

Desde Acá.

**CIMIENTOS PARA
UNA SALUD SITUADA**

Revista del Instituto
de Ciencias de la Salud UNAJ

Volumen 4 | 2025

Autoridades

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector Arnaldo Medina

Vicerector Miguel Binstock

Instituto de Ciencias de la Salud

Director Martín Silberman

Vicedirectora Claudia Congett

Cuerpo Editorial

Editores responsables Arnaldo Medina y Martín Silberman

Comité editorial

Directora María Cecilia Scaglia

Editores Adjuntos

María Pozzio, Diego de Zavalía Dujovne, Ignacio Ezequiel Fernández,
Lucas Agüero, Nadia Percovich.

Coordinadoras editoriales del dossier

Florencia Rísoli y Magalí Turkenich

Comité Asesor Académico

Fernando Vallone, Claudia Congett, Daniela Álvarez, Teresa Poccioni, Patricio Narodowski, Daniela Testa, Alicia Villalba, Adriana Petinelli, Natalia Deluca, Eduardo Prieto, Mariela Nievas, Eugenia Pollini, Gabriela Lemonnier, Zulma Ortiz, Jonatan Konfino, Mora Castro, Gabriel Sosa Hidalgo, José de Echave, Carolina Gilardi, Mariano San Martín, Liliam Sierra, Patricia Roussel.

Editora Ejecutiva

Lía Silberman

Revisores del N°4

Mabel Villa, Analía Bertolotto, Pablo Roffe, Mariana Vázquez, Gustavo Mórtola, Martín Urtasun, Paula Estrella, Emiliano López



Indice

Cuidar es un asunto de todos y todas.....	5
<i>María Cecilia Scaglia</i>	
Dossier	
Cuidados y salud	7
Una apuesta hacia la democratización de los cuidados en salud.....	8
<i>Florencia Rispoli y Magalí Turkenich</i>	
La humanización del cuidado en salud. Un estado del arte.....	16
<i>Daniela Testa y Federico Rayez</i>	
Los cuidados en las vejeces: aproximación teórica y empírica	39
<i>Karina Silvia Dionisi</i>	
Conformación de la Red de Seguimiento y Cuidados de la persona Recién Nacida Prematura y Alto Riesgo al nacer y su familia. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, período 2022 -2024. Dirección Provincial de Salud en la Niñez y la Adolescencia - Subsecretaría de Políticas de Cuidados en Salud.....	56
<i>Silvina Gabriela Moggiano y Federico Paruelo</i>	
Actividades territoriales interdisciplinarias Hospital provincial Subzonal “Dr. José María Jorge” como estrategia de cuidados en salud	69
<i>Silvana Lorena Fernández, Marcela Andrea Delfino, Sonia Beatriz González, María de los Angeles Larrieur</i>	
Enfermería comunitaria. Lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en una Parroquia de Florencio Varela	83
<i>Roxana Paredes</i>	
Resúmenes ampliados	94
Intervenciones de enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en la comunidad de personas externadas de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires.....	95
<i>Jimena Milesi y Rocío Rodríguez</i>	



Diseño de evaluación de procesos y resultados de implementación del eje humanizado del Hospital El Cruce, desde la perspectiva del destinatario con un enfoque de derechos	97
<i>Verónica Andrea Cañete</i>	
El Cuidado: Nudo Crítico de las Desigualdades de Género	100
<i>Liliana Noemí Acosta</i>	
Participación Social en Salud: aprendizajes en la articulación entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil	103
<i>Jahnavi Blázquez</i>	
La Antena	105
Los modos de conocer como vehículo para la formación en competencias. Análisis de una secuencia didáctica en diferentes modalidades de dictado	106
<i>Griselda Noemí Moreno, Augusto Graieb y María Agustina Martínez</i>	
Actividades Profesionales a Confiar, una propuesta innovadora para la educación basada en competencias	128
<i>Emiliano López y Martín Silberman</i>	
Espacio de Divulgación	145
“Podés cuidar, pero otra cosa es sentirse cuidado”. Dolor y sufrimiento en los cuidados paliativos. Entrevista a Graciela Jacob	146
<i>Florencia Rispoli, Magalí Turkenich y Diego de Zavalía</i>	



Cuidar es un asunto de todos y todas



María Cecilia Scaglia

El dossier que contiene este número 4 de la revista es el resultado de un proceso de reflexión que se dio a partir de las IV Jornadas de Salud Comunitaria “Los Cuidados en Salud” organizadas por el Instituto de Ciencias de la Salud de nuestra universidad.

La problemática de los cuidados adquirió centralidad a partir de la pandemia y del impulso de los feminismos de la “cuarta ola”; se trata de un campo atravesado por los múltiples sentidos que se le otorgan al término y por diferentes dimensiones a partir de las que se los piensa. El principal desafío para la publicación de este dossier fue entonces no circunscribir los cuidados en salud a ninguna profesión o campo disciplinar. En el ámbito de las ciencias de la salud, el término “cuidar” supone una oposición paradigmática al modelo biomédico hegemónico, se opone a la reducción biologicista del paradigma de la “cura”. Por lo tanto, cuidar en salud no supone competencias específicas y diferenciadas sino que se trata de un paradigma integral de abordaje de los padecimientos. No se puede curar sin cuidar y nadie tiene delimitado el cuidado como campo profesional propio. El amplio espectro que suponen las intervenciones orientadas por esta perspectiva está claramente expresado en la presentación del dossier por las coordinadoras del mismo.

Mientras coordinábamos la edición de este número, también pudimos migrar la revista a una plataforma alojada en un servidor de la universidad, es decir que Desde Aquí es la primera publicación que se aloja en el portal de revistas científicas de la UNAJ con cuatro números publicados en dos años de existencia, ese logro nos llena de orgullo.

En este número inauguramos además la sección La Antena, que como ya dijéramos intenta “recibir señales” de propuestas, debates, experiencias que “vibran en el aire” y que puedan ser publicadas; también busca potenciar la producción de conocimiento



que se hace desde este territorio, pero abierta a lo que sucede en otros. Hoy La Antena presenta dos artículos originales y convoca a presentar propuestas con temas libres para los próximos números.

Deseamos que las y los lectores disfruten de este número, que se queden pensando en los debates que intentamos abrir, y también ansiamos que las y los docentes de la UNAJ incorporen la lectura de algunos artículos en sus programas de estudio, para seguir contribuyendo a un proceso de enseñanza aprendizaje que permita construir una perspectiva crítica en nuestros futuros profesionales. Ya desde el primer número nos propusimos promover la escritura académica en nuestra comunidad de estudiantes, docentes e investigadores, y aún en contextos adversos como el actual, de desfinanciamiento de políticas públicas en general y de ahogo presupuestario del sistema universitario, seguimos sosteniendo esta publicación como expresión de nuestra vocación pedagógica y transformadora.



Dossier

Cuidados y salud

Una apuesta hacia la democratización de los cuidados en salud



Florencia Rispoli y Magalí Turkenich

El *dossier* de este número toma como eje temático los cuidados en salud. Uno de los puntos de partida para la definición de este tema fueron las jornadas de salud comunitaria que se realizaron en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ en 2024, cuyo tema convocante fue el de cuidados y salud. En el transcurso de su organización y desarrollo, nos encontramos con una diversidad de propuestas que resultaron ser una fuerza motora que nos impulsó a continuar con la reflexión sobre este campo. El otro punto de partida se relaciona con la necesidad de pensar y entender los sentidos a los que nos referimos cuando desde la docencia, la vinculación, la investigación, la gestión y la práctica asistencial hablamos del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC). ¿A qué se hace referencia específicamente con “cuidados”? ¿Existe un sentido unívoco al respecto? Creemos que una buena forma de dar lugar a este debate tan necesario es conociendo los modos en los que se articula el cuidado en las distintas esferas de intervención y este es el sentido que nos proponemos en el recorrido de este *dossier*. Cada uno de los artículos que lo componen abordan el cuidado desde un prisma particular: el debate epistemológico, el cuidado como parte de una lógica en la definición de políticas públicas en salud, el cuidado en la formación, el cuidado como orientación de las prácticas asistenciales.

Algunas consideraciones generales sobre los cuidados

La perspectiva desde la que iniciamos estas reflexiones se aleja de aquella que considera a los seres humanos como seres autónomos, individuales. Somos sujetos interdependientes y parte intrínsecamente constitutiva de una comunidad. La necesidad de recibir cuidados -al menos en alguna de las etapas de la vida- es una condición afín a todos los seres humanos: dependemos del cuidado mutuo para sobrevivir tanto material como subjetivamente.



El concepto “cuidados” es amplio y polisémico. Podemos decir en principio, que incluye a todas aquellas actividades y prácticas que tienen por objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas y que son necesarias para la supervivencia cotidiana en la sociedad en la que vivimos. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado y la gestión del cuidado. Fisher y Tronto propusieron que “[...]el “cuidar” (caring) sea considerado una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo”, de forma tal que podamos vivir lo mejor posible”¹ (p. 40). Los elementos, vínculos y acciones que implica el cuidado configuran una compleja red, en definitiva, el cuidado sostiene la vida.

Tal como sostienen Batthyány, Genta y Perrotta² han primado en las conceptualizaciones sobre los cuidados, visiones dualistas que ponen el foco en las situaciones de dependencia (por edad o discapacidad por ejemplo) de las personas que reciben cuidados, es decir, establecen una distinción entre quienes dan y reciben cuidados. Es más acertado sostener que damos y recibimos cuidados, con diferentes intensidades, a lo largo del ciclo vital.

Lo cierto es que, en acuerdo con la literatura disponible^{3,4} resulta necesario abrir el concepto para comprender la complejidad que encierra. Algunas preguntas para ello podrían ser: ¿cómo se realizan esas tareas y actividades? ¿quiénes las realizan? ¿cómo se organizan? ¿de qué forma? ¿en qué condiciones? ¿cuánto tiempo se destina? ¿a qué costo?

En este sentido, una de las principales evidencias que nos han legado los feminismos y los abordajes socio-comunitarios sobre los cuidados es que están relegados al fuero del ámbito privado y feminizados. Estas afirmaciones se desprenden de la constatación de una ausencia de políticas integrales de cuidados, lo que hace que estas actividades recaigan al interior de los hogares y dentro de ellos se distribuyan de manera desigual: son las mujeres quienes asumen la responsabilidad sobre estas tareas. Más aún, estas corrientes críticas han puesto en evidencia que las acciones incipientes orientadas a los cuidados, muchas veces reproducen también las desigualdades de género.⁵

Al mismo tiempo, la privatización de los cuidados también revela otras desigualdades: aquellas que surgen entre quienes poseen redes de apoyo y quienes no cuentan con ellas. Es que cuando los Estados no intervienen, son los demás actores quienes asumen una postura activa para garantizar la sostenibilidad de la vida. En estos tiempos, cabe entonces preguntarse, ¿cuál es el rol de las organizaciones comunitarias en relación a los cuidados?

Los cuidados en el PSEAC

El padecimiento, la enfermedad y la muerte se presentan como experiencias universales del fenómeno humano que operan diferencialmente en las diversas sociedades y con-



juntos sociales⁶. Todos los grupos sociales, sin importar su época o lugar, han llevado y llevan adelante formas socialmente organizadas de lidiar con la enfermedad. El cuidado y la atención de personas enfermas en sus diferentes concepciones histórico sociales se constituye en relación a normas sociales, condiciones estructurales, procesos simbólico-culturales y sentidos morales, entre otras.

Siguiendo el planteo de Herzlich y Pierret⁷, la enfermedad implica un *fenómeno social total*, o sea que el modo en que la sociedad se organiza para hacerse cargo de ella y la forma en que moviliza sus recursos colectivos está dando cuenta no sólo de la enfermedad en sí, sino de la sociedad en su conjunto. La forma que asumió la respuesta social frente a los malestares, padecimientos y enfermedades en nuestras sociedades occidentales contemporáneas está marcada por el desarrollo de la biomedicina. Esta perspectiva entiende a la enfermedad como una entidad fundamentalmente biológica separada de sujetos, grupos y contextos. Tomemos para ejemplificar esto, la argumentación etimológica dada por Rosler y Young:

quienes ejercían la curación entre los griegos eran equiparados con aquellos fieles servidores guiados por el afecto hacia la persona. A este grupo se vincula el verbo *therapeuo* (servir). *Therapeuo* designa al encargado de cuidar al enfermo como servidor. Si *therapeutés* pudo llegar a designar al médico fue porque en su raíz estaba la de “encargado de cuidar” y esta noción de cuidar consistía la esencia del servir. En *therapeuo* las confluencias de sentido son evidentes ya que significa tener cuidado de, tener solicitud por, servir, prestar cuidados médicos.⁸ (p. 540)

Por su parte, sostienen estos autores, la raíz *med* se vincularía con el sentido de moderación. En latín *medeor* representa un cambio: el objeto de atención del médico ya no es el paciente sino tratar la enfermedad según las reglas. Desde esta vertiente la conjugación no refiere a una persona, curar a alguien, sino que se da un desplazamiento hacia una entidad: curar algo. La relación deja de ser médico-paciente para ser médico-enfermedad.

Entre los principales problemas que afectan a la atención de la salud a nivel del sistema, podemos mencionar a la fragmentación de los cuidados, y al hecho de que la consolidación del modelo biomédico ha llevado a trasladar progresivamente las responsabilidades de cuidado de la salud sobre el individuo. Esto, que en general no se cuestiona y se toma con naturalidad, además de invisibilizar los cuidados colectivos, el rol de las organizaciones sociales y la división sexual del trabajo que interpela a las mujeres para las tareas de cuidado de otras/os, refuerza el dispositivo individualista.

La fragmentación implica que las atenciones no se organizan en forma de cuidados continuos, sino como prestaciones aisladas que a veces se duplican y otras no se concretan en forma oportuna, de modo que se pierde la posibilidad de garantizar las funciones de



la asistencia a la salud. Así, la fragmentación de los cuidados repercute sobre la eficacia de un Sistema de Salud cuando éste toma contacto con la/el/le paciente en la etapa sintomática, y pierde la posibilidad de intervenir en la etapa asintomática y de aplicar medidas preventivas o de detección precoz.

Existen propuestas que plantean una superación crítica al reduccionismo del modelo biomédico y a la fragmentación de los cuidados que se cristaliza en el sistema. Entre ellas, destacamos a las redes integradas de servicios de salud, las propuestas de clínica ampliada con participación intersectorial y la conformación de equipos interdisciplinarios e interprofesionales capaces de integrar saberes y prácticas diversas para el abordaje de la complejidad.

Ampliar la noción de atención hacia una aproximación desde los cuidados implica una connotación más integral, reconociendo que gran parte de las acciones de salud tienen lugar en el marco de la vida cotidiana. Simultáneamente debemos profundizar los caminos en que puede articularse la lógica de cuidados con el ejercicio profesional en el campo de la salud, para que el sistema de salud, en su conjunto, vuelva a “cuidar” y no se restrinja a curar. Para que el cambio de abordaje sea profundo y sostenido debe asumirse esta responsabilidad en común entre todas las profesiones del campo de la salud, y no ser delegada solamente en algunas.

Por todo lo antedicho, consideramos que reinsertar en los debates actuales de la medicina contemporánea la lógica colectiva del cuidado implica una apuesta por los valores políticos del cuidar y al mismo tiempo una proyección respecto de la sociedad que deseamos.

En este sentido y tal como decíamos al inicio de esta presentación, los **artículos y relatos de experiencia** seleccionados nos ofrecen distintas aristas desde las cuáles seguir pensando en los cuidados en el ámbito de la salud. Así, el artículo *La humanización del cuidado en salud. Un Estado del arte* de Daniela Testa y Federico Rayez, centrado en una aproximación bibliográfica, presenta resultados de un proyecto de investigación radicado en la UNAJ. El trabajo explora la emergencia y discusión del concepto humanización del cuidado en salud. Recompone debates y perspectivas presentes en la literatura iberoamericana. Dentro de las principales conclusiones se plantea que la humanización del cuidado en salud es un concepto polisémico y multidimensional que está atravesado en su definición y en su articulación en la práctica sanitaria por diferentes órdenes, por ejemplo, éticos, financieros, políticos y de organización de los sistemas sanitarios que, en su conjunto, ponen en cuestión tanto el alcance como el sentido del trabajo en salud. Sin embargo y aún en su polisemia, Testa y Rayez reconocen ciertas características generales que definen a la humanización de los cuidados. Esta categoría presenta potencialidad crítica, tanto en términos epistemológicos como políticos. De un lado, porque abre un espacio para la generación y circulación de saberes *desde y en* los territorios y del otro, porque promueve la transformación de las prácticas siempre que se problematice en clave situacional.



Karina Silvia Dionisi en *Los cuidados en las vejeces: aproximación teórica y empírica* realiza un minucioso análisis respecto de la categoría de cuidados aplicado a la investigación social y gerontológica, y al diseño de políticas públicas. Toma como punto de partida que en Argentina la población adulta mayor está atravesando un proceso de “envejecimiento del envejecimiento” en el que se destacan ciertas características como ser femenino, urbano, con cobertura social y con hogares unipersonales o conformados por dos adultos mayores, que indica la falta de otros miembros que colaboren en el cuidado y atención. Al analizar desde un enfoque cualitativo trayectorias personales de personas mayores transitando una situación de dependencia en contextos domésticos, resalta la prevalencia de la elaboración artesanal de estrategias de cuidado en las cuales las redes de sostén, conformadas por familiares, vecinos o amigos, tienen un rol fundamental. El artículo presenta, también, una aproximación al mundo cognitivo valorativo del cuidado a partir del análisis de casos concretos.

Por su parte, Silvina Moggiano y Federico Paruelo en su artículo *Conformación de la Red de Seguimiento y Cuidados de la persona Recién Nacida Prematura y Alto Riesgo al nacer y su familia. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, período 2022 -2024. Dirección Provincial de Salud en la Niñez y la Adolescencia - Subsecretaría de Políticas de Cuidados en Salud* describen la creación y puesta en marcha de la red. Se destacan en el artículo los fundamentos que guiaron esta política pública en salud orientada a establecer un modelo que garantice la atención integral, la continuidad de los cuidados y la accesibilidad a especialidades en la población de referencia. El modelo de gestión de la red que se describe está centrado en los derechos de la infancia y la familia, y tiene como propósito la articulación de los servicios de neonatología, consultorios de seguimiento, atención primaria y recursos comunitarios. En el relato de esta experiencia, la autora y el autor dan cuenta del rol fundamental que tienen las redes de servicios de salud para la constitución de una lógica integral de los cuidados.

En *Actividades territoriales interdisciplinarias Hospital Provincial Subzonal Dr. Jose. M. Jorge como estrategia de cuidados en salud*, Silvana Fernández, Marcela Delfino, Sonia González y María de los Angeles Larrieur, nos acercan un análisis reflexivo y fundamentado centrado en la *praxis* de un equipo interdisciplinario conformado por trabajo social, enfermería y terapia ocupacional. La preocupación que organiza el trabajo del equipo está dada por trascender lo asistencial para integrar prácticas de cuidado interdisciplinarias, y en territorio, de usuarios/as internados/as. Tienen como objetivo derribar las barreras arquitectónicas, sociales, culturales y económicas que limitan las posibilidades de desarrollo, autonomía y ejercicio de la ciudadanía de las personas con discapacidad. Para ello, destacan el lugar de las entrevistas domiciliarias como una herramienta fundamental. La información producida a partir de esta aproximación resulta crucial para planificar de forma heurística cuidados individualizados que tomen como eje a las personas con discapacidad, sus familias y las comunidades desde una perspectiva de derechos.



