunitarios y constructores de puentes. Esta figura técnica de proximidad requiere de saberes no codificados, de sensibilidad política y de disposición al trabajo interdisciplinario. La inclusión de referentes pares dentro de la propuesta refuerza aún más este

desplazamiento, descentrando la voz profesional para dar lugar a saberes vividos.

Como ha señalado Philippe Pignarre (2008), frente al sufrimiento psíquico no siempre es posible intervenir desde la certeza diagnóstica o la promesa de cura. Lo que sí es posible —y urgente— es tejer redes que impidan la caída al vacío. En este sentido, Aleros encarna una política de la fragilidad compartida: una comunidad que no se define por su fortaleza, sino por su capacidad de cuidar y dejarse cuidar.

Complementariamente, es posible pensar Aleros como una forma de gubernamentalidad alternativa, no centrada en la norma, sino en la hospitalidad. Mientras muchas políticas sociales operan desde la vigilancia, la evaluación o el mérito, Aleros pone en juego una lógica del encuentro y del reconocimiento, propiciando la apertura a un nuevo acontecimiento. Desde esta perspectiva, la clínica deja de ser una técnica de corrección para devenir práctica de convivencia. Un modo de estar con otros en un mundo herido.

Discusión

Los hallazgos derivados del trabajo de campo en el programa Aleros permiten abrir una serie de discusiones conceptuales y políticas en torno a las formas contemporáneas de intervención en consumos problemáticos desde una perspectiva comunitaria y situada. Aleros no es solamente un programa; es, en muchos sentidos, un experimento de otra gubernamentalidad, una forma alternativa de hacer política pública que pone en entredicho tanto el dispositivo clínico tradicional como el enfoque tutelar del Estado y, consecuentemente, la racionalidad biomédica implícita.

El bajo umbral como interrupción de la lógica meritocrática

El enfoque de bajo umbral de Aleros se contrapone a la tendencia, cada vez más extendida en los dispositivos públicos, de condicionar el acceso a la ayuda a la demostración previa de méritos así como eventuales nuevos compromisos o avances en una dirección preestablecida. La posibilidad de ingresar y permanecer en el programa sin mayores exigencias ni evaluaciones previas rompe con la lógica de la «culpa» individual, habilitando un vínculo cimentado en la disponibilidad. En este sentido, Aleros se sitúa en la línea de una ética del cuidado incondicional, como la formulada por Joan Tronto (1993), en la que lo central no es controlar al otro sino responsabilizarse por su fragilidad.

Este principio de no expulsión no es menor en un campo como el de las políticas de drogas, históricamente atravesado por dispositivos punitivos y criminalizantes que reproducen formas de violencia institucional. El bajo umbral, tal como se practica en Aleros, no implica laxitud ni ausencia de estructura, sino una estructura otra, flexible, más permeable y cercana a la lógica de «estar con» que a la de «intervenir sobre».

Territorialidad y presencia como contrapedagogía institucional

El hecho de que Aleros no tenga sede fija y se instale allí donde las personas transitan su vida cotidiana —la plaza, el club, el refugio, la canchita, la esquina— constituye un giro epistemológico respecto de la idea de «centro». No se trata solo de cambiar la geografía de la intervención, sino de descentrarla simbólicamente. El territorio, en Aleros, no es el lugar de la carencia, sino el lugar del lazo y el conocimiento situado.

En este marco, el trabajo territorial no debe ser leído como una mera estrategia de captación, sino como una pedagogía del acompañamiento, en la que la cercanía física y afectiva permite construir una ética de la presencia no invasiva. Como ha señalado Silvia Rivera Cusicanqui (2010), la territorialidad no es un dato, sino una construcción activa, un modo de habitar y producir comunidad.

Vínculo y reconocimiento: restaurar la singularidad

Una dimensión transversal al conjunto del dispositivo es el esfuerzo deliberado por restituir la singularidad de cada usuario. Llamar por el nombre, sostener la escucha, evitar etiquetas estigmatizantes son gestos que operan como microconvalidaciones de la existencia del otro. Esta forma de hacer se sitúa en una perspectiva foucaultiana de poder pastoral invertido: no se trata de «hacer confesar», sino de darle la palabra y, eventualmente, soportar su silencio si eso es lo que hay.

Desde esta óptica, el trabajo en Aleros puede leerse como una forma de subjetivación alternativa, que no parte del déficit, sino del reconocimiento de la otredad. Aquí se puede dialogar con Axel Honneth (1995), quien sostiene que el reconocimiento no es un suplemento moral, sino una condición básica para la constitución del yo. En contextos marcados por la exclusión social y el consumo problemático, este reconocimiento es, además, un acto político.

El saber del par: epistemologías encarnadas

La figura del referente par, aunque todavía informal y en proceso de consolidación, introduce una transformación radical en la relación saber/poder dentro de los dispositivos de atención. No se trata solo de incluir a personas que «pasaron por lo mismo», sino de reconocer en ellas portadores de un saber válido, capaz de producir acompañamiento al tiempo que se induce comprensión.

Desde esta perspectiva, Aleros se aproxima a las epistemologías del sur propuestas por Boaventura de Sousa Santos (2010), que reivindican los conocimientos contruidos desde abajo, desde la experiencia de quienes han sido sistemáticamente

silenciados. Incorporar referentes pares no es simplemente sumar recursos humanos: es transformar la ontología misma del dispositivo.

Articulación institucional: entre la cooperación y la cogobernanza

El trabajo en red de Aleros, lejos de limitarse a derivaciones funcionales, implica una construcción intersectorial de las trayectorias. Lo que se evidencia es una lógica de corresponsabilidad, en la que una multiplicidad institucional (escuelas, refugios, juzgados, servicios de salud, programas sociales) no solo «atienden» una parte del problema, sino que colaboran con el usuario en un proceso continuo de coconstrucción. Este enfoque interpela a la fragmentación del Estado en compartimentos estancos, al tiempo que propone una forma de gobernanza cooperativa que tiene más que ver con la ecología de saberes y prácticas que con la gestión tecnocrática.

Género: visibilizar las ausencias, crear las condiciones

Uno de los datos más relevantes que encontramos fue la escasa participación de mujeres en el dispositivo. Ausencia que no deberíamos naturalizar ni intentar explicar de forma simplista («las mujeres consumen menos», «se esconden más», entre otros), sino que debería ser interpretada como síntoma de una falla estructural en las políticas de inclusión. Las mujeres en situación de consumo enfrentan condiciones de vulnerabilidad específicas: violencia de género, cargas de cuidado, amenazas a la seguridad en espacios públicos, entre muchos otros factores. Por lo tanto, la pregunta no debe ser por qué no vienen, sino qué condiciones estamos generando —o no— para que puedan venir. La intersección entre género, consumo y exclusión requiere dispositivos específicos, políticas activas de cuidado infantil, espacios seguros y la incorporación de trabajadoras con perspectiva feminista. En otras palabras, se necesita una política de género dentro del propio dispositivo de cuidados.

En este paneo institucional hemos esbozado un Aleros que se nos presenta como un territorio en disputa, un campo de experimentación clínica donde se ensayan otras formas de acompañar, escuchar, intervenir y cuidar. Lo que está en juego no es solo una práctica, sino una forma de comprender la salud y la subjetividad; donde lo público puede ser entendido desde claves no colonizadas por las lógicas biomédicas, punitivas o asistencialistas.

Conclusiones

La experiencia del Programa Aleros, tal como ha sido reconstruida a partir de los testimonios de técnicos y usuarios, constituye una contribución significativa al campo de las políticas públicas en salud mental y atención al consumo problemático de drogas. Lejos de limitarse a un dispositivo asistencial, este programa aparece como una práctica institucional que encarna una crítica viva a las formas tradicionales de tratamiento, al tiempo que ensaya modos de intervención alternativos, situados, participativos y no punitivos.

En primer lugar, la adhesión al enfoque de bajo umbral revela una decisión política y ética que desarticula el binarismo clásico entre inclusión condicionada y expulsión. El hecho de que las personas puedan ingresar sin requisitos, permanecer incluso en contextos de recaída y ser acompañadas desde un paradigma de reducción de daños no implica desresponsabilización, sino otro modo de responsabilizarse: uno que confía en los ritmos subjetivos, que apuesta por la continuidad vincular y que renuncia al control como forma de gobierno clínico.

En segundo lugar, Aleros demuestra que el territorio no es un recurso logístico, sino un lugar de producción de vínculos. La intervención en los espacios cotidianos de las personas —barrios, plazas, refugios, canchas— no solo permite captar situaciones complejas, sino que redefine la idea misma de dispositivo: no se trata de un centro al que asistir, sino una red que se teje en movimiento. Este descentramiento institucional favorece una democratización del cuidado, porque reconoce que el saber, la autoridad y la legitimidad pueden emerger fuera del consultorio, en el gesto cotidiano y la presencia sostenida.

Tercero, los hallazgos dan cuenta de la potencia transformadora del *vínculo basado en el reconocimiento*. Ser nombrado por el nombre, ser escuchado sin juicio, tener un lugar donde simplemente estar, son prácticas que restituyen humanidad en contextos donde la exclusión ha borrado los contornos del yo. Esta dimensión relacional se vuelve terapéutica en sí misma, en tanto habilita procesos de subjetivación no mediados por la lógica del déficit o del trastorno, sino por la dignidad de la experiencia vivida.

Asimismo, la emergencia espontánea de referentes pares dentro del dispositivo sugiere una apertura hacia formas no profesionales de acompañamiento, que ponen en valor saberes encarnados y trayectorias resilientes. Aunque aún informal, esta figura se legitima por su capacidad de resonancia emocional, por su cercanía simbólica y por su potencial para desestabilizar la jerarquía tradicional entre técnico y usuario. La formalización de este rol representa no solo una oportunidad, sino una necesidad para fortalecer la dimensión comunitaria del cuidado.

Por otro lado, la articulación interinstitucional constituye una condición estructural para sostener los procesos de acompañamiento atendiendo a la capacidad de este programa para tejer redes con otros programas (educación, salud, refugios, justicia), posibilitando así el abordaje de la complejidad de la vida de las personas

en situación de consumo desde una mirada integral. Esta lógica de cooperación plantea un modelo de cogobernanza más horizontal, en el que la corresponsabilidad sustituye al enfoque sectorial y fragmentado de la política social tradicional.

No obstante, el análisis también permitió visibilizar una serie de dificultades y obstáculos que interpelan al programa y a la política pública en su conjunto. La escasa participación de mujeres, por ejemplo, obliga a repensar los criterios de accesibilidad desde una perspectiva de género, capaz de contemplar las violencias específicas, los mandatos culturales y las barreras materiales que enfrentan las mujeres usuarias. En este sentido, la ausencia se vuelve un dato elocuente que demanda respuestas activas, dispositivos sensibles y una agenda feminista explícita dentro del campo de la intervención comunitaria.

Aleros puede comprenderse, en última instancia, como un espacio de experimentación política donde se ponen a prueba nuevas formas de presencia estatal, se configuran modos alternativos de habitar el espacio público y se elaboran distintas concepciones sobre la subjetividad y, en consecuencia, sobre el sufrimiento. Su mayor fortaleza no reside solamente en sus resultados inmediatos, sino en su capacidad de producir condiciones para que algo distinto ocurra, para que lo impensable tenga lugar: un vínculo que no sea de control, un cuidado que no sea disciplinamiento y una política que no sea sospecha.

Como toda experiencia situada, Aleros es parcial, contingente y perfectible. Pero justamente por eso tiene valor: porque se arriesga a lo singular, porque no cierra la pregunta, porque no promete soluciones mágicas. En un contexto regional y global donde los discursos de seguridad, higienización y exclusión vuelven a cobrar fuerza, el gesto de Aleros —estar, escuchar, sostener, acompañar— se vuelve, sin duda, un acto profundamente político.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2007). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2.ª ed.). Editora Fiocruz.
- Basaglia, F. (2019). *La institución negada y otros escritos* (ed. ampliada). Irrecuperables.
- De Sousa Santos, B. (2015). *Epistemologías del sur*. Akal.
- Fernández Romar, J. E., y Curbelo Arroqui, E. (2019). *Transformaciones organizativas y funcionales del Programa Aleros en tres zonas de Montevideo*. Congreso Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. [Kindle edition]. Polity Press.
- Junta Nacional de Drogas. (2021). *Estrategia Nacional de Drogas 2021–2025*. Presidencia de la República Oriental del Uruguay. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-drogas-2021-2025>
- Junta Nacional de Drogas. (n.d.). *Programa Aleros*. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.

- Musto, C. (2012). Políticas públicas y atención a usuarios de drogas en Uruguay. En C. Musto (ed.), *Alternativas de cuidado a usuarios de drogas en América Latina* (pp. 85–106). CEBRAP / PNUD / IDPC.
- Pignarre, P. (2008). *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Gedisa.
- Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores* (R. Durand, trad.). Polity Press.
- Rodríguez, C. (2015). Reducir daños, recuperar derechos: una mirada política sobre los consumos. En A. Pujol y E. Milanese (eds.), *Intervenciones en contexto: subjetividades, riesgos y dispositivos* (pp. 133–148). Paidós.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Visibilizando vejeces en espacios de conquista de derechos

Making Old Age Visible in Areas of Conquest of Rights

Virginia Álvarez Pereira, Raquel Palumbo Durán, Cecilia Rodríguez Silva,
Verónica Silveira García

Palabras clave: vejeces, feminismos, derechos, género, interdisciplina

Keywords: Old age, Feminisms, Rights, Gender, Interdiscipline

Resumen

La experiencia realizada con personas mayores en la participación de la marcha del 8 de marzo (8M) conforma el disparador de una serie de lecturas y consideraciones vinculadas a vejez y género que interesa compartir. Este relato de experiencia se desarrolla en cuatro apartados. La introducción, donde se explicita la intencionalidad de poner en diálogo la vejez y el género desde una perspectiva de derechos. Un segundo espacio donde se comparten las conceptualizaciones de envejecimiento, vejez y género que dan sustento a la estrategia de trabajo en territorio con mujeres viejas. Luego, bajo el título de «La igualdad no tiene edad», se plantea la interrelación género y vejez y la transversalidad de la interdisciplina y la intersectorialidad en el trabajo con las personas mayores. Se analiza la influencia del territorio en las existentes heterogeneidades personales, familiares y sociales de las mujeres viejas y se relata la experiencia de participación colectiva de mujeres viejas de diferentes territorios de Montevideo en la Marcha del 8M. Por último, se comparten reflexiones acerca de obstáculos, facilitadores y resonancias de las participantes, y se pone en tensión la letra «fría» de los acuerdos internacionales en relación con los derechos de las mujeres y las vejeces con la imperiosa necesidad de colocar en la agenda política la situación de mujeres mayores de 65 años en el Uruguay.

Abstract

The experience carried out with older adults participating in the March 8th (8M) demonstration serves as the starting point for a series of reflections and readings related to aging and gender that are worth sharing. This account of experience is organized into four sections. The introduction explains the intention to bring aging and gender into dialogue from a rights-based perspective. The second section presents the conceptual frameworks of aging, old age, and gender that underpin the territorial work strategy developed with older women. The third section, titled «Equality Has No Age», explores the interrelationship between gender and aging, as well as the

cross-cutting nature of interdisciplinarity and intersectorality in work with older adults. It analyzes how territory shapes the personal, family, and social heterogeneity among older women, and recounts the collective participation of older women from different areas of Montevideo in the 8M March. Finally, the text offers reflections on the obstacles, facilitators, and resonances experienced by participants, and critically contrasts the “cold” language of international agreements on women’s and aging rights with the urgent need to place the situation of women over 65 years old in Uruguay on the political agenda.

Datos de las autoras

Virginia Álvarez Pereira

Doctoranda en Psicología - Udelar

Programa APEX - Udelar

Correo electrónico: virginia.alvarez@apex.edu.uy

Raquel Palumbo Durán

Diplomada en Responsabilidad Social Universitaria, Ética y Desarrollo Sostenible - Universidad Michoacana, México

Programa APEX - Udelar

Correo electrónico: raquel.palumbo@apex.edu.uy

Cecilia Rodríguez Silva

Diplomanda en Psicogerontología - Udelar

Programa APEX - Udelar

Correo electrónico: cecilia.rodriguez@apex.edu.uy

Verónica Silveira García

Especialista en Pre ancianidad, Geriatría y Gerontología - Udelar

Programa APEX - Udelar

Correo electrónico: veronica.silveira@apex.edu.uy

Introducción

La intencionalidad de poner en diálogo la vejez y el género es ofrecer una mirada integral sobre este binomio y contribuir a una comprensión más adecuada de las trayectorias vitales durante la vida adulta y de cómo estas se traducen en la vejez, posibilitando así deconstruir y transformar nuestras miradas y, por ende, nuestras intervenciones.

Durante el trabajo con cada espacio grupal conformado por mujeres mayores, la perspectiva de género atraviesa de forma transversal el abordaje del grupo etario, en el entendido de que la feminización del envejecimiento constituye un dato sociodemográfico determinante. En ella subyace la experiencia de envejecer siendo mujer en el marco de la división sexual del trabajo que ha atravesado y continúa atravesando a las mujeres. La doble discriminación —por género y por edad— las afecta directamente, además de otras posibles interseccionalidades que pueden entrar en juego, como las étnicas o territoriales. Resulta, por tanto, imprescindible problematizar junto a la población las desigualdades vivenciadas a lo largo de su trayectoria vital, muchas de las cuales persisten en la vejez.

Este relato tiene por objetivo compartir una experiencia de participación de diferentes colectivos de mujeres viejas en el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer en Montevideo, Uruguay, en los años 2022 y 2023, con la finalidad de dar visibilidad a las vejeces en un espacio particular de conquista de derechos de las mujeres.

Los colectivos participantes están vinculados a la Unidad Académico Temática Ciclo de Vida y Comunidad - Vejez (UAT CVC V - Programa APEX - Universidad de la República); al Grupo GAMAS de la Policlínica Complejo América (Administración de Servicios de Salud del Estado); al Taller Los Derechos No envejecen de la Casa de las Ciudadanas, Mujeres del Convenio Fundación Plenario de Mujeres del Uruguay e Intendencia de Montevideo, e integrantes de una residencia de personas mayores.

Participar en la marcha junto a los grupos de mujeres mayores, desde las concepciones de envejecimiento, vejez y género que se comparten a continuación, desde la perspectiva de la gerontología feminista y promoviendo un envejecimiento saludable, fue un desafío que permitió dar visibilidad y reconocimiento a estas vejeces en la multitudinaria manifestación pública realizada en Montevideo, Uruguay.

Envejecimiento, vejez y género

El envejecimiento como proceso demográfico ha avanzado de manera acelerada a nivel mundial generando una doble mirada sobre el tema. Por un lado, como una conquista en relación con adelantos científicos y, al mismo tiempo, como fuente de conflictos en cuanto a la organización social, el funcionamiento de la seguridad

social, la implementación de políticas públicas, las decisiones con respecto a la calidad de vida de las personas viejas, etcétera. Entonces «el proceso de envejecimiento poblacional es visible y considerado un problema público, debido a que algunas de las tensiones [...] comenzaron a expresarse como desigualdades sociales» (Aguirre y Scavino, 2018, p. 13).

El envejecimiento, como proceso heterogéneo, está estrechamente vinculado a los contextos en los que tiene lugar. No es lo mismo una mujer mayor que vive y envejece en el barrio Cerro que otra que lo hace en la zona del Centro, a una que envejece en el medio rural del Uruguay o en una ciudad del interior del país. «Los modos de vida, las actividades que se realizan, la organización social y las pautas culturales de las comunidades de diferentes territorios producen diferencias en las relaciones sociales y en cómo se vive la socialización» (Aguirre y Scavino, 2018, p. 57).

La vejez, en cambio, suele presentarse como una etapa homogénea, caracterizada por la acumulación de años, la disminución de las funciones básicas y la cercanía a la muerte. Esta mirada, además de ser prejuiciosa, impide reconocer la diversidad de formas de ser viejo o vieja, es decir, no permite visibilizar las desigualdades, diferencias y especificidades que atraviesan la producción social de este grupo etario. Compartimos la concepción de la vejez como una construcción social que está determinada por dimensiones económicas, políticas, sociales, simbólicas, trascendiendo la mirada de acuerdo al dato biológico o cronológico (Álvarez et al., 2018). Llegar a ser mujer vieja o varón viejo, por tanto, es producto de procesos sociales en los cuales operan desigualdades materiales y simbólicas. Es en los mandatos, las expectativas y las obligaciones configuradas durante todo el curso de la vida que se ponen en juego y generan repercusiones a la hora de transitar la vejez, siendo diferencial para hombres y mujeres la división sexual del trabajo.

Pensar la vejez implica ir más allá del enfoque biológico-cronológico e incorporar otras categorías, como la de género. Esta categoría, entendida como una construcción social, refiere a la manera en que cada sociedad asigna roles y expectativas a varones y mujeres a partir de su sexo biológico. Constituye una herramienta analítica que permite comprender los significados asociados a las relaciones sociales y a los procesos de construcción identitaria organizados en torno a las diferencias anatómicas y fisiológicas, principalmente vinculadas a las funciones reproductivas (Scott, 1996). Con relación al género como categoría de análisis, Scott (1996) plantea que se compone de cuatro elementos constitutivos: símbolos y representaciones que ofrecen la cultura sobre lo que es ser varón y mujer; una idea de normalidad, acerca de cómo «deben ser» varones y mujeres a partir de las normas disponibles en una sociedad, de los discursos científicos de las distintas disciplinas; relaciones sociales y en la interacción con otros y otras (mercado de trabajo, parentesco, política), y una dimensión subjetiva de cada persona mediante la circulación por las instituciones de socialización. Por tanto, esta categoría permite analizar funciones y supuestos de la exclusión de mujeres y varones a ciertas actividades sociales, así cómo se han ido construyendo las instituciones que norman y reproducen las

relaciones sociales, como lo son familia, matrimonio, paternidad, maternidad, ciudadanía, trabajo remunerado-no remunerado, propiedad, entre otros.

Desde la década de los setenta, la categoría género viene siendo utilizada para diferenciarla del concepto sexo. Mientras que el sexo alude a las diferencias biológicas, el género se refiere a los procesos de índole social y cultural con relación a la diferencia entre lo masculino y lo femenino. Hablar de feminidad y masculinidad implica afirmar que las culturas construyen modos de ser mujer y varón. Estas categorías funcionan como complementarias, en las que se asocia a la feminidad con la pasividad y la emoción, y a la masculinidad con la actividad y la razón (López y Guida, 2000).

Muchas veces se tiende a vincular el género con cuestiones de mujeres. Sin embargo, no es posible pensarlo sin su relación con los varones, ya que es ahí que se puede analizar la diferenciación sexual y su devenir en las desigualdades producidas por un sistema patriarcal. El género permite decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de los sexos para comprender las relaciones sociales entre ellos. Esto repercute en los recursos materiales y simbólicos disponibles para ambos en la sociedad y con ello la construcción del poder. En este sentido, Scott (1996) menciona que el género es el campo primario dentro del cual, o por medio del cual, se articula el poder y se distribuyen recursos y responsabilidades diferenciadas. Estudia, por tanto, las formas de incorporación de las mujeres en el mercado, la política y la familia y desentraña los procesos de diferenciación sexual, tanto en el espacio público como en el privado.

Por el fenómeno de la feminización del envejecimiento, los problemas de la vejez son en su mayoría de las mujeres. La conexión entre género y envejecimiento es inseparable en términos de análisis y comprensión de lo que implica ser vieja en la sociedad actual. La mirada desde el género permite reconocer que el envejecimiento es diferente para varones y mujeres. Las mujeres son más longevas que los varones, sin embargo, esto no implica que tengan una mejor calidad de vida que ellos.

Las mujeres viejas perciben menores ingresos que los varones por su trayectoria laboral vinculada al trabajo doméstico no remunerado o por percibir menores ingresos que sus pares varones, con lo cual las desventajas socioeconómicas son inminentes. Sumado a ello, por estar en un periodo de aparente «inactividad» continúan o comienzan a ejercer tareas de cuidado de personas mayores, niños y niñas, personas con discapacidad o con alguna enfermedad.

Desde la perspectiva de los recursos materiales con que se cuenta en esta etapa de la vida, son también las mujeres las que presentan mayores restricciones para ejercer sus derechos y alcanzar una calidad de vida digna. Por tanto, resulta ineludible emplear un análisis de género no solo al realizar los diagnósticos, sino también al momento de formular políticas públicas dirigidas a las personas mayores, en el entendido de que, además de facilitar un envejecimiento activo y saludable para toda la población, tendrán que corregir desigualdades de género que se arrastran a lo largo de la vida y que se acentúan en esta etapa (Batthyány, 2010).

La igualdad no tiene edad: colectivo de mujeres viejas presentes el Día Internacional de la Mujer (8M)

Trabajar con personas mayores, específicamente con mujeres viejas, desde la mirada y perspectiva que se plantea, implica necesariamente poner en relación las categorías género y vejez. La interdisciplinariedad y la intersectorialidad constituyen un aporte fundamental que atraviesa el trabajo con esta población. La gerontología feminista permite hacer estas lecturas, desnaturalizando y problematizando las relaciones sociales, visibilizando las opresiones y ampliando la reflexión a espacios y lugares de enunciación en búsqueda de justicia social (Navarro y Danel, 2019).

La dimensión territorial, siempre presente, adquiere una relevancia aún mayor en el trabajo con las vejeces. Es fundamental reconocer que somos, en parte, producto de nuestra historia laboral, familiar y social, y que esa historia varía según la época, el lugar en que vivimos y las características del entorno. Estamos atravesadas por los sueños y deseos propios de cada tiempo, y hay preguntas y movimientos que solo pueden emerger en determinados contextos. Cabe preguntarse si, hace más de treinta años, hubiera sido posible imaginar a un colectivo de mujeres mayores participando en la marcha del 8M. Aunque se trata de una pregunta imposible de responder fuera de su tiempo, sabemos que las urgencias de aquellos años eran otras: los feminicidios existían, pero aún no se los nombraba como tales y quedaban relegados o encriptados en el ámbito familiar; la reconstrucción democrática seguía siendo una prioridad, y la búsqueda de nuestros desaparecidos —que también son desaparecidas— constituía un objetivo colectivo.

La presencia de las viejas en la marcha del Día Internacional de la Mujer es en sí una muestra de la heterogeneidad que nos habita. Sus historias académicas, laborales y familiares son muy disímiles; a algunas de las adultas les fue privada la posibilidad de concurrir a la escuela, mientras que otras pudieron acceder a estudiar magisterio, profesorado (profesiones relacionadas con el cuidado y la educación, históricamente asociadas a las mujeres). Todas tienen en común pertenecer al mismo grupo etario y todas comparten haber dedicado parte de su tiempo al cuidado de otras y otros. La mayoría además tuvo trabajos remunerados fuera del hogar sin que ello represente un ingreso que les permita hoy vivir sin limitaciones.

El territorio también aporta heterogeneidad, vivir en el Cerro, en Colón o en el Centro tampoco es lo mismo, por el acceso a los servicios, por las redes sociales, por la estigmatización de algunos barrios y porque fundamentalmente la marcha principal sucede en la avenida 18 de Julio, arteria del centro de la capital de Uruguay. Concurrir desde los barrios mencionados hasta donde se realiza la marcha es toda una odisea si existe alguna limitación física o económica, sumado a que es un día de paro de actividades de todas y todos y por lo tanto tampoco existen garantías de acceder al transporte público. Asimismo, para las viejas que viven en el Centro también llegar y permanecer en la marcha no es sencillo, ya que el espacio público no siempre está diseñado ni conservado en términos de accesibilidad;

además, la marcha no está pensada necesariamente incluyendo la participación de mujeres viejas y lo que ello conlleva.

Considerando algunas de estas variables y como parte del dispositivo de trabajo comunitario de la UAT CV - Vejez surge esta idea: ¿y si consultamos a los grupos con los cuales trabajamos?. Y afloran interrogantes y dificultades, las nuestras y las de ellas: «Son muchas horas», «algunas no pueden estar tanto tiempo paradas», «yo no estoy para marchas», «de noche sola al barrio no vuelvo», «ese día no sé cómo será el transporte». Entre sus dudas y las nuestras, con las ganas, la experiencia, la confianza y el trabajo, fuimos tejiendo una red que nos permitió ir, permanecer y transformarnos.