Desde el punto de vista de la formación, Roxana Peredes nos acerca en *Enfermería comunitaria. Lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en una Parroquia de Florencio Varela* la experiencia de las prácticas pre-profesionales de estudiantes de la materia Enfermería Comunitaria 1 y 2, considerándola una etapa crucial en la formación de profesionales. Durante los encuentros realizados en territorio se pudo conciliar una actividad formativa de alto significado educativo y, al mismo tiempo, acercar un servicio de calidad a la comunidad. El relato de esta experiencia nos muestra a docentes y estudiantes universitarios de la UNAJ, integrantes de un centro comunitario y miembros de una parroquia trabajando en conjunto por el cuidado de la comunidad. Así, esta práctica formativa, diseñada e implementada desde una perspectiva integral e intersectorial, plasma los sentidos de una enfermería comunitaria que tiene como eje esencial a los procesos de cuidados centrados en los sujetos, las familias y la comunidad.

A continuación, se presentan cuatro **resúmenes ampliados**, que corresponden a trabajos finales de carrera, de especialización y resultados de beca de investigación.

En *Intervenciones de enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en la comunidad de personas externadas de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, entre Enero del 2021 y Diciembre del 2021*, Jimena Milesi y Rocío Rodríguez, se centran en la continuidad de los cuidados como factor clave más allá del nivel de asistencia en el que las personas deban ser asistidas. Indagaron en el trabajo interdisciplinario de las enfermeras que se desempeñan en el Programa de Externación y Rehabilitación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Esteves. La intervención de este programa se focalizó en personas dadas de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental y su objetivo fue que las usuarias tengan la oportunidad de reinsertarse a la comunidad, gozando de sus derechos como sujetos. Con este trabajo final para la Licenciatura en Enfermería, las autoras destacan el lugar de la profesión, específicamente la figura de la enfermera comunitaria en salud mental cuya labor se enfoca en velar por el cuidado humano, analizar los contextos, y llevar adelante intervenciones desde una perspectiva de derechos y centrada en la familia.

En *Diseño de Evaluación de Procesos y Resultados de Implementación del Eje Humanizado del Hospital El Cruce, Desde la Perspectiva del Destinatario con un Enfoque de Derechos*, Verónica Andrea Cañete, Nodocente de la UNAJ, nos acerca un diseño de evaluación de procesos y resultados cuyo propósito es conocer el alcance de la atención humanizada y el conocimiento que tienen las y los pacientes de sus derechos. En este resumen ampliado de su Trabajo Integrador Final para la Especialización de Evaluación de Políticas Públicas (UNLA), la autora desarrolla las características del diseño evaluativo que construye. Sostiene que, al tratarse de una evaluación participativa en donde los derechos atraviesan las decisiones que las y los profesionales tomen, resulta necesaria la utilización de modelos de gestión acordes al contexto socioeconómico y cultural de la población que atiende. El aporte de este TIF resulta de particular relevancia para la implementación de modelos de cuidados humanizados en los efectores sanitarios.



Desde una perspectiva de género Liliana Noemí Acosta, Licenciada en Trabajo Social, graduada de la UNAJ, nos propone una potente mirada respecto de los cuidados en salud a partir de su Trabajo de Integración Final *El Cuidado: Nudo Crítico de las Desigualdades de Género*. Tomando como punto de partida que el cuidado ha sido tradicionalmente visto como una extensión del rol femenino, visibiliza la desigualdad de género respecto a la responsabilidad de cuidado de hijos e hijas con discapacidad. Esta situación enfrenta a las mujeres con el dilema de responder a mandatos sociales de “buena maternidad”. Además, el cuidado que se da de manera informal comporta una carga física y emocional que, tal como destaca la autora, puede tener consecuencias en la salud mental y física de las mujeres que lo llevan adelante.

El resumen ampliado de la estudiante de medicina Jahnavi Blazquez, *Participación Social en Salud: aprendizajes en la articulación entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil*, nos acerca resultados de su investigación como becaria del programa de Estímulo a las Vocaciones Científicas del Consejo Interuniversitario Nacional (EVC-CIN) que desarrolló en el marco de un proyecto UNAJ Investiga. Se destaca el análisis del trabajo conjunto entre Estado y organizaciones de la sociedad civil, y cómo esa práctica conjunta llevó a cambiar las representaciones de los diferentes actores sociales. El trabajo se llevó adelante en Villa Itatí, durante pandemia y registró la Participación Social en Salud en el Comité Operativo de Emergencias (COE). El análisis realizado registra cómo se modificaron las prácticas de abordaje e intervención en salud, entendiendo que la producción de salud y cuidados también ocurre en la comunidad.

Por último, en **el espacio de divulgación**, se incluye una entrevista realizada a Graciela Jacob, médica y socióloga referente de los cuidados paliativos en nuestro país. En el desarrollo de la entrevista, a través del relato de sus experiencias y sus reflexiones conceptuales, Jacob nos ofrece una mirada aguda respecto de la necesidad de una perspectiva integral para pensar los cuidados centrados en los y las pacientes y sus familias en la etapa final de sus vidas. La integralidad es definida y garantizada por el trabajo interdisciplinario, la construcción de una práctica asistencial que ponga en el centro el padecimiento subjetivo y el necesario acompañamiento de políticas públicas diseñadas desde estas concepciones.

En estos tiempos en los que parece y sentimos que todo se desvanece en el aire, dar cuenta de los caminos transitados nos permite asentarnos sobre las huellas para fortalecer el horizonte al que aspiramos: un sistema de salud accesible, equitativo y de calidad centrado en los derechos de los y las pacientes, de sus trabajadoras y trabajadores, y orientado desde una lógica de democratización de los cuidados.



Bibliografía

1. Tronto J. ¿Riesgo o cuidado? Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita; 2020.
2. Batthyány K, Genta N, Perrotta V. El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Rev Estud Fem.* 2017;25(1):183-209.
3. Faur E, Pereyra F. Gramáticas del cuidado. En: Piovani JI, Salvia J, editores. *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual: Encuesta Nacional sobre la Estructura Social.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2018.
4. Pautassi L. El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Rev Fac Derecho Mex.* 2018;68(272).
5. Rodríguez Enríquez C. Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Rev Nueva Soc.* 2015;(256):marzo-abril.
6. Menéndez E. La Enfermedad y la Curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Rev Alteridades.* 1994;(7).
7. Herzlich C, Pierret J. De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuad Med Soc.* 1988;(43).
8. Rosler R, Young P. La lección de anatomía del doctor Nicolaes Tulp: el comienzo de una utopía médica. *Rev Med Chil.* 2011;139(4):535-541. doi:10.4067/S0034-98872011000400018.



La humanización del cuidado en salud. Un estado del arte

The Humanization of Health Care: A State of the Art Review
A humanização do cuidado em saúde. Um estado da arte



F. Daniela Testa¹ (ORCID: 0000-0003-1293-3775),
Federico Rayez^{2, 3} (ORCID: 0000-0001-8425-9893)

Contacto

Daniela Testa -Email: danitestu@gmail.com

Filiaciones

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina 2. Universidad Nacional de Quilmes, Argentina 3. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

Citar como

Testa D, Rayez, F. *La humanización del cuidado en salud. Un Estado del arte*. Desde Acá. 2025; 4: 17-38.

Resumen

Como parte del trabajo de elaboración teórica de un proyecto UNAJ Investiga, el objetivo de este artículo es aportar a la conceptualización de la humanización del cuidado en salud a partir de elaborar un estado del arte, en Iberoamérica. Realizamos una revisión de alcance (con metodología PRISMA) a través de un rastreo en tres bases de datos: BVS, Scielo y Google Académico. Se recuperaron 644 artículos y luego de aplicar los criterios de selección se analizaron 52. Los hallazgos sugieren que la humanización del cuidado como categoría compleja, polisémica y difusa, presenta potencialidad crítica, especialmente en Latinoamérica. Por un lado, en el plano epistemológico, como espacios de generación y circulación de saberes *desde y en* los territorios; por el otro, en lo político, como estrategias de transformación de las prácticas, si son problematizadas en clave histórica y relacional.

Palabras clave: Humanización de la atención, servicios de salud, revisión de estado del arte.



Abstract

As part of the theoretical development of the UNAJ Investiga project, this article aims to contribute to the conceptualization of the humanization of health care through an Ibero-American state-of-the-art analysis. We conducted a scoping review using the PRISMA methodology, searching three databases: BVS, Scielo, and Google Scholar. The results suggest that the humanization of care, as a complex, polysemic, and diffuse category, holds significant critical potential, particularly in Latin America. This potential manifests at two levels: epistemologically, as spaces for generating and circulating knowledge within and across territories; and politically, as strategies for transforming practices when examined through a historical and relational lens.

Keywords: Humanization of care, health services, review literature as topic.

Resumo

Como parte do trabalho de elaboração teórica de um projeto da UNAJ Investiga, o objetivo deste artigo é contribuir para a conceituação da humanização da assistência à saúde, com base na elaboração de um estado da arte ibero-americano. Realizamos uma revisão de escopo (com metodologia PRISMA) por meio de uma pesquisa em três bancos de dados: BVS, Scielo e Google Scholar. Os resultados sugerem que a humanização do atendimento como uma categoria complexa, polissêmica e difusa tem um potencial crítico, especialmente na América Latina. Por um lado, em nível epistemológico, como espaços para a geração e a circulação de conhecimento *de e nos* territórios; por outro lado, em nível político, como estratégias para transformar práticas, se elas forem problematizadas em uma chave histórica e relacional.

Palavras-chave: Humanização da assistência, serviços de saúde, literatura de revisão como assunto.



La humanización del cuidado en salud. Un Estado del arte^a



Daniela Testa y Federico Rayez

Introducción

La humanización del cuidado en salud es un concepto polisémico y multidimensional. Se desarrolla frente a obstáculos de naturaleza ética, financiera, política y de organización de los sistemas sanitarios que cuestionan el alcance, la calidad y hasta el sentido mismo del trabajo en salud. “La deshumanización es endémica en la práctica médica”, afirman los psicólogos norteamericanos¹ (p. 176) al observar cómo las formas de deshumanización van ganando espacio (¿para quedarse?) en la vida hospitalaria. Dos décadas después, a juzgar por la bibliografía existente, - y aún siendo un tema emparentado con clásicos de la sociología de la salud y la antropología médica - concita gradualmente interés en las agendas de investigación, en las reformas sanitarias y en los sistemas de administración de los servicios.

Dentro de las áreas abordadas desde las lentes de la humanización del cuidado, se destacan el inicio y el final de la vida, los cuidados paliativos y las unidades de cuidados críticos y de alta complejidad; los perfiles profesionales del personal de salud, las condiciones de trabajo, el manejo de las emociones y las estrategias de capacitación en este tipo de abordaje^{2,3,4,5}. Esta perspectiva dialoga con la bioética, definida como un puente que une ciencia y humanismo, a partir de principios que velan por el bienestar, la dignidad, la autonomía, los derechos y la calidad de vida de los pacientes^{6,7}.

En los primeros acercamientos a las publicaciones latinoamericanas se detectaron diálogos con las producciones españolas y referencias a las estrategias de humanización de la asistencia sanitaria y al Proyecto HUCI (Humanizando los cuidados intensivos), que surgen en ese país europeo en el año 2014. Entre sus líneas de trabajo, el mencionado proyecto, oferta certificar

a Este trabajo es parte de la elaboración teórica del proyecto “Humanización del cuidado en salud en un hospital de alta complejidad del conurbano bonaerense, UNAJ Investiga convocatoria 2023, dirigido por Daniela Testa y Federico Rayez.

el cumplimiento de estándares de humanización de las organizaciones sanitarias, así como de sus profesionales y de la formación que estos reciben. Cuenta con siete líneas estratégicas (terapia intensiva abierta, comunicación, bienestar del paciente, cuidado del personal, cuidados post Unidad de Terapia Intensiva, acompañamiento al final de la vida y estructura edilicia) que reúnen 160 estándares de calidad. Asimismo, algunos expertos consultados señalaron el “modelo español” al momento de referirse a experiencias de humanización en Argentina.

Desde los estudios de enfermería, los cuidados humanizados se presentan como el “epicentro epistemológico” de la disciplina⁸ y como un rasgo identitario de la profesión que forma parte de los currículos formativos^{9,10,11}. Estos aportes, aunque presentan una amplia gama de matices entre sí, comparten la idea de que las lógicas de humanización no deben contraponerse a los avances biomédicos sino considerarse como procesos que se complementan y/o potencian¹². Desde las ciencias sociales, si bien no se utiliza la categoría específica humanización del cuidado como tal, un conjunto de estudios analizan el nacer y el morir como instancias de la vida que patentizan el proceso de medicalización en las sociedades modernas occidentales y conceptualizan el surgimiento del parto respetado y del buen morir como prácticas que interpelan la biomedicalización de la salud^{13,14}. En el mismo sentido, estudios feministas vinculan la lucha contra la violencia obstétrica y los procesos de asistencia del embarazo, parto y puerperio con el avance de los derechos sexuales y reproductivos y los cuestionamientos a las prácticas hegemónicas^{15,16}. Desde abordajes antropológicos se han explorado los discursos y el lugar de los actores involucrados, comprendiendo estos cuestionamientos como parte del proceso de desmedicalización¹⁷. Investigaciones sobre salud mental destacan que la humanización está centrada en la sustitución de dispositivos de encierro por otros de inserción comunitaria¹⁸. También los estudios sociales de la discapacidad abordan los procesos de deshumanización de las personas con discapacidades problematizando el paternalismo médico, la patologización de la discapacidad y el derecho a la autonomía de este sector de la población cuyo reconocimiento pleno es una deuda del presente^{19,20}.

Por otra parte, la pandemia de Covid-19 llevó al límite las capacidades de los sistemas de salud y puso a la vista la crudeza de las inequidades, las desigualdades y las dificultades de acceso frente a la fragilidad de la vida. La crisis sanitaria global interpeló sentidos sobre la vida y la muerte, el enfermar y el sanar y motivó reflexiones sobre las formas – (des) humanizadas – de atención en salud. Este cimbronazo no sólo resonó en las y los pacientes, sino que alcanzó a los equipos de salud. El miedo al contagio, la incertidumbre, el aumento de la carga laboral y de las responsabilidades puso al desnudo la vulnerabilidad humana del personal sanitario y la necesidad de pensar formas de trabajar que incluyan tales complejidades²¹. Así pues, las malas condiciones de trabajo, el pluriempleo y la feminización del sector profesional colocaron sobre el tapete injusticias históricas –especialmente con el sector de enfermería– en cuanto al reconocimiento económico, social y profesional, como elementos que constituyen el entramado relacional que estructuran las labores cotidianas en los ámbitos sanitarios²².

Los significados asignados a la humanización de los cuidados –como ya dijimos– son polisémicos y se refieren a temáticas variadas. Por tanto, es posible encontrar diversas no-



ciones que, con diferencias semánticas difusas, comparten sentidos, o mismas palabras que refieren a cosas diferentes. Esto significa que, al momento de indagar en el estado del arte sobre los significados, contenidos y alcances de la humanización del cuidado en salud, resulta difícil identificar referencias teóricas que analicen el término con profundidad y claridad. Por ejemplo, pueden encontrarse significados similares en guías de procedimientos referidas a la interrupción voluntaria/legal del embarazo; protocolos sobre los procesos de hormonización en personas trans; catálogos de buenas prácticas en salud comunitaria; leyes sobre cuidados al final de la vida; lineamientos para el acompañamiento integral de personas que viven con HIV; recientemente se aprobó la ley 27.716/23 de diagnóstico humanizado para personas con trisomía 21/Síndrome de Down.

Considerando que el campo de la salud constituye un terreno de prácticas y de luchas simbólicas sobre las formas de nacer, vivir, padecer y morir y las respuestas sociales que se construyen en torno a ellas²³ y dado el uso que la noción de humanización de los cuidados tiene para denominar un conjunto de programas, proyectos y experiencias, nos preguntamos entonces, cuáles son los principales debates que se plantean en torno a la humanización de los cuidados en salud. Nos interesa especialmente identificar los argumentos que delimitan la humanización de los cuidados como tema/ problema al cual prestar atención (como objeto de estudio y de intervención) así como relevar las principales convergencias, tensiones y perspectivas en torno a los usos del término y su conceptualización.

Como parte del trabajo de elaboración teórica de una investigación en curso y para dar cuenta de los objetivos planteados, realizamos un estado del arte, a partir de caracterizar y analizar un corpus seleccionado de literatura específica sobre la humanización de los cuidados en salud, poniendo el foco en las publicaciones de Iberoamérica, en virtud a los flujos de conocimientos, alianzas y experiencias que vinculan la temática en dicha región.

Aspectos metodológicos

Durante los meses de marzo a mayo de 2024, se buscaron artículos de revistas indexados en la Biblioteca Virtual en Salud, SciELO y Google Académico. Utilizamos la metodología de Arksey y O'Malley y la extensión Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) para las revisiones de alcance²⁴.

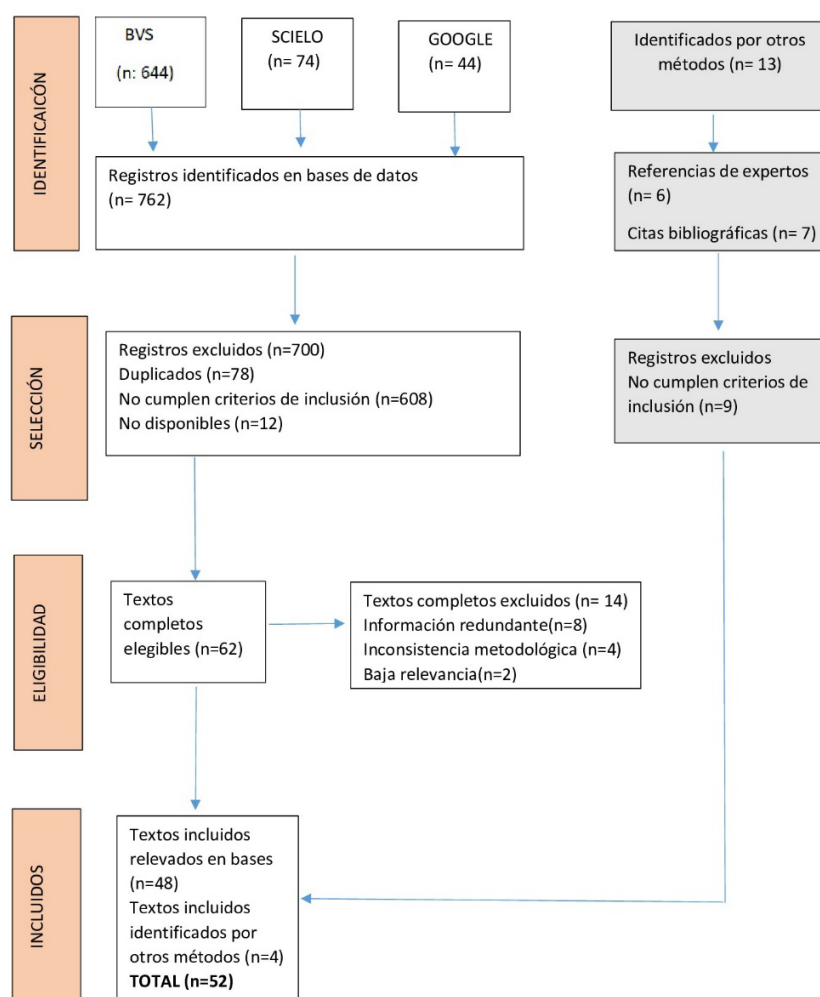
Los criterios de búsqueda se realizarán sin un período de referencia a priori, hasta mayo de 2024, a partir de ecuaciones de búsqueda en idioma español, portugués e inglés mediante el uso de descriptores de salud (DeCs) y de términos de Medical Subject Heading (MeSH). Se utilizaron las siguientes palabras y términos clave: humanización de los cuidados de salud OR teoría de la humanización en salud OR cuidados sanitarios humanizados AND historia de la humanización en salud; AND instituciones de alta complejidad en salud OR cuidados críticos y humanización; AND género y cuidado de salud; experiencias de usuarios de salud OR perspectiva de



los profesionales de salud OR satisfacción del paciente OR relación médico-paciente AND percepción de la humanización en salud.

Los criterios de inclusión contemplaron artículos de acceso abierto revisados por pares relativos a la temática, en los idiomas mencionados. Libros especializados indicados por expertos del campo. Los criterios de exclusión se aplicaron a tesis, duplicaciones, textos que mencionaran de manera tangencial la temática y/o no definían los conceptos teóricos principales, y producciones no iberoamericanas.

Estrategia de búsqueda



Fuente: Elaboración propia

La primera búsqueda arrojó 762 artículos, 644 (BVS), 74 (Scielo) y 44 (Google académico). Se realizó un screening inicial a partir de lectura de título y resumen que arrojó un conjunto de 62 artículos. Estos fueron sometidos a un segundo cribaje a partir de la lectura com-

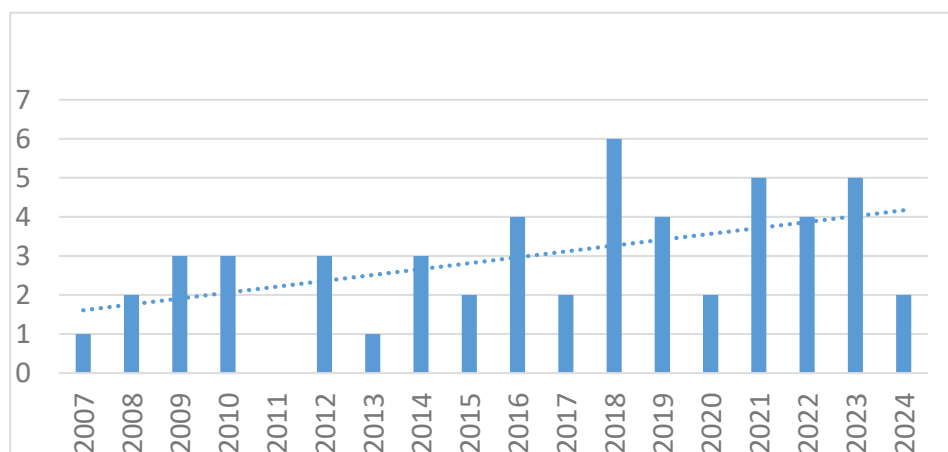
pleta realizada por duplas de investigadores (pares lectores), que resultó en 48 artículos. A esta selección, se agregaron otras 14 fuentes (en base a lista de referencias bibliográficas de artículos examinados y a la recomendación de expertos del campo). Se realizó una tercera depuración sobre estas fuentes adicionadas (con lectura completa de a pares) y se seleccionaron 4 (3 libros especializados y 1 artículo). Ello resultó en un corpus de 52 fuentes.

La evaluación y selección de los textos se realizó en base a un *chek list* elaborado por el grupo de investigadores que consignaba la presencia o no de la definición del concepto humanización del cuidado, la congruencia metodológica, el alcance y la relevancia del trabajo. Para el proceso de tamizado final se ejecutó un test kappa de Cohen en Rstudio (versión 4.4.2) utilizando las observaciones por pares. El valor p obtenido fue de 0,003 con lo cual utilizando un nivel de significancia de 0,05, la hipótesis nula se rechaza. Debido a esto podemos afirmar que existe coincidencia consistente entre los pares lectores.

Caracterización de la muestra

Del total de estudios analizados se observa que la producción se inicia en el año 2007 con una tendencia suave y ascendente. Un pico de publicaciones se da en el año 2018 con 6 publicaciones (4 de Brasil y 2 de España), seguido de oscilaciones que tienen su punto más bajo en 2020 (2 artículos) y repuntan en 2021 y 2023 (con 5 publicaciones por año). El descenso de publicaciones del 2020 puede explicarse por la sobrecarga de trabajo que significó la pandemia de COVID 19 para los y las trabajadoras de la salud, quienes suelen desarrollar tareas de asistencia y de investigación de manera simultánea. Otro factor de este declinamiento en las publicaciones puede deberse a las prioridades y lineamientos específicos de las políticas científicas e incentivos a la investigación instrumentadas durante la pandemia en los diversos contextos de la región iberoamericana.

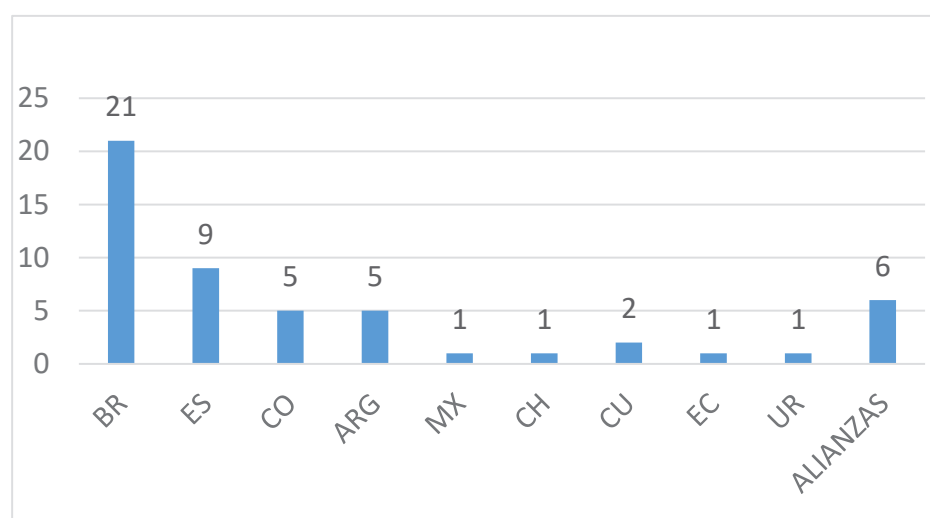
Gráfico 1: Publicaciones por año



Fuente: elaboración propia

La mayor cantidad de artículos (40%) son de Brasil, lo cual parece tener una relación directa con los marcos normativos del Sistema Único de Salud (SUS), a partir del establecimiento de la Política Nacional de Humanización de Atención y Gestión en Salud (PNH) el año 2003. Le sigue España con un porcentaje del 17% de publicaciones. El tercer lugar está representado por alianzas internacionales entre autores de diversas filiaciones institucionales, y se aproximan al 12% de las publicaciones. Argentina y Colombia presentan una producción similar con casi 10% de trabajos cada uno. Cuba, Ecuador, Uruguay, México y Chile presentan menos cantidad de publicaciones.

Gráfico 2: Publicaciones por país



Fuente: Elaboración propia

El estado del arte permite identificar ciertos sesgos situados en las diversas geografías que no deben ser comprendidos como lecturas homogéneas sobre el tema. El primer estudio identificado data del año 2007 y es de autores cubanos²⁵. Se trata de un estudio que analiza la formación de enfermería en cuidados humanizados desde 1976 hasta 2006. La formación en enfermería prioriza la humanización como un valor trascendental. Se destaca la importancia de involucrar al paciente en su propio proceso de recuperación y de elevar la autoestima e identidad profesional de la enfermera. Otro estudio, del año 2016, recupera el *Programa Mais Medicos* en Brasil. Señala que el perfil profesional de los médicos cubanos es más humanizado en comparación con otros galenos²⁶.

En la literatura brasileira, el Programa Nacional de Humanización (2001) y la Política Nacional de Humanización (2003) son un referente constante en muchos estudios, aunque también se señalan sus limitaciones y la brecha entre la teoría y la práctica. Se observa, al igual que en los estudios cubanos, una fuerte presencia de la visión de enfermería en relación con los cuidados humanizados y se enfatiza la necesidad de una formación académica que los prepare para un saber-hacer centrado en acciones humanizadoras^{27,28,29,30,31}.

El Proyecto español HU-CI (Humanización de Cuidados Intensivos), es un ejemplo de un enfoque interdisciplinario. Este proyecto promueve la colaboración y la comunicación entre los distintos miembros del equipo. Algunos estudios españoles presentan los cuidados paliativos como un referente para la humanización de la asistencia sanitaria, destacando su enfoque centrado en la persona, el trabajo desde la integralidad y la búsqueda del sentido (de la vida y la muerte)^{32,33,34}.

En Argentina se presentan producciones situadas en un contexto de trabajo en red, en un hospital de alta complejidad con respaldo de recursos humanos y materiales. En su mayoría son trabajos pospandemia. Existe un acuerdo en que la calidad de la relación entre el profesional y el paciente es fundamental, dándole importancia a la dimensión vincular y afectiva. Se destaca la necesidad de que los profesionales reflexionen sobre su práctica y su rol, utilizando la medicina narrativa como un recurso para profundizar la comprensión de la experiencia del paciente^{35,36}.

Los estudios de Colombia presentan énfasis en la gestión clínica humanizada que equilibre la eficiencia y la calidad de la atención con el respeto a la dignidad humana y los valores éticos. Se busca una gestión que considere al paciente como un ser integral, con sus propias circunstancias sociales y familiares, y no solo como un objeto de atención médica. Se identifica una tensión entre la búsqueda de la eficiencia económica en la gestión clínica y la necesidad de brindar una atención de calidad centrada en el paciente^{37,38}.

Un amplio conjunto de estudios se inscribe en la perspectiva de la ética del cuidado. Desde este enfoque, la humanización de los cuidados es definida en base a reconocer la interdependencia y la vulnerabilidad humana. Se nutre de aportes teóricos de los estudios del cuidado para cuestionar las asimetrías de poder, la construcción de perfiles profesionales identitarios heroicos y, en menor medida, consideran la naturalización de la feminización de los cuidados.

Otro enfoque, presente en un conjunto de aportes en su mayoría provenientes de España y Colombia, enfatiza en la bioética y la dignidad humana como eje teórico transversal para comprender y delimitar la noción de humanización del cuidado, abrevando en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. En ese sentido, algunos trabajos proponen a los cuidados paliativos como un modelo a seguir para lograr la humanización del cuidado en todas las etapas y niveles de atención.

Se identificó un único trabajo con perspectiva feminista, que comprende la humanización del cuidado a partir de una crítica a la deshumanización de la medicina como consecuencia del sistema patriarcal. Para ello, la autora analiza la construcción de género como una categoría relacional binaria que constituye el corazón mismo del proceso de (des)humanización en salud.

La muestra presenta 45 revistas científicas con predominancia de revistas de enfermería, lo que indicaría que gran parte de la investigación sobre el tema se realiza y se publica en este campo. Hay presencia de revistas de salud pública y de medicina intensiva, aunque en menor medida. Otras revistas representan aproximaciones desde otras disciplinas.

Tabla 3: Distribución de revistas según temática científica/área profesional

Temática científica/área profesional	Cantidad de revistas
Enfermería	19
Otras interdisciplinarias	12
Bioética	2
Salud Pública/Colectiva	5
UTI - UCI - Paliativos	5
Cuidados	2
Total	45

Fuente: Elaboración propia.

La humanización del cuidado en salud como tema/problema

La lectura transversal del corpus revela un panorama dinámico, conceptualmente difuso y con debates que entrecruzan diferentes modos de comprender los procesos y las prácticas de salud. Entendida la humanización del cuidado de una u otra forma, son más los elementos en común que los disímiles que hacen al espíritu del concepto - en tanto reflejan intenciones y valores que subyacen -.

En primer lugar, el reconocimiento de la deshumanización como un problema complejo que contiene en sí mismo a su contracara: la humanización. Luego, la importancia de un trato digno y respetuoso, que considere las necesidades individuales, culturales, espirituales de cada persona; la relación médico-paciente como un elemento fundamental; la convicción de que no se trata de buenas intenciones y de predisposiciones personales sino que debe plasmarse en hechos concretos; el reconocimiento de la agencia, de la subjetividad y otros aspectos integrales de los pacientes; la comunicación, la empatía, la escucha activa y el respeto.





Este marco de convergencias señala que la deshumanización y la humanización no son estados separados sino interdependientes de modo tal que la deshumanización es un aspecto potencial e inherente a la humanización. Ambos términos están unidos por relaciones de complejidad y ambivalencia en base a su coexistencia e influencia mutua. Se identificaron siete argumentos que fundamentan su relevancia como tema/problema de intervención e investigación:

– *Necesidad de morigerar las consecuencias del desarrollo tecnológico.* Este argumento sostiene que el desarrollo de las tecnologías y de las aparatologías médicas puede producir despersonalización de la atención, relegando aspectos emocionales, históricos y subjetivos, tanto de pacientes como del personal de salud. Un conjunto de estudios considera las consecuencias de la mercantilización de la salud y los intereses económicos sobre la calidad de atención^{39,40,41}.

– *Predominancia de la biomedicalización de la salud.* Se argumenta que la biomedicalización de la salud debe ser analizada como una matriz que aún predomina en la formación de grado y de posgrado y modela las relaciones de poder entre profesionales de la salud y pacientes. Se considera que este modelo puede favorecer prácticas reduccionistas, a-históricas y biologicistas^{28,42,43,44}.

– *Aspectos relacionados con la organización y gestión de los servicios de salud.* Un conjunto de estudios sostiene que las deficiencias en la organización de los sistemas de salud constituyen uno de los principales generadores de deshumanización y que, de modificarse, pueden volverse potenciadores de humanización. Identifican la fragmentación, superposición y deficiencias de los servicios, el trabajo en red, la territorialidad y la construcción de corresponsabilidades -entre pacientes y personal de salud- como factores que dan contenido a este problema sanitario^{45,46,47,48}.

– *Insuficiencia de recursos humanos y materiales y condiciones laborales del personal sanitario.* Este argumento afirma que en países latinoamericanos las condiciones económicas estructurales de los sistemas de salud y las determinaciones materiales de los servicios sanitarios conforman escenarios proclives a la deshumanización. Un conjunto de estudios documenta la vinculación entre el síndrome de Burnout y prácticas asociadas a la deshumanización. Otros estudios documentan cómo la pandemia de COVID 19 evidenció la sobrecarga de trabajo y las malas condiciones de trabajo que históricamente enfrenta el personal sanitario^{27,29,49,50,51,52}.

– *Dificultades en la comunicación.* Este argumento considera la comunicación como uno de los problemas más complejos en el proceso de salud/enfermedad cuidados. Se refiere a las estrategias de comunicación institucional, a la comunicación dentro de los equipos de salud, con el paciente y las familias. También contempla la comunicación de noticias difíciles y de diagnósticos no favorables. La expresión y elaboración de las emociones por parte de profesionales frente a las frustraciones y exigencias cotidianas, la incertidumbre, la posibilidad de error frente a la vida y la muerte^{53,54}.

– *No cumplimiento de los derechos* de los pacientes y sus familias. Este conjunto de argumentos sostiene que a pesar de la vigencia de marcos normativos que postulan el derecho a la accesibilidad, equidad, integralidad y calidad, así como el respeto a los prin-

cipios de bioética, existen incongruencias y ambigüedades al momento de convertirlos en realidad y dismantelar viejas prácticas, problemas estructurales y paradigmas tradicionales que persisten^{5,6,7,55,56}.

–*Existencia de un vacío de investigación*: algunos estudios destacan que existe un vacío de investigaciones destinadas a sistematizar y evaluar el impacto, eficiencia y eficacia de las estrategias de humanización. Señalan la necesidad de demostrar que la humanización no es una cuestión de buenas intenciones o de predisposiciones personales sino que debe traducirse en competencias profesionales concretas, observables y cuantificables^{4,57,58,59}.

En síntesis, de acuerdo al estado del arte, la humanización del cuidado como tema/problema presenta varios planos y niveles que se interrelacionan: un plano normativo y de gestión, un plano ético-político y otro procedimental y operativo. Si bien los textos no evidencian un proceso específico de tematización pública sobre la (des) humanización de los cuidados, en pos del reconocimiento del problema como tal y de una respuesta estatal y pública acorde, los argumentos analizados lo inscriben en el amplio contorno de la cuestión sanitaria -entendida ésta como resultado y expresión de las contradicciones entre la promesa de igualdad en el derecho a la salud y el pleno acceso- y como un tema de investigación en potencial desarrollo.

Debates y perspectivas

En esta sección analizamos las principales tensiones y perspectivas en torno a los usos del término y su conceptualización. Presentamos primero los debates que refieren a la comprensión teórica del problema (y algunos dilemas que muestran contradicciones en el marco de las prácticas), para detenernos luego en las diversas perspectivas sobre la humanización de los cuidados.

Organizamos los debates en cinco ejes que permiten una amplia gama de posibilidades entre sí y destacan matices y solapamientos entre: autonomismo, identidades profesionales; medicalización y humanización; humanización idealizada de cara a las posibilidades de llevarla a cabo; tecnología y humanización; evidencias como base empírica de la medicina y aspectos intangibles del cuidado que materializan las prácticas.

Humanización/autonomismo: Se plantea un debate sobre si la humanización debe confundirse con una exaltación del principio de autonomía, el “autonomismo”. Se argumenta que la verdadera humanización busca el bien común y no solo la decisión autónoma del paciente⁶⁰. Esto lleva a una divergencia en cuanto al grado de participación del paciente en la toma de decisiones. Mientras que algunos enfoques promueven la autonomía y la participación activa del paciente, otros resaltan la necesidad de un equilibrio entre la autonomía y el principio de beneficencia, dos valores importantes en la bioética, que deben ser equilibrados en la práctica clínica^{42,45}.



Identidad profesional/humanización: En varios estudios, se critica el modelo biomédico tradicional por centrarse en la enfermedad en lugar de la persona. Se señala que la formación médica a menudo descuida los aspectos humanos de la atención, priorizando el conocimiento técnico sobre las habilidades comunicacionales y empáticas. Un estudio de México analiza críticamente la construcción social de la identidad médica, argumentando que la “galenidad” (identidad profesional de los médicos) puede contribuir a la deshumanización⁶⁰. Se propone la deconstrucción de esta identidad como necesaria para combatir la deshumanización en la medicina. Un conjunto de estudios brasileiros, postulan la construcción de la “identidad profesional enfermera” como representativa de la humanización, por su cercanía con el paciente y por ser los cuidados su objeto específico de intervención. Por ejemplo, en el contexto del parto humanizado, algunos estudios señalan las dificultades de los médicos para integrar los valores del modelo humanizado, destacando el papel de la enfermera como agente estratégico en su implementación^{8,25,31,40,59,62}.