Se planificó cuidadosamente la generación de las condiciones materiales necesarias para que las mujeres mayores pudieran estar presentes durante la marcha —locomoción, traslado, sillas, víveres—, pero lo que no se previó fueron las emociones que surgirían. Ellas no marcharon en el recorrido, sino que se ubicaron en la vereda de la avenida 18 de Julio, por donde pasaba la multitud. Nunca imaginamos el reconocimiento que recibirían de sus pares: las otras mujeres que marchaban se detenían a aplaudirlas, abrazarlas, bailar y emocionarse junto a ellas. Y esas mujeres mayores, acostumbradas a la invisibilidad, se vieron reflejadas en los cánticos y bailes que colmaban las calles. Aunque sentadas o de pie junto a sus sillas, también marcharon. Porque en el 8M marchamos todas.

El rol de las docentes, que ahora escribimos este artículo, fue el de acompañar, generar las condiciones para que se produjera el encuentro. No solo debimos prever y trabajar lo material concreto que implicaba desplazarnos y permanecer en la marcha, sino además pensar juntas qué significaba para ellas ese espacio, qué significaba ser mujer, ser vieja, ser feminista.

Y con la palabra *feminista* sucede algo similar que con la palabra *vieja*: no genera identificación e incluso en ocasiones genera rechazo. Y no se trata solo de deconstruir y problematizar los términos (porque feminismos al igual que vejez existen muchos), sino también de entender que existen conceptos que se aceptan e interpretan de una forma por la academia y de otra por las personas implicadas. Y se trata de respetar singularidades: si ser vieja no identifica a todas, no será una palabra que esté en la pancarta principal, si *feminista* es un término que genera ruido, en algunas no será el cartel de presentación.

Se comparte cuando Anna Freixas Farré (2008) plantea:

El lenguaje gerontológico está profundamente contaminado por el estigma de la vejez. La palabra *vieja* resulta impactante por las ideas negativas que lleva asociadas. Decimos «mayores», mejor que «viejas»; preferimos nombrar con el término *mediana edad* a usar el de *anciana*, para evitar la negatividad de los términos. Escaramuzas lingüísticas que ofrecen una moratoria mental, pero no cuestionan el estigma otorgado a la vejez. (p. 43)

Aún con el compromiso de trabajar sobre estos términos, se impone respetar el sentir de las implicadas. Y en algo coinciden todas: aun cuando no se llamen «viejas feministas», son mujeres que defienden y reclaman el respeto de sus derechos. Porque, como decíamos en 2022, «Los derechos no envejecen» y en 2023 nuestra pancarta fue «La igualdad no tiene edad». En ambos casos, la propuesta fue posibilitar la participación de estos colectivos de mujeres viejas de tres zonas de Montevideo a la mayor concentración del año que busca reivindicar derechos, visibilizar vulneraciones y, por sobre todo, mostrar unidas a mujeres de todas las edades en búsqueda de libertad, igualdad y justicia.

En 1970, Simone de Beauvoir publicó uno de sus ensayos más conocidos, *La Vejez*, en el que expresa y denuncia la necesidad de romper la «conspiración del silencio» que giraba en torno a este momento del curso de la vida. El ocultamiento de la vejez era un reflejo del desinterés que la sociedad tenía por las personas mayores; las representaciones e imágenes sobre la mujer y el varón que representaron una postura sobre la vejez en la época. Hoy en pleno siglo XXI —si bien estamos en otro momento sociohistórico con relación al reconocimiento de la población en términos de derechos—, resulta imperioso continuar trabajando sobre prejuicios, discriminaciones y vulneraciones en torno a ser mujer vieja. Cuando interaccionamos esto con lo que Kern (2021) llama «la lucha por el espacio en un mundo diseñado por hombres», en el marco de lo que conlleva el 8M resulta un triple desafío en términos de reconocimiento, visibilización y reivindicación de los derechos de las mujeres.

En este sentido, el interés por acompañar —con todo lo que ello implica en términos de planificación, ejecución y evaluación— a los colectivos de mujeres viejas de tres zonas de la capital del país para su participación en una marcha refiere a colocar en lo público el reconocimiento social (Honneth, 1997) de las mujeres viejas, con su historia, sus luchas de siempre y las actuales, lo que posibilita el reconocimiento individual y colectivo en relación con todas las mujeres que marcharon.

El participar de la marcha se vuelve un hecho emancipador y permite salir de la esfera privada que muchas veces es el lugar donde se piensa el envejecer. Habitar la marcha resultó una oportunidad para reivindicar el lugar público que ocupan las mujeres viejas en la sociedad y su rol activo en la reproducción social. Estas mujeres fueron en las últimas dos marchas del 8M partícipes de forma activa, su presencia en el lugar, su pancarta, sus carteles, sus atuendos color violeta, sus palmas, cánticos, saludos, llantos y risas permitieron mostrar su vital presencia, compartir con otras mujeres la misma lucha y al mismo tiempo ser visibles para todas y todos.

Consideraciones finales

Dar a conocer la experiencia de participación de los grupos de mujeres viejas de diferentes zonas de Montevideo de alguna manera permite el reconocimiento y la visibilización de ellas en tanto protagonistas, luchadoras y reivindicando sus

derechos y el de todas. El feminismo mediante la consigna «lo personal es político» coloca en lo público los problemas privados de la vida doméstica, de las desigualdades y opresiones vividas durante años y que aún continúan. Estas viejas, muy lejos de ser pasivas, son activas, ciudadanas y su bandera es la igualdad, la libertad y la justicia para las mujeres de todas las edades.

Las profesionales que trabajamos desde la docencia integral e interdisciplinaria apostamos a una intervención en la que las protagonistas sean las mujeres viejas, reconocerlas en sus trayectorias vitales diversas y promover espacios de disfrute, de participación y promoción de salud activa.

La pancarta que las reunió en este 8M —«La igualdad no tiene edad»— sintetiza una lucha presente y activa, sostenida por mujeres que, a lo largo de su vida, han enfrentado múltiples formas de discriminación, desigualdad y desprotección, muchas de las cuales persisten hasta hoy. Si bien los derechos de las mujeres mayores han sido reconocidos en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos —algunos ratificados por nuestro país, como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores—, estos avances no resultan suficientes. Ambos tratados consagran de manera explícita la equidad e igualdad de género y el enfoque de curso de vida, protegiendo el derecho a la igualdad, a la no discriminación por razones de edad y a una vida libre de violencia. Sin embargo, persiste la necesidad de continuar reivindicando derechos y visibilizando desigualdades para colocar en la agenda política la situación de las mujeres mayores de 65 años en nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, R. y Scavino, S. (2018). *Vejez de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República.
- Álvarez, V., Palumbo, R., Piovesan, S., Rodríguez, C., Salveraglio, I. y Silveira, V. (2018). Trabajo con personas adultas mayores: un abordaje integral en comunidad. Ediciones Universitarias.
- Batthyány, K. (2010). Adultos mayores, género y cuidados. En Equipo Nieve (comp.), *Envejecimiento, género y políticas públicas*. Lucida Ediciones.
- Beauvoir, S. (2018). *La Vejez*. Debolsillo.
- Freixas, A. F. (2008). *La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista*. Anuario de psicología/The UB Journal of psychology.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Editorial Crítica.
- Kern, L. (2021). *Ciudad Feminista. La lucha por el espacio en un mundo diseñado por hombres*. Godot.
- López, A. y Güida, C. (2000). *Aportes a los estudios de género en la conceptualización sobre masculinidad*. lin.oea.org
- Navarro, M. y Danel, P. (2019). *La gerontología será feminista*. Fundación Hendija.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En J. Amelang y M. Nash (edit.), *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna*. Ediciones Alfonso.

Entre tradiciones y contemporaneidades: aportes para pensar la formación de licenciadas y licenciados en Educación Física desde la perspectiva de la salud colectiva en el Instituto Superior de Educación Física de la Universidad de la República

Between traditions and contemporaneities: contributions to thinking about the training of graduates in Physical Education from the perspective of Collective Health at the Instituto Superior de Educación Física of the Universidad de la República

Camila Piñeiro, María Rosa Corral Vázquez, Lucila Guerra Raimonda

Palabras clave: Salud, salud colectiva, formación, prácticas corporales, educación física

Keywords: Health, Collective Health, Training, Corporal Practices, Physical Education

Resumen

En este trabajo buscamos presentar una reflexión sobre la experiencia de la formación de licenciadas y licenciados en Educación Física en su relación con la salud enmarcada en el Instituto Superior de Educación Física. Esta reflexión es producto de las discusiones e intercambios generados en el grupo de investigación del cual formamos parte: «Estudios socioculturales de las Prácticas Corporales, la Educación Física y la Salud», inscripto en el Departamento de Educación Física y Salud. En este grupo nos posicionamos desde la perspectiva de la salud colectiva para pensar la relación de la educación física y la salud, la que nos habilitó a revisar los contenidos del plan de estudios 2017 de la Licenciatura en Educación Física y, por tanto, la formación de licenciadas y licenciados por lo menos en relación con tres aspectos. En primer lugar, la problematización y ampliación de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. En segundo lugar, la complejización de la relación de la educación física y la salud a partir de nuevas categorías conceptuales. Por último, la incorporación de la perspectiva de las prácticas corporales, que recupera la dimensión histórica, social y cultural del cuerpo, las corporalidades y sus prácticas. Esta reflexión se estructura en tres momentos. Primero nos aproximamos a la problematización de la educación física en el campo de la salud desde una perspectiva histórica. En un segundo momento profundizamos acer-

ca de los aportes de la perspectiva de la salud colectiva para la formación de licenciadas y licenciados en Educación Física en el Uruguay, específicamente para el Área de Formación Salud de la Licenciatura. Finalmente, presentamos las reflexiones y conclusiones en las que buscamos abrir a nuevas preguntas para seguir pensando la formación académico-profesional en Educación Física.

Abstract

In this paper we seek to present a reflection on the experience of the training of Physical Education graduates in their relationship with health framed in the Higher Institute of Physical Education (Instituto Superior de Educación Física). This reflection is the result of discussions and exchanges generated in the research group of which we are part, «Sociocultural Studies of Body Practices, Physical Education and Health», registered in the Department of Physical Education and Health. In this group we positioned ourselves from the perspective of Collective Health to think about the relationship between Physical Education and health, which enabled us to review the contents of the 2017 Curriculum of the Bachelor's Degree in Physical Education and therefore, the training of graduates, at least in relation to three aspects. First, the problematization and expansion of the World Health Organization's definition of health. Secondly, the complexity of the relationship between Physical Education and health based on new conceptual categories. Finally and thirdly, the incorporation of the perspective of Corporal Practices, which recovers the historical, social and cultural dimension of the body, corporealities and their practices. The paper is structured in three moments. In the first moment, we approach the problematization of Physical Education in the field of health from a historical perspective. In a second moment, we deepen about the contributions of the perspective of Collective Health for the training of Physical Education graduates in Uruguay, specifically, for the Health Training Area of the Bachelor's Degree. Finally, we present our reflections and conclusions, in which we seek to open new questions to continue thinking about the academic-professional training of Physical Education graduates.

Datos de las autoras

Camila Piñeiro

Maestranda en Educación Física - Udelar
Instituto Superior de Educación Física - Udelar
Correo electrónico: camipieiro@gmail.com

María Rosa Corral Vázquez

Maestranda en Ciencias Humanas, opción Antropología en la Cuenca del Plata - Udelar
Instituto Superior de Educación Física - Udelar
Correo electrónico: mcorral18@gmail.com

Lucila Guerra Raimonda

Maestranda en Ciencias Humanas, opción Antropología en la Cuenca del Plata - Udelar
Instituto Superior de Educación Física - Udelar
Correo electrónico: guerralucila98@gmail.com

Introducción

En este trabajo buscamos presentar una reflexión acerca de la experiencia en la formación de licenciadas y licenciados en Educación Física (EF) en su relación con la salud en el Instituto Superior de Educación Física (ISEF), Área de las Ciencias de la Salud de la Universidad de la República (Udelar).

El ISEF se incorporó a la Udelar en 2006. A partir de esa integración, el instituto debió abordar diversos procesos institucionales y académicos que se fueron consolidando con el tiempo: su plena incorporación al Área de Ciencias de la Salud, la elaboración de un nuevo plan de estudios (Plan 2017), la implementación de la departamentalización y la conformación de sus departamentos académicos —Prácticas Corporales, Deporte, Tiempo Libre y Ocio, y Salud—. En este marco, el Departamento Académico de Educación Física y Salud (DA EFYS) se organiza en tres núcleos temáticos: Fundamentos Biológicos, Prácticas Corporales y Salud, y Salud, Cultura y Sociedad. Este último aborda la relación entre la educación física y la salud desde la perspectiva de las ciencias sociales y humanas, integrando aportes de la historia, la antropología, la sociología y la salud colectiva (SC).

La Licenciatura en Educación Física del ISEF se implementó con dos planes de estudios, el Plan 2004 y el Plan 2017. En el primero, identificamos la referencia a la relación de la EF y la salud en el Perfil de Centro Complementario de Montevideo «Actividad física para la salud» y las unidades curriculares optativas que abordaban puntualmente el tema salud.¹ En el Plan 2017 se explicita la relación de la EF con la Salud y su problematización en las unidades curriculares obligatorias y específicas del Área de Formación Salud, en las que se presentan diversos abordajes y se incorpora una mirada crítica.

El grupo de investigación del cual formamos parte, «Estudios Socioculturales de las Prácticas Corporales, la Educación Física y la Salud» (en adelante Grupo), se enmarca en el DA EFYS, núcleo Salud, Cultura y Sociedad. Desde su creación en 2013, el Grupo aportó a las discusiones y definiciones académicas. En esta ocasión

1 El Plan de Estudios 2004 establecía tres perfiles complementarios de formación según el anclaje territorial de cada centro. En Paysandú, la licenciatura se orientaba a la Recreación y el Deporte en la Naturaleza, con énfasis en el turismo, el deporte aventura, los deportes náuticos y el tiempo libre, promoviendo la valoración y preservación del entorno natural, así como propuestas recreativas y deportivas para distintas edades que favorecieran un uso saludable del tiempo libre. En Maldonado, la orientación en Turismo, Deporte y Recreación en la Naturaleza respondía a su condición de principal polo turístico nacional e internacional, abordando temáticas como turismo de playa, aventura, histórico y ecológico, además de gestión y marketing, con el fin de formar profesionales capaces de impulsar proyectos turísticos y deportivos en la región. En Montevideo, la licenciatura se centraba en las Actividades Físicas para la Salud, abarcando la prevención y rehabilitación de enfermedades y lesiones, y formando profesionales como promotores de salud. Este perfil profundizaba contenidos del tronco común vinculados a la salud y la «normalidad» del sujeto, con especial atención a las enfermedades cardiovasculares, principales causas de mortalidad en mayores de 30 años, e incluía unidades curriculares como Cultura y Salud, Nutrición, Educación Física para el Adulto Mayor, Educación Física Adaptada, Salud y Ambiente, Aspectos Psicológicos de la Salud, entre otras.

nos interesa señalar particularmente sus aportes en el diseño del plan de estudios 2017 de la Licenciatura en Educación Física, específicamente con relación a la red temática de las unidades curriculares del núcleo² y a la integralidad de las funciones a partir de la creación del Espacio de Formación Integral «Estrategias interdisciplinarias para la producción de salud: un camino posible» (EFI).³

Este trabajo se desprende del diálogo entre la investigación, extensión y enseñanza que el Grupo viene desarrollando. En este sentido, tomamos como antecedentes más directos tres producciones académicas del Grupo. La primera, el artículo *Aportes de las ciencias sociales y humanas para pensar la salud en el marco de la formación del licenciado en Educación Física de Uruguay: una mirada a la salud en los planes de estudio 2004/2017 de la licenciatura en Educación Física* (Cabrera et al. 2020), publicado en Memoria Académica, de la Universidad de La Plata (Argentina). La segunda, las ponencias orales *Sistematización de una experiencia en el marco de un espacio de formación integral: de O.D.H a las ganas de vivir y una mirada ampliada para la formación de los/as licenciados/as en Educación Física en el campo de la salud en Uruguay* (Corral et al., 2023a) presentada en el XIII Congreso Internacional de Salud Pública Educación en el Campo de la Salud: una Oportunidad de Transformación Humana, Social y Planetaria (Medellín, Colombia). La tercera, el artículo *Abriendo camino a la educación física en el primer nivel de atención: un recorrido por el Espacio de Formación Integral «Estrategias interdisciplinarias para la producción de salud; un camino posible»* (Corral, et al., 2023b), publicado en la revista *Integralidad Sobre Ruedas*. Asimismo, contemplamos como antecedentes diversas producciones académicas en relación con la experiencia brasileña de la Educación Física en el Sistema Único de Salud (SUS), tomando los aportes de autores como Carvalho (1998), Fraga (2006), Fraga y Wachs (2007), Gomes et. al (2015), Monteiro Mendes y Carvalho (2016).

Desde sus inicios, el Grupo mantiene un fuerte vínculo académico con la perspectiva de la SC, que se ha ido profundizando a partir de los intercambios con distintos académicos brasileños. En este sentido, los aportes de estos intercambios nos han permitido resignificar teóricamente la SC para el contexto uruguayo, en el

2 Las unidades curriculares correspondientes a este núcleo son: Educación Física y Salud I, Educación Física Inclusiva, Sexualidad y Género, Educación Física y Salud Colectiva, Políticas Públicas y Salud, y Seminario Tesina «Educación Física y Salud». De igual manera, cabe mencionar que la unidad curricular Educación Física y Salud II, si bien forma parte del núcleo Prácticas Corporales y Salud, se encuentra en estrecha relación con los aportes de dicho Grupo.

3 Los EFI son dispositivos de la Universidad de la República que se constituyen como espacios de trabajo académico y formación profesional, conformados por docentes y estudiantes universitarios, organizaciones sociales, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales. Están fundamentalmente enfocados en tres elementos: el desarrollo de la integralidad de las funciones universitarias (extensión, enseñanza e investigación), la perspectiva interdisciplinaria como forma de abordaje de los problemas entendidos en su complejidad y, por último, la intervención como posibilidad de la transformación en diversos territorios. La conjunción de los actores anteriormente mencionados buscan articular acciones con el fin de dar respuesta a diferentes emergentes que surgen en los territorios particulares (Corral et al., 2023a).

que la salud pública y la salud comunitaria se presentan con fuerte arraigo discursivo en el campo biomédico. La búsqueda por trascender dicho discurso desde la perspectiva de la SC nos implicó considerar al menos tres aspectos significativos de esta.

El primer aspecto es el que nos permite problematizar y ampliar la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948).⁴ En este sentido, asumimos la salud como proceso de salud-enfermedad-cuidado (Michalewicz et. al, 2014) construido de forma intersubjetiva y colectiva, enmarcado en un contexto social, cultural y político determinado.

En segundo lugar, esta perspectiva nos permite superar el paradigma de *promoción de la salud* hacia una *producción de salud* (Monteiro Mendes y Carvalho, 2016; Sousa Campos, 2021; Merhy, 2021) donde el énfasis ya no está en la responsabilidad individual y la prescripción, sino en la corresponsabilidad y la construcción colectiva, con una mirada interdisciplinar, intersectorial e interseccional. Esta línea de pensamiento nos habilita a interpelar el modelo analítico epidemiológico tradicional de los determinantes de la salud (Lalonde, 1974) con fuerte sustento en los factores de riesgo para empezar a conocer y comprender las realidades y necesidades de salud a partir de la perspectiva de la determinación social de la salud (Breilh, 2003), donde la complejidad, la contradicción y la contingencia es reconocida.

El tercer aspecto, y no por ello menos importante, refiere al vínculo de la EF con la SC que posibilita superar la reducción de la EF a la actividad física para comenzar a pensar a la EF desde la perspectiva de las prácticas corporales, en la que se ponen en diálogo la cultura corporal, las experiencias corporales singulares y la pluralidad de usos del cuerpo (Carvalho, 1998; Monteiro Mendes y Carvalho, 2016). Al mismo tiempo, el cuerpo es pensado como el resultado del ejercicio del poder-saber (Foucault, 1977) con relación a la experiencia de los sujetos y posibles formas de resistencias en sus trayectorias singulares. En este sentido, el sujeto comienza a ser entendido como actor activo en la producción de salud, y ya no reducido a un objeto, en tanto cuerpo-organismo al cual hay que proveer de salud.

En la institución conviven dos perspectivas teóricas que, al encontrarse, generan tensiones y nuevas preguntas. Por un lado, la perspectiva tradicional y hegemónica a la que Monteiro Mendes y Carvalho (2016) denominan «Bio Educación Física» que ha moldeado las sensibilidades y subjetividades, así como las formas de representar, pensar y hacer en la relación entre la educación física y la salud. Por otro lado, la perspectiva de la SC que interpela esas formas históricas de hacer, decir y pensar en el campo, proponiendo modos alternativos de práctica y reflexión. Es en

4 «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>

el diálogo entre ambas miradas donde los y las estudiantes se preguntan: ¿cómo hacer y pensar la educación física en el marco de la SC en Uruguay? Esta interrogante se constituye en el punto de partida de la reflexión que aquí se presenta.

La problematización de la educación física en el campo de la salud⁵

Tradiciones

La relación entre la educación física y la salud ha de resultar obvia, no obstante, según la perspectiva desde la cual se la aborde, ambas se configuran de maneras diferentes y condicionan las formas de actuar, pensar y posicionarse al respecto de su relación. Sobre esto, cabe mencionar algunas consideraciones. En primer lugar, la salud, en tanto concepto, es una construcción sociohistórica y cultural de la modernidad (Barrán, 1995) y, en segundo lugar, la EF se ha configurado como campo teórico y ámbito de prácticas subordinado al campo biomédico (Monteiro Mendes y Carvalho, 2016).

Ambas categorías se gestan en el marco de la constitución de las sociedades modernas con el fin de reforzar y prolongar un orden social determinado. En esta línea, no se cuestiona tal relación cuando se expresa que la EF es «buena para la salud». Sin embargo, cuando desde el campo de la EF se busca ampliar el horizonte desde una perspectiva crítica, aportando nuevas posibilidades epistemológicas, teóricas y metodológicas que interpelan la relación lineal y reduccionista entre EF y salud, aparecen resistencias que buscan mantener y perpetuar dicha relación en el propio campo y desde otros campos disciplinares.

En este sentido, durante el siglo XX se fue configurando un discurso en torno a la EF que la presentó como una tecnología⁶ con énfasis en el «saber hacer», reafirmando la tradición tecnicista y normalista (Rodríguez, 2012), en función de un discurso biomédico que le dio su razón de ser. Identificamos dos grandes escenarios discursivos en los que la EF se vio afectada. Por un lado, uno que puso el foco sobre el cuerpo sano (individual y colectivo) con el fin de normalizarlo (higienismo y eugenesia). Por otro lado, el que puso el foco sobre los cuerpos sanos con el fin de prevenir enfermedades (medicina preventiva).

En relación con la formación de profesionales de EF, esto se tradujo en contenidos que, por un lado, ponderaron la corrección del cuerpo —como por ejemplo, los referentes a la corrección postural (Vigarello, 2005)— y al deporte por su

5 Eje temático presente en el programa de las unidades curriculares Educación Física y Salud II, como contenido a ser abordado en dicho curso.

6 «Por momentos, la Educación Física parece comportarse como una *tecnología*: es especialista en transmitir un saber que ella misma no crea» (Carballo, 2015, p. 182).

valor moralizante (Dogliotti, 2016). Por otro lado, presentaron al profesional de EF como un «promotor de salud» (Cabrera et al., 2020), discurso que se visibiliza en la definición del Perfil Complementario de Centro del plan de estudios 2004 de Montevideo:

«Actividades físicas para la Salud», abordando tanto la **prevención, como la rehabilitación** en caso de ciertas enfermedades y/o lesiones deportivas, **capacitando al profesional como agente promotor de salud**. Cabe señalar por un lado, que este perfil aporta a la formación profesional propia del Diseño Curricular del Tronco Común, profundizando aspectos trabajados en forma general en él, en ese caso desde la **«normalidad» del sujeto**. Por otra parte, presenta un relevante interés teniendo en cuenta la realidad de nuestro país, donde se destaca como la principal causa de mortalidad en la población mayor de 30 años, las enfermedades cardiovasculares, para las que **la actividad física se ofrece como un medio privilegiado de acción terapéutica**. (Instituto Superior de Educación Física, 2004, pp. 8-9) [Resaltado de las autoras]

Dicho perfil afirmó y promovió una mirada tradicionalista de la legitimación de la relación de la EF con la salud. Esto se traduce en la hegemonía del discurso médico higienista fundante del campo, con el foco puesto en un cuerpo-organismo sano, entendido como normal. Así, el saber del profesional de EF se ve sustentado y legitimado por el saber médico (teórica y simbólicamente) y su acción queda reducida a la prescripción de actividades entendidas como saludables. Estos saberes y actividades se legitiman por la racionalidad científica a la vez que están impregnadas de un deber ser y preceptos morales que podríamos sintetizar en la frase «no solo hay que serlo [sano], hay que parecerlo».⁷

Al mismo tiempo, en el Plan 2004 se explicitan las bases en la formación de las y los licenciados de EF en su rol de consejeros y promotores de salud que desarrollaremos a continuación.

Contemporaneidades

En las sociedades contemporáneas —o, en palabras de Bauman (2010), en la ‘modernidad líquida’—, los horizontes de la medicalización⁸ de la vida se amplían y los límites de lo que le atañe al saber biomédico se desdibujan. De esta forma, la EF en su vínculo con la salud se ve fuertemente influida por el discurso neohigienista del

⁷ Es necesario mencionar que hasta el plan de estudios de 1992 (modificación 1996) no existió un plan de estudios como lo conocemos ahora (Torrón, 2008). Pero no fue hasta el Plan 2004 que la conceptualización de Salud desde una perspectiva crítica se hizo presente.

⁸ Entendido como el proceso por el cual el saber médico impregna todos los ámbitos de la vida social (Barrán, 1995).

estar en forma. Para Bauman (2010) el concepto «estar en forma», en oposición a la salud como concepto normativo donde se establece claramente el límite entre lo normal y lo anormal, remite a lo que no es «sólido». Tal como dice el autor, «es un estado que, por su naturaleza, no puede ser definido ni circunscrito con precisión» (Bauman, 2010, p. 83). Cabe aclarar que en el campo de la EF conviven las perspectivas normativa de la salud y el «estar en forma», ambas habilitadas por el discurso de la actividad física (en adelante AF).

En este orden, la EF reducida a la AF como estrategia predilecta para la adopción de estilos de vida saludables en las políticas públicas de promoción de la salud responde a las premisas de los tiempos actuales: aceleración del tiempo, el tiempo insuficiente, sentimiento de inseguridad, énfasis en el enfoque racional, desvanecimiento de los límites entre «lo real» y «lo virtual» (Castiel y Álvarez-Dardet, 2021). Así, el discurso de la AF propone otorgar estabilidad, simplicidad y respuesta a los factores de riesgo que se definen como predominantes en la afectación de la salud, principalmente al sedentarismo (Castiel et al., 2010; Fraga, 2016). Al mismo tiempo, configura un cuerpo adaptable, siempre preparado para lo nuevo, lo inusual, lo extraordinario y, en última instancia, al próximo abanico de opciones que disponga el mercado (Bracht et al., 2013).

La OMS define la AF como

todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere consumir energía. En la práctica, consiste en cualquier movimiento, realizado incluso durante el tiempo de ocio, que se efectúa para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, para trabajar o para llevar a cabo las actividades domésticas. **La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud.** Entre las actividades físicas más comunes cabe mencionar: caminar, montar en bicicleta, pedalear, practicar deportes y participar en juegos y actividades recreativas. Todas las personas pueden realizarlas y disfrutar de ellas en función de su capacidad. (OMS, 2024)[Resaltado de las autoras]

Desde esta perspectiva, el aumento del gasto energético mejora la salud, reforzando y reafirmando el paradigma de vida activa como estilo de vida saludable. De esta definición podemos realizar cuatro lecturas.

La primera lectura refiere a la vida pensada en términos biológicos e individuales, es decir, una vida que debe estar en constante adaptabilidad y ser transitada vertiginosamente para alcanzar los minutos recomendados de AF para «gozar de buena salud». Vidas definidas biológicamente de acuerdo a grupos poblacionales que estratifican, estigmatizan y segmentan la sociedad y a los sujetos.

En la segunda lectura se evidencia una relación causal y lineal entre AF y salud, reduciendo la primera a un remedio. En otras palabras, medicalizando la práctica. En este sentido, se la despoja de otras dimensiones singulares y subjetivas, como el placer y el disfrute, al mismo tiempo que queda reducida a puro medio para

conseguir un fin que se encuentra por fuera de la práctica y del sujeto.⁹ De esta forma, se homogeniza y generaliza la práctica buscando la estandarización de los cuerpos considerados objetos universales plausibles de ser medidos, cuantificados y clasificados.