Medicalización/ humanización: Se observa una tensión entre el discurso de la medicalización y el de la humanización. Se señala que, en la práctica, el modelo biomédico y la especialización siguen prevaleciendo, a pesar de los esfuerzos por promover un enfoque humanizado^{54,61,63,64}.

Visión idealizada/realidad: Si bien existe un acuerdo general sobre los principios de la humanización, se identifican obstáculos para su implementación en la práctica diaria. Las condiciones de trabajo, la falta de recursos, la sobrecarga laboral y la cultura organizacional son factores que dificultan la humanización. La sobrecarga de trabajo y las condiciones laborales precarias pueden anular los esfuerzos de humanización, a pesar de la voluntad y la capacitación de los profesionales. La tensión entre la eficiencia económica y la calidad de la atención muestra que la búsqueda de eficiencia no debe comprometer los valores humanísticos y la dignidad del paciente^{65,66,67}.

Énfasis en aspectos técnicos/ aspectos humanos: Algunos estudios muestran que la formación médica se centra principalmente en modelos biologicistas, con mayor énfasis en las “tecnologías duras” y menos en las “tecnologías blandas” como la relación médico-paciente, la incorporación de aspectos emocionales, espirituales, etcétera. Hay un debate sobre el papel de los profesionales de la salud en la humanización. Algunos estudios resaltan la importancia de la empatía, la formación y la escucha activa, mientras que otros señalan la necesidad de cuidar también el bienestar de los profesionales y abordar el desgaste profesional^{10,11,64,65,66,68}.

Medicina basada en la evidencia/medicina narrativa: La medicina narrativa se presenta como un complemento a la medicina basada en la evidencia, al proporcionar una comprensión más profunda de la experiencia del paciente y del procesos de atención en salud (acompañar/sanar/curar). La formación en habilidades narrativas se ofrece como una herramienta que potencia la empatía y la comunicación, elementos



clave de la humanización. Asimismo, propicia en los profesionales el reconocimiento de la propia vulnerabilidad como una condición que puede transformarse en una herramienta para llevar adelante las prácticas. En ese sentido, cuestiona los perfiles heroicos y/o despersonalizados y distantes que tradicionalmente se atribuyen a los profesionales de la medicina^{35,36,69}.

Como hemos visto, diferentes debates enriquecen las aproximaciones a los cuidados humanizados y dan cuenta de un conjunto heterogéneos de prácticas. No obstante que no se discute en profundidad el concepto, es posible identificar distintas perspectivas que, en mayor o menor medida, delimitan y dan contenido a la noción de humanización del cuidado.

Un significativo conjunto de trabajo presenta la humanización del cuidado desde una *interpretación normativa*. Se trata de aportes brasileros enmarcados en el Sistema único de Salud y la Política Nacional de Humanización (2003). De acuerdo a ese enfoque, la humanización del cuidado se basa en tres principios estructuradores: la transversalidad (incluye las transformaciones de las relaciones de poder en los territorios, el reconocimiento de diversos saberes en el proceso de salud y la calidad de las relaciones de trabajo), la inseparabilidad entre asistencia y gestión, (entre las formas de cuidar y las formas de gestión y apropiación del trabajo), y la afirmación del protagonismo y la autonomía de los individuos y grupos, (actitudes de corresponsabilidad de todos los actores involucrados en la producción de salud). Se reconoce el potencial de las estrategias de humanización para transformar la atención, pero se destaca la necesidad de una implementación efectiva y de una mayor inversión en recursos humanos y materiales. Asimismo, estos aportes señalan que la atención primaria es un contexto clave para la promoción de la humanización, donde se pueden establecer vínculos más cercanos con los usuarios y abordar sus necesidades de manera integral.

En varios de los trabajos, se presenta un enfoque desde *la salud colectiva* que pone el énfasis en las tecnologías blandas de cara a la tecnificación y la biomedicalización. La humanización del cuidado se comprende en el trabajo vivo en acto desde una concepción teórica constructivista y compleja de la salud, anclada en las condiciones materiales de existencia y en las condiciones de trabajo del personal de salud. Estos autores realizan una crítica a la concepción normativa y advierten el peligro de descontextualización y despolitización inherente a la misma.

Otro conjunto de producciones, especialmente las argentinas, conceptualizan la humanización de los cuidados desde una *perspectiva integral y compleja de la salud*. A partir de concebir la humanización de los cuidados en el contexto de un modelo de gestión de la salud en red, esta noción se constituye como una categoría estratégica que se inscribe en un “esquema integrado e integrador (del derecho a la salud, de la accesibilidad a los servicios, de los procesos de atención y recursos”. Esta articulación conceptual otorga densidad teórica al concepto, al ubicarlo en una matriz polí-



tica, histórica y contextual enraizada en un espacio territorial e institucional que le otorga factibilidad material^{70,71}.

Las perspectivas hasta aquí mencionadas (normativa, salud colectiva e integral y compleja) consideran que la humanización del cuidado debe ser considerada una *cuestión de derechos y ciudadanía* y recuperan aportes teóricos y debates que provienen del campo de la salud pública y de la epidemiología crítica en relación a los procesos de emancipación, democratización sanitaria, accesibilidad y equidad, descentralización.

Reflexiones finales

Se realizó un estado de la cuestión sobre la humanización de los cuidados en salud en Iberoamérica, cuyos hallazgos principales revelan lo siguiente. En primer lugar, si bien la humanización de los cuidados hunde sus raíces en discusiones previas dentro de la sociología de la salud y la antropología médica (como se anticipó al inicio), *la producción académica específica en Iberoamérica es relativamente reciente*, identificándose la primera publicación en el año 2007. Este dato subraya el creciente interés que la temática ha suscitado en las agendas de investigación y las políticas sanitarias de la región. Sin embargo, a pesar de que cuenta con un conjunto de normativas favorables a su implementación y con el variable compromiso de un arco de actores sociales, las investigaciones demuestran que *los programas y políticas de humanización no logran concretarse de manera plena en las prácticas*. Las causas alegadas tienen que ver con falta de recursos, ambivalencias políticas, desarticulaciones territoriales, falta de recursos de todo tipo, culturas organizacionales adversas.

En segundo lugar, la perspectiva de *la humanización de los cuidados como categoría compleja, aún polisémica y difusa, presenta potencialidad crítica*, especialmente en Latinoamérica, en tanto permite visualizar aspectos naturalizados del cuidado; cuestionar la reproducción de prácticas institucionalizadas; alejarse de posicionamientos normativos abstractos y recuperar la capacidad de agencia de trabajadores sanitarios, pacientes, familias y comunidades. Por otro lado, posibilita la reformulación de procedimientos, la identificación de aspectos intangibles y la importancia de los detalles en el proceso del cuidado, así como proponer estrategias de cambio.

En tercer lugar, *las estrategias de humanización de cuidados pueden constituirse como espacios de generación y circulación de saberes en salud desde y en los territorios*. Muchos estudios enfatizan los aprendizajes adquiridos luego de experiencias, sistematizaciones o programas de humanización realizados en diversos ámbitos de salud e informan sobre variados aspectos más o menos específicos.

Por último, en relación al problema de la polisemia, no encontramos una única definición clara y consensuada sobre la humanización del cuidado. Por esa razón, *creemos*





que hablar de la humanización del cuidado a partir de los usos del término puede ser mejor que hacerlo como categoría conceptual en un sentido estricto. Analizar los usos del término permite develar las diversas perspectivas técnicas, ideológicas y políticas que dotan de sentido las prácticas del campo: *las maneras de ser y hacer salud como agencia-miento* y como trama que solo puede tornarse *inteligible como puesta en relación*.

Por otro lado, llama la atención el énfasis puesto en la (des) humanización y el relativo soslayo del segundo componente del sintagma, el cuidado. En ese sentido, si bien algunas perspectivas recuperan las nociones provenientes de la enfermería, y los conceptos de vulnerabilidad e interdependencia, otras nociones que pueden ser útiles aparecen con menor nitidez. Por ejemplo: la llegada de la noción de cuidado a la comprensión de los procesos de salud (desde salud/enfermedad, atención a salud/enfermedad, cuidado)⁷¹, el cuidado como desigualdad social⁷², el carácter de trabajo no pago de cuidadores informales como una actividad que conspiró históricamente contra la autonomía económica de las identidades feminizadas, no quedan suficientemente enunciados. En cuanto a los cuidadores profesionales, la feminización del personal de salud, especialmente de enfermería, son temas que en pocos trabajos ocupan un lugar central, aun cuando la masa crítica de trabajos viene de esa disciplina. Algo similar sucede en cuanto a explorar la mirada de los expertos sobre quienes sostienen la vida de personas con padecimientos crónicos y degenerativos en el día a día (tanto en pie de cama como pos alta), y son en su mayoría mujeres⁷³.

Como expusimos, el estado del arte nos dio algunas respuestas razonables a las preguntas sobre las conceptualizaciones y usos de la humanización del cuidado en salud. Al momento de escribir estas páginas, las palabras deshumanización/inhumano resuenan en redes sociales y medios de comunicación, permean el sentido común y la vida cotidiana. Analistas políticos, columnistas de prensa, acuden a dichos términos en un contexto de ajuste a las universidades y a la ciencia, a la seguridad social y a la salud, medicamentos y jubilaciones. En una nota de divulgación, el psicoanalista Sebastián Plut⁷³ cita a León Rozitchner para señalar la necesidad de “identificar el índice de inhumanidad de lo humano” y decodificar realidades por su crudeza. En ese contexto, creemos, como plantea Vinciane Despret⁷⁴ que como investigadores e investigadoras, no siempre las preguntas -aunque podamos responderlas- piden ser explicadas y dilucidadas. Tal vez, es mejor que nos conduzcan hacia otras historias y otros acontecimientos que nos “ponen a trabajar (...) bajo un modo particular: ¿qué hacemos con esto?” (p. 31). Queda por saber cómo se irán resolviendo (o no) estas tensiones y las posibilidades de cuestionar las prácticas en coyunturas adversas, cuestiones que nos proponemos trabajar en la segunda etapa de la investigación en curso.

Agradecimientos: a los integrantes del equipo de investigación Verónica Cañete, Valeria Almirón, Mónica Médica, Camila Ballar, Andrea González, Néstor Martínez y Mariana Vallejos Azar, quienes colaboraron con el proceso de selección de la muestra y elaboración de gráficos y tablas.



Referencias bibliográficas

1. Haque O, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*. 2012; 7 (2): 176-186.
2. Tripodoro V, Luxardo N, Veloso V, Pérez M, Martín Roselló M, de la Ossa Sendra MJ, et al. Implementación del Liverpool Care Pathway en español en Argentina y en España: exploración de las percepciones de los profesionales ante el final de la vida. *Med Paliat*. 2015;22:84-99.
3. Luxardo N, Alvarado C. Desafíos de intervención en el final de la vida: el cuidado hospice. En: Krmpotic, Mitjavila y Saizar, compiladores. (Sub) culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2013.
4. Andrade C, Da Silva E, Fernandes M. Humanización del cuidado en unidades de cuidados intensivos: revisión integradora. *Cuidado é Fundamental*. 2016..
5. Alonso J. Contornos negociados del ‘buen morir’: la toma de decisiones médicas en el final de la vida. *Comunic., Saude, Educ*. 2012;16(40):191-203.
6. Andorno R. Bioética y Dignidad de la Persona. Madrid: Tecnos; 2012.
7. Andino Acosta. Bioética y humanización de los servicios en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*. 2015;10(1):38-64.
8. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*. 2020;19(58):640-72.
9. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
10. Cardona L, Silva L. Relación entre la percepción de los comportamientos del cuidados de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara. *El arte y la ciencia del cuidado*. Grupo de cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2004. p. 157-62.
11. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p. 29-56.



12. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos-Galvis FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers Bioet.* 2019;23(2):245-62.
13. Kranner C, Radosta D. Parto respetado y buena muera, Análisis estructural de dos propuestas de humanización del cuidado de la salud. *Scripta Ethnologica* [Internet]. 2020;XLII():147-68 [Consultado el 28 de Mayo de 2023].
14. Alonso J. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência&SaúdeColetiva.* 2013;18(9):2541-8
15. Castrillo B. Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos. En: Ortale S, Rausky M, compiladores. *Políticas sociales, desigualdades y vulnerabilidades: Estudios de caso en el Gran La Plata.* La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2018. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.478/pm.478.pdf>
16. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y Salud en Cifras.* 2010;8(3):4-20.
17. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: *La antropología médica en México.* México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.
18. Faraone S. Normativa, paradigmas y conceptos. Avances, resistencias y tensiones. En: Faraone S, Bianchi E, compiladores. *Medicalización, salud mental e infancias: perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina.* Buenos Aires: Teseo; 2018.
19. Ferrante, C. La “discapacidad” como estigma: Una mirada social deshumanizante. Una lectura de su incorporación temprana en los Disability Studies y su vigencia actual para América Latina. *Revista Pasajes.* 2020;10:1-26.
20. Venturiello, P. La trama social de la discapacidad: cuerpo, redes familiares y vida cotidiana. Biblos; 2016.
21. Tajer CD, Carballeira B, et al. (Coord.). *Medicina narrativa y cuidados humanizados: Experiencia del Hospital El Cruce.* 2021.
22. Ramacciotti, K. (2023) La enfermería y los cuidados sanitarios profesionales durante la pandemia de la COVID 19. *PISAC COVID-19. La sociedad argentina en la postpandemia*, p. 105 - 149, CLACSO.

23. Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
24. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
25. Santos JBF dos, Maciel RHM de O, Lessa M das GG, Maia ALLN, Guimarães EPA. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. 2016;49:1-30.
26. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A, et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:513-29.
27. Lima TJV de, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Rev Odontol UNESP*. 2010;48(1):48-54.
28. Araújo AF, Rangel DG, Monnerat M, Amorim R, Andrade P, André KM, et al. Nursing care in the care process: focus on the humanization of nurses with hospitalized patients. *Rev Pesq Cuidado Fundam Online*. 2010; 2(2):746-57.
29. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C, Pereira MJB. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. *Physis Rev Saúde Colet*. 2016;26(4):1271-92.
30. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Santos MV, Guerra JVV, Marchiori GRS. Recursos Humanos e Materiais no Pré-Natal: Valores Úteis para a Garantia da Humanização do Cuidado às Gestantes. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:e2831
31. Heras La Calle G, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Einstein (São Paulo)*. 2017;15(1):6-11.
32. García-Salido A, Heras la Calle G, Serrano González A. Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos? *Med Intensiva*. 2018;42(5):305-14.
33. Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020;32(2):135-47.
34. Carballeira B. Habilidades narrativas para los profesionales de la salud. 2014; 17:1-6.
35. Carballeira B, Gualco I, Gil R, Barros S, Benítez D, Pastorino M, et al. Cuando los familiares son niños. *Rev Hosp El Cruce*. 2023;32(52):4-5.



36. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML, de Moraes-Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev Salud Pública*. 2010;12(4):533-45.
37. Galván-Villamarín JF, Lara-Díaz MF. Diseño e implementación del Modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. *Rev Fac Med*. 2022;70(3):e98649 .
38. Progiante JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(2):165-9.
39. Dalla Nora CR, Junges JR. Política de humanización en la atención básica: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1186-200.
40. Barreto CN, Prates LA, Scarton J, Alves CN, Wilhelm LA, Ressel LB. Prácticas asistenciales de acercamiento y alejamiento en prenatal: revisión integradora. 2014.
41. Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia Promoción Salud*. 2015;20(1):13-34.
42. Paiva CBN, Barros SMM. Representações sociais da humanização em pediatria hospitalar entre profissionais de saúde. *Psicol Estud*.
43. Lopes MTSR, Labegalini CMG, Silva MEK, Baldissera VDA. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. *REME - Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1161 .
44. Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia Promoción Salud*. 2015;20(1):13-34
45. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(Supl. 1):581-94.
46. Arango P. Gestión clínica no deshumanizada. *Acta Méd Colomb*. 2012;37(1):38-40.
47. Henriques LVL, Dourado MARE, Melo RCCP, Tanaka LH. Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care. *Rev Latino-Am Enferm*. 2019;27:e3123 .

48. Tejeda Dilou Y, Suarez Fuentes RR, Dandicourt Thomas C. La humanización del cuidado enfermero del anciano en estado de necesidad en la comunidad. *Rev Cubana Enferm.* 2021;37(1):e4520
49. Lascano Espinoza CO, Santos Holguín SA. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Rev Investig Salud.* 2023;6(16):93-103.
50. Bang C, Lazarte V, Chaves FA, Casal M. Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19. *Interface (Botucatu).* 2022;26:e210540
51. Gálvez Herrer M, Gómez García JM, Martín Delgado MC, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med Segur Trab.* 2017;63(247):103-19.
52. Silva AE, Sousa PA, Ribeiro RF. Comunicação de Notícias Difíceis: Percepção de Médicos Que Atuam em Oncologia. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8:e2482.
53. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(4):e00009917 .
54. Silva RMCR A, Oliveira DC de, Pereira ER. La producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización en la salud: singularidad, derecho y ética. *Rev Latino-Am Enferm.* 2015;23(5):936-44
55. Fialho FA, Dias IMAV, Santos R da S, Silva LR da, Salvador M. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. 2016;23:1-27
56. Henao-Castaño AM, Vergara-Escobar OJ, Gómez-Ramírez OJ. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Rev Cienc Cuid.* 2021;18(3):74-85.
57. Valenzuela Anguita M, Sanjuan-Quiles Á, Ríos-Risquez MI, Valenzuela-Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras. *Rev Investig Enferm.* 2019;45:1-22.
58. Gálvez Herrer M, Martínez López P, Herraiz La Calle G. (Coords.). *Manual de psicología en las unidades de cuidados intensivos.* Ediciones Pirámide; 2023.
59. Solís García del Pozo J. Autonomismo y humanización de la asistencia sanitaria ¿una pareja de hecho? *Persona Bioét.* 2018;22(2):263-70.





60. Villanueva M. Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. EN-CLAVES Pensam. 2023; 0(33):e608 .
61. Castellano Bentancur G, Aleman Riganti A, Nion Celio S, Sosa S, Verges M. Humanización de los cuidados en salud, Maternidad Pública de Rocha, 2014-2016. Investigación. 2022; 51:1-13.
62. Lazzari DD, Jacobs LG, Jung W. Humanización de la asistencia en la enfermería a partir de la formación académica. Rev Enferm UFSM. 2012;2(1):116-24.
63. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, et al. Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. Crit Care Explor. 2021;3(11):e0463 .
64. Michelan VCA, Spiri WC. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):372-8.
65. Albuquerque KA de. Assistência ao paciente na fase final de vida ou em cuidados paliativos é inadequada: opinião de enfermeiras. 2016;31:1-23
66. Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enferm Cuid Humaniz. 2022;11(1):e2635 .
67. Manso MEG, Pagotto MUN, Torres RL. Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. Interface (Botucatu). 2021;25:e200394 .
68. Tajer CD, Gothelf EE. (Comp.). ¿Qué es la medicina narrativa y cómo se practica? SAMEN; 2024.
69. Álvarez D, Turkenich M. Hoja ruta: Enfoques conceptuales sobre redes en perspectiva desde el campo de la salud. En: Álvarez D, Turkenich M, editores. Redes y territorios: aportes para planificar la política de salud en nuestra región. Universidad Nacional Arturo Jaureche; 2020. p. 23-35.
70. Michalewicz A, Pierri C, Ardila-Gómez S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de Investigaciones. 2014;XXI:217-24.
71. Esquivel V, Faur E, Jelin E, editores. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. IDES/UNFPA/UNICEF; 2012.