En la tercera lectura, la práctica de la AF indica una responsabilidad individual disponible para todos y en todo momento por lo que el seguimiento (o no) de las directrices y recomendaciones es responsabilidad de cada uno en función de su «capacidad» individual. Dicho de otra manera, se culpabiliza al individuo de su condición de salud.

La última lectura refiere a la tarea de las y los profesionales de la EF. Si realizar AF remite a cualquier actividad de la vida cotidiana, entonces la EF queda limitada a impartir consejos para que la población adopte y mantenga un estilo de vida saludable. De esta forma, se espera que se transformen en especialistas de la vida privada (Bracht et al., 2013) repitiendo recetas propuestas en los manuales y guías de AF y salud promovidas por organismos internacionales o instituciones estatales. Así, se construyen los espacios de EF como espacios de educación para la salud, de «conscientização para a construção de estilos de vida saudáveis por parte dos potenciais trabalhadores» (Bracht et al., 2013, p. 117). El foco está en concientizar para que los sujetos se vuelvan responsables de su propia salud al brindar las herramientas (información y estrategias) necesarias para elegir correctamente, cuidar de sí y llevar un estilo de vida saludable.

En este marco, nos preguntamos ¿de qué manera la formación de licenciados y licenciadas en EF responde a los imperativos de las sociedades contemporáneas? ¿En qué medida su formación debe problematizar y poner en cuestión las lógicas de la sociedad? ¿Por qué debería cuestionarlas? En la medida que se produce conocimiento y los campos de conocimientos dialogan, se habilita un crisol de miradas que superan una única forma posible de pensar, hacer y decir impuesta por el mercado, que sin lugar a dudas atraviesa los discursos de la salud. Es desde la perspectiva de la SC que podemos encontrar algunas respuestas.

9 Agamben (2017) nos habilita a superar la idea de la EF y las prácticas corporales como medios para concretar un fin último —prolongar la vida—, para poder pensarla y pensarlas desde el concepto de gesto. «El gesto rompe la falsa alternativa entre fines y medios que paraliza la moral y presenta medios que, como tales, se sustraen al ámbito de la medialidad, sin volverse, por esto, fines [...] **Si la danza es gesto, esto se debe a que ella no consiste, por el contrario, en otra cosa más que en soportar y exhibir el carácter medial de los movimientos corporales [...] Hace aparecer el ser-en-un-medio del hombre y, de este modo, abre para él la dimensión ética** [...] lo que se comunica a los hombres en el gesto es la esfera no de un fin en sí, sino más bien de una medialidad pura y sin fin» (p. 66-67) [Resaltado de las autoras]

Los aportes de la salud colectiva en la formación de licenciados y licenciadas en Educación Física

La perspectiva de la SC es incorporada en el plan de estudios 2017 elaborado en el marco de la Udelar.¹⁰ En él se profundiza la reflexión y se introduce la discusión acerca de la relación EF y salud, con aportes provenientes de las ciencias sociales y humanas, que posibilitan una mirada crítica en torno a la temática. De esta manera, en la descripción del Área de Formación Salud presente en el Plan 2017¹¹ se da cuenta de este proceso,

Esta área se orienta hacia el **desarrollo de los conocimientos que abarcan la relación educación-salud**. En este contexto, la salud se comprende desde una concepción de globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social. En su relación con lo educativo se centrará en la prevención y la promoción. La diversidad de los campos teórico-prácticos **se apoya en las ciencias biológicas y las ciencias humanas** para poder avanzar en el **análisis de una desestructuración-reestructuración de los conceptos de cuerpo y salud, a los efectos de trascender las nociones utilitario-higienistas**. (Instituto Superior de Educación Física, 2017, p. 5) [Resaltado de las autoras]

Este plan busca tensionar las construcciones tradicionales y contemporáneas fuertemente arraigadas en el campo académico-profesional, lo que puede verse como un giro epistemológico en tanto amplía la perspectiva (sin desconocer las anteriores) permitiendo cambiar el punto de vista, por ende, las posibilidades y formas de ver y pensar la relación entre EF y salud, habilitando nuevas problematizaciones.

Pensar la salud desde las ciencias sociales y humanas implica contemplar el contexto en el cual esta se desarrolla o estudia (contexto económico, social y político), su historia y las relaciones de poder que la constituyen. De esta forma, se ponen en diálogo aportes provenientes de diversas áreas del saber que la estudian e implica comprender que no es una noción aislada ni estática, sino que está en constante cambio y varía de acuerdo a la multiplicidad de dimensiones que la componen (Berterretche et al., 2001). En este sentido, y en particular la perspectiva de la SC, nos habilita a ampliar las miradas y las posibilidades de actuar en el campo profesional a la hora de pensar la relación de la EF con la salud.

10 Este Plan es producto de discusiones e intercambios entre diversos colectivos participantes del cogobierno de ISEF (orden docente, estudiantil y egresados). A su vez, se incorporan como contenidos de las unidades curriculares las producciones académicas que se estaban gestando en los Grupos de Investigación de la Institución y en el marco de los Departamentos Académicos, al mismo tiempo que se incorpora una perspectiva crítica para pensar el campo de la EF.

11 Este plan se divide en cuatro áreas de formación (Deporte, Salud, Prácticas Corporales, y Tiempo Libre y Ocio), las cuales se corresponden con los cuatro departamentos académicos mencionados en la Introducción del presente artículo.

La SC es una perspectiva que surge como movimiento social en pos de transformar la sociedad y producir nuevos conocimientos, así como aportar nuevas metodologías de actuación y producción en salud (Silva Paim, 2021; Sousa Campos, 2021). Podemos decir que las prácticas desde este marco se centran en la construcción de proyectos colectivos, situados espacial y temporalmente, interdisciplinarios e intersectoriales, en los que el encuentro, el vínculo, la escucha, el diálogo y la recepción son ejes transversales para la coproducción de salud. En palabras de Merhy (2021), implica producir nuevos modos de ir en la vida más autónomos, en relación con los modos de vida singulares y los contextos. Desde este punto de vista, nos interesa subrayar que son posibles y se habilitan nuevas experiencias corporales, nuevas y diversas formas de ser cuerpo con relación a los intereses, deseos y necesidades de los sujetos.

En este punto retomamos la pregunta orientadora de esta reflexión ¿cómo pensar la EF en el marco de la SC en Uruguay? Responder esta pregunta implicó una reelaboración en las dimensiones de la enseñanza, investigación y extensión, y sus articulaciones, para la formación de profesionales en EF.

Por un lado, en términos de enseñanza, implicó repensar las teorías, los saberes y contenidos puestos en circulación en las unidades curriculares. Desde allí surge la necesidad de llevar adelante abordajes críticos con relación a, por ejemplo, los procesos de normalización, medicalización y mercantilización, las diferentes miradas en torno a la EF y la salud, la construcción sociohistórica y cultural del concepto salud en su relación con la enfermedad, la configuración del cuerpo y las formas de pensarlo, la discapacidad, la sexualidad y el género, las políticas públicas de EF y salud, las configuraciones del sistema de salud. Dichos abordajes que tienen, como ya fue mencionado, sustento en las ciencias sociales y humanas como, por ejemplo, los aportes de la teoría crítica, de la teoría foucaultiana, la filosofía de Giorgio Agamben (2017), la historia de las sensibilidades, entre otras.

Por otro lado, significó movimientos con relación a la investigación. De allí, la ampliación de nuevos objetos, problemas, metodologías y teorías en los proyectos y en las discusiones e intercambios del Grupo que buscaron superar perspectivas positivistas de producción de conocimiento. Por ejemplo, comenzar a preguntarse acerca de los procesos de gestación y constitución de las prácticas y los discursos, las configuraciones del cuerpo, sus usos y las relaciones de poder-saber-ética, las significaciones y los sentidos de las prácticas para el sujeto investigador y para el sujeto investigado. Se pretendió que dichas respuestas buscaran analizar y comprender críticamente, así como explicitar y visibilizar, conocer y descubrir, y ya no solamente describir y conocer, lo que «la realidad es» como una «cosa» en sí y externa al sujeto. Para explorar e investigar desde esta perspectiva, se hizo necesario profundizar en la metodología cualitativa con un enfoque etnográfico, con aproximaciones historiográficas que pudieran contribuir a contestar: ¿Cómo llegamos a ser esto que somos?

Por último, conllevó repensar la extensión, en el marco de la integralidad de las funciones, promoviendo diálogos interdisciplinarios e intersectoriales con la participación activa de estudiantes en diversos escenarios de actuación para los y las licenciadas en EF. Referimos tanto a aquellos espacios en donde los y las profesionales ya circulan (escuela, gimnasios, plazas de deporte, entre otros) como en aquellos que se presentan en potencia, por ejemplo, la experiencia desarrollada por el EFI «Estrategias interdisciplinarias para la producción de salud: un camino posible» en el primer nivel de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Pensar la incorporación de profesionales de EF en el primer nivel de atención significó un doble desplazamiento: por un lado, acercar al estudiantado al sistema de salud uruguayo en sí mismo (ámbito desconocido y poco explorado hasta entonces). En otras palabras, se incorporó en los programas de las unidades curriculares del núcleo Salud Cultura y Sociedad contenidos tales como Salud Pública, Salud Comunitaria, Salud Colectiva, Sistema Nacional Integrado de Salud, Niveles de Atención, entre otros contenidos que sí están presentes en la formación de recursos humanos de otras carreras del Área de las Ciencias de la Salud, pero ajenos a la formación tradicional del profesional de Educación Física. Por otro lado, propiciar una nueva mirada profesional del campo de la salud con relación a las prácticas en salud de la EF desde una perspectiva de clínica ampliada (Monteiro Mendes y Carvalho, 2016; Sousa Campos, 2021).

En este sentido, los objetivos para la inserción de la EF en el primer nivel de atención son tres. En primer lugar, ampliar la mirada sobre qué es la salud, aportando estrategias y herramientas desde y en las prácticas corporales, comprendiendo al cuerpo más allá de lo meramente orgánico, contemplando allí la historia, el contexto y la realidad intersubjetiva. En segundo lugar, desarrollar estrategias de trabajo interdisciplinario donde la EF sea parte de los equipos de salud en el primer nivel de atención, incorporando aportes desde la cultura corporal. En tercer lugar, habilitar espacios de encuentro y escucha que no solo son desde la oralidad, sino también desde otros modos de expresión y de habitar el espacio, lo que conlleva otros modos de relación, con uno mismo, con los otros y con el ambiente. De esta forma, las prácticas corporales se presentan como prácticas privilegiadas para el cuidado en el primer nivel de atención.

En suma, la incorporación de la perspectiva de la SC en el plan de estudios 2017 no solo implicó una ampliación del horizonte de posibilidades de actuación y reflexión, sino que conlleva a la formación de profesionales más críticos y sensibles en las prácticas del campo profesional-académico. Podemos visibilizar dicha transformación en la perspectiva estudiantil de la licenciatura en Educación Física desarrollada a continuación.

La perspectiva estudiantil en la relación educación física y salud

De lo anterior se desprende la pregunta sobre cómo permea y afecta la perspectiva de la SC en las subjetividades y sensibilidades del colectivo de estudiantes de la Licenciatura en Educación Física. Tal como nos aportan Cabrera et al. (2020), la primera representación de la relación EF y salud que aflora en estudiantes es la perspectiva biomédica. Esta mirada se ve legitimada y sustentada por la OMS, que imparte lineamientos a partir de los cuales los Estados miembros diseñan políticas públicas. Estas políticas permean la sociedad y producen subjetividades perpetuando una mirada hegemónica de pensar y hacer de la EF en el campo de la salud, atribuyéndole un carácter utilitarista y presuponiéndola apolítica y ahistórica. Así, el conocimiento con el que llegan las y los estudiantes, producto del acumulado de sus trayectorias estudiantiles y «sociales», da cuenta de una «caída en la inmediatez» —en el sentido que lo plantea Samaja (2023)—, es decir, aparece un vínculo lineal entre la EF y la salud que se supone como una verdad única e incuestionable.

Ahora bien, las autoras llegan a la conclusión de que «la débil y tímida presencia de la salud asociada a una construcción sociocultural e histórica hace que reafirmemos la necesidad de continuar trabajando en pro de aportar miradas alternativas que contribuyan a la problematización del tema» (Cabrera et al., 2020, p. 317). Retomamos esta conclusión en este trabajo al conocer la perspectiva estudiantil de quienes participan del EFI, que expresan una movilización y transformación en las formas de pensar a partir de su pasaje por dicho espacio.

Lo anterior se fundamenta en los diferentes intercambios con estudiantes del EFI, a razón del estrecho vínculo que tienen con el equipo docente, y a partir de los datos recogidos desde un breve cuestionario, de preguntas cerradas y abiertas, que buscó dar cuenta de su proceso en el EFI.

Las y los estudiantes llegan al EFI principalmente en la búsqueda de poder vincular los conceptos teóricos con su futura práctica profesional, así como con un interés en la temática. Al mismo tiempo, por entender que es una instancia relevante para la formación como profesionales de la EF.

Tomamos la idea de «laboratorio» en relación con el EFI, aportada por uno de los estudiantes, quien lo define como un espacio de intercambio y desnaturalización que habilita las preguntas acerca de ¿qué es salud? ¿cuál es la relación de la EF con la salud? y ¿cuál es el rol del profesional de EF en el primer nivel de atención?

A partir de esta idea de «laboratorio», expresan que su tránsito les permitió la incorporación en la práctica de los conceptos teóricos puestos en juego, pudiendo acercarse de otras formas a conceptos tales como interdisciplina, promoción de salud, producción de salud, clínica ampliada, prácticas corporales, interseccionalidad, intersectorialidad así como al propio concepto de salud. En otras palabras, les permitió articular lo que sucede en el plano teórico con las prácticas.

Las dimensiones mencionadas como más significativas son tres. La primera refiere a la posibilidad de la planificación y construcción conjunta de un proyecto

común entre las personas usuarias de salud, comunidad, equipo de salud y otros grupos de estudiantes y docentes universitarios. Es decir, se le da relevancia al trabajo interdisciplinario para la transformación singular y social. La segunda, remite a la importancia del encuentro y del vínculo, como acto potente para la producción de salud y de cuidado. En esta línea, le otorgan relevancia a la escucha y el sentido del movimiento para las personas que participan de nuestras prácticas.

La tercera, y última, hace referencia a la dimensión de la formación. Esta no solo atañe cuestiones de orden de lo profesional, sino también de lo personal. El tránsito por el EFI implica una transformación no solo como profesionales, sino también como personas, tal como lo expresan algunos estudiantes: «Desde una mirada de encontrarme con la realidad del territorio, del vínculo, de las barreras internas y externas y, por sobre todo, el poder reformatear nuevas formas y miradas de poder». «El EFI me alentó y alienta a poder generar transformaciones significativas donde la EF se relacione con la salud desde perspectivas más críticas, reflexivas, amorosas y más humanas».

Cabe mencionar que el tránsito por el EFI implicó un vínculo estrecho con temáticas abordadas en las unidades curriculares del núcleo Salud, Cultura y Sociedad, así como también en la Práctica Profesional II: Comunitario. En esta línea, se menciona al Grupo como otro espacio en el cual encuentran relación con el EFI. Estos vínculos, refuerzan la importancia de la integralidad de las funciones para la formación de estudiantes y que esta se torne significativa, tal como expresa uno de los estudiantes en la siguiente cita: «El poder profundizar en los conceptos teóricos que se refieren a la salud y a la EF me ha permitido generar un posicionamiento crítico y reflexivo de mis prácticas».

Conclusiones

A modo de cierre, cabe mencionar que el ISEF, a partir de su Plan de Desarrollo Institucional 2021-2025, incorporó como uno de sus horizontes la participación formal del profesional en EF en el SNIS, particularmente en el primer nivel de atención. Este horizonte es producto de un acumulado institucional del que este Grupo hace parte. Este toma como antecedente la experiencia brasileña y se posiciona desde la perspectiva de la SC.

En este sentido, entendemos que es clave contribuir a la formación de profesionales en EF para trascender la perspectiva biomédica que ha hegemonizado dicha formación, considerando que es necesario ampliar la mirada. De esta forma, nos hemos acercado a nuevas lecturas y nuevas prácticas desencadenando un proceso de reflexión y retroalimentación del que forman parte estudiantes, docentes, personas usuarias de salud, profesionales de los servicios de salud y actores barriales.

En este marco, pensar la formación universitaria, particularmente desde el EFI y desde una perspectiva de SC, supone poner el foco en la clínica ampliada y la

producción de salud, donde el trabajo interdisciplinario, intersectorial y la determinación social de la salud se tornan dimensiones significativas para abordar y reconocer la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado.

Para finalizar, entendemos relevante profundizar la idea del EFI como «laboratorio» para darles continuidad a las experiencias y reflexiones que contribuyan a la formación de profesionales críticos y sensibilizados con los procesos salud, a la participación de la Udelar y en particular del ISEF en los asuntos de salud que ocupan y preocupan a la sociedad, a la generación de conocimiento crítico en torno a la relación de la EF y la salud y, por último, a la incorporación de la EF en el SNIS, tal como se propone en el Plan de Desarrollo Institucional 2021-2025.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2017). *Medios sin fin: notas sobre la política*. Adriana Hidalgo Editora.
- Barrán, J.P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: la invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Bauman, Z. (2010). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Berterretche, R., Buglioli, M., Etchebarne, L., Jones, J. M. y Vainer, C. (2001). Salud y enfermedad: conceptualización y evolución histórica: determinantes. En L. Etchebarne (coord.), *Temas de medicina preventiva y social* (pp. 35-44). Oficina del Libro-FEFMUR.
- Bracht, V., Gomes, I. y Quintao, F. (2013). Do corpo produtivo ao corpo consumidor: a educação física na modernidade líquida. En E. Galak y V. Varea (eds.), *Cuerpo y educación física: perspectivas latinoamericanas para pensar la educación de los cuerpos* (pp. 103- 126). Biblos.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Cabrera, L., Corral, M., Damián, M. y Delgado, V. (2020). Aportes de las ciencias sociales y humanas para pensar la salud en el marco de la formación del licenciado en Educación Física de Uruguay: una mirada a la salud en los planes de estudio 2004/2017 de la licenciatura en Educación Física. II Encuentro Cuerpo, Educación y Sociedad, 12 al 14 de septiembre de 2018, La Plata, Argentina. Teoría, práctica y formación. N. Carriquiriborde, J. De La Haye y M. Renati (coords.). *Actas del Segundo Encuentro Cuerpo, educación y sociedad: Teoría, práctica y formación*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.14239/ev.14239.pdf
- Carballo, C. (2015). *Diccionario crítico de la educación física académica*. Prometeo Libros.
- Carvalho, Y. (1998). *El «mito» de la actividad física y la salud*. Lugar Editorial.
- Corral, M., Guerra, L. y Piñeiro, C. (2023a, 23-25 de agosto). *Una mirada ampliada para la formación de los/as licenciados/as en Educación Física en el campo de la salud en Uruguay* [ponencia oral]. Congreso Internacional de Salud Pública Educación en el Campo de la Salud: una Oportunidad de Transformación Humana, Social y Planetaria», Medellín, Colombia.
- Corral, M., Guerra, L., Damián, M. y Piñeiro, C. (2023b). Abriendo camino a la educación física en el primer nivel de atención: un recorrido por el Espacio de Formación Integral «Estrategias interdisciplinarias para la producción de salud: un camino posible». *Integralidad Sobre Ruedas* [en línea], 9(1), 190-207. <https://doi.org/10.37125/ISR.9.1.12>
- Castiel, L.D. y Álvarez-Dardet, C. (2021). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Cuadernos del ISCo.

- Castiel, L.D., Rodríguez, M. C. y Santos, M. (2010). *Corriendo el riesgo: introducción a los riesgos en salud*. Editora Fiocruz.
- Dogliotti, P. (2016). El *Homo sportivus* en la formación de docentes de Educación Física en el Uruguay (1906-1956). *Pedagogía y Saberes* [en línea], 44, 21-34.
- Fraga, A. (2006). *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa n* [Tesis de Maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/4997>
- Fraga, A. y Wachs, F. (2007). *Educação física e saúde coletiva : políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Editora da UFRGS.
- Fraga, A. (2016). El sedentarismo es... *Saúde e Sociedade*, 25(3), 716-720. DOI 10.1590/S0104-12902016144961
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. Siglo XXI.
- Gomes, I., Fraga, A. y Carvalho, Y. (2015). *Práticas corporais no campo da saúde: uma política em formação*. Editora Rede Unida
- Instituto Superior de Educación Física (2004). *Diseño curricular de la Licenciatura en Educación Física (LEF)*. <https://isef.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2016/04/LEF-DISE%C3%91O-CURRICULAR-2004-A-WEB.pdf>
- Instituto Superior de Educación Física (2017). *Plan de estudios 2017*. <http://isef.edu.uy/wp-content/uploads/2017/02/Plan-de-Estudios-2017.pdf>
- Instituto Superior de Educación Física (2021). *Plan de desarrollo institucional 2021-2025*. <https://isef.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2021/07/Plan-de-Desarrollo-Institucional-2021-2025-1.pdf>
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Information Canada.
- Merhy, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Cuadernos del ISCo.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217-224.
- Monteiro Mendes, V. y Carvalho, Y. (2016). *Práticas Corporais e Clínica Ampliada*. Hucitec Editora Capes.
- Rodríguez, R. (2012). *Saber del cuerpo: una exploración entre normalismo y universidad en ocasión de la educación física (Uruguay, 1876-1939)* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10525>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Samaja, J. (2023). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial.
- Silva Paim, J. (2021). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Cuadernos del ISCo.
- Sousa Campos, G. W. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Cuadernos del ISCo.
- Torrón, A. (2008). El cuerpo en los planes de estudio del ISEF entre 1992 y 2004. *Políticas educativas*, 2(1), 166-176. <https://seer.ufrgs.br/index.php/Poled/article/view/18363/10814>
- Vigarello, G. (2005). *Corregir el cuerpo: historia de un poder pedagógico*. Nueva Visión.

Fortaleciendo los conocimientos sobre diabetes de las personas sordas: relato de una experiencia de trabajo

Enhancing knowledge about diabetes among deaf individuals: an account of a work experience

Claudia Hirigoyen, Mariana Mugico

Palabras clave: personas con discapacidad, accesibilidad a los servicios de salud, diabetes mellitus, enfermería en salud comunitaria

Keywords: Disabled Person, Health Services Accessibility, Diabetes Mellitus, Community Health Nursing

Resumen

El presente artículo expone la sistematización del proyecto «Fortalecimiento de los conocimientos sobre diabetes de las personas sordas», desarrollado en la Unidad de Salud para las Personas Sordas de la Policlínica Luisa Tiraparé, Montevideo, en 2024. Este proyecto tuvo como propósito abordar las barreras de comunicación y el acceso limitado a información confiable sobre diabetes en esta población. A través de consultas de Enfermería, elaboración de materiales educativos y talleres participativos, se promovió el cuidado integral de la salud, la educación sanitaria y la participación activa de la comunidad sorda. Los resultados destacan la importancia del enfoque participativo e interdisciplinario en la atención de salud de poblaciones vulnerables.

Abstract

This article describes the systematization of the project "Enhancing Knowledge about Diabetes among Deaf Individuals," carried out in 2024 at the Health Unit for Deaf People of the Luisa Tiraparé Polyclinic in Montevideo. This project aimed to address communication barriers and the limited access to reliable information about diabetes in this population. Through nursing consultations, development of educational materials, and participatory workshops, it fostered comprehensive health care, health education, and active participation of the Deaf Community. The results underscore the importance of a participatory and interdisciplinary approach in delivering health care to vulnerable populations.

Datos de las autoras

Claudia Hirigoyen

Magíster en Salud Comunitaria

Facultad de Enfermería - Udelar

Correo electrónico: clohiri@gmail.com

Mariana Mugico

Magíster en Salud Comunitaria

Facultad de Enfermería - Udelar

Correo electrónico: marianamugico@gmail.com

Nota: en la elaboración de este trabajo se emplea lenguaje no binario, al amparo de la Resolución N.º 5 adoptada el 12 de julio de 2022 por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República.

Introducción

En la actualidad, cerca de 1300 millones de personas en el mundo viven con alguna forma de discapacidad, lo que representa aproximadamente el 16 % de la población mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Esta cifra continúa en aumento como resultado del envejecimiento poblacional y del incremento de enfermedades no transmisibles (ENT). Entre los desafíos más relevantes vinculados a la discapacidad se encuentra la pérdida auditiva, la cual constituye una preocupación creciente en el ámbito de la salud, dada su magnitud, impacto en la calidad de vida y relación con determinantes sociales que condicionan el acceso al cuidado oportuno y adecuado. Según el *Informe mundial sobre la audición*, «en todo el mundo, más de 1500 millones de personas tendrán algún tipo de disminución de la capacidad auditiva a lo largo del curso de su vida, de las cuales al menos 430 millones necesitarán atención» (OPS, 2021). En Uruguay, los datos finales del Censo 2023 revelaron que el 23 % de la población convive con algún tipo de discapacidad permanente: el 6 % presenta una discapacidad moderada y el 1 % una discapacidad grave (Instituto Nacional de Estadística, 2024). No se dispone de datos desglosados por tipo de discapacidad.

En 2019, un sondeo sobre accesibilidad de personas con discapacidad (PCD) a los servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reveló que aún persisten distintas barreras para que las personas con discapacidad logren ejercer plenamente su derecho a la salud. En particular, las personas con discapacidad auditiva enfrentan barreras actitudinales, comunicacionales y de información. Las barreras comunicacionales incluyen la ausencia de intérpretes de lengua de señas uruguaya (LSU), el uso de lenguaje técnico sin adaptaciones, la interacción del personal de salud con los acompañantes en lugar de comunicarse directamente con las personas sordas, entre otros aspectos. Las barreras en la información tienen que ver con la necesidad de adaptar la información brindada por el equipo de salud para hacerla accesible (MSP/DIGESA, 2019, citado por Unfpa Uruguay, 2024).

En julio de 2012, comenzó a funcionar la Unidad de Salud para Personas Sordas en la policlínica Luisa Tiraparé, de la Intendencia de Montevideo. Basada en un modelo francés, esta experiencia pionera en América Latina se centró en la salud integral de las personas sordas, con énfasis en la accesibilidad. Contó con un equipo integrado por profesionales de Medicina, Psicología, Trabajo Social, intérpretes de LSU y mediadorxs sordxs. (ASSE, 2014). La conformación del equipo fue modificándose con el correr del tiempo, manteniendo el modelo de atención así como la presencia de profesionales formados en LSU y otros que atienden con el apoyo de intérpretes.

En octubre de 2022, en dicho servicio se inició un ciclo de consultas de Enfermería con mujeres sordas, en el marco del proyecto de extensión universitaria «Consulta de Enfermería» de la Unidad Académica de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Durante la evaluación del proyecto, en agosto de 2023, se identificó como necesidad prioritaria subsanar la falta de información confiable dirigida a la comunidad sorda sobre enfermedades no transmisibles, específicamente diabetes.

En 2024, se diseñó un proyecto focalizado en fortalecer los conocimientos sobre diabetes de la población sorda, que buscó superar barreras de comunicación y promover el intercambio de saberes entre los distintos actores involucrados. Este artículo presenta la sistematización de dicha experiencia, destacando su metodología, logros y lecciones aprendidas.

Accesibilidad y alfabetización en salud: hacia una atención inclusiva para personas sordas desde la enfermería

La discapacidad, entendida desde un enfoque social, no reside en la condición individual, sino en la interacción con barreras del entorno que limitan la participación plena y efectiva en la sociedad (ONU, 2006). El *Informe Mundial sobre la Discapacidad* señala que las PCD enfrentan barreras actitudinales, físicas y sistémicas para acceder a los servicios de salud. En cuanto a la promoción de salud y prevención de enfermedades, si bien está demostrado su efecto positivo en la salud de las PCD, existen pocas intervenciones dirigidas específicamente a esta población (OMS, 2011). En particular, las personas sordas enfrentan obstáculos específicos en el acceso a la información y a los servicios de salud, lo que requiere un abordaje que reconozca la diversidad comunicacional y promueva la equidad.

La accesibilidad en salud implica garantizar que todas las personas puedan ejercer su derecho al cuidado mediante la creación de entornos accesibles, asequibles y que tengan la misma variedad, calidad y nivel que para las personas sin discapacidad (OMS, 2011). Para las personas sordas, esto incluye intérpretes de LSU, materiales educativos adaptados y profesionales con formación en diversidad funcional.

El SNIS se fundamenta en el reconocimiento de la salud como un derecho humano, cuya garantía efectiva es responsabilidad del Estado. En este marco, se propone un nuevo modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención (PNA). Este nivel constituye la puerta de entrada al sistema y se orienta a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, con enfoque integral, interdisciplinario, territorial y participativo. Busca garantizar el acceso universal y equitativo a servicios de calidad, superando la fragmentación y desigualdad entre sectores público y privado y promoviendo una gestión articulada en redes. El PNA, entendido como espacio privilegiado para la continuidad del cuidado y la participación comunitaria, es clave para avanzar hacia un sistema más justo, eficiente y centrado en las personas (Uruguay-Poder Legislativo, 2007).

Las enfermeras en el PNA juegan un papel estratégico que va más allá de la atención clínica individual, al integrar funciones de liderazgo en salud comunitaria, promoción y prevención de enfermedades y gestión de recursos. Su cercanía al territorio favorece la detección precoz de factores de riesgo, la coordinación de intervenciones interprofesionales y la participación activa de la comunidad en el diseño y evaluación de programas de salud. Fortalecer sus competencias en políticas públicas y en enfoques culturalmente sensibles es esencial para adaptar las intervenciones a las realidades locales y garantizar la continuidad del cuidado (International Council of Nurses, 2024). Esto resulta especialmente relevante al trabajar con colectivos vulnerados y al integrar la perspectiva de diversidad funcional.

La diabetes mellitus tipo 2 constituye una enfermedad crónica de alta prevalencia y gran impacto sanitario, asociada a múltiples complicaciones y a la presencia frecuente de comorbilidades como hipertensión y dislipemia. Su abordaje implica un manejo complejo que requiere cambios sostenidos en la alimentación, la actividad física, la adherencia a tratamientos farmacológicos, el automonitoreo y el control periódico, además de la detección y prevención de complicaciones micro y macrovasculares (MSP, 2017). Estas exigencias ya representan un desafío considerable para la población general, lo cual se ve aún más acentuado en personas con discapacidad.

La alfabetización en salud constituye un determinante clave para la equidad, ya que permite la toma de decisiones informadas. Puede entenderse como el conjunto de saberes y capacidades que las personas desarrollan a lo largo de su vida diaria, mediante sus vínculos sociales y a través del intercambio entre generaciones. Estas habilidades están influenciadas por el contexto institucional y los recursos disponibles, que condicionan la posibilidad de acceder, comprender, valorar y utilizar la información y los servicios de salud de forma que contribuyan al bienestar propio y colectivo (OMS, 2021). En la comunidad sorda, las brechas comunicacionales agravan la falta de alfabetización, por lo que se requiere estrategias específicas que permitan mejorar el conocimiento y el ejercicio del autocuidado.

Una figura clave para favorecer la comunicación con la comunidad sorda son lxs mediadorxs sordxs. Se trata de profesionales que integran dicha comunidad y que actúan como nexo para promover la autonomía y facilitar la comunicación de otras personas sordas en los servicios de salud y otros espacios clave (Equipo de Gobierno Abierto, 2021).

Este proyecto se posiciona desde un enfoque de extensión crítica, entendida como

un proceso de diálogo de saberes, crítico, horizontal que vincula educadores de variado tipo [...] con sectores populares, en la búsqueda y construcción de una sociedad más justa, solidaria e igual, en donde desaparezcan los procesos de opresión-dominación y en donde se generen y fortalezcan propuestas anti-capitalistas, antipatriarcales y decoloniales. (Grupo Clacso y ULEU, 2020, citado por Tommasino, 2022, p. 26)

Dicho de otro modo, implica un vínculo dialógico con la comunidad, en el que se reconoce el saber popular como fuente legítima de conocimiento. Esta perspectiva promueve intervenciones construidas colectivamente, orientadas a la transformación social y al fortalecimiento de prácticas emancipadoras, como se pretende en las acciones desarrolladas en este proyecto.

Metodología

El proyecto combinó un enfoque participativo con el uso de herramientas cualitativas y cuantitativas para la planificación, ejecución y evaluación de actividades, trabajando en conjunto con el equipo de salud de la unidad, en particular con lxs mediadorxs sordxs.

El proyecto se llevó adelante cumpliendo con varias etapas. Para comenzar, se realizó un relevamiento y análisis de necesidades. Posteriormente, se desarrollaron consultas de Enfermería. Por último, se desarrollaron tres talleres educativos y simultáneamente se diseñaron y adaptaron materiales de apoyo específicos. A continuación, se describen dichas etapas.

1. *Relevamiento y análisis de necesidades:* Entre mayo y julio de 2024, se realizó un diagnóstico mediante la revisión de historias clínicas de personas atendidas en la Unidad de Salud. Este relevamiento permitió identificar a 26 personas sordas como población objetivo, con diagnóstico de diabetes o factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Asimismo, se evaluaron barreras de acceso al sistema de salud y se planificaron junto al equipo de la Unidad, estrategias para su superación.
2. *Consultas de Enfermería:* Se realizaron diez consultas con seis personas sordas con diabetes, identificadas en la etapa previa y priorizadas por presentar mayores dificultades en el control de su patología. Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería con enfoque familiar y comunitario, con énfasis en acciones y cuidados vinculados a la promoción de salud y a la estrategia de atención primaria de salud. Como característica distintiva, las consultas se desarrollaron en LSU, constituyendo un espacio de escucha y contención en un ambiente privado y confidencial. Estas consultas tuvieron como propósito brindar cuidados de enfermería integrales y accesibles, promoviendo la participación, la toma de decisiones y la autonomía de las personas. Desde una perspectiva de promoción de la salud, permitieron identificar necesidades específicas relacionadas con el manejo del tratamiento y las interconsultas, al tiempo que generaron insumos valiosos para la elaboración de materiales educativos adaptados.
3. *Talleres educativos:* La planificación de los talleres se llevó a cabo en coordinación con lxs mediadorxs sordxs, junto con integrantes del equipo de salud de la Unidad, definiendo los contenidos a partir de prioridades acordadas de manera conjunta. Los talleres estuvieron abiertos a toda la comunidad sorda,

independientemente del diagnóstico de diabetes, y fueron concebidos como espacios de intercambio de saberes y prácticas en torno a temas de interés, como la alimentación, la actividad física y el manejo farmacológico de la enfermedad. Su desarrollo se promovió tanto en ámbitos institucionales como comunitarios, asegurando una activa participación de la comunidad. En cada encuentro participaron entre siete y nueve personas sordas (todas ellas con diabetes o factores de riesgo), quienes mantuvieron una asistencia sostenida a lo largo de todo el ciclo.

Se buscó que los contenidos se relacionaran con saberes y capacidades que permitieran a las personas un mayor control sobre aspectos clave del tratamiento. En términos generales, la planificación educativa se iniciaba con un diagnóstico de los conocimientos previos mediante dinámicas lúdicas (por ejemplo, trabajando mitos y realidades sobre cada tema). Posteriormente, se realizaba una exposición oral acompañada de materiales de apoyo elaborados bajo el enfoque de lectura fácil (frases breves, ejemplos claros, imágenes ilustrativas y criterios de diseño orientados a mejorar la accesibilidad). Además, se incorporaron instancias vivenciales, especialmente dirigidas al desarrollo de habilidades y destrezas.

4. *Elaboración de materiales de apoyo específicos:* Junto con lxs mediadorxs sordxs, se diseñaron y validaron materiales orientados a facilitar el manejo del monitoreo y tratamiento de la patología, como un carné para el registro de resultados de glicemia capilar y otro para el manejo de insulina NPH. Estos materiales fueron adaptados según las sugerencias recogidas en los intercambios con la comunidad durante los talleres, a los efectos de maximizar su accesibilidad. Se comenzó a trabajar en un carné destinado al manejo de los ajustes con insulina cristalina en función de los resultados de los controles de glicemia capilar.

Los talleres educativos

El primer taller se desarrolló en julio de 2024 en un salón del Espacio Colabora, adyacente a la policlínica. Participaron nueve personas sordas con diabetes. La actividad comenzó con una dinámica de verdadero/falso sobre mitos en torno a la diabetes. Luego, se abordaron aspectos generales de la patología y los pilares del tratamiento: alimentación, actividad física, tratamiento farmacológico y controles de salud. La metodología combinó una exposición con apoyo visual mediante una presentación de PowerPoint, promoviendo el diálogo y la participación activa. Las expositoras fueron las responsables del proyecto, acompañadas por integrantes del equipo de salud de la unidad (mediadorxs, licenciada en Enfermería, médica de familia y coordinadora de la policlínica), así como estudiantes de primer año de la Licenciatura en Enfermería. También se contó con dos intérpretes de LSU. Como cierre, se compartieron alimentos saludables de elaboración casera.

El segundo taller se desarrolló en agosto de 2024 en el Espacio Modelo. El punto de encuentro fue la policlínica, desde donde se trasladó al grupo en un ómnibus gestionado por la licenciada en Enfermería ante el Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo. Participaron nueve personas sordas con diabetes, las responsables del proyecto, una intérprete de LSU, integrantes del equipo de salud (mediadorxs, licenciada en Enfermería y médica de familia), una docente de la Unidad Académica de Enfermería Comunitaria y dos profesoras de Educación Física. La actividad se centró en una «pausa activa» con ejercicios adaptados, seguida de un intercambio sobre la importancia del ejercicio físico como parte del tratamiento. Se compartió información sobre recursos comunitarios para la actividad física. El taller finalizó con una merienda de alimentos saludables.

El tercer taller se llevó a cabo en septiembre de 2024 en el Mercado Agrícola de Montevideo (MAM), con transporte gestionado de forma similar al segundo encuentro. La primera parte del taller, de carácter expositivo, estuvo a cargo de la licenciada en Nutrición de la unidad, quien profundizó aspectos tratados en el primer taller y presentó herramientas como la «canasta inteligente». Luego, se realizó un recorrido por los puestos de frutas y verduras, favoreciendo un abordaje vivencial de los contenidos. Al finalizar, se obsequió a cada participante una bolsa con frutas, donadas por comercios del MAM. Se incluyó especialmente la manzana roja, con el fin de desmontar el mito de que esta contiene más carbohidratos que la verde. Participaron siete personas sordas, lxs mediadorxs sordxs, la licenciada en Enfermería, la médica de familia, una intérprete de LSU y cuatro estudiantes de cuarto año de la Licenciatura en Enfermería.

Este proyecto fue presentado y seleccionado para su financiamiento a través de un llamado de la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM). La mayor parte de los fondos gestionados a través de la convocatoria se destinaron a la impresión de los materiales elaborados, que fueron distribuidos en la unidad y entregados de manera individual. Otra parte de los fondos se utilizó para la compra de alimentos y bebidas saludables, compartidos en una actividad organizada por lxs mediadorxs en noviembre de 2024.

Resultados obtenidos

Durante su implementación, el proyecto logró los siguientes resultados:

- Identificación de personas que se habían desvinculado del servicio en el último año y promoción de su revinculación.
- Conformación de un grupo de personas sordas con diabetes que permitió fortalecer las redes de apoyo entre pares, compartir sus experiencias y establecer vínculos de apoyo emocional y educativo.
- Creación de un grupo de WhatsApp para mejorar la difusión de actividades dirigidas a las personas sordas y la comunicación en general.

- Fortalecimiento del vínculo interinstitucional de la Facultad de Enfermería con el servicio y la comunidad sorda.

Lecciones aprendidas y desafíos

A lo largo de este proceso de trabajo, se identificaron aspectos clave para considerar:

- La necesidad de un trabajo conjunto y sostenido con la comunidad sorda y el equipo de salud para identificar barreras y promover un servicio más inclusivo.
- La integración de talleres en diferentes espacios como estrategia para mejorar la motivación y el compromiso con hábitos saludables.
- La importancia de contar con recursos adecuados para implementar las actividades planificadas y fortalecer la coordinación entre el sector Salud y la Universidad.
- La necesidad de profundizar lo trabajado y expandir el abordaje hacia otros temas de salud de interés para la comunidad sorda.
- La importancia de incluir a docentes y estudiantes de Enfermería en este tipo de experiencias, para sensibilizar y formar profesionales con compromiso hacia la atención a personas con discapacidad.

Conclusiones

El proyecto contribuyó a mejorar el acceso a una atención más inclusiva para personas sordas con diabetes, evidenciando la necesidad de adaptar los servicios de salud a las poblaciones con necesidades específicas. Los resultados alcanzados muestran el potencial de la extensión universitaria como herramienta para promover la equidad en salud y mejorar la calidad de vida de comunidades vulnerables, además de favorecer la formación de redes de apoyo.

Asimismo, el proyecto contribuyó a fortalecer las consultas de enfermería, visibilizándolas como un área de desarrollo independiente de la profesión y permitiendo, a través de ellas, la implementación de planes de cuidado integrales y accesibles para esta población. A su vez, se consolidó un valioso espacio de intercambio entre estudiantes y comunidad, sustentado en un enfoque de construcción colectiva del conocimiento.

La participación activa de la comunidad, especialmente a través de la figura de lxs mediadorxs sordxs, resultó clave para el diseño y ejecución de las acciones, asegurando su pertinencia y efectividad. Es fundamental continuar reflexionando sobre las prácticas profesionales, con el fin de asegurar una atención equitativa que responda a las demandas y realidades de cada persona.

Referencias bibliográficas

- Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE]. (2014, 29 de julio). *2º aniversario de la Primera Unidad de Salud para personas sordas*. <https://www.asse.com.uy/contenido/2-aniversario-de-la-Primera-Unidad-de-Salud-para-personas-sordas-7302>
- Equipo de Gobierno Abierto. (2021). *Accesibilidad para la comunidad sorda del Uruguay* (4.º Plan de Acción de Gobierno Abierto). https://quinto-plan.gobiernoabierto.gub.uy/proposals/102-accesibilidad-para-la-comunidad-sorda-del-uruguay/show_pdf.pdf
- Instituto Nacional de Estadística [INE] [2024]. *Anuario Estadístico Nacional 2024*, volumen 10. <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/anuario-estadistico-nacional-2024-volumen-n-101/anuario-estadistico>
- International Council of Nurses. (2024). *Nursing and Primary Health Care. Towards the realization of Universal Health Coverage. A discussion paper*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-09/ICNPHC-Report-2024_EN_FINAL.pdf
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2017). *Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia%20Diabetes.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. <https://iris.who.int/handle/10665/75356>
- Organización Mundial para la Salud [OMS]. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Informe mundial sobre la audición*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55067>
- Tommasino, H. (2022). Modelos de extensión e integralidad en las universidades públicas. En Varenka Parentelli (coord.). *Integralidad revisitada: abordajes múltiples y perspectivas* (pp. 15-37). Doble Clic Editoras. <https://apex.edu.uy/archivos/4335>
- Unfpa Uruguay. (2024). *Análisis situacional sobre los derechos de las personas con discapacidad en Uruguay 2024*. <https://uruguay.unfpa.org/es/publications/an%C3%A1lisis-situacional-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-en-uruguay>
- Uruguay - Poder Legislativo. (2007). *Proyecto de ley Sistema Nacional Integrado de Salud - Exposición de motivos del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nasexp-motivos-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>

Comunicación y salud pública: un estudio de las prácticas de las agentes sanitarias en un centro de atención primaria de la salud de la ciudad de San Luis, Argentina

Communication and public health: a study of the practices of health agents in a Primary Health Care Center in the city of San Luis, Argentina

Camila Antonela Albamonte, Belén del Carmen Galende, Ana Laura Hidalgo

Palabras clave: comunicación, salud pública, sentidos, agentes sanitarias, comunidad

Keywords: Communication, Public health, Senses, Workers, Community

Resumen

El presente artículo se propone analizar los sentidos de comunicación contruidos por las prácticas de las agentes sanitarias en el ámbito de la salud pública. Las profesionales son trabajadoras del sistema cuya finalidad es concientizar, prevenir y promover el bienestar de las comunidades próximas y, principalmente, facilitar el acceso a la salud pública como un derecho fundamental de todo ser humano. El trabajo de campo se desarrolló en un centro de atención primaria de la salud ubicado en un barrio periférico de la ciudad capital de la provincia de San Luis, Argentina. Se empleó un diseño metodológico con un enfoque cualitativo. La recolección de datos se realizó en el año 2022 y el análisis en el año 2023. Los principales resultados revelan que las prácticas del personal sanitario están atravesadas por diversas concepciones que complejizan su trabajo, las cuales son tipificadas y reconocidas en este escrito a efectos analíticos.

Abstract

This article aims to analyze the meanings of communication constructed by the practices of Health Agents in the field of public health. Health Agents are system workers whose purpose is to raise awareness, prevent and promote the well-being of nearby communities, and, mainly, facilitate access to public health as a fundamental right of every human being. The field work was carried out in a Primary Health Care Center located in a peripheral neighborhood of the capital city of the province of San Luis, Argentina. We worked with a methodological design from a qualitative approach. The data collection was carried out in 2022 and their analysis in 2023. The main results

reveal that the practices of Health Agents are crossed by various conceptions that make their work more complex, they are classified and recognized in this writing for analytical purposes.

Datos de las autoras

Camila Antonela Albamonte

Licenciada en Comunicación Social - UNSL

Universidad Nacional de San Luis

Correo electrónico: camilaalbamonte15@gmail.com

Belén del Carmen Galende

Licenciada en Comunicación Social - UNSL

Universidad Nacional de San Luis

Correo electrónico: bgalende@email.unsl.edu.ar

Ana Laura Hidalgo

Doctora en Ciencias Sociales - UBA

Universidad Nacional de San Luis

Correo electrónico: alhidalgo@email.unsl.edu.ar

Introducción

La investigación fue desarrollada en el marco del trabajo final de grado *Comunicación y salud pública: un estudio de las prácticas de las agentes sanitarias en el Centro de Atención Primaria de Salud N.º 8 de la ciudad de San Luis* (Albamonte, 2023) para obtener el título de Licenciada en Comunicación Social por la Universidad Nacional de San Luis. En este documento se realiza un recorte, el cual se interroga por las prácticas de las agentes sanitarias (en adelante AS) desde la comunicación en el ámbito de la salud pública, específicamente en un centro de atención primaria de la salud (en adelante CAPS) ubicado en un barrio periférico de la ciudad Capital de la provincia de San Luis, Argentina. El CAPS seleccionado brinda servicios a cinco barrios de proximidad territorial en los cuales se expresan situaciones de desigualdad pronunciadas y significativas.

Este escrito tiene como objetivo analizar los sentidos de comunicación construidos por las AS en sus prácticas con las comunidades de dos barrios con los cuales se vincula el CAPS. Un propósito ulterior es contribuir desde el campo de la comunicación a la organización de intervención en su vínculo con la comunidad. Para el alcance de esta finalidad, se planteó como objetivos específicos describir las prácticas que desempeñan las AS con las comunidades próximas, indagar los sentidos de comunicación reconocidos y relacionarlos con las prácticas que realizan.

En este marco, el artículo se organiza en diversos momentos. En primer orden, se esboza el encuadre teórico específico. A continuación, se plantean las decisiones metodológicas y su justificación. Luego, se propone el análisis propiamente dicho, el cual contiene tres aspectos: la descripción de las prácticas que desempeñan las AS con las comunidades próximas, los sentidos de comunicación reconocidos y la vinculación de ambos aspectos. Finalmente, se concluye con una serie de ideas centrales y recomendaciones para futuros abordajes.

Abordaje teórico

La investigación se posiciona teniendo en cuenta los conceptos claves y la interrelación que se establece entre la comunicación y la salud pública. A estos efectos, resulta importante recuperar algunas de las clásicas concepciones de comunicación. Weaver y Shannon desarrollaron en la década de 1950 el modelo matemático de la comunicación, entendida como transmisión de información, basados en una concepción puramente lineal e instrumental. Es decir, se trata de un modelo de comunicación o una teoría de la información pensada en función de la cibernética a partir del funcionamiento de las máquinas (Winkin, 1984).

A diferencia de esta conceptualización, la contribución presente se centra en el abordaje de la comunicación como una trama de relaciones (de diálogo) desde las prácticas de los actores sociales. Y pensarla desde allí, en términos de Uranga

(2012), implica reconocerla como una perspectiva dialógica que «nos proyecta de manera inmediata a la sociedad, a los espacios donde se construyen los vínculos sociales y a sus modos de organización» (p. 5).

La comunicación permite el encuentro y la interrelación entre las prácticas, los sentidos y la comunidad. Según Uranga (2007) «mediante la comunicación se construye una trama de sentidos que involucra a todos los actores, sujetos individuales y colectivos, en un proceso de construcción también colectivo» (p. 4). Es decir, en cada proceso social se construyen sentidos comunicacionales que se configuran a través de las tramas sociales.

En ese sentido, según el autor, las prácticas sociales son «prácticas de enunciación que se van construyendo a través de las narraciones y mediante el desarrollo de habilidades y técnicas expresivas» (Uranga, 2007, p. 1); cabe destacar que las estrategias de resistencias y los silencios también se constituyen en esas prácticas (Grimson, 2020).

Por otra parte, siguiendo a Mata (2009), se entiende por *comunidad* a los «agrupamientos de individuos en los que se produce una serie de interacciones fundadas en valores, en significados, en fines, en expectativas compartidas» (p. 26). De esta manera, desde una mirada comunicacional, la categoría permite reconocer y visibilizar la construcción de vínculos, diálogos y sentidos de una forma colectiva en un espacio concreto; en este caso, entre las prácticas de las AS —como parte del equipo de salud— en su relación con la comunidad de proximidad. Para ello, fue importante comprender las acciones de los actores sociales, el carácter participativo de cada uno de ellos y cómo se van construyendo los lazos o vínculos entre las familias cercanas y el CAPS.

En este marco, es pertinente recuperar ciertas nociones y características vinculadas al ámbito de la salud, para luego establecer una posible relación con la concepción de comunicación con la cual se aborda este trabajo. Cabe señalar que esta recuperación conceptual no pretende concluir de modo acabado con la temática, sino que procura generar una aproximación para comprender la complejidad en la cual se encuentran inmersas las prácticas de las AS, quienes constituyen el interés principal de la indagación presentada.

El concepto de salud se ha ido complejizando a lo largo de la historia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedades» (1946).¹ Es decir, se la considera no solo como un fenómeno biológico y psicológico, sino también social. La salud es considerada como producto de la evolución histórica sobre la cual se han desarrollado diversas perspectivas conceptuales, las cuales suponen vínculos sociales particulares en cada una de ellas. Si bien no es motivo de este

¹ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. WldHlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100). Entró en vigor el 7 de abril de 1948.

artículo entrar en sus distinciones, resulta importante señalar que la concepción de salud que se pregona en un espacio social determinado supone una relación social de comunicación específica.

En ese sentido, es preciso rescatar que la salud pública es una base fundamental de la comunidad y responsabilidad de los Gobiernos desde una perspectiva de derechos. Como señalan los autores Acevedo et. al (2014), la salud pública se basa en el reconocimiento de que existen procesos y problemas de salud que afectan a la comunidad en su conjunto: «Esto supone que organizaciones, grupos o instituciones deben asumir un rol decisivo en el cuidado de la salud de la población y que esta no puede recaer solamente en la responsabilidad de cada individuo en particular» (2014, p. 7).

Según el Ministerio de Salud de la Nación de la Argentina, a partir de la primera definición de salud, debe ser un derecho comprendido de manera integral, ya que

permite pensar al ser humano como un ser biopsicosocial, entramado en la familia, en la cultura, en su historia individual y social, y a la salud como un proceso dinámico. [...] Salud entonces no sólo como algo que se ofrece desde el saber/poder médico, a lo que la gente accede o no, sino también como la capacidad permanente de los individuos y las comunidades organizadas para modificar los aspectos y las condiciones que obstaculizan el desarrollo de una vida plena, con mayor bienestar:[...]. Es un derecho humano básico, vinculado con las condiciones de vida. La salud se construye así desde una doble perspectiva: como un derecho compromiso y tema de todos/as. No es exclusivamente un tema médico, es un tema cívico. Es la construcción colectiva de un proyecto de vida digno. (2015, p. 8)

Esto quiere decir que la salud está reconocida como derecho fundamental de todos los ciudadanos; su funcionalidad no solo debe asegurar el acceso a la atención sanitaria, sino que debe procurar una adecuada utilización de los recursos para el bienestar de las poblaciones. Por ello, se necesita la participación de otros actores que, junto al Estado, tienen la responsabilidad de garantizar este derecho.

Según los autores Belló y Becerril-Montekio (2011), el sistema de salud en Argentina «está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado» (p. 98). En esta definición, es preciso destacar que el estudio se enmarca en una organización sanitaria del sector público que se caracteriza por integrar a las entidades estatales provinciales y nacionales de nivel ministerial, a «la red de hospitales y centros de salud público que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago» (p. 98).

Según el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (OPS),² «se denomina atención (o asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población» (Tobar, 2017, p. 1). Allí existen niveles de atención que permiten organizar los recursos para responder a las necesidades de los ciudadanos. Seguidamente, se presentan tres de ellos: «el primer nivel es el más cercano a la población» (Vignolo, 2011, p. 12) y aborda necesidades básicas de salud mediante acciones de promoción, prevención y rehabilitación. Se considera la puerta de entrada al sistema, puesto que está preparado para abordar situaciones de menor dificultad. El segundo nivel incluye hospitales que ofrecen servicios como medicina interna, pediatría, cirugía general, entre otros; se caracteriza por un nivel de complejidad mayor de acuerdo a especialidades específicas, y pueden recibir derivaciones desde el nivel primario. El tercer nivel trata patologías complejas que requieren alta especialización y tecnología, con cobertura nacional o regional.

Si bien es importante distinguir los tres niveles del sistema de salud, el objetivo de esta investigación fue trabajar en el nivel primario. Esta decisión inicial respecto del recorte se fundamenta en que la motivación central era reconocer la importancia de las prácticas de las AS en su vínculo con las poblaciones próximas en clave comunicacional. Puesto que su trabajo responde a las necesidades básicas sanitarias de la comunidad de proximidad, su rol fundamental es establecer tramas sociales desde este nivel de atención. Asimismo, el ámbito institucional del estudio es el CAPS, que se caracteriza por ser un centro de atención primaria de salud (APS). La APS es un enfoque que involucra a toda la sociedad y busca garantizar el mayor nivel de bienestar, abarca desde «la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos» (OMS/OPS, 2021, p. 1).

Desde el último decenio se generó un gran fortalecimiento de los CAPS para favorecer las vías de acceso a los servicios de salud y, al mismo tiempo, descomprimir niveles superiores de atención, como son los hospitales públicos y los de mayor complejidad.

El rol de las Agentes Sanitarias

Como se indicó anteriormente, los actores principales de esta indagación son las AS.³ Estas personas desarrollan su rol en las organizaciones del sector público de

2 Se recupera del Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud#>.

3 Se trata de profesionales de la ciudad de San Luis, Argentina, que se desempeñan en el área de estudio del presente artículo.

la salud, especialmente en los CAPS. A partir de la APS, se tiende a un trabajo coordinado entre los distintos profesionales del equipo de salud, en conjunto con personas o instituciones, formales o informales, que no son parte del sistema sanitario. En esta trama de trabajo integrado que busca generarse, las AS desarrollan un papel fundamental, dado que desempeñan su trabajo en y con la comunidad, y articulan con otros profesionales del sistema de salud en función de las demandas que reconocen en el territorio.

Según el Ministerio de Salud de Santa Fe⁴ y las funciones específicas de APS consideradas por la OPS y la OMS con relación a las AS, se puede definir su rol de la siguiente manera: «Fortalecer la estrategia de atención primaria de salud mediante su participación en intervenciones de promoción y prevención de la salud [...], interactuando en su lugar de trabajo y con la comunidad» (2017, p. 12). Es decir, la tarea principal de las AS es la ejecución de proyectos sociosanitarios-comunitarios, generar procesos de comunicación y posibilitar el acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud. Por tanto, se procura que estas profesionales actúen «como nexo primordial entre la comunidad y el centro de salud [...] dentro del área o jurisdicción geográfica a su cargo» (Ministerio de Salud de Santa Fe, 2017, p. 12).

Las autoras Miral y Fernández (2017)⁵ mencionan que entre sus funciones, competencias y actividades se incluyen:

- Informar a la población acerca de la existencia y localización de los centros de atención de la salud existentes en su comunidad, [...].
- Colaborar en la accesibilidad de otros servicios sociosanitarios [...].
- Estar asesorado con respecto a las instituciones que sean importantes para la comunidad, [...].
- Conocer el calendario de vacunación y asesorar [...].
- Trabajar de manera interdisciplinariamente con el equipo de salud [...].
- Alertar al servicio correspondiente (social o sanitario) con respecto a casos problemáticos detectados (bajo peso, abandono, situaciones de hacinamiento u otras que parezcan extrañas [...]).
- Llevar un registro diario de sus actividades. [...].
- Recomendar respecto de la consulta y atención médica oportuna, periódica y programada.
- Asesorar, [...] acerca de cuidados esenciales de atención de la salud [...] nutrición, higiene personal y familiar, saneamiento ambiental, prevención de accidentes [...] que afecte [...] a la comunidad.
- Reconocer y tener en cuenta familias vulnerables por diferentes motivos, [...].