72. Brovelli K. El cuidado: una actividad indispensable pero invisible. En: Guerrero N, et al., editores. Los derroteros del cuidado. 1a ed. Universidad Nacional de Quilmes; 2019. p. 31-44.
73. Plut S. El inhumano mundo de Milei. Una mirada sobre la crueldad y lo deshumanizante en el discurso del economista neoliberal. Página 12 [Internet]. 2022 Ago 4 [citado 2024 Mayo 16]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/446556-el-inhumano-mundo-de-milei>
74. Despret V. A la salud de los muertos. Relatos de quienes quedan. Cactus; 2021.

Los cuidados en las vejeces: aproximación teórica y empírica

Elderly care: theoretical and empirical approach

Cuidado na velhice: abordagem teórica e empírica



Karina Silvia Dionisi¹

(ORCID: 0009-0006-2709-8791)

CONTACTO

Karina Silvia Dionisi -Email: dionisikarina@gmail.com

FILIACIONES

1. Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS), Universidad Nacional de La Plata, Argentina

CITAR COMO

Dionisi KS. *Los cuidados en las vejeces: aproximación teórica y empírica*. Desde Acá. 2025; 4: 39-55.

Resumen

Los ejes de presentación de este trabajo giran en torno a un acercamiento teórico y metodológico al debate actual acerca del cuidado y la vejez en general y en contexto domésticos, en particular.

Se concluye este trabajo con una caracterización de la población adulta mayor de nuestro país a partir de información estadística y con el análisis de las representaciones simbólicas y las formas de organización respecto del cuidado de personas mayores que están transitando ciertas situaciones de dependencia en contextos domésticos, a partir de la realización de una serie de entrevistas a los sujetos cuidados y cuidadores con el objetivo de arribar al mundo cognitivo valorativo del cuidado en la vida cotidiana.

Palabras Clave: Cuidados, Vejeces, Dependencia, Autonomía, Red de apoyo.



Abstract

The axes of presentation of this work revolve around a theoretical and methodological approach to the current debate about care and old age in general and in domestic contexts, in particular.

This work concludes with a characterization of the elderly population of our country based on statistical information and with the analysis of the symbolic representations and forms of organization regarding the care of elderly people who are going through certain situations of dependency in domestic contexts, based on the completion of a series of interviews with the subjects cared for or caregivers with the objective of arriving at the cognitive value-based world of care in daily life.

Keywords: Care, Old age, Dependency, Autonomy, Support network.

Resumo

Os eixos de apresentação deste trabalho giram em torno de uma abordagem teórica e metodológica do debate atual sobre cuidado e velhice em geral e em contextos domésticos, em particular.

Este trabalho conclui com uma caracterização da população idosa do nosso país a partir de informação estatística e com a análise das representações simbólicas e formas de organização sobre o cuidado de pessoas idosas que atravessam determinadas situações de dependência em contextos domésticos, a partir da realização de uma série de entrevistas com os sujeitos cuidados ou cuidadores com o objetivo de chegar ao mundo cognitivo-valorativo do cuidado na vida cotidiana.

Palavras-chave: Rede de Cuidados, Idosos, Dependência, Autonomia, Apoio.



Los cuidados en las vejece: aproximación teórica y empírica



Karina Silvia Dionisi

Acercamiento a las teorías de Cuidado: la complejidad de un concepto

La noción de cuidado se ha vuelto clave para el análisis y la investigación social y gerontológica, como así también para el diseño de políticas de cuidados en el marco de las agendas internacionales de derechos de las personas mayores como en las de las políticas públicas.

En 1982, la Asamblea Mundial del envejecimiento realizada por la ONU, delimitó como parámetro de inicio de la vejez (paso de la madurez a la senectud), los 60 años de edad cronológica. Abarcando a todos aquellos grupos etarios clasificados como tercera edad, viejos, ancianos o adultos mayores que congregan a las personas que alcanzan y rebasan las seis décadas. Estos modos de denominar un ciclo de la vida, está impregnado de connotaciones socioculturales, por lo cual se opta por el concepto de personas mayores por tener menor carga valorativa en sentido negativo, siendo ésta, la denominación elegida por los organismos internacionales. Las clasificaciones por edad son categorías socioculturales que enmarcan a las personas en un tiempo socialmente regulado e individualmente experimentado, es decir, en una combinación entre el tiempo social y el biográfico, vivido en un tiempo histórico y en un sujeto cuerpo.

Partimos de considerar que el cuidado refiere, según Orozco y Domínguez: “[...] al conjunto de aquellas actividades que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de las personas”¹ (p 8). Y que la reproducción cotidiana de la vida de las personas y de los sistemas sociales, dependen en gran medida, de las formas de organización del cuidado de las personas dependientes según determinadas circunstancias.

El concepto de organización social del cuidado (OSC) de Rodríguez y Marzonetto² (2015), refiere a la manera en que interrelacionadamente, las familias, el estado, el mer-



cado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen el cuidado, nos permite comprender la dinámica producción y reproducción en las sociedades actuales y la conformación de determinados regímenes de bienestar. La noción de OSC se emparenta con la de diamante de cuidado, como representación:

...de la arquitectura a través de la cual se provee el cuidado, esto implica una serie de relaciones y una secuencia de actividades, trabajos y responsabilidades. Este complejo conforma una red de cuidados, donde se dan una multiplicidad de encadenamientos de actores, escenarios y actividades. Estas redes las constituyen las personas que dan cuidado y las que lo reciben, así como los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también comunitaria.² (p 106)

Según las autoras Batthayny³ y Rodríguez y Marzonetto², la evidencia existente demuestra que la OSC, en su conformación actual en América Latina en general, y en Argentina en particular, es injusta porque las responsabilidades de cuidado se encuentran desigualmente distribuidas. En síntesis, el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y, dentro de éstos, por las mujeres.

El reparto del cuidado se constituyó a partir de una lógica binaria que estructuró las tareas y responsabilidades domésticas en función del género. Esta dicotomía entre trabajos, con distintas características, valores y responsabilidades, ha sido fundamental para el sostenimiento de la vida social y económica, ya que las familias y en particular las mujeres, han ocupado un lugar central como proveedoras de protección y seguridad de manera invisible y no remunerada. De allí la importancia que comenzó a adquirir hace unas décadas, los cuidados en la agenda de investigación, tanto en el campo de la economía como de los estudios de género, por su estrecha vinculación a las desigualdades laborales y de género. Recientemente, el cuidado forma parte del debate de los derechos de ciudadanía y de la esfera pública como su garante. A su vez, la distribución del trabajo de cuidado, está marcado por ejes de desigualdad socioeconómica, de género, de clase social, de estatus migratorio, de raza-etnia, etc. Diferentes investigaciones resaltan el nexo sistémico entre cuidados y desigualdad. Orozco y Domínguez sostienen que:

...los cuidados muestran que la vida es una realidad de interdependencias que hoy, se resuelven en términos inequitativos. Son una necesidad cambiante de todas las personas, pero tenemos recursos muy dispares para satisfacerla. El acceso a cuidados dignos es un factor de fuerte diferenciación socioeconómica.¹ (p. 8)

La denominada cadena de cuidados representa la configuración de un círculo vicioso entre cuidados precarios y precariedad/exclusión/pobreza. Para Orozco y Domínguez:

Los cuidados se suelen establecer en torno a flujos asimétricos desde quienes están en peor situación socioeconómica hacia quienes están mejor: de mujeres a hombres, de población migrante a población autóctona, de las clases populares a las clases más pudientes, de unos países a otros.¹ (p. 9)

Siguiendo esta línea de análisis, Carol Thomas (citado por Palomo)⁴ ha destacado, su transversalidad y enorme complejidad, por las múltiples dimensiones que operan en los cuidados: la identidad social de quien cuida, de la persona cuidada, la relación personal entre la persona que cuida y la cuidada, la naturaleza del cuidado, el ámbito social en el que se ubica la relación, el carácter económico de la relación de cuidado y el contexto institucional en que se ejerce. A lo que agrega que, la especificidad de los cuidados radica en que se encuentran en un territorio transfronterizo, especialmente cuando se prestan en el marco de las relaciones familiares, muchas veces dentro de los hogares, sin ninguna remuneración a cambio, bajo un fuerte contenido moral y afectivo.

Valga aquí una aclaración conceptual, los cuidados cotidianos se diferencian fundamentalmente de los cuidados intensivos y de las intervenciones sanitarias tradicionales⁵, dado que no tienen la finalidad de curar o sanar una enfermedad sino que refieren “[...] al sostenimiento o estimulación de la vida diaria”⁵ (p. 170).

Desde el campo de la salud, Ceminari y Stolkiner consideran a los:

...cuidados formales e informales dentro del ciclo salud-enfermedad-cuidados entendido como proceso dinámico y como construcción histórica. La categoría de cuidados, de esta manera tiene una connotación más integral que la de atención, porque reconoce que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales.⁶ (p. 44)

Desde una perspectiva de ciclo vital podemos observar que los cuidados siempre están presentes, aunque las condiciones en las que se dan y reciben van cambiando a lo largo de la vida. Esta posición se desmarca de aquella concepción diádica e instrumental del cuidado y lo redefine como un proceso social complejo, central para el desarrollo de las subjetividades, el mantenimiento de la cohesión social y la perpetuación del mundo común.

En este sentido, Martín Palomo⁷, señala las tres características principales que nos habilita a desarrollar de manera integral el abordaje del cuidado en tanto que:

- a) todo el mundo tiene necesidad de cuidado y no solo las criaturas, las personas ancianas, enfermas y/o con diversidad funcional.
- b) El cuidado se constituye en y por la relación de interdependencia y de poder que surge en la relación. Tanto quien presta el cuidado como quien lo recibe tienen una capacidad de acción en dicha relación.

c) El cuidado es una práctica y como tal puede ser organizada de una multitud de formas según los lugares y los momentos concretos.

Esta propuesta insiste en varias consideraciones que son centrales para comprender el cuidado como una relación de interdependencia, pero también de poder y de desigualdad. Subraya que el cuidado es universal pero que, se concreta de formas situadas y encarnadas, en los diferentes contextos culturales. Este es probablemente uno de los retos mayores que presenta el cuidado, el ser constitutivamente relacional.

Los argumentos de Parenti y Ceminari⁸ sobre el envejecimiento, en tanto proceso histórico y social, nos ayudan a pensar el cuidado en contextos domésticos, teniendo en cuenta que, también:

...es un proceso subjetivo que afecta a la persona y a su grupo familiar. Los cambios en el adulto mayor impactan en la convivencia. Las estrategias familiares de vida tanto pueden favorecer la protección, o intensificar la fragilización del adulto mayor, según como se desarrollen los cuidados y las acciones cotidianas. En diversas oportunidades, el grupo familiar no es continente y se inicia un proceso de desgaste en los vínculos que puede llevar al aislamiento del adulto mayor. Esta situación empeora y profundiza las pérdidas acontecidas en este momento del ciclo vital.⁸ (p. 172)

A continuación, incorporaremos al análisis de los cuidados, los diferentes aspectos incluidos en sus distintos niveles de abordaje. En este caso, nos interesa el desarrollo del mismo en contextos domésticos.

En primer lugar, Orozco y Domínguez¹ (p. 8) señalan las funciones y contenidos de los cuidados que abarcan: a) las tareas que implican la interacción directa de las personas para lograr salud física y emocional (cuidados directos), b) las tareas que establecen las condiciones materiales que hacen posibles los cuidados directos (precondiciones del cuidado) y c) las tareas de coordinación, planificación y supervisión (gestión mental). A su vez, Salazar (citada por Palomo, p. 33)⁴ divide en tres dimensiones analíticas a los cuidados en entornos familiares: 1) los materiales, es decir, aquellos relacionados con la oferta y consumo de servicios dentro del hogar; 2) los morales -disciplinarios, socialización de los menores, sentido del deber y de la responsabilidad (abnegación, sacrificio); y 3) los afectivos, donde se introduce la dimensión emocional de las relaciones familiares (calidad humana, preocupación por el otro, resentimiento, amor).

En general, sostiene Palomo⁴ la materialidad de los intercambios los hace más visibles y medibles tanto en términos de tiempo como de dinero. Dos magnitudes que se han estandarizado en las ciencias sociales, aunque éstas presentan limitaciones y dificultades tales como, medir tareas realizadas simultáneamente.

La reflexión teórica que se viene desarrollando, respecto al care (noción inglesa) propone dividir la categoría de cuidados al distinguir entre “[...] el care como actividad o trabajo, un aspecto práctico (caring for, ocupación), y el care como disposición, un aspecto cognitivo (caring about, preocupación)”⁴ (p. 34).

Siguiendo este argumento Hochschild, citado por Aguirre y Solari, argumenta que el cuidado:

...requiere de un manejo de las emociones para poder llevar adelante las tareas de cuidado, sin sufrir agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal y también para poder aceptar las limitaciones del cuerpo por parte de las personas en situación de dependencia.⁹ (p. 67)

Esta perspectiva es prometedora para deconstruir la tradicional naturalización del ser y el deber ser por el que se adjudican los cuidados a las mujeres y los cuidados son, por lo general, confundidos con la feminidad⁴ (p. 34) y caracterizados por su invisibilidad y discreción. De hecho, los cuidados se hacen visibles cuando algo falla, cuando faltan o no se cubren, por lo que la invisibilidad de los cuidados presenta un déficit crónico de reconocimiento ordinario⁴ (p. 33).

A manera de síntesis, podemos decir que las visiones presentadas plantean fundamentalmente la transversalidad, la complejidad y el carácter relacional del cuidado cargado de emocionalidad. También sostienen que las formas de concebirlo pueden ser muy variadas, por estar condicionadas por los anclajes culturales y sociales propios de cada grupo social. Sin que por ello deje de ser el cuidar, lo más parecido a lo que podríamos denominar una práctica universal. De allí que adquiera la forma de un derecho humano, dentro del cual, la dependencia y la vulnerabilidad no son accidentes que les suceden a otros sino que son rasgos inherentes a la condición humana.

Para adentrarnos en el tema de la conceptualización y medición de la dependencia, tomaremos los argumentos de Paredes y Pérez Fernández, citado por Aguirre y Solari:

...debido al aumento de la vulnerabilidad física y social que se da a la edad avanzada, se prioriza el estudio de la dependencia de tipo funcional. Refiere la misma a la pérdida o falta de autonomía física, psíquica o intelectual para realizar actividades elementales y prioritarias para una vida independiente en la sociedad actual. En la comunidad científica existe un acuerdo extendido en evaluar los grados de dependencia funcional según dos tipos de actividades: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD implican las actividades más elementales para la vida independiente y de au-



tocuidado de una persona. Son acciones dirigidas hacia la propia persona y tienen un alto grado de automatización, adquiriéndose tempranamente en la vida. La pérdida de estas funciones llevan a que la persona no pueda sobrevivir si no cuenta con alguien que lo asista. En cambio, las AIVD se consideran un medio para efectuar una acción más compleja. En este sentido, tienen una mayor dependencia de pautas culturales y del entorno de la persona, requiriendo un mayor control cognitivo para ejecutarlas.⁹ (p. 68)

La dependencia es entendida como una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades), las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencia), las limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto tanto personal, como ambiental en el que se desenvuelve la persona (barreras o ayuda). El tipo y grado de dependencia, se evalúa a partir de la capacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas (como desplazarse, comer, higienizarse, vestirse solo o con ayuda) e instrumentales (manejo del dinero, administración de medicamentos) de la vida diaria. Estas mediciones tienen en cuenta además, el tipo y la intensidad de la ayuda que necesita, para desenvolverse en la cotidianeidad. Lo que está asociado al mantenimiento de la autonomía e independencia, así como a la posibilidad de continuar integrado al entorno familiar y social. La gerontología crítica señala las limitaciones de esta propuesta, Cerri y Alamino (2015) consideran que:

...la dependencia es concebida como un estado deficitario y, por ende, los cuidados son definidos por criterios externos al sujeto o con escaso margen para sus decisiones; lo que lo convierte en un objeto de cuidados, donde otros deciden sobre sus necesidades e intereses. Desde esta posición, la autonomía se reduce a un individualismo que pone como valor central la autosuficiencia, convirtiéndose en un discurso que evita pensar en que somos esencialmente interdependientes.¹⁰ (p. 115)

Para salir de este reduccionismo, Aguirre y Solari⁹ (p. 70) proponen el pasaje del pensamiento de la autonomía personal al de la autonomía relacional. La segunda, parte de considerar las condiciones y relaciones sociales a través de las cuales surge la autonomía. Abriendo el camino para superar la estigmatización de las personas dependientes como sujetos sin poder de decisión, siendo éstos unos de los problemas de las sociedades actuales. Así, la autonomía refiere, según Kagitcibasi, citado por Martín Palomo:

...a la capacidad de la persona para obrar según su criterio, o la posibilidad de constituirse en un agente con autogobierno en un contexto social determinado. Por lo tanto, concierne a la capacidad de tomar decisiones en un medio que posibilite su desenvolvimiento.⁷ (p. 4)

De acuerdo a lo expuesto y considerando al proceso de envejecimiento “[...] como un fenómeno social multidimensional y heterogéneo, que engloba variables como la edad, género, clase y trayectoria individual”¹¹ (p. 20).

Y con el objetivo de enriquecer el conocimiento de esta etapa de la vida y deconstruir prejuicios sobre la dependencia, fundados en un paradigma deficitario, biologicista y universal. Es que resulta muy fructífera la perspectiva metodológica de evaluación de la red de apoyo social de las personas mayores propuesta por Arias¹². La misma considera fundamental partir de las apreciaciones del sujeto cuidado:

a) evaluar las redes de cuidado de manera conjunta con la persona de edad y considerar su punto de vista subjetivo acerca de la satisfacción con la misma y

b) priorizar la investigación de redes de cuidado de diferentes niveles de suficiencia y funcionalidad, de sus modificaciones y de los motivos por los cuáles éstas se han generado.¹² (p. 44)

Características del proceso de envejecimiento en nuestro país:

La extensión de la esperanza de vida nos lleva a poner nuestra atención en el denominado proceso de envejecimiento del envejecimiento, caracterizado por el aumento de la población mayor a los 75 años y por el crecimiento del índice de dependencia en las generaciones adultas, que se triplicó entre los años 1970 y 2010 en Argentina. Actualmente contamos con 5,8 millones de adultos mayores de 65 años y la proyección es que la misma, llegará a 13 millones en 2050 (Golbert y Roca 2014:17). Este proceso hace, según las mencionadas autoras, que sea necesario conocer la dinámica de este sector etario y sus nuevas problemáticas. Con el objetivo de conocer las acciones o medidas llevadas a cabo desde la red de apoyo, básicamente desde las formas de organización familiar y del sistema de la seguridad social, como respuesta a las nuevas necesidades de cuidado. En el marco de la combinación entre el envejecimiento poblacional del envejecimiento y la denominada crisis del cuidado, entendida como la reducción o ausencia de los tradicionales cuidadores centrados en la unidad doméstica y las mujeres. Crisis que tiene como base, la transformación de la dinámica del ciclo producción y reproducción de nuestras sociedades, con la incorporación creciente y sostenida de las mujeres al mercado laboral y una redefinición de la división del trabajo al interior de los grupos domésticos. Cambios que no han sido acompañados, desde la esfera pública, con la creación y oferta de servicios de apoyo a los cuidados, más bien asistimos a un proceso de mercantilización de estos servicios¹³ (p. 17). A nivel global, y desde los últimos años se evidencia un pro-



ceso de restricción y retroceso en materia de derechos conquistados para las personas mayores en el marco de un ajuste sin precedentes en la seguridad social y el sistema previsional en nuestro país.

Un dato fundamental para pensar las necesidades de cuidado refiere a la composición de los hogares de las personas mayores. Según datos del último censo del año 2012 del total de personas viviendo en hogares unipersonales, el 39,4 % son mayores de 65 años¹³ (p. 18). De este porcentaje el 20,6 % tiene más de 75 años. La presencia de otro acompañante se reduce en el tramo de 75 años y más.

Por otra parte, la mayoría de los adultos mayores de 65 años - el 91 % - gozan de cobertura desde la seguridad social. En todos los tramos de edad tienen mayor representación las mujeres y los residentes en zonas urbanas¹³ (p. 18).

Los resultados de la Encuesta nacional sobre calidad de vida de los adultos mayores del 2012 por en Argentina arrojan que: el 77,4% de los adultos mayores reciben los cuidados del entorno familiar, un 12,2% cuentan con ayuda de empleada doméstica o cuidador no especializado, un 5,5% recibe colaboración de un amigo o vecino y sólo un 3,5% una cuidadora especializada⁶ (p. 43).

Los datos del Indec del 2012 y analizados por Ceminari y Stolkiner⁶ (p. 43) arrojan que, alrededor del 10% de los adultos mayores presenta dependencia básica. Esta cifra aumenta a medida que avanzan los años, y las mujeres con este tipo de dependencia duplican a los varones en todos los grupos de edad. Respecto a la dependencia instrumental, el 22% de los adultos mayores presentan por lo menos una de ese tipo de limitaciones y un 13% necesita ayuda para hacer las compras, mientras que un 12% para realizar tareas del hogar y 11% para viajar en transporte público o privado.

Es decir, que la población adulta mayor de nuestro país está atravesando un proceso de envejecimiento del envejecimiento caracterizado por ser femenino, urbano, con cobertura social y con hogares unipersonales o compuestos en su mayoría por dos adultos mayores, lo que nos habla de la falta de otros miembros que colaboren en su cuidado y atención.

Esta presentación nos sirve de referencia para arribar a los aspectos cualitativos expresados desde las personas mayores entrevistadas. Partimos de entender que las representaciones sociales que giran en torno a los cuidados y al envejecimiento, constituyen ese conocimiento práctico productor y constructor de una realidad social compartida. Y que el conocimiento de los valores, creencias y mandatos sociales que acompañan las prácticas de cuidado en la vejez constituyen elementos claves a la hora de pensar, elaborar, diseñar políticas de cuidado.

Compartimos lo expresa Parenti y Ceminari:

...el envejecimiento se desarrolla en espacios concretos como familiar, social y comunitario, entendidos como el entramado de redes y que el fortalecimiento de las mismas funciona como factor protector de la autonomía funcional.⁸ (p. 172)

La visión de los cuidados en contextos domésticos de personas mayores: entre el cuidar y ser cuidado

Del trabajo de entrevistas realizadas a personas mayores con dependencias, efectuado en el marco de un trabajo de seguimiento de sus necesidades en el marco del período posterior al aislamiento social por covid, se presenta una selección acorde a unidades domésticas con diferente composición familiar y con personas mayores con distintas dificultades funcionales con el objetivo de conocer las estrategias de cuidados desplegadas y sus significados sociales.

Caso 1: Felipe (93 años) Unidad doméstica: Dos adultos mayores (padre e hija) padre con demencia senil (por ello se entrevistó a su hija) y personal de cuidado.

Felipe convive con su hija de 73 años desde que un episodio de internación, por una fractura e infección de su sonda vesical que, combinado con el avance de su deterioro cognitivo y su estado de viudez desde hace 3 años, implicaron el requerimiento de ayuda para su cuidado de manera continua. Para lo cual, la hija contrato a tres cuidadoras domiciliarias para sostener la presencia continua de una cuidadora las 24 horas.

En este caso, se trataba de un hombre que vivió solo gran parte de su vejez, pero que el deterioro psicofísico implicó la necesidad de cuidados continuos. Su grupo familiar decidió que no fuese institucionalizado, y su hija mayor paso a tener el rol de cuidadora y conviviente. Esta decisión pudo ser tomada porque su hija también se encontraba viviendo sola como consecuencia de su reciente viudez y por una apreciación personal sobre la calidad de cuidados que requiere su papá, ella manifiesta que “él está bien fruto de los cuidados que les damos, sino estaría muerto”, no confió en terceros “las instituciones son depósitos de gente, no los atienden bien”, en definitiva, “tengo que estar yo, mirando, evaluando, observando lo que le pasa a mi papá”. De esta manera, su hija paso a ser quien interpreta las necesidades de su padre y coordina la realización práctica y cotidiana de los cuidados con las cuidadoras, teniendo un rol de gestora del cuidado, con responsabilidad en la elección, contratación y planificación de la dinámica de asistencia de las cuidadoras y las tareas que deben realizar. En este sentido expresa que: “no es fácil, yo tengo que estar en todo”, “mi vida cambió totalmente, ya no es tranquila, él demanda mucho”, “yo soy la que conoce su carácter, él a veces está mal y se pone inquieto, otras está bien, tranquilo”,





pero “no dudo en hacerme cargo”, “tengo otros dos hermanos, pero ellos trabajan y no cuentan con tiempo, ni entienden como se cuida a una persona”, “ellos huyen de esta responsabilidad, especialmente el varón”, “yo estoy sola con las chicas”. Puedo hacerme cargo, porque como “yo tengo conocimientos de enfermería, se lo que le pasa y lo que necesita, más que su médico”, “yo al estar todo el día con él, lo percibo, sé quiere y qué necesita” y le “pongo voluntad”, “todo para que él esté mejor”.

Con estas expresiones podemos decir que esta hija afronta esta responsabilidad, desde determinadas concepciones valorativas, emocionales y cognitivas acerca del cuidado en tanto responsabilidad basada en su vínculo familiar. Ella se visualiza como la intérprete de las necesidades de la persona cuidada, dado que él por su demencia expresa de distinta manera sus deseos. Desde este lugar, la hija cumple el rol de gestión en la ejecución de los cuidados. Ella se encarga de las tareas externas a la unidad doméstica, como trámites en la obra social, compras de mercadería, compra de medicamentos, gestión de recetas y visitas al médico, entre otras; respecto a las cuidadoras ella también es la encargada de ordenar las actividades de las cuidadoras. En este sentido, ella se autodefine como la “que sabe de este trabajo”.

Para el trabajo de esfuerzo y asistencia continúa de su papá, contrato tres cuidadoras, que se turnan para cubrir toda la semana y a tiempo completo. Las mismas son de nacionalidad paraguaya y entre ellas tienen vínculos familiares; esta condición es evaluada por la hija como “que tienen una misma cosmovisión del cuidado de una persona enferma” y que por su cultura “valoran el cuidado a una persona mayor”. Ella en su rol de gestora, ha implementado una rutina de tareas, que supervisa con mucho rigor. En este sentido, la hija percibe que este rol implica que “vivo para él”, “las chicas son buenas, pero hay que estar”, a veces “me hacen renegar pero son cariñosas con él”. Para mí, lo principal “es que hagan la tarea con amor”, “acá yo les doy a ellas un lugar cómodo y un buen trato” porque si no hay un buen clima no estaría bien mi papá, y además necesitamos todos estar bien. Sus manifestaciones destacan que el componente relacional y sentimental es prioritario para generar condiciones de cuidado dignas para su papa. No sólo abarcan los cuidados materiales necesarios sino y sobre todo la calidez y atención de los mismos, que se sintetiza en la expresión tenemos que “estar atentos y darle cariño”.

En cuanto a la distribución de tareas y responsabilidades señala que las cuidadoras “se encargan de bañarlo, higienizarlo, cambiarle la sonda, los pañales, darle de comer, todas actividades que requieren fuerza y yo ya no puedo”. Para sostener el cuidado domiciliario de su padre cuenta con una base material sólida, una casa cómoda y amplia, dos haberes jubilatorios de mediano ingreso y disponibilidad de tiempo y voluntad. Hasta el momento puede pagar de manera particular la concurrencia de las cuidadoras, no obstante, debido al incremento salarial, acudió a la obra social a fin de solicitar una ayuda económica para sostener esta dinámica de cuidado (que cubre escasamente el gasto total del pago a las cuidadoras).

Como conclusión podemos decir que la hija en carácter de cuidadora evalúa que “con sus modos y cuidados sacó a su papá a flote”, “él recibe amor y un buen trato, pero hay que estar y entenderlo”, “lo más importante que les pido a las cuidadoras es el buen trato, ellas son muy amables y cariñosas, nos hacen bien”.

Esta actividad es llevada con orgullo por la hija en la figura de responsable principal y gestora del cuidado de su papá, lo cual implica un gran esfuerzo personal por no contar con otros cuidadores de su entorno familiar. A su vez, la necesidad de cuidados del padre motivó que dos personas solas a partir de sus viudeces se reencontraran en un nuevo vínculo, lo cual recrea esta idea de la interdependencia de los sujetos y la cambiante posición entre el cuidado y el cuidador.

Caso 2: Amanda (65 años) Unidad doméstica: dos adultos (madre e hijo) adulta mayor con dependencia funcional fibromialgia, sin personal de cuidado.

La señora Amanda convive con su hijo de 35 años, soltero, sin empleo que se ha hecho cargo del cuidado de su madre. Cuentan con vivienda propia y dos haberes jubilatorios, uno heredado de su esposo y el otro de ella. Ambos ingresos conforman el presupuesto familiar, con el que se sostienen económicamente ambos.

El deterioro físico que conlleva esta enfermedad le ocasiona agudos dolores y momentos en que no puede movilizarse por sus propios medios, cuando se siente mejor se desplaza con la ayuda de un bastón. La enfermedad implica un deterioro progresivo con avances en pérdidas funcionales. Amanda es consciente de las consecuencias de su enfermedad, por lo que recibe atención psicológica. Expresa que las manifestaciones progresivas de ciertas limitaciones funcionales le ocasionan episodios de angustia, a partir sobre todo de autoevaluarse “como una carga negativa para su hijo”. En relación a la participación de su hijo en su cuidado ella se considera “un estorbo, mi hijo no quiere formar una familia por cuidarme”, en cuanto a la posibilidad de contar con una persona externa para su cuidado, considera que “no se puede meter a cualquier persona en la casa”, “yo hasta hace un tiempo, me las arreglaba sola de alguna manera”, y “no tienen los ingresos necesarios para pagar a alguna cuidadora”, me sostengo “por mi fe y el amor a mi hijo”, “yo también tengo que estar para él”, “él tiene sus limitaciones para conseguir trabajo y sufrió mucho la pérdida de su padre, con el que trabajaba”, “ahora está perdido, no sale”. Esta situación pone a la luz, que ella también es la cuidadora de su hijo y su sostén emocional y económico, mientras que él se encarga de los mandados, trámites y el trabajo de la casa (limpieza, comida, ayudarla a levantarse cuando está muy dolorida), menciona que “estamos mal, pero nos necesitamos”, “yo pase a ser ahora la hija porque él me cuida”, esta expresión señala la vinculación simbólica entre el rol familiar y la responsabilidad en el cuidado, aunque también pone de manifiesto la interrelación entre la dependencia y el cuidado, móvil y fluctuante entre los miembros de esta unidad doméstica. Como su vida transcurre mayormente puertas adentro, la red de ayuda la encuentra en sus vecinos.



En su relato aparece la figura de una amiga siempre dispuesta a ayudarlos, la misma es vecina lindante a la casa de Amanda, lo que simbólicamente le da alivio de que si tienen alguna dificultad pueden recurrir a ella. En este sentido, expresa con angustia que los demás familiares “se borraron”, “desde que tenemos dificultades no aparecieron más”, ellos son de nacionalidad boliviana y parte de su familia vive en ese país.

Entre las ayudas que recibió, señala la orientación y contención dada desde su obra social Pami, específicamente a través del servicio social. Este recurso es valorado positivamente, asegura que puede recurrir al servicio y encontrar un espacio para poder manifestar sus inquietudes, dudas y necesidades. Un lugar destacado tiene la psicóloga, valora el acompañamiento anímico que le brinda. La ayuda económica que recibe a través de la obra social es mínima y no llega a cubrir la presencia de un cuidador especializado. La articulación del abordaje de las profesionales intervinientes y su positiva valoración por parte de Amanda, dan cuenta de la importancia de un abordaje integral en las intervenciones con las personas mayores que van transitando distintos grados de dependencias.

La unidad doméstica de Amanda combina una serie de factores que acentúan su vulnerabilidad física y emocional, siendo su mayor preocupación tanto su estado de salud como del futuro de su hijo. Las condiciones de vida de ambos, con distintas dependencias, están fuertemente entrelazadas en un marco de tensiones y negociaciones constantes. Se pondera fuertemente la ayuda externa a partir de la red vecinal como de la seguridad social, dos pilares fundamentales en el sostenimiento anímico de Amanda.

Caso 3: Estrella (72 años) Unidad doméstica: unipersonal, se cuida sola sin acompañante.

Estrella es una mujer soltera, que trabajo en el servicio doméstico y en el cuidado de otras personas, valga esta actividad en su historial, hasta que por su enfermedad oncológica tuvo que restringir sus actividades. Cobra un haber jubilatorio básico y no cuenta con vivienda propia, recibe actualmente la ayuda de la obra social para el pago del alquiler de su pequeña casa, lo que genera un estado de vulnerabilidad habitacional importante. Presenta serias limitaciones económicas, por su magro haber jubilatorio, por lo que gran parte de sus actividades cotidianas están en función de maximizar su presupuesto. Entre ellas destaca, que realiza la compra de mercadería suficiente para 15 días seleccionando las ofertas y los días con descuento. Para el sostenimiento de su bienestar viene implementado algunas estrategias, como compartir el cable con vecinos, comprar las ofertas y cocinar lo mejor posible con lo que tiene. Ella se encarga de su seguimiento médico y de la limpieza de la casa. En su tiempo libre se ha dedicado a leer y mirar películas. No cuenta con red familiar de sostén, con el tiempo ha perdido todo tipo de vínculo con sus parientes. Su red fundamental es una amiga, con la que lleva 35 años de relación, con la que mantiene un lazo sólido y también sus vecinos que están siempre atentos a sus necesidades. Estas redes informales constituyen los pilares de sostén para su integridad psíquica y social. Además, señala que, desde el servicio social de la obra social Pami ha recibido, contención y ayuda económica para el alquiler

de su vivienda, sin la cual no tendría donde vivir, elemento fundamental para conservar su autonomía e independencia.

Cuenta con una historia de participación en las actividades de un centro de jubilados y muestra interés por la lectura y cine, aspectos que sostienen su integridad emocional.

Podemos evaluar que en esta etapa de la vida, se suman ciertos factores de vulnerabilidad ligados a cuestiones de índole económicas, habitacionales y familiares, además de las sanitarias y sus consecuencias en las limitaciones funcionales que le acarrea. Ante las cuales, pondera muy positivamente, la ayuda recibida por sus amistades y vecinos, así como por la protección brindada por los sistemas de la seguridad social de nuestro país, que de manera complementaria le dan cierto alivio a su frágil situación. Manifiesta que, la idea de no sentirse sola es básica para el desarrollo de su vida cotidiana “yo sé que llamo a mi amiga y esta”, “mis vecinos están siempre que yo los necesite”, “doy gracias a la obra social que me da la posibilidad de tener mi casa, yo siempre trabajé, pero no logré comprarme una vivienda”, “antes como trabajaba cama adentro, no me era necesario”.

En todo momento, expresa un estado de agradecimiento y de lucha por vivir, condición que siempre estuvo en su trayectoria de vida.

Reflexiones finales

Podemos decir que cuando nos adentramos en las trayectorias personales de las personas mayores que presentan ciertas limitaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria por diferentes causas, nos encontramos con la elaboración artesanal de estrategias de cuidado, en las cuales las redes de sostén tienen un rol fundamental. Surge, además, que la contención anímica y social, es un requisito básico demandado por todos los entrevistados.

Se constata que el cuidado sigue estando a cargo principalmente de familiares y amigos, y para que aparezca cuidadores externos deben darse ciertas condiciones materiales para la factibilidad de su incorporación. Lo que demuestra que estamos bastante lejos de contar con otros dispositivos de cuidado que reduzcan la responsabilidad familiar en los cuidados.

En todos los casos, se constató la intervención del servicio social del INSSJyP (Pami), las mismas tienen como valor positivo el acompañamiento profesional y el apoyo económico, lo que nos lleva a plantearnos la necesidad de la implementación de una red de servicios integrales de cuidados que aborden y den respuesta a todas las dimensiones de la vida. Pero, sobre todo, que consideren los pareceres y necesidades sentidas por las personas mayores en el camino hacia el sostenimiento de la autonomía.



Referencias citas:

□ **Orozco y Domínguez. Por qué nos preocupan los cuidados. Centro de Capacitación de la ONU-MUJERES; 2014.**

1. Rodríguez Enríquez C, Marzonetto G. Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Rev Perspectivas de Políticas Públicas*. 2015;(8). ISSN 1853-9254.
2. Batthyány K, Perrotta V. Discurso experto en el cuidado de personas mayores: un análisis de género. *Rev Ciencias Sociales*. 2014;27(34). ISSN 1688-4981.
3. Palomo Martín. Los cuidados y las mujeres en las familias. *Rev Política y Sociedad*. 2008;45(2):29-47.
4. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. CEPAL-Naciones Unidas; 2018.
5. Ceminari Y, Stolkiner A. El cuidado de personas mayores en la Argentina: de cuestión familiar a cuestión de derechos. UBACyT, UBA; 2016.
6. Palomo Martín, Venturiello, Carmuco. Entramados de interdependencias, cuidados y autonomía en situaciones de diversidad funcional. *Rev Papeles del CIEC*. 2020.
7. Parentti, Ceminari. Club de día para adultos mayores: promoviendo el derecho a envejecer con dignidad en la propia comunidad. En: V Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional de la Psicología, Facultad de Psicología, UBA, Argentina; 2013.
8. Aguirre, Solari. Vejez de las mujeres. Uruguay: Ed. Doble Clic; 2018.
9. Cerri Chiara, Alamillo Martínez L. La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Rev Gazeta de Antropología*. 2012;(14). ISSN 0214-7564.
10. Iuliano R, comp. Vejez y envejecimiento: aportes para la investigación e intervención en adultos mayores desde las ciencias sociales, la psicología y las ciencias de la educación. *Memoria Académica FaHCE*. UNLP; 2019.
11. Arias CJ. La red de apoyo social: cambios a lo largo del ciclo vital. *Kairós Gerontología*. 2015.

12. Golbert L, Roca E. Políticas públicas destinadas a las personas mayores: el caso argentino. *Rev Desarrollo*. 2014;3.
13. Peláez, Monteverde, Acosta. Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina: desafíos para la formulación de políticas. *SABERES*. 2017;9(1).