4 Se recupera el documento publicado por el Ministerio de Salud de Santa Fe, ya que no se encuentra información referida a las agentes sanitarias en el ámbito de la provincia de San Luis.

5 Se recupera el rol del agente sanitario publicado por el Instituto de Formación Docente Continua de San Luis (IFDC). https://ifdcсанluis-slu.infed.edu.ar/sitio/upload/El_rol_del_Agente_Sanitario.docx.

- Captación temprana en terreno de mujeres embarazadas y niños con posible desnutrición [...]
- Hacer vigilancia epidemiológica, identificación de factores, de riesgos en la familia, información y prevención de enfermedades.
- Realizar educación sanitaria de la población [...] y promover el autocuidado. (p. 14)

Las AS del estudio son trabajadoras asignadas a un territorio específico en función del CAPS, inserto en el Ministerio de Salud de la provincia de San Luis donde desarrollan sus actividades profesionales. Si bien todas ellas residen en la ciudad capital de San Luis, no necesariamente habitan las comunidades con las cuales articulan su labor. Para poder acceder a estos cargos remunerados, ellas se formaron en espacios formales de educación terciaria. Finalmente, con relación al interés por las prácticas de las AS del CAPS, es pertinente mencionar que sus funciones constituyen un eje transversal relevante en la articulación de la comunicación y la salud pública, ya que son parte del equipo de salud público, al igual que el resto de los profesionales que trabajan allí.

Comunicación/salud pública: el rol de las agentes sanitarias

En este apartado se menciona la interrelación entre la comunicación, la salud pública y las AS como actores sociales centrales de indagación. Cabe señalar que las definiciones de comunicación en salud han ido transformándose, incluyendo grandes cambios en su conceptualización a lo largo de su desarrollo.

Como se indicó precedentemente, en este estudio se comprende a la comunicación desde una concepción que trasciende su carácter instrumental; por el contrario, se asume que es parte de un proceso que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos conocimientos en cuestión.

En relación con la comunicación en salud, Mosquera (2002) plantea:

Desde una perspectiva histórica, se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud. (p. 4)

De acuerdo con el autor, el estudio se posiciona desde el segundo enfoque, entendiendo a las relaciones sociales y a la participación como ejes centrales en la construcción de la comunicación en salud. Desde ese lugar, la salud se caracteriza por ser un proceso dinámico, complejo y colectivo que, a su vez, comprende a la

comunicación como una dimensión transversal que posibilita la construcción de múltiples sentidos, de manera conjunta con la comunidad.

Como se mencionó precedentemente, el estudio de la comunicación en salud ha sido objeto de varias interpretaciones teóricas y metodológicas. Como plantea Pereira (1994), en América Latina se identifican tres modos: el primero entiende la comunicación como una herramienta o un medio para transmitir mensajes con el fin de influir en los comportamientos de las personas, especialmente en el contexto de programas sociales. El segundo entiende a la comunicación como un elemento central en los procesos de interacción humana. Finalmente, destaca una visión híbrida que combina aspectos de ambos modelos, donde se reconoce que tanto los grupos comunitarios como las instituciones se interrelacionan en contextos sociales, políticos, económicos y culturales específicos. Cabe resaltar que este posicionamiento teórico habilita posibles diálogos, tensiones y relaciones con el caso de estudio.

En este proceso, es pertinente reconocer la noción de red social que se construye entre la comunidad de proximidad y las prácticas de las AS. Según Dabas (2003), se constituye

a través de un intercambio dinámico entre los integrantes familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otros [...], posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. (p. 42)

De allí, es importante resaltar el rol que cumplen las AS como puente con las familias cercanas. Su trabajo no solo se orienta a la asistencia sanitaria, a fortalecer lazos, promover la salud y prevenir las enfermedades de las comunidades próximas, sino que posibilitan el acceso a la salud pública con los recursos que están a su alcance. Asimismo, trabajan en conjunto con otros profesionales y con otras organizaciones para fortalecer la red de apoyo y abordar la salud de forma integral.

Como se expuso anteriormente, la tarea principal de las AS es la ejecución de proyectos sociosanitarios-comunitarios, generar procesos de comunicación y posibilitar el acceso a la información en materia de prevención y promoción de la salud. Es decir, tienen gran importancia ya que promueven, aseguran y mantienen acciones de salud con otros. Hacen rondas sanitarias que la APS desarrolla dentro del área o zona geográfica correspondiente. En definitiva, su trabajo diario supone una noción de comunicación en salud específica que tiene lugar en el territorio comunitario en el que se desempeñan. De allí la importancia de investigar la comunicación en el ámbito de la salud y su articulación con el trabajo que realiza el equipo de AS del CAPS, en su vínculo con la comunidad de proximidad territorial.

Sobre el abordaje metodológico

El tipo de investigación diseñado se erige sobre un enfoque cualitativo. Esto quiere decir que la «intención es entender los acontecimientos, acciones, normas, valores, etc., desde la perspectiva de los propios sujetos que los producen y experimentan» (Vieytes, 2014, p. 613). Por ello, se resalta el interés de analizar los sentidos de comunicación que emergen de las prácticas que desarrollan las propias AS en su relación con dos barrios específicos con los cuales se vinculan.⁶

Es una investigación no experimental, porque se observó cada aspecto de esas relaciones procurando no forzar los procesos o las situaciones existentes. Como señala Hernández Sampieri (2014) son «estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos» (p. 152).

Según el tiempo y la ocurrencia de los registros de los hechos, se realiza desde un enfoque prospectivo;⁷ es decir, según el punto de partida de la investigación, se registran los fenómenos a medida que ocurren.

Según el periodo y la secuencia de estudio es transversal o transeccional, ya que se analizan las categorías pertinentes (salud pública y sentidos de comunicación), en un periodo de tiempo dado, sobre una muestra o población determinada. Esto quiere decir que son «investigaciones que recopilan datos en un momento único» (Hernández Sampieri, 2014, p. 154).

El análisis y alcances de los resultados responden a una investigación exploratoria-descriptiva, ya que se busca determinar las categorías según los conceptos propuestos, específicamente vinculados a los sentidos de comunicación que se reconocen en las prácticas de las AS, a partir de una descripción y caracterización de las mismas. Puesto que «el propósito de los diseños transversales exploratorios es comenzar a conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento, una situación» (Hernández Sampieri, 2014, p. 155).

El periodo de tiempo de recolección de datos fue de septiembre a noviembre del año 2022. El análisis se efectuó en 2023.

Población y muestra

El estudio supone el abordaje de las cinco AS y la coordinadora del CAPS, que son actores sociales centrales en la investigación. Asimismo, la zona de cobertura del

6 Si bien las AS de esta investigación se desempeñan en cinco barrios a los que corresponde la jurisdicción del CAPS de este estudio, a efectos de recortar y profundizar el abordaje se han seleccionado dos de ellos.

7 Según los autores Iglesias, Pagola y Tobar, quienes citan a Merello, se diferencia de la preferencia que se apoya en la experiencia, en lo retrospectivo, ya que un trabajo prospectivo es «primero un acto de imaginación selectiva y creadora de un polo deseado, luego una reflexión sobre la problemática presente (para confrontarla con la deseada) y, por último, una articulación ensambladora de las pulsiones individuales para lograr el futuro deseable» (Iglesias et al., 2012, p. 20).

CAPS comprende la zona rural y una población dividida en cinco barrios, de la cual se delimitó como área de investigación dos de ellos. De esta selección territorial, se tomó una muestra de 30 familias.⁸ Esta delimitación se debe a una característica particular de la zona, que es el constante crecimiento y desplazamiento poblacional, sin un diseño urbano específico, puesto que se trata de un área con asentamientos informales. Se utilizó para el muestreo el criterio de la «bola de nieve», ya que se tomaron las viviendas en función al sector geográfico delimitado y a partir de las recomendaciones de las personas encuestadas. Con ellas, se estableció un primer vínculo y acercamiento a los barrios seleccionados en el periodo de tiempo en el que se realizó la investigación.

Técnicas de recolección

Como técnicas de recolección de datos se realizaron observaciones, entrevistas en profundidad y encuestas. La primera técnica es de gran relevancia, ya que permite captar cada uno de los procedimientos, gestos, miradas, modos de expresar que se construyen en los vínculos entre las AS y las familias.

Las observaciones se realizaron a través de una guía con los siguientes criterios: las prácticas/acciones/actividades de las AS, la identificación de actores sociales y la relación que se establece, los modos de expresar y comunicar, entre otros aspectos vinculados. Fueron efectuadas en horarios de la mañana⁹ en distintos días de la semana.

La segunda técnica que se utilizó, fueron las entrevistas en profundidad a la coordinadora y a las cinco AS que trabajan en el CAPS. Estas se realizaron mediante un guion que ordenó la conversación para obtener datos acerca de la organización de estudio, sobre funciones, formas de organizarse y vínculos. Además, se profundizó acerca del rol de las AS y sobre su relación con las familias de los dos barrios seleccionados.

Por último, se realizaron 30 encuestas, a partir de la aplicación del instrumento de cuestionario que incluyó 12 preguntas. Se seleccionó una persona por hogar o grupo de convivencia, en un lapso de tiempo de seis semanas consecutivas.

Los interrogantes del cuestionario se estructuraron en función de las percepciones de las familias, acerca de los lazos que establecen con las AS, además de los modos de comunicar que reconocen, entre otros aspectos que son relevantes para la investigación. La aplicación del instrumento se realizó en los barrios seleccionados, luego de que las AS se retiraran del lugar. Se tomó esta decisión para que las

8 Se considera en el presente artículo la utilización del concepto de «familia», ya que las AS del CAPS lo identifican como tal. Asimismo, involucra diferentes grupos de convivencia que se encuentran en una misma vivienda. En este muestreo se toma una persona en representación de cada familia o grupo de convivencia.

9 Periodo de tiempo en el que realizan la mayor parte de sus actividades o tareas en función de la disponibilidad de las AS.

respuestas no fueran condicionadas en relación con las miradas de las personas respecto de las prácticas de las AS.

La información obtenida posibilitó una mayor descripción e información acerca de las tareas, los roles, funciones y prácticas que realizan los sujetos de indagación. Cabe aclarar que el trabajo en terreno se registró en un cuaderno de campo correspondiente, para luego sistematizar de modo articulado a través de ejes de lecturas transversales.

Acerca de los datos obtenidos

El estudio abordó a la comunicación como una trama de relaciones, de diálogo y de interacción entre los actores sociales implicados. De allí el interés por reconocer, los sentidos comunicacionales en los modos de vinculación y de expresión que se construyen en las prácticas de las AS y su relación con la comunidad de proximidad, para pensar la comunicación en salud en el caso propuesto.

Teniendo en cuenta los instrumentos de recolección de datos mencionados (entrevistas, observaciones, encuestas y notas de campo realizadas), se identificaron diversas acciones que realizan las AS. A continuación, se mencionan estas prácticas y las características relevantes en torno al rol de las profesionales.

Como se observa en la tabla 1, en la columna izquierda se identificaron las prácticas que realizan las AS, consecuentemente se mencionan los actores involucrados en esas tareas y características pertinentes.

Las prácticas que realizan las AS en relación con la comunidad de proximidad son múltiples y variadas; en ellas implican a actores que no se corresponden necesariamente con el sistema de salud (INTA, Poder Judicial, escuelas, etcétera), lo cual permite dar cuenta de su rol de articuladoras desde una perspectiva integral, en consonancia con la concepción de salud comunitaria. A continuación, se describen brevemente:

- El censo poblacional es una de las tareas principales que desempeñan las AS. Son ellas quienes «caminan la calle» y recopilan los datos necesarios sobre las familias, para que en conjunto con el equipo del CAPS posibiliten el acceso a la salud pública, se recopilen demandas y necesidades habitacionales o comunitarias, etcétera.
- Los seguimientos sanitarios de los casos judiciales es una tarea que se desarrolla en conjunto con la trabajadora social y el equipo de salud del CAPS. La decisión de acompañar cada situación proviene de una demanda del Poder Judicial de la provincia de San Luis. Los seguimientos se realizan en los casos correspondientes a la zona de cobertura del CAPS implicado.
- La carga de los datos recolectados supone una tarea que implica recopilar los datos que están en el formulario específico que utilizan las AS. Cabe señalar que este instrumento se utiliza en soporte papel; por tanto, luego deben migrar a la plataforma correspondiente.

Tabla 1. Prácticas de las agentes sanitarias (AS)

Prácticas	Actores sociales involucrados	Características relevantes
Censo a la población	Barrios de proximidad que corresponden al CAPS	<ul style="list-style-type: none"> - Cada AS tiene una zona geográfica designada. - Recolección de datos (sanitarias, sociales, ambientales, económicas). - Utilizan un formulario particular denominado F1.
Seguimientos sanitarios: casos judiciales	Familias de los barrios de proximidad, CAPS, trabajadora social de salud, otros trabajadores del Poder Judicial	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar, colaborar y acompañar casos específicos de la zona correspondientes al CAPS
Carga de datos recolectados	Familias de barrios de proximidad	<ul style="list-style-type: none"> - Migración de los datos recolectados del formulario F1 (papel) al sistema «Agente Sanitario Ramón Carrillo 4.0» por medio de PC o la app móvil utilizada a tal efecto.
Acompañamiento en campañas de vacunación (edad 1-5 años)	Niños que habitan en espacio territorial que corresponde al CAPS, enfermera, escuelas	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañar y rastrear niños en los domicilios correspondientes al CAPS. - Trabajo conjunto con la enfermera. - Solicitar, revisar y completar libretas sanitarias.
Talleres del CAPS	Niños, pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.	<ul style="list-style-type: none"> - Las AS brindan asesoramiento, consejos e información sobre temas como nutrición, cuidados infantiles, etcétera. - Solicitar y revisar controles sanitarios de los pacientes.
Promoción alimentación saludable (huertas)	Familias que lo requieran, correspondientes al CAPS, Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA)	<ul style="list-style-type: none"> - Las AS se capacitan mediante el INTA. - Distribuyen el kit de semillas para las huertas. - Supervisan el seguimiento de las huertas.
Otras actividades o tareas	Familias que corresponden al CAPS	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo colaborativo en las diferentes áreas y servicios que brinda el CAPS (entrega de leche, atención en la farmacia, facilitación de turnos, derivación de médicos, etcétera).

Fuente: Elaboración propia sobre la base del trabajo de campo

- La promoción del autocuidado y la alimentación saludable. Se trata de una capacitación y acompañamiento sobre las huertas promovidas por un programa específico del INTA. Este instrumento de política pública brinda a las familias el acceso a una huerta propia. La tarea de las AS es distribuir, aconsejar, informar sobre los productos, el mantenimiento, supervisar y acompañar a cada uno de los grupos de convivencia.
- La participación en diferentes talleres (de desarrollo, crecimiento y de enfermedades crónicas, Programa Integral para la Maternidad, entre otros). Además de proveer servicios de asistencia, también realizan actividades para prevenir situaciones de riesgo y para generar hábitos saludables. El objetivo es realizar los controles de cada paciente con el equipo del CAPS. Los mismos están fundamentados por los diferentes programas de salud que propone el Ministerio de Salud de la Nación Argentina y refrendados por el Ministerio de Salud de la provincia de San Luis.
- El acompañamiento y rastreo de niños para acceder a la Campaña de Vacunación Obligatoria. Las AS, en conjunto con la enfermera del CAPS, se encargan de solicitar las libretas sanitarias y de revisar los esquemas de vacunación obligatorios según las edades. Asimismo, informan a las familias sobre las vacunas, la importancia de prevenir enfermedades, entre otras actividades preventivas.
- Las profesionales de la organización realizan otras actividades que van más allá de su tarea principal, entre ellas: gestión e implementación de los programas de salud (Salud Sexual y Reproductiva, Sumar, Remediar, Con Leche Salud, etcétera), la atención en la farmacia del CAPS (en casos excepcionales), la facilitación y el acceso en la búsqueda de turnos médicos, tanto en la organización propia como en la derivación a las demás instituciones con las cuales establece relación.

En la tabla 1 también se mencionan los actores involucrados en las prácticas de las AS (segunda columna). A raíz de las entrevistas y de las observaciones realizadas, se reconoce que el CAPS se caracteriza por trabajar como «un equipo interdisciplinario, que su raíz está muy arraigada a lo comunitario» (comunicación personal, agente sanitaria, 11 de noviembre de 2022; entrevistadora: autora 1 del artículo). De esta manera, les permite crear redes para garantizar la salud y bienestar de cada una de las familias que se vinculan al CAPS.

La fotografía 1 ilustra una de las prácticas que realizan las AS en conjunto con la trabajadora social; se trata de la visita a los domicilios para el seguimiento y la supervisión de los casos judiciales.

La fotografía 2 se incluye a efectos de ilustrar la diversidad del contexto en el cual se desempeñan las AS. Las actividades no solo se realizan en espacios urbanizados (fotografía 1), sino también en territorialidades rurales que corresponden con el área de alcance de los barrios seleccionados.

Fotografía 1. Seguimientos de casos judiciales



Fuente: Imagen de registro propio. La AS y la trabajadora social visitan un domicilio

Fotografía 2. Contexto socioterritorial del trabajo



Fuente: Imagen de registro propio

Comunicación y salud pública: un abordaje al vínculo de las AS con la comunidad

La comunicación y la salud pública constituyen los tópicos centrales de la investigación. Como se ha mencionado, deben reconocerse como dos campos de conocimientos que están estrechamente relacionados, ya que la comunicación es una dimensión constitutiva e inherente a lo social que contribuye a mejorar el acceso a la salud pública y a la calidad de vida de las familias.

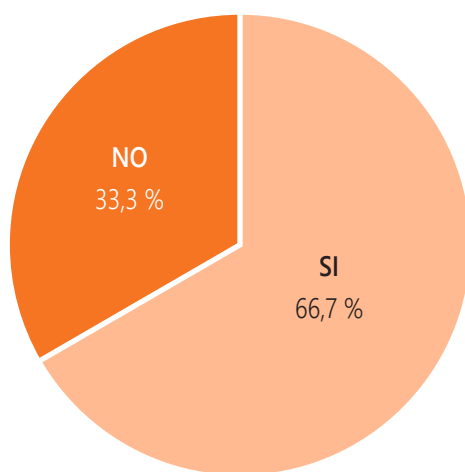
En este trabajo, la comunicación es abordada en situación; esto implica que para reconocer sus sentidos en relación con el caso de estudio, fue necesario inicialmente reconocer las prácticas de estas trabajadoras en el terreno.

La diversidad del espacio social de trabajo de las AS (ver fotografías 1 y 2), la multiplicidad de prácticas que desarrollan allí y el contexto de vulnerabilidad social de los barrios dan cuenta de los desafíos que supone pensar el tema propuesto.

La implicancia de pensar la comunicación en relación con la salud pública desde el punto de vista de las AS y de la comunidad relevada supone recuperar cómo se vinculan con la comunidad de proximidad y mediante qué acciones se relacionan. Para ello, es pertinente retomar los resultados de las encuestas realizadas sobre el acercamiento que tienen los actores sociales involucrados.

Cabe mencionar que los modos de vinculación establecidos por las prácticas relevadas permiten, por un lado, reconocer la percepción de las familias y, por el otro, la relación que construyen las AS como actor principal. En ese sentido, interesa mencionar el acercamiento que tienen las familias a las AS como parte del CAPS. Por esto, en el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos.

Gráfico 1. Acerca del contacto con las Agentes Sanitarias del CAPS



Fuente: Realización propia sobre la base de las encuestas

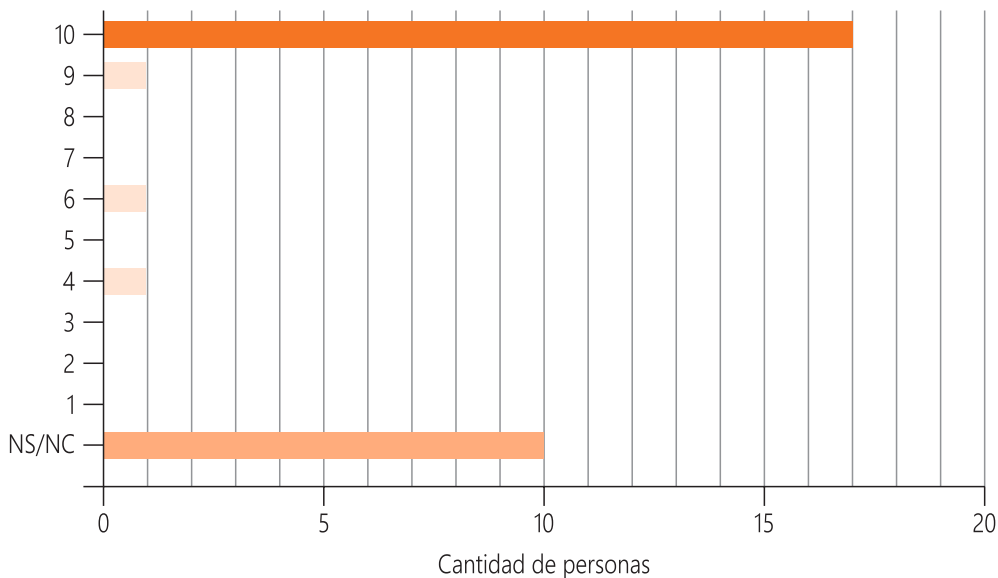
El gráfico 1 responde al contacto que ha tenido la comunidad encuestada con las AS. De las familias consultadas, el 66,7 % ha manifestado haber tenido contacto, mientras que el 33,3 % se expresó negativamente.

A partir de los resultados obtenidos, se muestra que dos tercios de los encuestados conocen a las AS y han tenido contacto. Si consideramos que en las prácticas de las AS se encuentra —entre otras— el censo a la población, podemos inferir que 1 de cada 3 hogares aún no han sido registrados por el sistema público de salud territorial. Como se dijo anteriormente, la zona de estudio presenta un crecimiento y desplazamiento poblacional permanente, lo cual podría explicar los resultados obtenidos. Por otra parte, el 66,7 % que respondió afirmativamente da cuenta del nivel significativo de visibilidad y reconocimiento de las AS en el territorio.

La comunidad es un actor social clave de la investigación, ya que es ese lugar en el cual se entretienen valores, saberes y conocimientos comunes a partir de la relación con las otredades, en este caso con las AS (y otros organismos públicos).

En ese sentido, es pertinente recuperar la importancia que tienen las prácticas que llevan adelante las AS, ya que estas posibilitan el acceso a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades de la comunidad de proximidad. De esta manera, se evidencia en el siguiente gráfico la percepción de los encuestados al respecto.

Gráfico 2. Acerca de la importancia de las prácticas



Fuente: Realización propia sobre la base de las encuestas

En el gráfico 2 se presenta el grado o nivel de importancia que tienen las diversas prácticas desde la perspectiva de los encuestados, a partir de una escala del 1

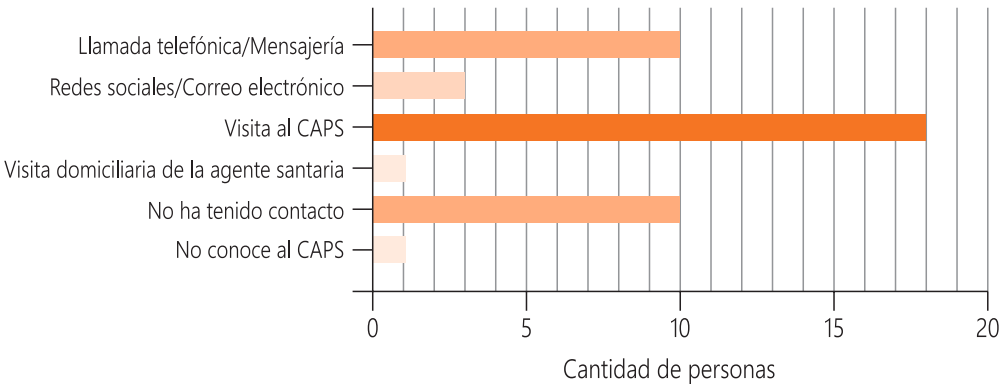
al 10, siendo 10 la valoración más alta. Los datos obtenidos evidencian que más de la mitad (18) de las familias consideran que las prácticas de las AS son importantes, puesto que calificaron con 9 y 10 su trabajo. Como se indicó anteriormente en la descripción de las prácticas, no solo previenen enfermedades, sino que también mejoran significativamente la calidad de vida de las personas y comunidades. Sin embargo, existe un número significativo (10) que no conocen o no tienen contacto con ellas. Esto muestra una dificultad por parte del CAPS al establecer un acercamiento con las familias.

En ese sentido, se concluye que el trabajo realizado por las profesionales es reconocido, mayoritariamente, por cada una de las familias de proximidad al CAPS. Dado que, son ellas quienes asumen la responsabilidad, el compromiso e intervienen socialmente día a día para proteger y promover la salud de la comunidad, tal como sucede en la implementación de talleres o actividades.

Los modos de vinculación entre las agentes sanitarias y la comunidad

Las AS, como parte del sistema de salud, se comprometen a mejorar el acceso de las familias a la misma. Por ello, su labor está orientada fundamentalmente a reconocer las demandas básicas sociales, a prevenir enfermedades tempranas y a favorecer el cuidado de la comunidad a cargo. A partir de las entrevistas realizadas a las profesionales, de las observaciones en terreno y, principalmente, de las encuestas a las familias, se reconocen diferentes medios por los cuales se relacionan los actores involucrados: visita a los domicilios por parte de las AS, la asistencia de las familias al CAPS, a través de los teléfonos celulares —personales o laborales— y por redes sociales, principalmente WhatsApp.

Gráfico 3. Modos de establecer el vínculo con las Agentes Sanitarias



Fuente: Realización propia sobre la base de las encuestas

En el gráfico 3 se tipifican los distintos modos de relacionarse entre las AS y la comunidad encuestada en relación con la cantidad de respuestas obtenidas. A partir de los resultados, cabe destacar que 10 familias no han tenido contacto con las AS, sin embargo, conocen el CAPS. Más de 10 familias establecen contacto a través de las visitas domiciliarias de las AS y mediante la concurrencia al CAPS. Además, se observa que un tercio de la población encuestada se comunica a través de los teléfonos personales o laborales con los que trabajan las AS.

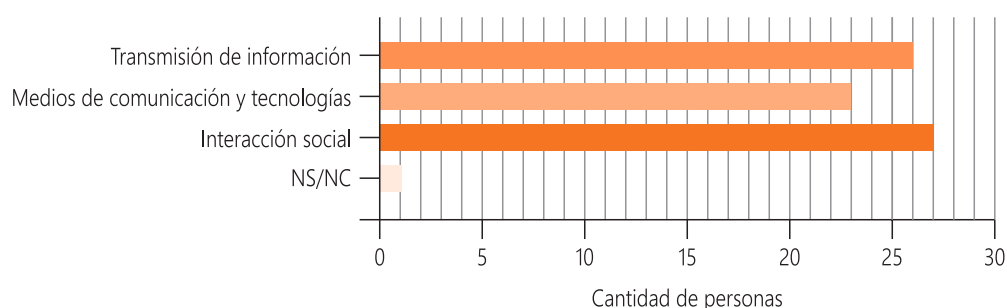
Asimismo, las AS consideran que su primer contacto es a través del «boca a boca» (comunicación personal, agente sanitaria, 8 de noviembre de 2022; entrevistadora: autora 1 del artículo) en la visita domiciliaria, ya que permiten un acceso directo y personalizado a la atención de salud. Además, se destaca la utilización de las redes sociales, específicamente Facebook, la difusión de mensajes vía WhatsApp y vía llamada telefónica.

Frente a los modos de vincularse, se recuperan las concepciones de la comunicación en salud desde la mirada de las AS y de las familias encuestadas. En primer lugar, conocer el significado de la comunicación desde la mirada de las AS con relación a la salud pública permite caracterizar qué sentido construyen acerca de esta. A partir de las observaciones y entrevistas, se reconoce que en las prácticas de las profesionales prevalece la comunicación como un proceso de transmisión de información, de contenidos y conocimientos hacia la comunidad. Sin embargo, en menor medida, se considera a la comunicación en salud de manera integral, centrada en la interacción y la construcción social, reconociendo las condiciones de los diferentes actores implicados. En ese sentido, se concluye que la comunicación en salud pública no se reduce a una sola perspectiva teórica, sino que existen diferentes abordajes o concepciones; es decir, reconocen la transmisión o instrumentalización de la comunicación a partir de la difusión de información sobre las campañas, sobre los talleres, etcétera, pero también ponen en valor el entramado de relaciones sociales que se construyen en el «puerta a puerta», por ejemplo, en el censo poblacional o en los talleres que se llevan adelante en y desde un «otro».