Conformación de la Red de Seguimiento y Cuidados de la persona Recién Nacida Prematura y Alto Riesgo al nacer y su familia. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, período 2022 -2024. Dirección Provincial de Salud en la Niñez y la Adolescencia - Subsecretaría de Políticas de Cuidados en Salud

Establishment of the Monitoring and Care Network for Premature Newborns and High Risk at Birth and their Families. Ministry of Health of the Province of Buenos Aires, period 2022-2024. Provincial Directorate of Health in Children and Adolescents - Undersecretariat of Health Care Policies

Formação da Rede de Acompanhamento e Assistência ao Recém-nascido Prematuro e de Alto Risco ao Nascer e sua família. Ministério da Saúde da Província de Buenos Aires, período 2022-2024. Direcção Provincial de Saúde da Criança e do Adolescente - Subsecretaria de Políticas de Saúde



Silvina Gabriela Moggiano^{1,2}
(ORCID: 0009-0009-6206-5241),

Federico Paruelo¹
(ORCID: 0000-0002-3191-8338)

CONTACTO

Silvina Gabriela Moggiano -Email: silvinamoggiano2@gmail.com

FILIACIONES:

1. Dirección Provincial Niñez y Adolescencia, Argentina 2. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

CITAR COMO:

Moggiano SM, Paruelo, F. *Conformación de la Red de Seguimiento y Cuidados de la persona Recién Nacida Prematura y Alto Riesgo al nacer y su familia. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, período 2022 -2024. Dirección Provincial de Salud en la Niñez y la Adolescencia - Subsecretaría de Políticas de Cuidados en Salud. Desde Acá. 2025; 4: 56-68.*

Resumen

Este documento describe la creación y puesta en marcha de una Red de Seguimiento y Cuidados del recién nacido prematuro y de alto riesgo al nacer y su familia en el ámbito público de la Provincia de Buenos Aires, fundamentándose en la alta morbilidad y mortalidad de esta población y la necesidad de atención integral y coordinada desde el nacimiento hasta la edad escolar. Esta red busca articular los servicios de neonatología, consultorios de seguimiento, atención primaria y recursos comunitarios garantizando la continuidad de cuidados y la accesibilidad a especialidades, con un enfoque centrado en los derechos de la infancia y la familia. El objetivo final es mejorar la calidad de vida de estos niños y niñas minimizando las secuelas a largo plazo.

Palabras Clave: Recién Nacido Prematuro, Atención Integral de la Salud, Redes de Atención de Salud, Seguimiento del Paciente

Abstract

This document describes the creation and implementation of a Network for Monitoring and Care of premature and high-risk newborns at birth and their families in the public sphere of the Province of Buenos Aires, based on the high morbidity and mortality of this population and the need for comprehensive and coordinated care from birth to school age. This network seeks to articulate neonatal services, monitoring clinics, primary care and community resources, guaranteeing the continuity of care and accessibility to specialties, with a focus on the rights of children and the family. The ultimate goal is to improve the quality of life of these children by minimizing long-term consequences.

Keywords: Premature Newborn, Comprehensive Health Care, Health Care Networks, Patient Monitoring



Resumo

Este documento describe a criação e implementação de uma Rede de Vigilância e Atenção aos recém-nascidos prematuros e de alto risco ao nascer e seus familiares na esfera pública da Província de Buenos Aires, com base na elevada morbidade e mortalidade desta população e na necessidade de uma atenção integral e coordenada desde o nascimento até pelo menos os 7 anos de idade, quando começa a escolaridade. Esta rede procura articular serviços de neonatologia, clínicas de seguimento, cuidados primários e recursos comunitários, garantindo a continuidade dos cuidados e a acessibilidade às especialidades, com foco nos direitos das crianças e da família. A metodologia de implementação é aqui detalhada, incluindo inquéritos, criação de redes inter-regionais e interjurisdicionais e a importância da participação familiar e comunitária.

Palavras-chave: Recém-Nascido Prematuro, Atenção Integral à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Acompanhamento de Pacientes



Conformación de la Red de Seguimiento y Cuidados de la persona Recién Nacida Prematura y Alto Riesgo al nacer y su familia. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, período 2022 -2024. Dirección Provincial de Salud en la Niñez y la Adolescencia - Subsecretaría de Políticas de Cuidados en Salud



Silvina Gabriela Moggiano y Federico Paruelo

Introducción

Si bien la mortalidad infantil en la provincia de Buenos Aires presenta un descenso sostenido, la prematurez y el bajo peso al nacer continúa siendo un problema prevalente.^a (*) El desarrollo de los servicios de neonatología y la formación de profesionales calificados logran la sobrevida del recién nacido de alto riesgo, que demandarán al alta cuidados ambulatorios diferenciados por parte de los servicios de salud, así como un acompañamiento a la familia adecuado a la condición. Se espera que la incorporación de esta población a un programa de seguimiento en red anticipe, mitigue y asista oportunamente las secuelas para lograr una mejor calidad de vida de los niños y las niñas y su familia. En este relato presentamos desde la Dirección Provincial de Niñez y Adolescencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires una tarea conjunta con las Regiones Sanitarias, Hospitales y Municipios, desde el año 2022, en la cual iniciamos la organización y coordinación de la Red de Seguimiento y Cuidados de la persona Recién Nacida Prematura y Alto Riesgo al nacer y su familia para garantizar el adecuado y oportuno seguimiento desde una perspectiva de cuidados en salud.

a Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud de la provincia de Buenos Aires (DEISBA) 2022



Fundamento para la organización de la red

En el año 2016, el Área de Neonatología de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, elaboró una propuesta de Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo. Allí se señala, entre otras cosas, que

la mayor parte de los niños y niñas que nacen por año en Argentina crecen y se desarrollan normalmente. No obstante, hay un grupo identificable por factores de riesgo (prematurez, bajo peso al nacer, enfermedad compleja en período neonatal, vulnerabilidad social, etc.) que tienen altas tasas de morbilidad en comparación con los niños nacidos a término y que, en consecuencia, pueden presentar alteraciones en su desarrollo a largo plazo¹ (Ministerio de Salud de la Nación, 2016, p. 10).

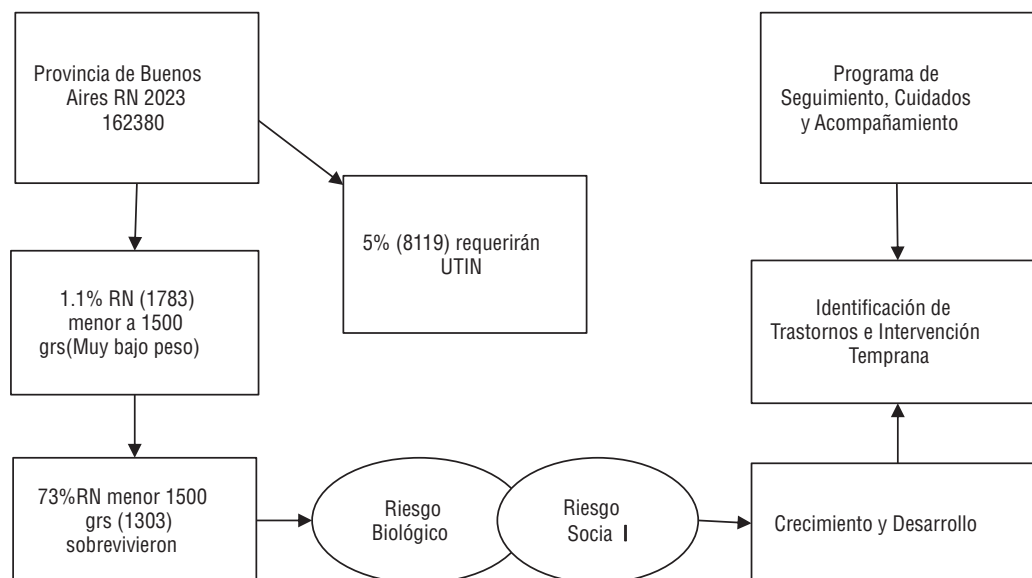
En el año 2023, la Dirección de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, junto a la Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación elaboró una Guía de Práctica Clínica para el Seguimiento de niñas y niños con antecedente de prematurez al nacer de la cual la Dirección de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires fue parte del panel de expertos para la elaboración de las recomendaciones. En esta guía se señala, entre otras cosas, que

El aumento de la sobrevida de los niños y las niñas nacidas prematuramente trae aparejada la necesidad de mejorar la calidad de cuidado a largo plazo. La prematurez es un problema acuciante para la salud pública mundial que debe ser considerado, en gran parte, como el resultado de inequidades en el acceso a la salud y, al mismo tiempo, como el principal determinante de la mortalidad infantil y de la discapacidad de comienzo temprano.² (p.12)

Se estima que el 1% de los niños y las niñas que nacen en la Provincia de Buenos Aires requieren un seguimiento específico.

Los recién nacidos pretérmino se clasifican según la edad gestacional al nacer, como aquellos nacidos con menos de 36,6 semanas de gestación, y según el peso al nacer: bajo peso (2500- 1500 grs.), muy bajo peso (menos de 1500 grs.) y extremadamente bajo peso (entre 1499 y 1000 grs). Esta población requerirá luego de su nacimiento la continuidad de cuidados especiales desde los Consultorios de Alto Riesgo hospitalarios en articulación con el Primer Nivel de Atención:

Figura 1
Provincia de Buenos Aires 2023.Distribucion de Recién Nacidos según peso al nacer



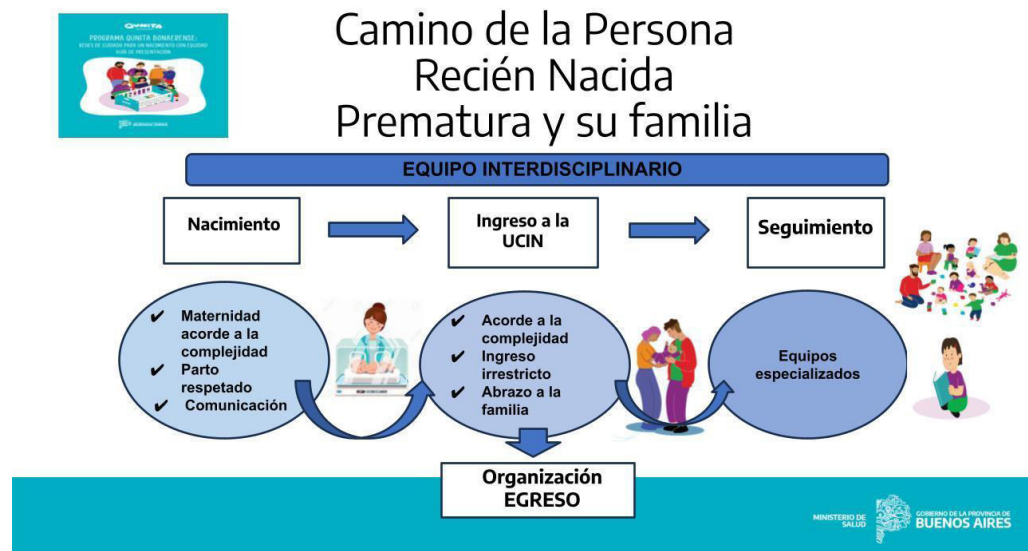
Fuente: Depto. Estadísticas Vitales. Dirección de Información Sistematizada. Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Este 5% de niños y niñas (n: 8119) requerirá de cuidados especiales en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal constituyéndose como población altamente vulnerable.

La identificación de esta población y su seguimiento organizado permite detectar en forma temprana los problemas y realizar sobre ellos intervenciones oportunas, eficaces y eficientes. Permite, además, ofrecer a la familia información en las distintas etapas del desarrollo de sus hijos. Una vez producida el alta, el seguimiento de estos recién nacidos está sujeto a la disponibilidad del consultorio de alto riesgo, su modalidad de seguimiento y en las posibilidades de la familia para concurrir y acceder a estos servicios.

Si un recién nacido/a pretérmino nació en un lugar seguro, es decir, en una maternidad y neonatología acorde a su complejidad, la probabilidad de tener secuelas es menor: Esto es especialmente importante en el grupo de niños y niñas nacidos con un peso menor a 1500 grs. Si ingresan en un programa de seguimiento, estas secuelas podrán ser mitigadas o anticipadas, tratadas y asistidas para lograr el desarrollo de sus capacidades, la integración familiar, social y una vida plena. Por lo expuesto, un Programa de Seguimiento en Red para niños y niñas de alto riesgo debe ser considerado tanto desde la perspectiva de estas infancias, como de los padres, la familia y los entornos sociales que estas infancias transitan:

Figura 2:
Camino de la persona recién nacida prematura y su familia



Fuente: elaboración propia

El propósito de esta red se orienta a proveer servicios de salud de manera integral y coordinada, garantizando la continuidad de los cuidados cuando los pacientes son derivados entre distintos niveles de atención. De esta forma, se evitan rupturas en la atención y se asegura una respuesta oportuna y de calidad.

La centralidad de la atención de la red se encuentra en la Atención Primaria de la Salud (APS), en los 171 efectores localizados en las 12 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires. Esto permite priorizar una atención cercana a las comunidades, accesible y resolutive, reduciendo la presión sobre los servicios de mayor complejidad descomprimiendo y fortaleciendo el sistema de salud en su conjunto.

Antecedentes de organización de la red de seguimiento y cuidados de la persona recién nacida prematura y alto riesgo al nacer y su familia

En el año 2017, la Provincia de Buenos Aires sancionó la Ley 14.931, que establece la creación del “Sistema y/o Red de Seguimiento de Recién Nacidos Prematuros de Alto Riesgo”³. Esta Ley dio el marco para organizar el armado de la Red de Seguimiento de Prematuros y Alto Riesgo que se encuentra en funcionamiento hasta la actualidad. En el marco de la Ley 27.6114 más conocida como Ley de los 1000 días en el año 2023 se crea el Programa Qunita Bonaerense⁵ destinado a cuidar la salud y acompañar a las personas



gestantes durante el embarazo y a los niños y niñas durante los primeros años de vida constituyéndose como una estrategia que potencia y favorece la integración del sistema sanitario, transformando el modelo de atención en un modelo de cuidados. Este proyecto se integra en el modelo de la Red Bonaerense de Atención de la Salud propuesto en el marco del Plan Quinquenal de Salud 2023-2027 que comprende un encuadre que implica un modelo de atención y de gestión centrado en una ética del cuidado, la justicia y la inclusión, generando un trabajo articulado e integrado entre los distintos actores que configuran el sistema de salud. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos, tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

Se plantea desarrollar una estrategia integral, cuyo objetivo principal es el de generar redes de atención de cuidados organizados que aseguren que esta población reciba una identificación y atención temprana, oportuna, coordinada y de alta calidad desde una perspectiva centrada en los derechos, que incluya situaciones de vulnerabilidad sociofamiliar.

Para que las familias puedan abordar los desafíos actuales y futuros de la salud de sus niños y niñas, es necesario rediseñar la modalidad de organización de los servicios para que el abordaje interdisciplinario relacionado con los cuidados, el desarrollo y el bienestar emocional comience durante la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y continúe al egresar de la misma. El seguimiento del bebé con antecedente de prematurez o algún otro tipo de riesgo u otra situación biológica, está sujeto a la disponibilidad del consultorio de alto riesgo del hospital o institución donde nació y también a la modalidad del seguimiento y en las posibilidades de la familia para concurrir y acceder a estos servicios. Muchas veces el Hospital donde nació está muy alejado del domicilio de las familias, por lo que la atención continua y la intervención temprana en ocasiones se encuentra amenazada.

Las demandas generadas para el adecuado seguimiento pueden requerir una variedad de servicios. Esto implica el riesgo de fragmentación de la atención integral que caracteriza a algunas áreas de servicios de salud y la duplicación en otras, con la consecuente obstaculización para poder cumplir muchas veces con las diferentes consultas, que en muchos casos se encuentran distribuidas en diferentes días de la semana y horarios. Bajo esta realidad, las familias no pueden organizar la vida personal ni familiar; esto conlleva en muchas oportunidades a pérdida de turnos, olvido, etc.

Desde la Dirección Provincial de Salud en la Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires estamos llevando adelante una intervención centrada en convertir estos espacios de atención en el eje estructurador del seguimiento de los Recién Nacidos de Alto Riesgo y sus familias, con el armado de la red de atención con los diferentes niveles para garantizar la cobertura y la accesibilidad a las diferentes especialidades, para poder garantizar la permanencia del niño/a y su familia en esta ins-



tancia de cuidado y en el Primer Nivel de Atención que es el más cercano a la población, el que se encuentra en el barrio, en el territorio, y que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

En este sentido, el Programa Qunita Bonaerense posee equipos de trabajo para fortalecer la apertura de los espacios para la preparación integral para la maternidad, paternidad y crianza, así como la continuidad de los cuidados luego del parto, promoviendo que todas las infancias accedan a las prácticas de cuidado al nacer, a las consultas de salud y la vacunación según calendario. Se fortalecen las redes de acompañamiento integral de poblaciones con problemas de salud, garantizando el acceso a los cuidados necesarios y la continuidad de la atención con equipos especializados. En cada una de estas líneas, se busca impulsar un proceso de aprendizaje continuo y conjunto con los equipos de salud, desarrollando estrategias de capacitación, participación comunitaria y organización social.

Es en esta línea que resulta muy beneficioso impulsar el fortalecimiento del rol y la reorganización de la gestión del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido Prematuro y de Alto Riesgo al nacer, renovando la arquitectura de articulación entre el servicio de neonatología, el consultorio de seguimiento, la oficina de referencia y contrarreferencia, la Dirección de Atención Primaria dependiente de las Secretarías de Salud Municipales y sus efectores, y otorgar un fuerte impulso a la organización comunitaria (agentes sanitarios, promotores de salud, manzaneras, etc.) para incorporarlos en la gestión territorial con las familias y sumarlos al modelo de seguimiento propuesto.

Convertir los espacios en donde se realiza el seguimiento de la evolución de estos niños y niñas, es una propuesta para incluirlos como eje estructurador del cuidado. La mayoría, que estuvieron críticamente enfermos en el momento del nacimiento tienen pronóstico favorable a largo plazo en cuanto a salud y calidad de vida. Sin embargo, tienen una probabilidad mayor que el resto, de presentar secuelas o morbilidades de diverso impacto que requieran atención especializada e integrada. En palabras del Ministerio de Salud de la Nación, “la detección temprana de los trastornos, acompañada de una intervención oportuna, puede modificar favorablemente el futuro de esta población infantil y su familia”¹ (p. 4). De acuerdo con esto, los niños y las niñas deben tener cuidados especiales y recibir la atención de especialistas en consultorios interdisciplinarios con el fin de facilitar el aprovechamiento de sus posibilidades.

El Programa se propuso una meta fundamental organizar la red provincial de atención y cuidados del Recién Nacido de Alto Riesgo. El objetivo principal es garantizar un seguimiento adecuado y oportuno para estos recién nacidos. Para lograrlo, el Programa busca articular la contrarreferencia y la red de atención interhospitalaria en cada región sanitaria y con hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.