En segundo lugar, cabe recuperar la mirada en torno a la comunicación desde las familias. A continuación se recuperan en el gráfico 4 los datos obtenidos de las encuestas.

Para este interrogante, las personas podían marcar más de una opción; por ello se registran más respuestas que en los gráficos anteriores. Como se observa en el gráfico, las respuestas de las familias muestran que 26 de ellas conciben a la comunicación como un medio de transmisión de información. Asimismo, 23 sostienen que se refiere a los medios de comunicación y las tecnologías. Sin embargo, cabe resaltar que 27 de la totalidad de los encuestados consideran que la comunicación se vincula a la interacción social. A pesar de ello, es importante tomar en consideración que solo una de ellas decidió no aportar respuesta (NS/NC).

Gráfico 4. Acerca de la comunicación desde la perspectiva de la comunidad



Fuente: Realización propia sobre la base de las encuestas

A partir de lo mencionado, la comunidad comprende a la comunicación no solo desde una mirada reduccionista en relación con la transmisión de información, a los medios de comunicación y a las tecnologías, sino también consideran relevante la interacción social y el diálogo que construye al momento de estar en contacto con el CAPS y, especialmente, con las AS que trabajan allí.

Estos resultados permiten visibilizar, a partir de lo propuesto por Pereira (1994), los posibles sentidos de comunicación en salud que predominan en las prácticas de las AS del CAPS y en su relación con la comunidad. Allí, se reconoció que prevalece el carácter instrumental de la comunicación, a través de la difusión de mensajes, contenidos e información relacionados a la salud. Sin embargo, en el encuentro personal con las familias se distinguieron nuevos sentidos/saberes de comunicación, desde un proceso social en el que se fortalecen las relaciones dialógicas y participativas, tal como sucedió al momento de realizar el censo a la población, de recorrer cada una de las viviendas, de participar en los talleres o en el caso de la Campaña de Vacunación que, además de realizarse en el propio CAPS, transitaban las calles, los barrios y las escuelas de la zona de cobertura.

Recapitulaciones

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos y a efectos de dar respuesta a la problemática presentada sobre qué sentidos de comunicación construyen las AS del CAPS en sus prácticas con las comunidades de los dos barrios seleccionados, se reconocen los siguientes aspectos a modo de recapitulaciones.

Las AS cumplen un rol muy importante en la APS. Como parte del equipo de salud, son las profesionales que realizan el nexo fundamental —entre la comunidad y el servicio sanitario— para mejorar y fortalecer la salud, los procesos de comunicación y facilitar su acceso en términos de derechos. Al mismo tiempo, cabe destacar

que las acciones que llevan adelante dependen, por un lado, de las demandas situacionales y, por el otro, de las funciones propias de cada AS.

Las interpretaciones que se pudieron realizar fueron tensionadas a partir de ejes transversales de lectura. Estos se reconocieron en los siguientes binomios: lo político/institucional; lo próximo/las territorialidades; lo planificado/lo emergente; la palabra/la escucha. También se reconocieron los sentidos de comunicación en salud en cada una de las prácticas de las AS a partir del marco conceptual propuesto. Además, se procedió a presentar la relación que se establece entre dichos sentidos y las prácticas concretas. De allí, se observó que con relación a la salud predomina la comunicación entendida como instrumento, o, dicho de otro modo, como un medio de difusión y de transmisión de información/contenidos.

Sin embargo, cabe aclarar que se identificó —en menor medida, pero con igual importancia— una concepción de comunicación como proceso de interacción, de participación/colaboración colectiva y de diálogo. Esto fue mencionado por las familias encuestadas y por las entrevistas realizadas a las profesionales. Sumado a lo anterior, en la investigación inicial, se registraron los modos de comunicar, expresar y de vincularse desde la mirada de las propias familias encuestadas y desde las AS del CAPS.

En ese sentido, se identificó que las profesionales, al momento de visitar los domicilios, construyen un mayor acercamiento a las familias, en el que se entablan diálogos y una participación activa, lo cual les posibilita conocer en profundidad su vida cotidiana. No obstante, es pertinente mencionar que la utilización de los teléfonos celulares —como otra manera de vincularse— también desempeña un papel importante al momento de establecer contacto entre sí.

Lo mencionado anteriormente da cuenta de que los modos y medios por los cuales se comunican y relacionan refuerzan el carácter instrumental de la comunicación, a través de la difusión de mensajes, contenidos e información relacionados a la salud. Sin embargo, en el encuentro personal con las familias, se distinguieron nuevos sentidos/saberes de comunicación. En las formaciones en los talleres, las charlas que despliegan en los censos poblacionales, los talleres, etcétera, se abre una comunicación basada en la interacción, fundamentalmente. Esta otra concepción de comunicación que se aleja de lo instrumental es desempeñada en lo cotidiano por las trabajadoras de modo yuxtapuesto a la perspectiva informacional. A decir de Pereira (1994), se trata de la dimensión híbrida de la comunicación.

De esa manera, cada una de las actividades que se fueron realizando por parte de las AS del CAPS en el periodo de investigación no solo tenían como finalidad concientizar, prevenir y promover el bienestar de las comunidades próximas, sino principalmente facilitar el acceso a la salud pública —como un derecho fundamental de todo ser humano— a través de los recursos disponibles.

Algunas propuestas desde la comunicación

El estudio en cuestión posibilitó identificar ciertos actores sociales que son el punto de partida para abrir nuevos recorridos y reconstruir sentidos que promuevan un mayor acercamiento al ámbito de la salud desde múltiples sitios de indagación. En tal sentido, las sugerencias planteadas desde el campo de la comunicación se construyeron sobre objetivos específicos dando lugar a interrogantes tales como:

- Sobre el Estado: ¿Qué rol cumple? ¿Qué medidas lleva adelante? ¿Desde qué parámetros?
- Acerca del propio CAPS: ¿Cómo interacciona? ¿Qué otros caminos son posibles? ¿Desde qué mirada acciona?
- La comunidad científica: ¿Desde qué marcos teóricos-metodológicos se relaciona con la salud pública? ¿Qué modo de comunicación construye? ¿Cuál es el punto de partida?

Estas nuevas preguntas, renuevan nuestro lugar como investigadoras para seguir pensando en el encuentro de la comunicación y la salud.

Referencias bibliográficas

- Albamonte, C. (2023). *Comunicación y salud pública: un estudio de las prácticas de las agentes sanitarias en el Centro de Atención Primaria de Salud N°8 de la ciudad de San Luis* [Trabajo final de grado, Universidad Nacional de San Luis] <https://fchportaldigital.unsl.edu.ar/index.php/biblioteca/article/view/589>
- Acevedo G., Martínez D. y Utz, L. (2014). *Unidad 1. La salud y sus determinantes. la salud pública y la medicina preventiva*. <https://vladmz.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/02/5-la-salud-y-sus-determinantes.pdf>
- Belló M. y Becerril-Montekio V. M. (2011). *Sistema de Salud de Argentina*. Universidad del Caribe, México.
- Dabas E. (2003). *Redes sociales, familias y escuela*. Paidós.
- Grimson A. (2020). *Dimensiones de la comunicación: interculturalidad y comunicación*. Ed. Norma.
- Hernández Sampieri, R. (2014). Diseños no experimentales. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio, *Metodología de la Investigación* (pp. 152-168). McGraw Hill.
- Iglesias, M; Pagola, C y Tobar, W. (2012) Enfoques de Planificación. *Cuadernos de Cátedra TPPC 5*. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/105416/Documento_completo.pdfPDFa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mata, M. C. (2009). Comunicación comunitaria en pos de la palabra y la visibilidad social. En *Construyendo comunidades. Reflexiones actuales sobre comunicación comunitaria* (pp. 21-34). Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2015). *Serie Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos: guía de comunicación para equipos de salud*. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2023/07/Planificacion-de-una-intervencion-en-comunicacion.pdf>
- Ministerio de Salud de Santa Fe (2017). *Manual del personal de salud del área agente sanitario*. Provincia de Santa Fe. <https://documentcloud.adobe.com/gsuiteintegration/index.html>
- Miral I. R. y Fernández C. (2017). *El rol del agente sanitario*. slu.infod.edu.ar/sitio/upload/El_rol_del_Agente_Sanitario.docx

- Mosquera Vázquez, M. (2002). *Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias*. Universidad del Norte.
<https://www.comminit.com/content/comunicaci%C3%B3n-en-saludconceptos-teor%C3%ADas-y-experiencias>
- Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2021). *Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operationalconsiderations&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Pereira González, J. M. (1994). Comunicación, promoción y salud. *Signo y Pensamiento*, 13(25), 83–90.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/view/3437>
- Tobar F. (2017a). La atención de la salud. En *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)*.
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/laatencion-de-lasalud#:~:text=Pero%20en%20la%20teor%C3%ADa%20sanitaria,%E2%80%9D%20o%20%E2%80%9Cmodelo%20asistencial%E2%80%9D>
- Tobar F. (2017b). Sistema de Salud. *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)*.
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/sistema-de-salud>
- Uranga, W. (2007). *Mirar de la comunicación: una manera de analizar las prácticas sociales*.
<https://documentcloud.adobe.com/gsuiteintegration/index.html>
- Uranga, W. (2012). *Perspectiva comunicacional* [Documento de cátedra]. Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP.
- Vieytes, R. (2014). *Metodología de la investigación para sociedad, mercado y organizaciones: epistemología y técnicas*. Editorial De las Ciencias.
- Vignolo, J. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Prensa Médica Latinoamericana.
- Winkin, Y. (1984). El telégrafo y la orquesta. En *La Nueva Comunicación* (pp. 11-25). Akal.
<https://perio.unlp.edu.ar/catedras/wp-content/uploads/sites/162/2020/08/la-nueva-comunicacion-1.pdf>

La construcción de saberes en Salud Comunitaria: los aportes desde la Musicoterapia

Building knowledge in Community Health: Contributions from Music Therapy

Cecilia Inés Isla

Palabras clave: musicoterapia, salud comunitaria, espiritualidad, desarrollo humano, conocimiento

Keywords: Music Therapy, Community Health, Art, Spirituality, Human Development, Knowledge

Resumen

La musicoterapia es una disciplina de la salud —de extenso y prolífico desarrollo desde 1950 en todo el mundo—, que trabaja con la música y el sonido como mediadores, facilitadores y organizadores de procesos saludables para las personas y comunidades. En Argentina, desde hace más de veinte años se desarrolla una perspectiva teórico técnica de la musicoterapia orientada en salud comunitaria (Colectivo85, 2018), a partir del diálogo y trabajo conjunto con el profesor Enrique Saforcada (1934-2023), psicólogo sanitarista cuyo pensamiento generó un movimiento regional y multidisciplinar en salud que también impulsó desarrollos disciplinares musicoterapéuticos centrados en la salud positiva.

Este escrito propone algunas consideraciones respecto de la necesaria vinculación sinérgica y articulada de disciplinas y saberes en el campo de la salud. Recoge parte de la producción de conocimientos que desde la musicoterapia comunitaria tensionan, amplían y profundizan la construcción paradigmática de la salud comunitaria y gestión de salud positiva. Se proponen como ejes conceptuales: la importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano, la dimensión espiritual de la salud, las implicancias de la afectividad en la intervención y la experiencia expresiva como herramienta epistémica. Desde estas categorías se invita a pensar acerca de los saberes en salud: profesionales y no profesionales. Los saberes que se ponderan (y los que no), de qué modo se articulan, legitiman, jerarquizan y retroalimentan para dar respuesta a la complejidad y multidimensionalidad del campo en el desafío de generar conocimiento situado que (nos) transforme.

Abstract

Music Therapy is a health discipline - of extensive and prolific development since 1950 throughout the world - that works with music and sound as a mediator, facilitator and organizer of healthy processes for people and communities. In Argentina, a theoretical-technical perspective of Music

Therapy oriented towards Community Health has been developed for more than 20 years (Colec-tivo85, 2016), based on dialogue and joint work with Professor Enrique Saforcada (1934-2023), a health psychologist whose thinking generated a regional and multidisciplinary movement in Health that also promoted disciplinary music therapy developments focused on positive health. This paper proposes some considerations regarding the necessary synergistic and articulated linkage of disciplines and knowledge in health. It collects part of the production of knowledge that, from Community Music Therapy, tensions, expands and deepens the paradigmatic construc-tion of Community Health and Positive Health Management. The following are proposed as con-ceptual axes: the importance of music (and art) in human development; the spiritual dimension of health; the implications of affectivity in the intervention; expressive experience as an epistemic tool. These categories invite you to think about health knowledge: professional and non-profes-sional. The knowledge that is considered (and that which is not), how it is articulated, legitimized, prioritized and fed back to respond to the complexity and multidimensionality of the field in the challenge of generating situated knowledge that transforms (us).

Datos de la autora

Cecilia Inés Isla

Musicoterapeuta - UBA

Licenciada en Artes - Unsam

Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta - Universidad Favaloro

Facultad de Kinesiología y Fisioterapia - Universidad Juan Agustín Maza

Correo electrónico: ceciliaiisla@gmail.com

Introducción

Este escrito propone algunas consideraciones respecto de la necesaria vinculación sinérgica y articulada de disciplinas y saberes en el campo de la salud, a partir de los desarrollos de Enrique Saforcada como generador e impulsor de un movimiento y una construcción paradigmática en salud comunitaria sursituada.

Frente a un escenario sanitario de desmembramiento, fragmentación y aislamiento científico y profesional, la perspectiva de salud comunitaria y gestión de salud positiva comprende la salud en su naturaleza ecosistémica, multidimensional y compleja (Saforcada, 2012). Caracterizando los problemas en salud desde esta mirada, se hace necesario visibilizar las respuestas construidas en esa articulación de saberes en función del factor humano, pero también ampliar, fortalecer y construir otros modos posibles en consonancia con la necesidad de profundización y enriquecimiento del paradigma. La propuesta es, entonces, pensar en clave de multidimensionalidad acerca de los saberes profesionales y no profesionales. Qué saberes se ponderan y cuáles no y de qué modo se articulan, legitiman, jerarquizan y retroalimentan. Cómo se complejizan las acciones construidas en la gestión de salud positiva a partir de y en diálogo con los desarrollos de la musicoterapia orientada en salud comunitaria (Colectivo85, 2016), una orientación disciplinar gestada en Argentina desde este paradigma en salud.

Musicoterapia orientada en salud comunitaria

La musicoterapia como disciplina de la salud trabaja con la música y el sonido como mediadores, facilitadores y organizadores de procesos saludables para las personas y comunidades (Ley Nacional de Ejercicio profesional de la Musicoterapia N.º 2713, Argentina). El desarrollo de la perspectiva comunitaria de la musicoterapia en la región indoafroiberoamericana —particularmente en Argentina, pero con influencia en otros países—, estuvo y está fuertemente influenciada por el pensamiento de Enrique Saforcada, ferviente colaborador, profundo defensor del valor de la música (y el arte) en la vida cotidiana y de su impacto en la salud de las personas, y promotor de la ampliación y profundización del campo disciplinar.

Desde los años dos mil en Argentina, y en respuesta a un contexto socioeconómico y político de profunda crisis, la musicoterapia enuncia, legitima y desarrolla intervenciones desde la orientación comunitaria, habiendo estado centrada hasta entonces principalmente en la atención clínica. La complejidad del campo permitió preguntarse acerca de los paradigmas en salud que sostenían las prácticas, desafiando los modelos consensuados y los conocimientos impartidos desde las casas de estudio, derribando barreras y prejuicios respecto de los modos de hacer y pensar en musicoterapia. Este viraje exigió el desarrollo de categorías analíticas que dieran respuesta a la complejidad del abordaje, estableciendo otras relaciones

entre la música, la salud, la comunidad y la intervención o de la o el musicoterapeuta, desde una mirada holística, integral e integradora del proceso de salud, cuya centralidad está dada por la participación comunitaria.

A la vez, esta producción de conocimientos desde la musicoterapia comunitaria tensionó, amplió y profundizó la construcción paradigmática de la salud comunitaria y gestión de salud positiva. Estos nodos conceptuales son los que se recuperan en este trabajo como invitación a la reflexión acerca de la construcción de saberes en salud: la importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano, la dimensión espiritual de la salud, las implicancias de la afectividad en la intervención y la experiencia expresiva como herramienta epistémica.

Complejidad en salud y gestión de salud positiva

Abordar la salud desde la complejidad implica reconocer los múltiples atravesamientos que se ponen en juego en el hacer: prácticas de poder, perspectivas teóricas, herramientas de intervención, campos de conocimiento, intereses económicos, intereses políticos. Preguntarse por la salud no solo es pensarla desde la realidad técnico-profesional, sino, sobre todo, comprender que la salud se construye en la intersección de las diferentes racionalidades que interactúan en este campo: profesional, burocrática, política y la de la población, entre lo social, lo cultural, lo profesional, la formación universitaria, lo económico, lo ambiental, lo generizado.

La salud pertenece al ámbito comunitario en su conjunto y desde la complejidad no debe admitirse su clausura en un «coto privado» de expertos [...] La organización, desde los enfoques dinámicos, vincula de infinitas formas lo que las dicotomías clásicas habían escindido y petrificado (el objeto, el cuerpo, la estructura) o evaporado (el sujeto, el significado, los vínculos no reglados). Los abordajes de la complejidad conjugan la estabilidad y el cambio, la unidad y la diversidad, la autonomía y el vínculo, la individuación y la configuración sistémica. (Najmanovich y Jabes, 2007, pp. 2-5)

En general, las respuestas que desarrolla el sistema sanitario, las universidades o colectivos profesionales y las políticas públicas, aún bajo la pretensión de identificarse como comunitarias, tienden a fortalecer un sistema que se activa en tanto respuesta a situaciones de daño, generando enfermedad pública (Saforcada y Moreira Alves, 2014), medicalizando la vida y profundizando las desigualdades que impiden el desarrollo pleno de las personas y las comunidades. Esto es porque la matriz desde la que se gestan estas acciones sigue siendo la enfermedad. Ejemplo de esta situación es aquello tan vigente en las formaciones de profesionales del primer nivel de atención respecto de las llamadas enfermedades crónicas como inevitables, sin poner en pregunta lo que estructuralmente las genera ni trabajar

sobre el potencial de salud, sino construyendo respuestas individuales —pero para todas las personas la misma respuesta, sin importar su contexto— en torno a la medicación (medicalización) y a la conducta definida en términos de estilo de vida saludable como único modo de convivir con la enfermedad.

Por otra parte, tal como afirman Saforcada y Morales Calatayud (2022), muchas disciplinas que en sus orígenes no estaban ligadas necesariamente a la enfermedad y que tienen amplias posibilidades para trabajar con enfoques de salud positiva, o bien no son incluidas o cuando se practican en los servicios en salud se las restringen a tareas con un sentido clínico de restauración de la salud más que de gestión de salud positiva en las comunidades.

La gestión de salud positiva, en cambio, implica pensar la salud desde la salud —no desde la enfermedad—, a partir del potencial de salud que todo ser humano y conglomerado social posee independientemente de su situación. Algo que claramente no sucede en los sistemas sanitarios ni en las políticas públicas en salud ni en los espacios formativos.

Gestionar salud significa lograr que las personas sanas permanezcan sanas, su finalidad secundaria será entonces ocuparse de atender eficazmente la enfermedad (Saforcada y Morales Calatayud, 2022); la centralidad está puesta en la protección y promoción de la salud. Según Morales Calatayud (2015), la gestión de salud positiva debe ser una construcción social afirmada en el ámbito de la cultura y los comportamientos, tanto a nivel global como en las comunidades, en las instituciones educativas y laborales, grupos, familias y personas. Debe estar presente en todos los servicios, sistemas, programas, instituciones y áreas de trabajo del campo de salud, generando indicadores positivos de salud y bienestar. La gestión entonces excederá a los servicios de salud, siendo central el trabajo territorial y articulado entre los diversos campos de saberes (comunitarios, disciplinares, profesionales, técnicos, políticos...), interpellando a personas, grupos, instituciones, comunidades y Estado en la producción de salud como bien común a partir de significados y prácticas compartidas.

Pensar la salud desde la salud nos exige, entonces, poner la lupa en sus dimensiones y ampliar la mirada hacia saberes disciplinares y no disciplinares que fortalecen este paradigma en salud. Si consideramos la salud en sus dimensiones física, psíquica, espiritual, social y ambiental no como categorías estancas, sino como aspectos entramados multidimensionalmente en los que podemos hacer foco, los saberes comunitarios y los aportes de disciplinas no hegemónicas o no tradicionales en el sistema sanitario generan significativos aportes para esta propuesta.

Enrique Saforcada, como promotor del movimiento de salud comunitaria, favoreció el desarrollo de saberes disciplinares (de la psicología, de la odontología, de la psicopedagogía, de la musicoterapia, entre otros) e interdisciplinares, retroalimentando el paradigma a la vez que modificando en las disciplinas sus propios desarrollos, promoviendo otras categorías teóricas y otras tecnologías para la intervención. Al respecto, este escrito aborda algunas nociones gestadas en el marco

de los desarrollos de la musicoterapia orientada en salud comunitaria en diálogo con los feminismos del sur y las perspectivas interculturales.

Aportes desde la musicoterapia

La musicoterapia orientada en salud comunitaria pone de relevancia algunos conceptos en el campo de la salud que desarrollaremos a continuación:

- la importancia de la música (y el arte) en el desarrollo humano,
- la dimensión espiritual de la salud,
- el modo de comprender la intervención en salud y las implicancias de la afectividad,
- algunas consideraciones respecto de la construcción de saberes.

Música y desarrollo humano

La música (el arte) es parte del proceso de la vida y sus expresiones acontecen en los territorios en los que viven las personas. No es solo un medio de intervención, sino que es una herramienta privilegiada que las personas hemos usado y seguimos utilizando para la interacción humana. Si entendemos que la salud sucede en la trama relacional recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendemos la importancia de jerarquizar abordajes enmarcados desde la cultura y el arte. Las relaciones entre arte y salud se encuentran en todas las culturas; conocer esas construcciones que no forman parte del corpus teórico legitimado en la mirada occidental es vital para encontrar claves hacia la construcción de respuestas situadas a las necesidades de los territorios.

Es importante puntualizar que, en el mundo occidental, el arte en todas sus manifestaciones ha sufrido un proceso de separación entre las formas o producciones artísticas y la vida cotidiana. Propio de la modernidad, el arte quedó relegado a un bien de consumo hedónico en manos de «unos pocos talentosos» (en su mayoría hombres) para ser contemplado por especialistas que forman parte de una élite ilustrada o bien por una masa que consume un producto de mercado, con un supuesto menor valor artístico, según los cánones establecidos por esos pocos que detentan un saber/poder. En este campo se juegan cuestiones de lo masivo, lo popular, lo elitista, lo funcional, lo comercial, lo trascendente, lo eurocentrado, lo decolonial, desviando el foco del derecho humano a la cultura como principio universal que nos permite comprender su vinculación con el derecho humano a la salud. Comprender el arte como derecho implica no solo una cuestión de democratización del acceso, sino —y sobre todo— un posicionamiento que postula el arte como parte necesaria en la vida de todas las personas y de las comunidades por sus implicancias evolutivas y sociales.

Se reconocen desde esta perspectiva dos funciones de la música (y del arte en general) centrales para el abordaje en salud comunitaria: una función constitutiva en el desarrollo humano, potencialmente favorecedora en intervenciones en la primera infancia —pero también en todo el ciclo vital—, y una función social como generadora de cambio que promueve la participación comunitaria. Ambas funciones conforman una unidad y nos permiten focalizar en una u otra dimensión de acuerdo con el contexto de la acción (Isla, 2022).

La música entendida como constitutiva del ser humano es un instrumento privilegiado para trabajar desde la salud positiva puesto que en ella se condensan tres componentes claves para la protección y promoción de la salud (Isla, 2003):

- actúa sobre el sistema psiconeuroinmunoendocrino, es central en la interacción intersubjetiva temprana, incide en los procesos de regulación de la vida afectiva y en el desarrollo cognitivo;
- dinamiza los procesos comunitarios y de participación, promoviendo la horizontalidad y el diálogo, reconociendo y validando los saberes musicales que la comunidad posee. Los y las musicoterapeutas se convierten en facilitadoras de los procesos adecuando sus saberes técnicos a las necesidades de estos;
- es constructora y transformadora de cultura, por lo tanto, portadora de identidad, siendo potencialmente una puerta de entrada para el abordaje de la dimensión espiritual de la salud.

Espiritualidad y salud

En este marco, y desde la musicoterapia, aportamos a la dimensión espiritual de la salud entendida como la construcción colectiva de sentidos del mundo. El arte en general, y la música en particular, permite que nos aproximemos al sentido de trascendencia comunitaria a partir de la filiación colectiva que promueve y la recuperación de la ritualidad propia de los territorios, al hacer con otras personas en la música, como expresión colectiva, espacio de fortalecimiento, reconstrucción y renegociación de los vínculos comunitarios.

Acercarnos a la idea de la dimensión espiritual de la salud comunitaria, que debiera contemplar la emocionalidad y la expresividad como constitutivas del ser humano y como constructoras de sentido de comunalidad. Así también, debiera incluir a la experiencia expresiva como aquella que, trascendiendo lo individual, permite que las personas encuentren un sentido a la vida a partir de un particular modo de hacer con otros y otras. (Isla, 2022, p. 47)

Construir sentidos del mundo en procesos comunitarios implica un fuerte trabajo hacia el reconocimiento identitario y la legitimación de voces diversas. Posicionarnos desde la dimensión espiritual nos exige ubicarnos en el marco epistemológico desde donde esa comunidad comprende el mundo como punto de

partida. Queda mucho por recuperar en estos hilos de la trama que conforman la salud comunitaria en este aspecto y es la intención seguir profundizando al respecto a través del trabajo en territorio.

Afectividad y salud

En la vida cotidiana transitamos de un camino explicativo al otro a través de nuestras emociones, en el curso de nuestro emocionar
Maturana, *Biología del conocer, biología del amor*

Se propone que la afectividad ingrese como categoría epistémica respecto de nuestro quehacer profesional, alojándola en los marcos institucionales desde una perspectiva del factor humano, como modos de entablar las relaciones vinculares y los modos de hacer con otras personas en salud. En la afectividad como simiente de transformación social, se inscriben los vínculos amorosos, respetuosos y afectivos que recuperan la empatía, la solidaridad, el compartir y la ayuda mutua que transcurre en la vida cotidiana de los territorios. El desafío es entonces cómo reformular los dispositivos de intervención en tanto la afectividad necesita de otros modos de circular.

En diálogo con los estudios de género, particularmente con los feminismos del sur, se inscriben estas conceptualizaciones para profundizar sobre la importancia de la construcción de relaciones entre pobladoras/es y equipos técnicos, en las que la afectación mutua sea no solo visibilizada sino promovida, vivenciada en toda su potencialidad.

Para la afectividad, las relaciones se piensan en la potencia del «entre», desde el poder-potencia que se fortalece contrahegemónicamente en la trama colectiva. Contrario a las relaciones jerárquicas de poder del modelo médico hegemónico y a la concepción del poder como algo externo a la propia trama (Isla et al., 2022). Estas consideraciones se enmarcan en el diálogo respecto de la formación ética de profesionales de la salud comunitaria que desarrolla Morales Calatayud (2015). Ética entendida como aquella que se desprende de los presupuestos teórico-prácticos del paradigma, expresando los valores cooperativos y solidarios y ponderando como valor principal el bienestar y la salud del pueblo.

Hacia la intervención corporeizada

La afectividad implica la presencia genuina en el encuentro con otras personas desde la afectación mutua. Urge entender la corporalidad en las intervenciones comunitarias y territoriales en términos de intervención encarnada.

No es posible pensar a las personas en relación por fuera del cuerpo. No existe tal escisión del cuerpo por fuera de la experiencia de ser, menos aún del

ser-en-relación. Tal como sostiene Najmanovich (2001) el cuerpo no es, entonces, «un lugar» o algo que «se posee»; es lo que somos, es nuestro ser. Existimos en relación corporal con otras personas, nos desarrollamos y nos constituimos en el intercambio afectivo con congéneres y con nuestras redes de socialización posterior, en experiencias vivas que suceden en ese espacio tiempo vivido con otras y otros, y que significan de acuerdo con nuestra historia sociocultural.

La intervención en salud comunitaria es necesariamente una intervención corporeizada, en la que la emocionalidad es un componente central. Frente a una representación del cuerpo como objeto, compartimentado y escindido en órganos, aparatos y sistemas, susceptible a ser disciplinado y controlado para aumentar su utilidad y productividad, se opone (y se propone) la comprensión del cuerpo que se hace carne con el mundo para percibirlo, comprenderlo, significarlo, sentirlo, y también resistirlo y transformarlo a través del movimiento, del hacer con otros y otras (Virasoro e Isla; 2021). Tal como sostienen los desarrollos de la Antropología Corporal: cuerpo campo de resonancias, cuerpos en vibración a partir del encuentro y la afectación.

Construcción de saberes en salud. La experiencia como herramienta epistémica

La perspectiva comunitaria en musicoterapia en indoafroiberoamérica se hizo lugar desde prolíficas experiencias territoriales, construyendo categorías epistémicas desde el hacer, ampliando la noción de experiencia como modo de construcción de saberes.

La música es acción por definición; el hacer musical considerado experiencia desde esta perspectiva pone de manifiesto la necesaria construcción de conocimiento sensible, emocional y racional que esta acción implica. El Hacer Musical Reflexivo (Colectivo 85, 2016) recupera la propuesta del lenguajear de Maturana (2000), como una distinción de la acción, un reconocerse, un poder [sentir]pensar y decir qué estoy[estamos] haciendo, cambiando la pregunta del ser por el hacer, que permite la reflexión sobre el vivir y el convivir (Maturana, 2000). La experiencia pone énfasis en la emocionalidad como fuente de conocimiento y en la afectación mutua en el hacer con otras y otros, que propicia que aquello que pasa *nos pase*. La noción de experiencia como herramienta epistémica y política pretende ser un aporte a la salud comunitaria. El saber desde este paradigma involucra a todos los actores sociales, no es privativo de profesionales, no es unidireccional, no se refiere a un grupo etario en particular, ni pretende universalizar un saber sino coconstruir en contexto. El saber que es saber-poder, saber-hacer y poder-potencia hay que trabajarlo con la comunidad.

Saforcada instaba a las y los profesionales a formarse para generar procesos en los que las poblaciones asuman el poder de decisión sobre su salud, sin que este

proceso los deshabilite, sino que los conforme en un nuevo lugar del saber-poder en un rol de colaboración.

Devolver el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y es también aportar significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países. (Saforcada et al., 2010, p.57)

Poner en centralidad los saberes de la población hace necesario revisar los conocimientos eurocentrados u occidentales que se ponen en juego, relativizando su capacidad de enunciación en perspectiva situada. Tal como propone Ochy Curiel (2021), interpelar-nos desde la matriz de opresión de raza, género, sexualidad, clase y desde las lógicas de resistencia de la comunidad.

El objetivo es el de encontrar colectivamente respuestas que tiendan a la transformación de lo estructural a la vez que lo singular, de lo urgente a la vez que lo necesario, mejorando las condiciones de salud de las personas y comunidades y generando conocimientos que puedan ser replicados. Esta respuesta será la resultante del hacer en común: de la experiencia que nos sucede en la decisión conjunta de abordar una problemática en salud produciendo conocimiento desde explicaciones contextualizadas que considere el sistema-mundo global desde la posición de la comunidad como sujeto, como protagonista real.

Se hace evidente la necesidad de propiciar la participación de todas las voces, desde una perspectiva no adultocéntrica, con especial hincapié en la inclusión de voces de las infancias, adolescencias, vejez, y de otros colectivos subalternizados como las diversidades, las mujeres o las personas racializadas. Alojar la pregunta por los modos de hacer y de leer ese hacer que tienen las poblaciones en su conformación diversa. Exceden los propósitos de este escrito, pero sería pertinente ampliar este punto, profundizando en las categorías de redistribución y reconocimiento de Nancy Fraser (2016) que permiten el verdadero diálogo, y en las consideraciones en torno a cómo opera la barrera psicosociocultural, espacio intersubjetivo que se da en el encuentro (o desencuentro) entre profesionales y pobladoras/es que desarrollaron Juárez y Saforcada (2013).

El arte en todas sus manifestaciones, y la música en particular, puede ser facilitador de procesos de diálogo e intercambios de saberes locales y sentidos del mundo que permitan ligazón y pertenencia hacia un mayor bien-estar de y en la comunidad. Este proceso de construcción de saberes situados en salud, en diálogos disciplinares y no disciplinares debe aportar al desarrollo del paradigma de salud comunitaria desde la potencia del diálogo entre experiencias, a partir de la sistematización de procesos territoriales que puedan ser comunicadas en las voces de sus protagonistas, para ser tomadas como puntos de partida de nuevos desarrollos en otros territorios.

A modo de cierre

Finaliza aquí este recorrido por diversas categorías conceptuales que surgen de experiencias de intervención, así como de instancias de sistematización que implicaron construir otros modos de establecer relaciones al interior de los saberes disciplinares e interdisciplinares. No pretende este escrito ser más que una invitación a una tarea que es nodal para el desarrollo del paradigma y del movimiento de salud comunitaria y gestión de salud positiva: la construcción de conocimiento situado. En palabras de los queridos maestros y compañeros de camino Enrique Saforcada y Francisco Morales Calatayud (2022): «Aprender mientras se produce salud y producir salud para aprender, mano a mano con quienes lo hacen espontánea y regularmente en las comunidades» (p. 82).

Referencias bibliográficas

- Colectivo85. Isla, C.; Demkura, M.; Alfonso, S. y Abramovici, G. (2016). El hacer musical reflexivo, una perspectiva en musicoterapia comunitaria y popular. En *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Musicoterapia*, 168-172. CLAM.
- Curiel, O. (2021). Diálogos con Ochy Curiel: «El Poder hay que trabajarlo en comunidad». Programa Regional Feminismos para América Latina. Fundación Rosa Luxemburgo.
<https://rosalux-ba.org/2021/11/19/dialogo-con-ochy-curiel-el-poder-hay-que-trabajarlo-en-comunidad/>
- Fraser, N. (2016). ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en la era «postsocialista». En J. Butler y N. Fraser. *¿Redistribución o reconocimiento?: un debate entre marxismo y feminismo* (pp. 23-66). Traficante de Sueños.
- Isla, C. (2003). *El hacer musical como acción promocional de la salud en la tercera edad. Una experiencia en musicopromoción de la salud con adultos mayores*. [Tesis de grado no publicada], Universidad de Buenos Aires.
- Isla, C. (2022). Arte y Salud Comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (capítulo 1). Ediciones Nuevos Tiempos.
- Isla, C., Muñoz Rodríguez, M. y Quijano, M. (2022) Diálogos entre feminismos del sur y Salud Comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de experiencias* (capítulo 6). Ediciones Nuevos Tiempos.
- Juárez, M. P. y Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales: reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud y Sociedad*. 4(3), 210-227. <http://hdl.handle.net/11336/24076>
- Ley Nacional de Ejercicio profesional de la Musicoterapia N.º 2713, República Argentina (2015).
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27153-248823>
- Maturana, H. (2000). *Biología del conocer, biología del amor*. Conferencia dictada en la apertura de las Jornadas del amor en la Terapia, Barcelona, España. https://des-juj.infed.edu.ar/sitio/educacion-emocional-2019/upload/Maturana_Romesin_H_Biologia_Del_Conocer_-_Conferencia.pdf
- Morales Calatayud, F. (2015). La perspectiva ética de la salud comunitaria y su relación con la formación universitaria de recursos humanos: una aproximación. En E. Saforcada, J. Castellá Sarriera y J. Alfaro. *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad* (pp. 45-56). Ediciones Nuevos Tiempos.

- Najmanovich, D. (2001). Del «cuerpo máquina» al «cuerpo entramado». *Campo grupal*, 4 (30), 2-3.
- Najmanovich, D. y Jabes, E. (2007). Complejidad y salud. En 5.º Congreso Virtual de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología.
- Saforcada, E., de Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, (37).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100002&lng=pt&lng=es
- Saforcada, E. y Moreira Alves, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad: Investigaciones en Psicología de la Salud y Psicología Social*, 5(1), 22-37. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752014000100002&lng=pt&lng=es.
- Saforcada, E. y Morales Calatayud, F. (2022) La formación integral de profesionales para trabajar en Salud Comunitaria. En C. Isla, y L. Muñoz Rodríguez. *Intervención en salud comunitaria. Relatoria de experiencias* (capítulo 3). Ediciones Nuevos Tiempos.
- Virasoro, S. e Isla, C. (2021). Cuerpos en pandemia. La intervención social desde el abordaje de la corporalidad. *Ts. Territorios-Revista de trabajo social*, (5), 73-86.
<https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/article/view/1037>

Lactancia materna, duración estimada y factores asociados al destete en niños de hasta 5 años del Centro de Salud del Cerro y tres policlínicas dependientes, mayo-julio 2023, Montevideo

Breastfeeding, estimated duration and factors associated with weaning in children up to 5 years of age from the Cerro Health Center and three dependent polyclinics, May-July 2023, Montevideo

Nieves Acosta

Palabras clave: Lactancia materna, destete, primer nivel de atención

Keywords: Breastfeeding, Weaning, First level of care

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) recomiendan iniciar la lactancia materna (LM) durante la primera hora de vida, mantenerla de forma exclusiva durante los primeros seis meses y continuarla hasta los dos años o más. En este marco, el objetivo general de esta investigación fue estimar la frecuencia y duración de la lactancia materna, así como los factores asociados al destete. Se realizó un estudio descriptivo transversal entre mayo y julio de 2023 en cuatro centros del primer nivel de atención. Participaron 100 niños y 96 madres. La edad promedio de los niños fue de 18,5 meses; 38 ya no se encontraban en lactancia al momento de la encuesta, y la duración promedio fue 10,3 meses. La edad promedio de las madres fue de 27 años, de las cuales 43 no recibieron asesoramiento en LM. Los principales motivos de destete fueron la percepción de cantidad insuficiente de leche y las patologías maternas, especialmente mamarias. La duración de la lactancia no se asoció con la vía de nacimiento, aunque las madres con cesárea recibieron más asesoramiento. Se observó que la lactancia prolongada, mayor a 24 meses, fue más frecuente entre las madres con menor nivel educativo. En síntesis, la cantidad insuficiente de leche y la patología mamaria constituyen las principales causas de destete, y se destacó la importancia del asesoramiento, aún percibido como insuficiente.

Abstract

The World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (Unicef) recommend initiating breastfeeding within the first hour of life, maintaining exclusive breastfeeding during the first six months, and continuing it for two years or longer. In this context, the general objective of this study was to estimate the frequency and duration of breastfeeding, as well as the factors associated with weaning. A descriptive cross-sectional study was conducted between May and July 2023 in four primary health care centers. The study included 100 children and 96 mothers. The average age of the children was 18.5 months; 38 were no longer breastfeeding at the time of the survey, with an average duration of 10.3 months. The average age of the mothers was 27 years, and 43 reported not having received breastfeeding counseling. The main reasons for weaning were the perception of insufficient milk supply and maternal health conditions, particularly breast-related pathologies. The duration of breastfeeding was not associated with the mode of delivery, although mothers who had a cesarean section received more counseling. Prolonged breastfeeding, lasting more than 24 months, was more frequent among mothers with lower educational levels. In summary, insufficient milk supply and maternal breast pathology were the main causes of weaning, highlighting the importance of counseling, which is still perceived as insufficient.

Datos de la autora

Nieves Acosta

Doctora en Medicina - Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria - Udelar

Facultad de Medicina - Udelar

Correo electrónico: nievesacosta1593@gmail.com.uy

Introducción

Desde 2017, Uruguay cuenta con la Norma Nacional de Lactancia Materna, que promueve las buenas prácticas en lactancia y proporciona a los profesionales de la salud orientaciones y herramientas para el asesoramiento adecuado. Se ha implementado la Estrategia de Acreditación o Reacreditación en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (BPA) en maternidades y consultorios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), actualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en 2018. Asimismo, se ha reglamentado la Ley 19.530, del 11 de setiembre de 2017, que aprueba la instalación de salas de lactancia en los lugares de trabajo y estudio.

Según lo establecido en la *Guía para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* del Ministerio de Salud Pública (MSP), toda mujer tiene derecho a recibir consejería en lactancia materna. También tiene derecho a recibir orientaciones sobre lactancia y alimentación complementaria de acuerdo a la Norma Nacional de Lactancia (2009, actualizada en 2017), tomando en cuenta las BPA y la *Guía de alimentación complementaria para niños/as de 6 a 24 meses* del MSP.

Como médicas de familia y comunidad, especialistas del primer nivel de atención, es importante realizar un estudio basado en la población de nuestro territorio que nos permita conocer cómo es la práctica de LM, su prevalencia, su media de duración y aproximarnos a los motivos principales del destete. Para esta investigación se tomó como edad el rango de 0 hasta los 5 años para abarcar a la población infantil que cursó la edad mínima de lactancia (dos años) y ver su extensión posterior a eso. Para esto nos basamos en las recomendaciones de la OMS/Unicef que establecen el inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento, lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes.

Los datos actualizados de 2020 son útiles a la hora de ver a nivel nacional la práctica de LM, pero no contiene datos sectoriales por barrios o municipios, por lo cual es pertinente preguntarse si estos valores son reproducibles y aplicables a nuestra población de trabajo.

Antecedentes

En la literatura académica sobre el tema se identificaron diversos artículos científicos, en su mayoría revisiones sistemáticas, que coinciden en señalar la creciente relevancia de las prácticas de lactancia materna a nivel mundial. El desarrollo del conocimiento científico ha contribuido al acercamiento a esta práctica y a la

desmitificación de sus beneficios. La lactancia materna resulta beneficiosa para el binomio madre-hijo o madre-hija: recibir leche materna como primer y único alimento hasta los seis meses de vida se asocia con una menor morbilidad neonatal, una reducción en la prevalencia de anemia durante los dos primeros años, una disminución del sobrepeso y de la obesidad en etapas tempranas y posteriores, una menor carga de morbilidad vinculada a enfermedades crónicas no transmisibles y una mejora en el desarrollo infantil (De León et al., 2017).

En el informe *Ending childhood obesity* de la OMS (2016) se enfatizan las oportunidades que genera realizar intervenciones adecuadas en los primeros 24 meses de vida, período que se convierte en un momento único para reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) debido a que la expresión génica es flexible y, por tanto, este período de mayor plasticidad representa una ventana de oportunidad. La protección y promoción de la lactancia y de una alimentación saludable y oportuna en este período son pilares fundamentales para contribuir a disminuir la frecuencia de estas enfermedades (Moreno Villares et al., 2019).

Los últimos datos recolectados en la encuesta sobre lactancia, alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del SNIS, del año 2020 (MSP y Unicef) muestran mejoría en algunos indicadores de la lactancia materna. La encuesta señala que en Uruguay iniciaron la lactancia en las primeras 48 horas de vida 88,51 % de los niños y al momento del alta hospitalaria el 94,6 % recibió indicación de continuar amamantando. Entre los motivos por los que no se inició la lactancia en las primeras 48 horas se destaca la separación de madre y bebé por razones de salud del niño; en segundo lugar, aparecen las dificultades para que el niño se acople al pecho y el tercer argumento más referido fue haber tenido un nacimiento por cesárea. Si bien la cesárea no retrasa la bajada de la leche ni inhibe la secreción de calostro, la cascada de intervenciones en torno a este acto quirúrgico (separación prolongada que impide el inicio temprano, suplementación precoz, entre otros) puede impactar negativamente en el establecimiento o afianzamiento de la lactancia.

En los resultados de la encuesta de 2020, se describe que la LM que continúa al año de vida aumenta en 17,9 puntos porcentuales con respecto a la encuesta de 2011 y a los 2 años se ubica 19 puntos sobre lo reportado en 2011. La duración media es de $14,6 \pm 5,7$ meses, frente a $9,3 \pm 6,5$ en 2011. La tasa de LM exclusiva en niños menores de 6 meses descendió 7,8 puntos porcentuales con respecto a 2011 (pasó a 57,4 % frente a 65,2 %). Esta caída en la tasa de LM exclusiva es a expensas de los primeros meses de vida, cayendo en 24 puntos porcentuales en el primer mes con respecto a 2011 y viéndose un aumento de las prevalencias al sexto mes en 7,7 puntos porcentuales: 43,4 % en 2019 y 37 % en 2011.

En la misma encuesta de 2020 se consultó sobre el destete. Según las madres, las necesidades de capacitación y apoyo emocional están insuficientemente cubiertas. Además, creen que los profesionales no realizan adecuadamente su trabajo para promover la lactancia y se refieren a numerosas ocasiones en que los

profesionales de la salud han realizado prácticas contrarias a su establecimiento y mantenimiento (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2018).

Según la misma encuesta, en Uruguay el principal motivo de destete durante los primeros seis meses de vida fue la percepción de leche insuficiente, reportada en el 59,0 % de los casos. Le siguieron, en orden de frecuencia, las dificultades de succión del bebé (15,3 %), el trabajo materno (12,8 %) y la «enfermedad materna» (8,5 %). Estos motivos se mantienen en línea con los registrados en 2011, cuando las tres principales causas para interrumpir la lactancia antes de los seis meses fueron la percepción de cantidad insuficiente de leche (53 %), la dificultad de succión (11,4 %) y el trabajo materno (11 %). Al comparar los resultados de la serie de datos comprendida entre 1999 y 2019, se observa que entre los niños menores de seis meses el principal motivo de destete continuó siendo la percepción materna de que la leche «no era suficiente». Otros motivos de destete encontrados en revisiones anteriores (Bove y Cerruti, 2011) fueron destete natural (3,8 %), pezones umbilicados, agrietados y doloridos (3 %), enfermedad del niño (2,7 %), decisión materna (1,8 %), no haber tenido contacto con la madre biológica (1,7 %), indicación médica (1,1 %).

Entre algunas de las variables en las que se busca asociación en cuanto a la instalación de la LM, se analizan la lactancia durante la primera hora de vida u hora de oro. Se observó que cuanto mayor es el tiempo que los recién nacidos esperan para recibir leche materna, mayor es el riesgo de enfermedad y muerte (Smith et al., 2017). Esperar entre dos a 23 horas aumenta el riesgo de muerte en 1,3 veces, mientras que esperar un día o más aumenta el riesgo en más de dos veces (Smith et al., 2017). La OMS y Unicef recomiendan iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida luego del nacimiento (Unicef, 2018). El inicio temprano de la lactancia materna, es decir, iniciar la lactancia en la primera hora, se asocia positivamente a una prevalencia mayor de lactancia exclusiva al tercer y al sexto mes de vida (MSP y Unicef, 2020).

El tipo o vía de nacimiento —parto o cesárea— se puede asociar también al desarrollo de la LM. Los datos obtenidos en la encuesta de 2020 muestran que existe una mayor proporción de LM exclusiva a los 3 meses en los niños nacidos por parto vaginal (60,2 %) en comparación con los niños que nacieron por cesárea (39,8%). Esta misma tendencia se confirma en los niños con LM exclusiva al sexto mes de vida, entre los que el 61,9 % nació por parto vaginal y el 38,0% por cesárea.

Como lo mencionan Boatin et al. (2018), en su estudio observacional de 72 países de bajos y medianos ingresos, en los que midieron la tasa de cesáreas, el aumento en las cesáreas por elección en el mundo ha repercutido sobre el inicio temprano de la lactancia materna. En dicho artículo se muestra que los partos quirúrgicos pueden reducir la probabilidad del contacto inmediato piel con piel, así como también del inicio inmediato de la lactancia materna.

Por otra parte, se ha asociado la asistencia a un grupo de apoyo a la lactancia y la relación con otras madres lactantes de niños mayores con las que compartir

experiencias como una estrategia útil para apoyar y fortalecer la decisión de amamantar por encima de los 12-24 meses (Ares et al., 2015). En un estudio cualitativo realizado en Reino Unido, en el período 2009-2011 se analizó mediante entrevistas y grupos focales las experiencias de las mujeres con compañeros de apoyo a la lactancia: más del 70 % de las mujeres creían que los compañeros de apoyo a la lactancia les había permitido prolongar el amamantamiento (Thomson et al., 2012).

Según la encuesta de 2020 del MSP y Unicef, en Uruguay el 52,2 % de las mujeres indicó que recibieron asesoramiento sobre lactancia; el menor porcentaje se presentó en las pertenecientes al subsector público del interior del país (35,3 %). En cuanto a la información sobre grupos de apoyo a la lactancia, un 45,8 % fue informada sobre su existencia en su prestador de salud; las cifras descendieron en las pertenecientes al sector público (28,3 %) y ascendieron en el sector privado (55,6 %).

Marco teórico

Las definiciones nutricionales enmarcan a la LM como recibir leche materna directa u ordeñada, independientemente de que se reciba otros alimentos. Mientras que la lactancia materna exclusiva (LME) es cuando la niña o niño recibe solamente leche materna directamente del pecho u ordeñada o leche humana de otra fuente sin ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, con excepción de sales de rehidratación oral, gotas o jarabes con vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Otras definiciones altamente utilizadas corresponden a lactancia materna complementada (LMC) y lactancia materna mixta o parcial (LMM). En el primer caso la niña o niño recibe, además de leche materna, cualquier alimento sólido o semisólido con la finalidad de complementar, no de sustituir. Mientras que LMM se da cuando recibe leche materna y otros tipos de leche (preparados para lactante, leche de vaca u otro animal diluida o no) (De León et al., 2017). La práctica de la lactancia materna comprende, entre otras cosas, el reconocer los signos de hambre del bebé y responder a ellos en el marco de una relación de comunicación e intercambio entre la madre y el niño. La lactancia a demanda o lactancia en respuesta o dirigida por el bebé no marca ninguna restricción en cuanto a la frecuencia o duración de las tomas al pecho (OMS, 2018).

En lo referente al propósito del estudio, es importante mencionar el término de lactancia en niños mayores o lactancia prolongada (LP). Aunque en otras culturas es algo habitual y cotidiano, la lactancia materna por encima del año de edad es relativamente poco frecuente en los países occidentales (Juez et al., 2010). Por ello, las madres que deciden seguir amamantando a niños mayores encuentran en ocasiones barreras o rechazo en la sociedad, entre los profesionales sanitarios e incluso dentro de su propia familia, basadas en mitos o creencias personales (Cable et al., 2012).

El término *lactancia prolongada*, aunque muy extendido, puede llevar a confusión. *Prolongar* significa hacer que algo dure más tiempo de lo normal o establecido. El empleo de este término puede hacer pensar que la lactancia en niños mayores de un año se considera como algo que está «más allá de las recomendaciones», cuando en realidad es un objetivo en salud materno-infantil (Moreno Villares et al., 2019). Por este motivo, algunos autores (Ares et al., 2015) propugnan hablar de «lactancia materna» sin más adjetivos, con el objetivo de normalizar este hecho. El mayor problema de la lactancia materna más allá del año de edad es el rechazo social y profesional (Cockerham-Colas et al., 2012) por prejuicios o desconocimiento de la evidencia científica actual, en tanto la duración de la lactancia materna es el factor implicado en un mejor desarrollo emocional y psicosocial del niño. A mayor duración, se ha descrito una menor incidencia de maltrato infantil, una mejor relación con los padres en la adolescencia, una mayor percepción de cuidado y una mejor salud mental en la vida adulta (Cable et al., 2012; Dowling y Brown, 2013; Olza Fernández y Marín Gabriel, 2014).

La lactancia materna está determinada por la cultura, es un fenómeno biocultural. Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Un estudio realizado en la población uruguaya por Unicef en 2004 sobre lactancia materna informa que el principal motivo para el destete antes del año de vida, entendiendo a este último cuando el niño abandona definitivamente la leche materna, es la creencia de leche insuficiente o de calidad no adecuada, manteniéndose actualmente como principales factores según la última encuesta nacional de lactancia.

Existen datos sobre el «período ideal de lactancia» que consideran los uruguayos, que se expone en el estudio de la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil (Ruandi) en 2001, sobre cuándo y por qué se produce el destete en Uruguay. Para el 61 % de los entrevistados la lactancia debe extenderse más de 6 meses; el 13 %, hasta nueve meses; el 30%, hasta el año, y el 18 %, más del año (Bove y Cerruti, 2001). Otro dato aportado por este estudio es cómo influyeron los hospitales amigos del niño en la lactancia. Esta propuesta fue realizada por la OMS/Unicef para alentar a los hospitales, establecimientos, servicios de salud, y en particular a las salas de maternidad, a adoptar las prácticas que aseguran, promueven y apoyan la lactancia materna exclusiva en el recién nacido, y a entregar a las madres la información pertinente para asegurar una lactancia exitosa.

Es importante mencionar el rol de los hombres en la responsabilidad compartida en el proceso reproductivo, contribuyendo así a la equidad de género. Este hecho permite disminuir la fatiga y el estrés de las mujeres, permitiendo a los hombres desarrollar y beneficiarse de relaciones afectivas más cercanas y gratificantes con su familia. Esta situación se da mayoritariamente en sectores poblacionales con mayor nivel educativo y mucho menos en la población de nivel socioeconómico más bajo (Juez et al., 2010).

Por lo antes expuesto, se debe insistir en la importancia de conocer cómo se produce la LM en el binomio madre-hijo o madre-hija y acompañar a las familias a la hora de tomar las decisiones. Si es su deseo continuar con la lactancia, el deber de los profesionales es apoyarlas en su decisión y darles herramientas para superar las dificultades que puedan surgir.

Objetivos

Objetivo general: estudiar la práctica de la lactancia materna, su frecuencia y su media de duración, así como los factores asociados al destete en los niños de 0 a 5 años inclusive, controlados en el Centro de Salud Cerro y tres policlínicas dependientes: Santa Catalina, Covicenova y BPS-Cerro, durante el período mayo a julio de 2023.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a la población de 0 a 5 años.
2. Estimar la frecuencia de duración de LM y distribuir su tiempo según categorías: 0 a 6, 7 a 12 meses, 13 a 24 meses, mayores de 24 meses hasta los 5 años inclusive.
3. Identificar los principales factores asociados con la interrupción de la LM.
4. Describir la frecuencia entre tiempo de duración de LM y las siguientes variables: nivel educativo de la madre, tipo de parto, asesoría o apoyo a la lactancia.
5. Comparar los datos obtenidos en nuestra población objetivo con la *Encuesta nacional de lactancia, prácticas de alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del SNIS, 2020*.

Diseño metodológico

Se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo y de corte transversal. La elección de este diseño se fundamentó en su adecuación para estimar la prevalencia y la media de duración de la lactancia materna en un período determinado. Para la recolección de los datos se empleó un formulario estandarizado, elaborado por la autora de la investigación. Este instrumento fue completado por las técnicas de las policlínicas, previa obtención del consentimiento informado, tanto verbal como escrito. El consentimiento se aplicó a todas las madres de niños de 0 a 5 años que asistieron al control del niño sano en cuatro policlínicas del primer nivel de atención de la RAP/ASSE: el Centro de Salud Cerro y tres policlínicas dependientes —Santa Catalina, Covicenova y BPS-Cerro—, durante el período comprendido entre mayo y julio de 2023.

Se solicitó al equipo de la policlínica que atiende niños su colaboración para la entrega del formulario, siendo estas: médicas de familia y comunidad, residentes de medicina familiar y comunitaria, pediatras y auxiliares de enfermería. Se obtuvo una muestra por conveniencia, para lo cual se tomó un tamaño muestral de 100; la recolección de los datos se realizó durante las horas de consulta médica de 8 a 12 horas de lunes a viernes dentro de la consulta correspondiente a medicina familiar y comunitaria, y pediatría. La elección del número de integrantes de la muestra estuvo condicionada por la cantidad de niños que se controlaron en las policlínicas durante dicho período de tiempo acotado (mayo-julio); cuando se obtuvieron los 100 formularios dentro de ese período de tiempo se finalizó con la recolección de datos y se comenzó con el procesamiento.

Los criterios de inclusión utilizados para la obtención de la muestra fueron: todas las madres de los niños de 0 a 5 años inclusive que concurren a control; en el caso de que fuesen acompañados por otras personas (tíos, abuelas, padres, tutores legales) se incluyeron en la muestra solo si se logró obtener los datos del formulario a través de la comunicación directa con su madre en forma diferida a la consulta (por vía telefónica o presencial). Si esto último no se cumplía, quedaban excluidos del estudio. No se incluyeron datos por duplicado, en el caso de que el niño se haya controlado de forma mensual o bimensual y concurrió nuevamente al control, no se realizó nuevamente la pesquisa.

Se seleccionaron diferentes variables para el análisis que fueron basadas en los datos obtenidos de estudios anteriores hechos en nuestro país como la encuesta sobre lactancia, alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del SINS, realizada en el año 2019 y publicada en 2020.

Las variables en estudio fueron de la madre y del niño. De la madre se tomaron datos correspondientes a la edad, número de hijos, nivel educativo, situación laboral y asesoría o apoyo a la lactancia recibida. Del niño se tomaron datos correspondientes a la edad en meses, tipo de parto, si recibía LM al momento de la consulta y duración en meses de LM.

Para indagar los motivos del destete, se tomaron como variables datos obtenidos del trabajo de Unicef en 2004; no se encontraron datos recientes de este tipo de variables. Se calculó la frecuencia de duración de LM por categoría de meses, según las variables: primaria completa, ciclo básico incompleto y otro tipo de educación, parto vaginal o cesárea, sexo masculino o femenino, apoyo a la LM (sí/no).

En cuanto a los aspectos éticos, contamos con la aprobación del Comité de Ética de Facultad de Medicina, decreto 158/019. El protocolo de investigación fue aprobado inicialmente el 14 de octubre de 2021, y luego nuevamente aprobado como enmienda el 29 de junio de 2023; y la autora de este trabajo de investigación declaró no tener conflicto de intereses.

Los participantes fueron adultos mayores de 18 años y adolescentes de 10 a 19 años (Graña et al., 2017) que ingresaron al estudio por voluntad propia con previo consentimiento informado verbal y escrito. Aclaramos que para la participación

de las adolescentes se establece el criterio de su capacidad para consentir bajo la calidad de su autonomía progresiva; se explicó el consentimiento informado que contenía la misma información que el consentimiento informado aplicado para adultos, pero con un lenguaje accesible, acorde a esta población.

En cuanto a los sesgos, podemos encontrar en este estudio el sesgo de memoria que pudieron tener las usuarias al momento de preguntarles datos del pasado. Los datos fueron procesados utilizando planillas Excel. Se presentaron los datos de frecuencia y media mediante el uso de gráficos de barras, tablas de doble entrada para la agrupación de datos y exposición de resultados.

Limitaciones

Este trabajo de investigación presenta diversas limitaciones, algunas externas pero condicionantes, como las inherentes al contexto donde se realizó con poco personal disponible para la recolección de datos, la poca familiarización con la investigación de los diferentes servicios donde fue realizado lo que demoró la autorización así como el inicio de la recolección de datos.

En cuanto a las limitaciones inherentes al diseño metodológico, el tamaño muestral pequeño y el muestreo por conveniencia, al no ser probabilístico, disminuye la capacidad de representatividad de los hallazgos. No se realizaron medidas de inferencia que permitieran visualizar la significancia estadística de la asociación de variables.

No se logró indagar factores culturales y familiares que influenciarían la lactancia como determinante sociocultural de esta. Tampoco se investigó el rol del varón y la familia en el involucramiento en esta práctica, tanto como factor protector como factor de riesgo para el destete.

Resultados

Se incluyeron un total de 100 participantes, que representaron 100 niños: 56 de Santa Catalina, 27 del Centro de Salud del Cerro, 10 de BPS-Cerro y 7 de Covicenova. La edad promedio de los niños fue 18,5 meses; 56 eran de sexo femenino, 44 de sexo masculino; 40 nacieron por cesárea mientras que 60 lo hicieron por parto vaginal; 62 se encontraban en lactancia al momento de la encuesta.

La distribución de los niños según edad puede observarse en la tabla 1. De los que no recibían LM, su promedio de duración había fue 10,3 meses.

Tabla 1. Distribución de frecuencias según edad de niños en lactancia materna al momento de la encuesta (n=62)

Edad en meses	Lactancia actual (frecuencia absoluta)	Lactancia actual (frecuencia relativa)
0 a 6	32	51,60 %
7 a 12	13	20,90 %
13 a 24	12	19,30 %
Mayor a 24	5	8 %

Algunos de los niños incluidos en el estudio eran hermanos, por lo que el total de madres participantes fue de 96. La edad promedio de las madres fue de 27 años. En cuanto a la situación laboral, 78 se encontraban desempleadas y 18 tenían empleo. Respecto al nivel educativo alcanzado, 30 madres completaron la educación primaria y una no la finalizó; 16 finalizaron la educación secundaria básica (ciclo básico) y 27 no lo hicieron. En cuanto al bachillerato, 19 madres lo completaron. Una participante se encontraba cursando estudios en la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), correspondiente al nivel secundario técnico, y dos contaban con formación universitaria.

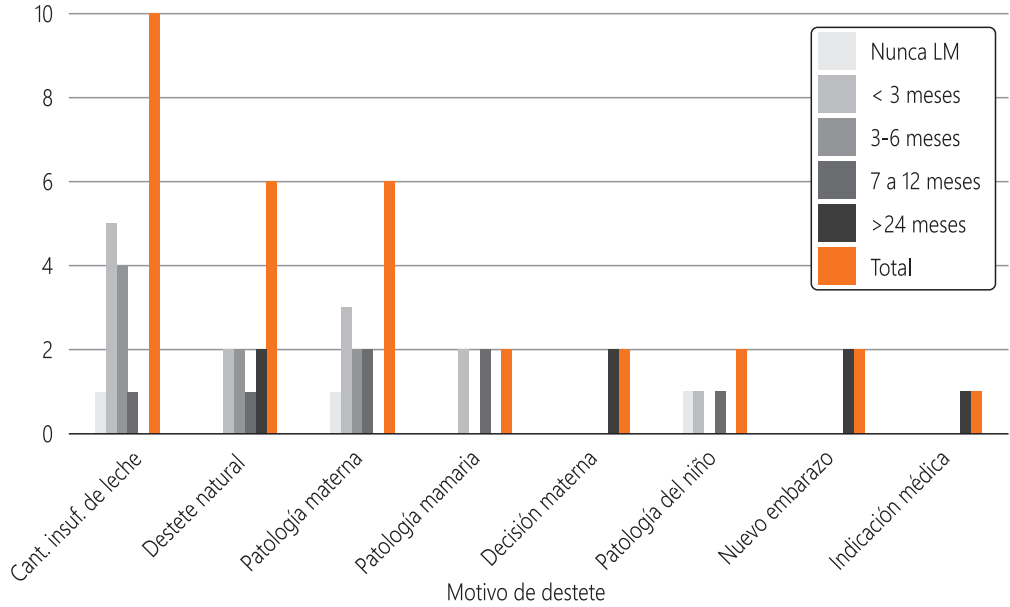
En cuanto al asesoramiento sobre LM, 43 negaron haber recibido información, mientras que 57 refirieron que sí la recibieron.

En lo que respecta a los motivos del destete, 10 fueron por cantidad insuficiente de leche, destete natural en 7 casos, 6 por patología materna no mamaria, 4 por patología mamaria, 3 por decisión materna, 3 asociado a patología del niño, 2 por nuevo embarazo, 1 por consejo de familiar, 1 por indicación médica y 1 por trabajo materno. Los motivos de destete según duración de lactancia materna en niños que no se encontraban en lactancia al momento de la encuesta se representan en la tabla 2 y el gráfico 1.

Tabla 2. Motivos de destete según duración de lactancia materna (n=31)

Motivo del destete	Nunca LM	< 3 meses	3-6 meses	7 a 12 meses	>24 meses	Total
Cantidad insuficiente de leche	1	5	4	1	0	10
Destete natural		2	2	1	2	6
Patología materna	1	3	2	2	0	6
Patología mamaria	0	2	0	2	0	2
Decisión materna	0	0	0	0	2	2
Patología del niño	1	1	0	1	0	2
Nuevo embarazo	0	0	0	0	2	2
Indicación médica	0	0	0	0	1	1
Total	3	13	8	7	7	31

Gráfico 1. Motivo de destete según duración de LM en números absolutos (n=31)



En la tabla 3 se representa la relación entre la duración de la LM y diferentes variables, en niños que no se encontraban en lactancia materna al momento de la encuesta. A continuación se representa gráficamente su relación.

Tabla 3. Relación entre duración entre lactancia materna y diferentes variables

Variables		Nunca LM	< 3 m	3-6 m	7 a 12	>24 m	Total
Nivel educativo	Primaria completa	0	2	4	4	3	9
	Ciclo Básico incompleto	2	3	3	2	2	10
	Otro tipo educación	1	6	2	2	1	10
Tipo de nacimiento	Parto Vaginal	2	5	5	5	4	16
	Cesárea	1	5	4	6	3	15
Sexo biológico	Masculino	2	4	4	6	2	12
	Femenino	1	6	6	2	4	17
Apoyo a la LM	Sí	2	7	5	3	5	19
	No	1	4	4	5	2	11

Gráfico 2. Relación entre nivel educativo y duración en meses de la LM

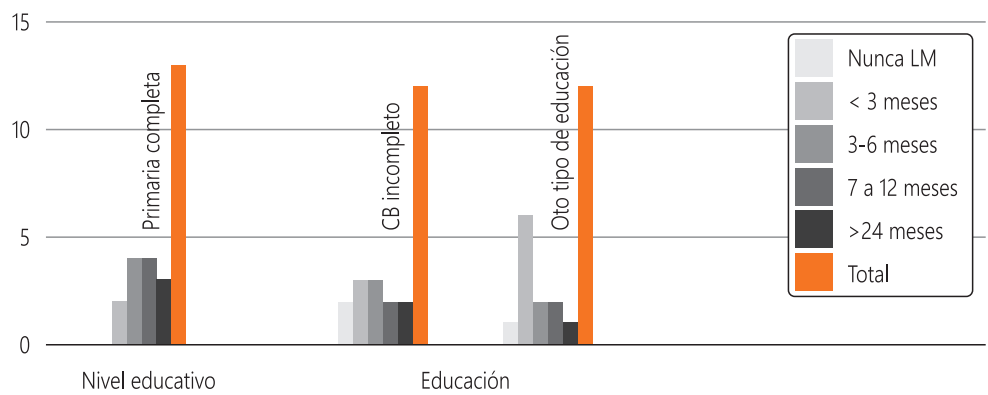
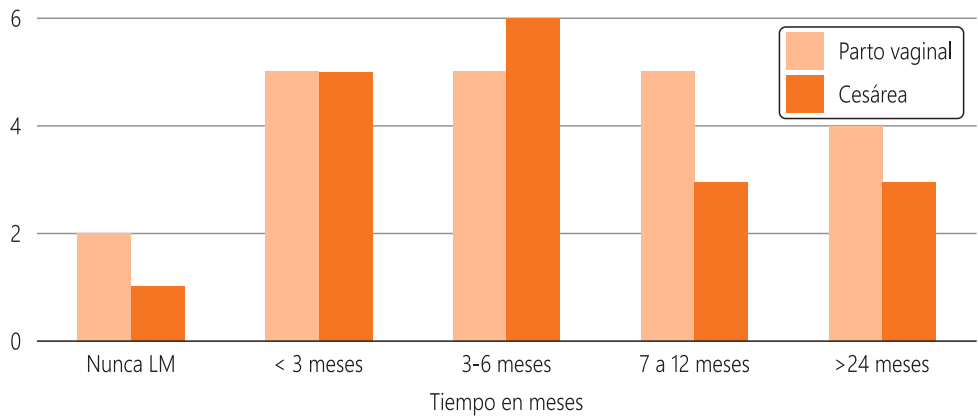


Gráfico 3. Relación entre tipo de nacimiento y duración de LM



En la tabla 4 se representa la relación entre el tipo de nacimiento y el asesoramiento, según la duración de LM.

Tabla 4. Relación entre tipo de nacimiento y asesoramiento de LM

Tipo de nacimiento	Apoyo LM: no	Apoyo LM: sí	Total
Cesárea			
menores de 3	1	4	5
3-6 m	1	5	6
7-12 m	2	0	2
mayores de 24	1	2	3
Parto vaginal			
menores de 3	2	3	5
3-6 m	3	2	5
7-12 m	2	1	3
mayores de 24	2	2	4

Gráfico 4. Relación entre apoyo a la LM y su duración

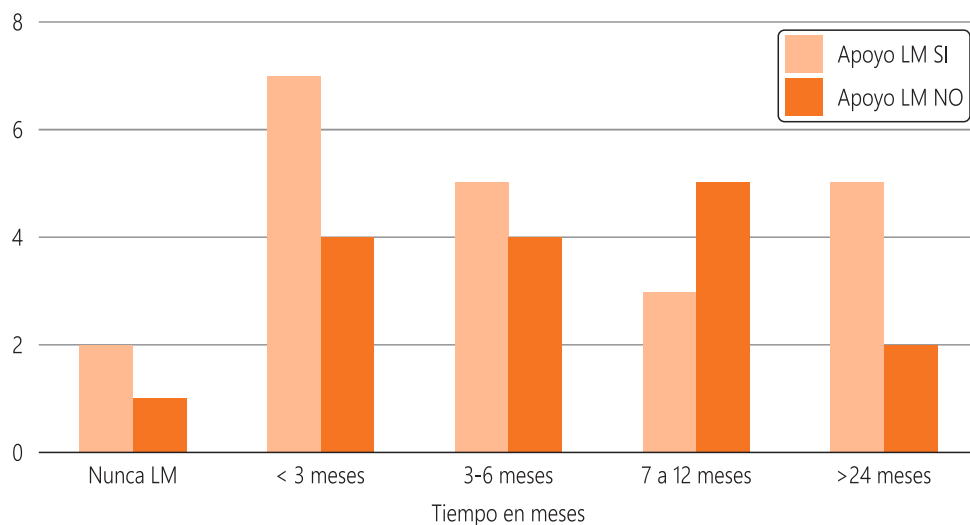
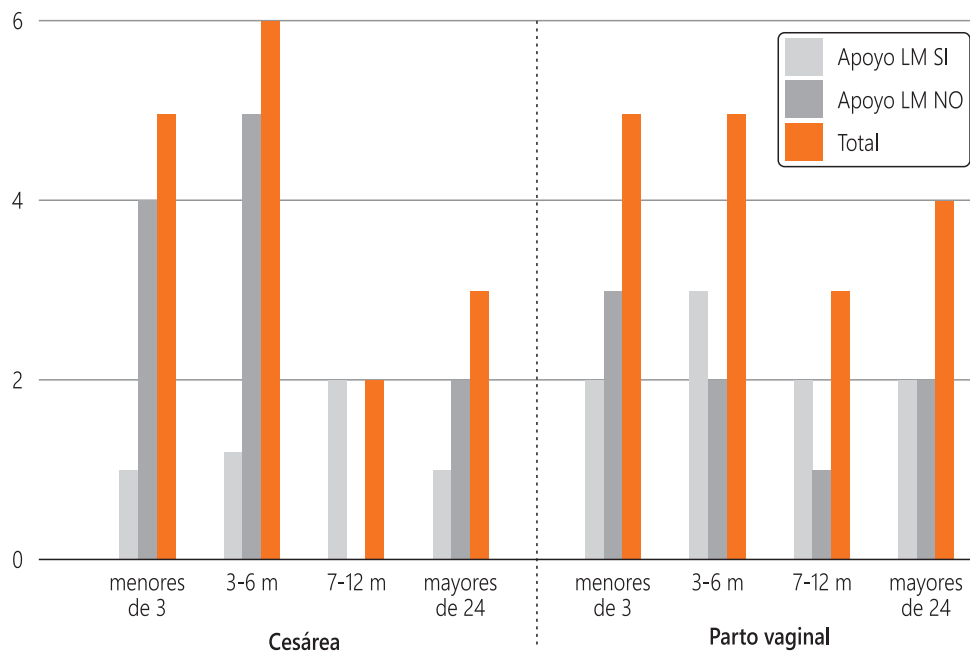


Gráfico 5. Relación entre apoyo a la LM y tipo de nacimiento



Discusión

Del análisis de esta investigación, a través de la caracterización de la población, se observa que predominan los nacidos por parto (tres de cada cinco), casi dos tercios alimentados por LM al momento de la encuesta, procedentes de barrios periféricos de Montevideo, sobre todo Santa Catalina y Cerro. En cuanto a las madres eran adultas jóvenes, mayormente desempleadas, con escolarización básica, casi la mitad sin asesoramiento en LM. Si bien no fue estudiado específicamente, es probable que se trate de una población procedente de medio socioeconómico deficitario.

En lo que respecta a la duración de la LM, la duración promedio de aquellos que no se encontraban en lactancia al momento de la encuesta fue algo menor de 1 año (10,3 meses). Este promedio fue menor respecto a la encuesta nacional de lactancia materna del año 2020, con una caída de 4,28 meses en promedio —acercándose a la encuesta del 2011 (9,3 meses), si bien es algo mayor—. Este descenso respecto a 2020 puede deberse, al menos parcialmente, a una disminución del contacto con las usuarias gestantes y puérperas del sistema de salud, vinculado a la pandemia por covid 19, cuando primó la telemedicina y la consulta telefónica, realizándose asistencia centrada en la patología y dejando de lado la asistencia centrada en la persona.

Aproximadamente la mitad de los niños que estaban en lactancia al momento de la encuesta tenían entre 0 y 6 meses, lo que indica que al menos el 50 % cumple con las recomendaciones de la OMS de mantenerla durante los primeros 6 meses de vida, aunque no fue analizado si era de forma exclusiva o complementada. Estos resultados son ligeramente menores a los de la encuesta nacional de lactancia materna del año 2020, en la que se reflejaba que el 57,4 % de los niños menores de 6 meses recibían pecho directo exclusivo.

En lo que respecta a su relación con el nivel educativo materno, se encontró que en aquellos con nivel educativo más alto predominó la lactancia materna menor a tres meses, a diferencia de las mujeres únicamente con primaria completa, que en su mayoría superaron los tres meses de duración. Incluso se observa que aquellos con una duración mayor de 24 meses predominaron en los grupos con menor nivel educativo. No se observaron grandes diferencias entre la duración de la LM y la vía de nacimiento, si bien aquellos con una duración mayor de 24 meses predominaron en los nacidos por parto vaginal. Este hecho puede ser explicado en parte por las diferencias en asesoramiento, el cual fue mayor en las pacientes con cesárea, para todos los subgrupos de duración de la LM, lo que constituye un sesgo. De hecho, este dato contrasta con la encuesta nacional de lactancia materna del año 2020, en la que la duración de la LM de al menos 6 meses se asoció con el parto vaginal.

En contraposición a lo expuesto en este trabajo, Patnode et al. (2025) para la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) señala que existen

disparidades en la duración de la lactancia materna según grupos socioeconómicos y étnicos-culturales. Según los investigadores de esta revisión sistemática, se observa menor prevalencia de lactancia a los 6 meses entre mujeres de etnia negra y personas con menor nivel de educación e ingresos, lo que sugiere que más allá de intervenciones universales se requieren estrategias específicas para estos grupos.

Los principales motivos del destete fueron cantidad insuficiente de leche, destete natural y patología materna, principalmente mamaria. La cantidad insuficiente de leche y la patología mamaria son los principales motivos del destete en los niños menores de 3 meses; aparece el destete natural y se mantiene la cantidad insuficiente de leche en los niños de 3 a 6 meses, mientras que en aquellos niños mayores de 24 meses se ve nuevamente el destete natural y el nuevo embarazo como los principales motivos. Estos datos se correlacionan con los datos obtenidos en la última encuesta nacional de lactancia, en la que antes de los 6 meses el principal motivo de destete se establecía como la cantidad de leche insuficiente, en cambio contrasta que la patología materna que se ubicaba en cuarto lugar, luego de succión inadecuada y trabajo materno, hechos no identificados en el presente trabajo.

Casi la mitad de las mujeres (43 %) no recibieron asesoramiento, números similares, aunque por debajo, en comparación a la última encuesta nacional de lactancia (48 %). Lactantes con una duración de LM mayor de 24 meses tuvieron mayor prevalencia de asesoramiento materno. Llama la atención la ausencia mantenida en la percepción del asesoramiento, ya que su implementación a través de grupos de ayuda ha permitido prolongar el amamantamiento. Esta percepción de insuficiencia, sumado al hecho de la creencia de que los profesionales no realizan adecuadamente su trabajo para promover la lactancia, puede ser revertido a través del compromiso por parte del equipo de salud, a través de la implementación de diversas estrategias. Se ha asociado la asistencia a un grupo de apoyo a la lactancia y la relación con otras madres lactantes de niños mayores, con las que compartir experiencias, como una estrategia útil para apoyar y fortalecer la decisión de amamantar por encima de los 12-24 meses. Las madres y las familias tienen derecho a recibir orientaciones sobre lactancia y alimentación complementaria de acuerdo a la Norma Nacional de Lactancia (2017).

Conclusiones

La duración de la LM fue menor a un año, por debajo de la última encuesta nacional de lactancia del año 2020. La lactancia materna se mantiene por encima del 50 % en los menores de 6 meses. El menor nivel educativo materno fue el que presentó mayor duración de lactancia materna. No se observó un claro aumento de la duración de la lactancia materna en los nacidos por parto vaginal, aunque el

asesoramiento fue menor. La cantidad insuficiente de leche y la patología mamaria son los principales motivos del destete, fuera del destete natural.

El asesoramiento en LM continúa siendo percibido como insuficiente; es necesaria la reevaluación de las estrategias actuales así como su adaptación para abordar los múltiples mitos que alteran la iniciación y el mantenimiento de LM. Es imperioso insistir en estrategias a nivel territorial, con la realización de talleres, capacitación del equipo así como la creación tanto de policlínicas específicas de lactancia como grupos de apoyo.

Agradecimientos

A todo el equipo de la policlínica Santa Catalina, que me acompañaron en mi formación como residente. A las residentes, Dras. Valentina Blanco, Florencia Chiapara, Gimena Rodríguez, Alexa Silvera y Mariana Arámbulo que participaron en la recolección de datos y entrega de formularios. A las Dras. Claudia Nosei, Natalia Pelaez y Javier Pintos que participaron en el inicio con el planteamiento de los objetivos y a la Dra. Natalia Cristoforone que participó en la metodología.

Referencias bibliográficas

- Ares, S., González, C., Pérez, J. y Gómez, C. (2015). *Lactancia materna en niños mayores o "prolongada"*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Boatin, A., Schlotheuber, A., Betrán, A. P., Moller, A. B., Barros, A. J. D., Boerma, T. y Torloni, M. R. (2018, 24 de enero). Within country inequalities in caesarean section rates: Observational study of 72 low and middle income countries. *BMJ*, 360, artículo k55. <https://doi.org/10.1136/bmj.k55>
- Bove, M., y Cerruti, F. (2001). *¿Cuándo y por qué se produce el destete en Uruguay?* RUANDI & IBFAN.
- Bove, M. I. y Cerruti, F. (2011). Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas alimentarias y anemia en niños menores de 2 años. Unicef, MSP-Ruandi.
- Cable, N., Bartley, M., McMunn, A. y Kelly, Y. (2012). Gender differences in the effect of breastfeeding on adult psychological well-being. *European Journal of Public Health*, 22(5), 653–658. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr206>
- Cockerham-Colas, L., Geer, L., Benker, K. y Joseph, M. A. (2012). Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 7(3), 143–150. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0047>
- Cortés-Rúa, L., y Díaz-Grávalos, G. J. (2018). Interrupción temprana de la lactancia materna: Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 29(4), 207–215. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003>
- De León, C., De Souza, N., De Oliveira, R., Castro, M. y Moratorio, X. (2017). *Norma Nacional de Lactancia Materna*. Unicef, MSP-Ruandi.
- Dowling, S. y Brown, A. (2013). An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: What are the issues and why does it matter? *Breastfeeding Medicine*, 8(1), 45–52. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0102>

- Graña, S., Alarcón, A., Quintana, L., Fabbiani, A. y Montalbán, A. (2017). *Guía para la atención integral de adolescentes*. Dirección General de la Salud, Área Programática de Adolescencia y Juventud, OPS, OMS. Uruguay.
- Juez, G., Niño, R., Ortega, R. y Mena, P. (2010). *Lactancia*. (3.ª ed.). Santiago de Chile
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de alimentación complementaria para niños/as de 6 a 24 meses*. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública, OPS, OMS. (2017). *Guía para la atención integral de adolescentes*. Montevideo: Dirección General de la Salud, Área Programática de Adolescencia y Juventud.
- Ministerio de Salud Pública [MSP] y Unicef (2020). *Encuesta nacional de lactancia, prácticas de alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)*.
- Moreno Villares, J. M., Collado, M. C., Larqué, E., Leis Trabazo, R., Saenz De Pipaón, M. y Moreno Aznar, L. A. (2019). The first 1000 days: An opportunity to reduce the burden of noncommunicable diseases. *Nutrición Hospitalaria*, 36, 218–232.
- Olza Fernández, I. y Marín Gabriel, M. Á. (2014). Neurobiología del vínculo materno-filial: Aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. En *Curso de Actualización Pediatría* (pp. 29–39). Exlibris Ediciones. <http://cursosaeap.exlibrisediciones.com/files/49-239-fichero/Neurobiolog%C3%ADa%20del%20v%C3%ADnculo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510066>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2018). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The revised Baby-friendly Hospital Initiative*.
- OMS y Unicef. (2020). *Lactancia materna*. https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- Patnode, C. D., Senger, C. A., Coppola, E. L. e Iacocca, M. O. (2025). Interventions to Support Breastfeeding: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 333(17), 1527–1537.
- Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W., Edmond, K. M. y Bhutta, Z. A. (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(7), artículo e0180722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>
- Thomson, G., Crossland, N. y Dykes, F. (2012). Giving me hope: Women's reflections on a breastfeeding peer support service. *Maternal & Child Nutrition*, 8(3), 340–353. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00317.x>
- Unicef. (2018). *Breastfeeding: A mother's gift, for every child*. <https://es.slideshare.net/Marcusrenato/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child-unicef>

Evaluadores

Fernando Berriel

Magíster en Psicología Social - Universidad Nacional de Mar del Plata
Licenciado en Psicología - Udelar

Graciela Carreño

Magíster en Enseñanza Universitaria - Udelar
Licenciada en Musicología - Udelar

Ana Charamello

Magíster en Gerontología Social - Universidad Autónoma de Madrid
Licenciada en Psicología - Udelar

Martín de Lellis

Magíster en Administración Pública - Universidad de Buenos Aires
Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales - Universidad de Buenos Aires
Licenciado en Psicología - Universidad de Buenos Aires

Victoria Evia Bertullo

Doctora en Antropología - Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social
Magíster en Ciencias Humanas, opción Antropología Social y Cultural - Udelar
Licenciada en Antropología - Udelar

Mónica Lladó

Doctoranda en Antropología - Udelar
Magíster en Antropología - Udelar
Licenciada en Psicología - Udelar

Fabrizio Martínez Dibarboure

Doctor en Antropología - Udelar
Magíster en Ciencias Humanas opción Antropología de la Cuenca del Plata - Udelar
Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría - Udelar
Diplomado en Medicina Tropical - Universidad Nacional del Nordeste
Profesor de Filosofía - Consejo de Formación en Educación - ANEP
Licenciado en Enfermería - Udelar

Mariela Muñoz

Doctora en Psicología - Universidad Nacional de San Luis
Magíster en Psicología Social - Universidad Nacional de Cuyo
Licenciada en Psicología - Universidad del Aconcagua

Clara Niz

Doctora en Medicina - Udelar
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria - Udelar

Paola Papa

Maestranda en Comunicación e Información - Udelar
Posgrado en Comunicación Organizacional - Universidad Católica del Uruguay
Diplomada en Gerencia Social - Instituto Universitario Claeh
Licenciada en Comunicación Social - Universidad Católica de Uruguay

Jorge Augusto Pronato

Doctor en Medicina - Cirujano - Universidad Nacional de Córdoba
Magíster en Salud Materno Infantil - Universidad Nacional de Córdoba
Especialista en Pediatría - Universidad Nacional de Córdoba
Especialista en Neonatología - Universidad Nacional de Córdoba

Raquel Rodríguez Garmendia

Magíster en Nutrición - Universidad Católica del Uruguay
Licenciada en Nutrición - Udelar

Milton Romani

Licenciado en Psicología - Udelar

Estela Skapino

Doctora en Ciencias de la Salud y el Deporte - Universidad de Zaragoza
Magíster en Nutrición - Universidad del León
Licenciada en Nutrición - Udelar

Josefina Verde

Magíster en Investigación en Salud - Universidad de Antioquia, Colombia
Licenciada en Enfermería - Udelar
Licenciada en Ciencias de la Educación - Udelar

Annalet Viera

Doctora en Educación - Universidad ORT
Magíster en Gestión de los Servicios de Salud - Udelar
Especialista en Enfermería Pediátrica, en Cuidado Intensivo de Infancia y Adolescencia, en Derechos de Infancia y Políticas Públicas - Udelar
Posgrado de Especialización en Entornos Virtuales de Aprendizaje - OEI
Licenciada en Enfermería - Udelar



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

latindex