Se considera crucial fortalecer el rol de los hospitales, las regiones sanitarias, los municipios y de los equipos Qunitas del primer y segundo nivel de atención, así como de las familias. Además, el Programa se enfoca en garantizar la cobertura y la accesibilidad a las diferentes especialidades y en incrementar la permanencia del niño/a y su familia en todas las instancias de cuidado, entendiendo que esto otorga mayores posibilidades de éxito en su crecimiento y desarrollo.

Dentro de sus propósitos definidos, el Programa impulsa el desarrollo de una red de articulación, buscando promover continuamente la organización de esta red a nivel local. Esto implica la colaboración entre la secretaría de salud municipal, el servicio de neonatología, el consultorio de seguimiento de recién nacido de alto riesgo, la oficina de referencia y contrarreferencia, la central de turnos de los hospitales, los servicios de áreas programáticas (SAPS), los equipos Qunitas hospitalarios y municipales, los centros de atención primaria de la salud (CAPS), los recursos comunitarios (como agentes y promotores de salud), las familias y otras organizaciones de la sociedad civil.

Otro propósito clave es la organización de la atención donde se busca promover la interacción orgánica del equipo de atención de seguimiento con el resto de los servicios para la atención específica. Para facilitar esto, se considera necesario generar turnos protegidos para la atención de los recién nacidos de alto riesgo en especialidades como neurología, nutrición, kinesiología, fonoaudiología, estimulación temprana y laboratorio.

La gestión de casos también es un pilar importante, propiciando procesos integrados de atención. Se reconoce la importancia de concentrar la atención en un solo día para realizar los controles necesarios con los diferentes especialistas, tanto para el niño/a como para la familia y el equipo de salud. La propuesta también contempla la gestión de turnos para la atención de la salud de la madre. Además, se establece que, en casos que lo requieran (por domicilio alejado u organización familiar), se considera uno o más días de internación para el/la cuidador/a y el niño/a.

En cuanto a la gestión de los turnos programados, el programa busca establecer aplicaciones específicas para el sistema informático incluyendo un módulo de turnos protegidos y un mecanismo de alerta para cuando el niño/a y su familia no asistan a las citas. Este mecanismo de alerta activa una búsqueda activa inmediata coordinada por el servicio social del hospital y la secretaría de salud del municipio. Esta red también contempla la comunicación con los padres-madres/cuidadores del niño o niña a través de WhatsApp, los CAPS y los agentes o promotores de salud para la búsqueda activa.

La Dirección de Salud Perinatal y Maternidades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires lleva adelante durante los años 2021 y 2022 un relevamiento de los hospitales públicos con servicios de neonatologías categorizados según su complejidad para la atención. Los servicios II brindan cuidados a niños de término o casi término, mientras que los IIIA atienden a niños con cuidados especiales de corto plazo, y los IIIB

tienen la capacidad de proveer todo tipo de cuidado neonatal, incluyendo los requeridos por niños extremadamente prematuros⁶.

También se incluyen en este proceso los centros de salud del primer nivel de atención que cuentan con consultorios de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo, buscando conocer la disponibilidad de especialidades y la cantidad de profesionales. Este relevamiento pone en evidencia la ausencia de una estructura organizativa homogénea en los consultorios de seguimiento del recién nacido de alto riesgo, lo que no garantiza los mismos estándares de calidad. En los hospitales IIIB relevados, existen consultorios de seguimiento, pero varían en recurso humano, horas de atención, disponibilidad de especialidades e interconsultores. Las especialidades más frecuentes son cardiología, estimulación temprana, fonoaudiología, kinesiología y oftalmología. Un alto porcentaje, el 97%, de los hospitales cuenta con servicio de laboratorio y vacunatorio. Sin embargo, las especialidades más críticas, como endocrinología infantil, genética, gastroenterología infantil, neurocirugía y rehabilitación, no superan el 35% de oferta.

Frente a esta situación, se considera necesario avanzar en el desarrollo de una propuesta de organización, gestión y trabajo colaborativo de redes. Esta propuesta involucra a las neonatologías IIIB, IIIA, II, los consultorios de seguimiento y los centros de atención primaria de la salud, siguiendo los lineamientos de la propuesta de Organización del Seguimiento en Red del Recién Nacido de Alto Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación.

A partir del relevamiento y la información obtenida, se identifican en la Provincia de Buenos Aires 50 espacios que realizan seguimiento y cuidados de recién nacidos con antecedentes de prematuridad y/o alto riesgo al nacer. Estos espacios están distribuidos en hospitales categorizados como II-III A-III B y en centros de salud municipales.

Desde la perspectiva sanitaria, la provincia de Buenos Aires está dividida en 12 regiones sanitarias que coordinan, supervisan y gestionan redes de asistencia, además de difundir las políticas y acciones del Ministerio de Salud. Se conforman redes de seguimiento interregional entre las regiones sanitarias IV, V, VI, VII, VIII, X, XI y XII, y se comienza a trabajar con ellas en el proceso de referencia y contrarreferencia para el seguimiento post egreso hospitalario y territorial.

Desde diciembre del año 2023, se inicia el trabajo con las regiones sanitarias V, VI, VII y XII, pertenecientes al Conurbano Norte, Oeste y Sur. El objetivo es generar la articulación interjurisdiccional entre las maternidades y las neonatologías de Ciudad de Buenos Aires y organizar en conjunto la planificación del egreso hospitalario y la contrarreferencia de pacientes prematuros y/o alto riesgo. Estos pacientes son oportunamente derivados de acuerdo con la complejidad que presentan al nacer y por ausencia de plazas a través de la red de derivación perinatal de la Provincia de Buenos Aires a estas instituciones. Actualmente, 401 niños y niñas se encuentran contrarreferenciados y en plena articulación con organismos territoriales.





En el año 2024, se conforma la red de seguimiento integrada entre las regiones sanitarias I, II y III, ubicadas en el interior de la provincia de Buenos Aires. Esto incluye la apertura de consultorios de seguimiento en la región sanitaria II, que no cuenta con maternidades con la complejidad adecuada (categoría III). Debido a esto, los nacimientos suelen ocurrir en otras regiones sanitarias con mayor complejidad. Al egresar de la neonatología, la continuidad del seguimiento se veía amenazada, ya que las familias debían trasladarse muchos kilómetros para poder realizarlo.

Conclusiones

La mayoría de los niños y niñas que estuvieron críticamente enfermos en el momento del nacimiento tienen pronóstico favorable a largo plazo en cuanto a salud y calidad de vida. Sin embargo, tienen una probabilidad mayor que el resto, de presentar secuelas o morbilidades de diverso impacto que requieran atención especializada e integrada. Creemos que el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación; la promoción de la ética del cuidado, la justicia y la inclusión constituye nuestro eje alrededor del cual desempeñamos nuestro trabajo.

Contribución al Sistema de Salud

Esta propuesta de trabajo promueve la transformación de los consultorios de seguimiento en espacios donde se garantice la atención integral de estas niñeces, facilitando el acceso a la totalidad de las especialidades, tratamientos y/o estudios que cada niño/a en su particularidad necesite, evitando la deserción con el objetivo de continuar el seguimiento de mínimo hasta el ingreso escolar e idealmente hasta los 7 años de edad.

La inclusión de la comunidad en esta estrategia es un aspecto vital en el acompañamiento de las familias y se constituye como nexo de las distintas instancias del sistema de salud.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud de la Nación. Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo. Resolución 641 de 2012. Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016.

2. Ministerio de Salud de la Nación. Guía práctica para el seguimiento de niños y niñas con antecedentes de prematuridad [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023 [citado 2025 mayo 31]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/GPC_Seguimiento_NyNcon_antec_de-Prematuridad_1942023.pdf.
3. Ley de la Provincia de Buenos Aires 14.931 del 18 de julio de 2017 de Sistema y/o Red de Seguimiento de Recién Nacidos Prematuros de Alto Riesgo. Disponible en: https://boletinoficial.gba.gob.ar/buscar?search%5Bdate_gteq%5D=07%2F06%2F2017&-search%5Bdate_lteq%5D=&search%5Bsection%5D=OFICIAL&search%5B-words%5D=14.931&search%5Bsort%5D=by_match_desc&commit.
4. Ley N° 27.611 del 15 de enero de 2021 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo Infancia y Adolescencia. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346233>.
5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa Qunita Bonaerense: Redes de cuidado para un nacimiento con equidad. Guía de presentación [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; 2022 [citado 2025 mayo 31]. Disponible en: https://qunitabonaerense.gba.gob.ar/sites/default/files/2024-07/Qunita-%20Guia%20Presentacion_0.pdf.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 641 del 22 de mayo de 2012. Directriz de organización y funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012.



Actividades territoriales interdisciplinarias Hospital provincial Subzonal “Dr. José María Jorge” como estrategia de cuidados en salud

Interdisciplinary Territorial Activities at the Provincial Subzonal Hospital “Dr. José María Jorge” as a Health Care Strategy.

Atividades Territoriais Interdisciplinares no Hospital Provincial Subzonal “Dr. José María Jorge” como Estratégia de Cuidados em Saúde.



Silvana Lorena Fernández¹, Marcela Andrea Delfino¹,
Sonia Beatriz González¹, María de los Angeles Larrieur¹

CONTACTO

Silvana Lorena Fernández - Email: hjorgeserviciosocial@gmail.com

FILIACIONES

1. Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge”, Argentina

CITAR COMO

Fernández SL, Delfino MA, González SB, Larrieur MA. *Actividades territoriales interdisciplinarias Hospital provincial Subzonal “Dr. José María Jorge” como estrategia de cuidados en salud.* Desde Acá. 2025; 4: 69-82.



Resumen

El presente proyecto se presenta bajo el eje de rehabilitación en red. Se basa en el modelo biopsicosocial de la discapacidad y toma como referencia la CIF1, destacando la

importancia de los factores ambientales en la vida de las personas con discapacidad. El equipo de trabajo realiza entrevistas domiciliarias para evaluar las necesidades de salud de los usuarios y usuarias en su entorno cotidiano. Se observan aspectos clave como las condiciones de vida, la accesibilidad y movilidad, el apoyo familiar y social, la gestión de las enfermedades o condición de salud y las necesidades no cubiertas. Los resultados muestran que las y los usuarios y sus familias enfrentan diversos desafíos, como la falta de adaptaciones en las viviendas para personas con discapacidad, la prevalencia de la informalidad en las relaciones laborales y la sobrecarga de las mujeres en las tareas de cuidados. Se busca contribuir al sistema de salud diversificando estrategias de asesoramiento y cuidados situados considerando la persona con diversidad funcional y su familia.

Palabras clave: Abordaje Interdisciplinario, Familia, Cuidado, Territorio.

Abstract

This project is presented under the axis of network rehabilitation. It is based on the biopsychosocial model of disability and takes as a reference the ICF1, highlighting the importance of environmental factors in the lives of people with disabilities. The work team conducts home interviews to assess the health needs of users in their daily environment. Key aspects such as living conditions, accessibility and mobility, family and social support, disease management or health condition, and unmet needs are observed. The results show that users and their families face various challenges, such as the lack of adaptations in homes for people with disabilities, the prevalence of informality in labor relations, and the overload of women in caregiving tasks. The project seeks to contribute to the health system by diversifying counseling strategies and situated care considering the person with functional diversity and their family.

Keywords: Interdisciplinary Approach, Family, Care, Territory.

Resumo

Este projeto é apresentado sob o eixo da reabilitação em rede. Baseia-se no modelo biopsicossocial da deficiência e toma como referência a CIF1, destacando a importância dos fatores ambientais na vida das pessoas com deficiência. A equipe de trabalho realiza entrevistas domiciliares para avaliar as necessidades de saúde dos usuários em seu entorno cotidiano. São observados aspectos-chave como as condições de vida, acessibilidade e mobilidade, apoio familiar e social, gestão das doenças ou condição de saúde e necessidades não atendidas. Os resultados mostram que os usuários e suas famílias enfrentam diversos desafios, como a falta de adaptações nas residências para pessoas com deficiência, a prevalência da informalidade nas relações de trabalho e a



sobrecarga das mulheres nas tarefas de cuidado. O projeto busca contribuir para o sistema de saúde diversificando estratégias de aconselhamento e cuidados situados, considerando a pessoa com diversidade funcional e sua família.

Palavras-chave: Abordagem Interdisciplinar, Família, Cuidado, Território.



Actividades territoriales interdisciplinarias Hospital provincial Subzonal “Dr. José María Jorge” como estrategia de cuidados en salud



Silvana Lorena Fernández, Marcela Andrea Delfino,
Sonia Beatriz González y María de los Angeles Larrieur

Introducción

El presente artículo se propone presentar el proyecto de actividades territoriales interdisciplinarias del Hospital provincial subzonal Dr. J.M Jorge especializado en rehabilitación neurológica y motora. Nuestro Hospital se encuentra ubicado en Burzaco, Municipio de Almirante Brown, perteneciente a la región sanitaria VI. Estas actividades son dirigidas a las personas asistidas en modalidad internación que consiste en el proceso de tratamiento de rehabilitación neurológica motora, siendo las condiciones de salud atendidas en su mayoría secuelas de ACV, traumatismos de cráneo, lesiones medulares, entre otras. Los usuarios y usuarias permanecen de lunes a viernes en modalidad de internación.

La finalidad que guía la acción del presente proyecto se basa en derribar las barreras arquitectónicas, sociales, culturales y económicas en las comunidades que limitan las posibilidades de desarrollo, autonomía, progreso y ejercicio pleno de la ciudadanía de las personas con discapacidad pretendiendo contribuir al sistema de salud desde un abordaje territorial fundamentado desde una perspectiva interdisciplinaria de la atención de usuarios/as internados/as en el Hospital J. M. Jorge.

Como equipo de Salud, se considera trascender lo asistencial para integrar prácticas de cuidado interdisciplinarias y en territorio.

Desde la perspectiva y experiencia del equipo en las prácticas comunitarias, las mismas no bastan con recomendaciones sobre modificaciones ambientales y prescripción de cuidados, sino con la articulación de diversos actores y acciones que involucren la trama comunitaria y favorezcan la participación plena.



Para poder intervenir, primero se debe conocer el estado de situación de las personas desde las diferentes disciplinas intervinientes, que, si bien están diferenciadas, juntas aportan una mirada interdisciplinaria propia del abordaje que se realiza desde el Hospital J. M. Jorge. Esta evaluación, permite generar las estrategias adecuadas al sujeto, su entorno, intereses y condiciones particulares de existencia.

Para esta presentación se pondrá énfasis en el análisis de las experiencias como equipo en torno a las actividades de cuidado. Las mismas se proponen perpetuar las estrategias de cuidado adquiridas durante la internación en la vida cotidiana de las personas, evaluando mediante el abordaje interdisciplinario en domicilio.

Objetivos

Objetivo General

Promover, desde el enfoque de la economía del cuidado, la inclusión social de las personas con diversidad funcional internadas en el Hospital provincial subzonal de rehabilitación Dr. J. M. Jorge de Burzaco.

Objetivos específicos

- 1- Promover la autonomía de las personas internadas en sus actividades cotidianas.
- 2- Perpetuar las estrategias de cuidado adquiridas durante la internación de los usuarios y usuarias en el contexto institucional, domiciliario y socio comunitario.
- 3- Consolidar las redes familiares y de contención haciéndolas parte de los cuidados cotidianos.
- 4- Evaluar y orientar sobre el contexto habitacional / ambiental de la persona con diversidad funcional.

Marco Teórico

El presente trabajo se sitúa desde el modelo biopsicosocial, a partir de un enfoque centrado en el sujeto, destacando la importancia de la participación activa de las personas con discapacidad en la identificación y diseño de los apoyos que se les proporcionan partiendo desde sus particularidades e intereses.

Tomando como referencia CIF1, los factores ambientales pueden ser interpretados como barreras o facilitadores, tanto por presencia como ausencia de algún aspecto y se puede establecer en qué grado estos factores inciden en la vida de las personas. En particular, los



factores contextuales individuales son aquellos que hacen referencia al hogar, el trabajo y la escuela. Estos factores son tan importantes como la condición de salud de las personas porque determinan el funcionamiento de la persona, y, por lo tanto, su discapacidad.

Por su parte, la OPS2, resalta que los Determinantes Ambientales de Salud son factores ambientales que influyen en la salud humana, y que incluyen factores físicos, químicos y biológicos, y todos los comportamientos relacionados con estos. Si estos determinantes no favorecen la salud de las personas, crean condiciones de vulnerabilidad.

La salud se expresa correctamente cuando el ser humano vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones.³

En esta línea, La OPS4 resalta que el cuidado es un concepto que abarca la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y condiciones de salud. Para ello, se debe cumplir los principios de accesibilidad, equidad, calidad, centrados en la persona, y promoviendo su participación activa en la planificación de las estrategias y toma de decisiones.

Estrategias familiares de existencia. Cuidados

Entendiendo a la categoría de cuidados como esencial para el sostenimiento de la vida y derecho universal, "[...] es una noción polisémica y amplia para las ciencias sociales y humanas"⁵. La idea de economía del cuidado aún continúa en discusión, pero dio lugar a una permanente vitalidad y a una innumerable cantidad de trabajos empíricos que se sitúan en paradigma. Se entiende a la economía del cuidado como "todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en que viven"⁶. Esto incluye 1] cuidado directo a otras personas, 2] autocuidado, 3] las tareas necesarias para realizar el cuidado como la limpieza de la casa, elaboración de alimentos y 4] planificación, gestión y supervisión del cuidado. Desde esta visión el cuidado se asemeja a la idea de reproducción de la vida y se distancia de otras miradas más acotadas del significado del cuidado.

En este sentido y desde el paradigma mencionado, las acciones e intervenciones se orientan a indagar y a conocer las lógicas que asumen las estrategias de cuidado llevadas a cabo por las unidades familiares y, a partir de las mismas, buscar reconstruir la interrelación con los otros actores del cuidado. De este modo, comprender, reflexionar y analizar los elementos que definen al cuidado al interior de las unidades familiares, como así también aquellas lógicas que asume su provisión en espacios territoriales concretos, donde además convergen Estado, mercado y comunidad.

Cada disciplina, desde su área de incumbencia contribuye al abordaje territorial:



Aportes de Servicio Social

Desde el Servicio Social del Hospital J. M. Jorge se fundamenta nuestra práctica desde la perspectiva histórico-crítica basada en el análisis de la totalidad y la problematización. En este sentido, como tácticas operativas del proceso de intervención desarrollamos la entrevista en domicilio y la posterior elaboración del informe social. La entrevista en domicilio es una herramienta teórico- metodológica que implica conocimiento y aproximación a lo habitacional; y además, nos permite elaborar y analizar las diferentes estrategias de intervención, fundamentadas y desarrolladas en la posterior formulación del informe social.

La entrevista en domicilio consiste en ir al domicilio de la población usuaria, siempre con previo aviso y en acuerdo con el grupo familiar. Una vez allí, es posible percibir la experiencia de vida de manera situada, habitar sus espacios, escenarios concretos donde acontecen sus vidas cotidianas y la materialización de las mismas. Esto posibilita el intercambio cercano, habilitando la palabra y la construcción del vínculo con el usuario y su dinámica en la unidad familiar⁷, permitiendo el acceso al conocimiento e información que desde la oficina o el hospital no se puede visualizar.

El conocimiento de la ubicación geográfica de la vivienda, en relación a los márgenes de urbanización, infraestructura de servicios, condiciones de salubridad, acceso y comunicación; como así también, recuperar información situada sobre las condiciones edilicias de la vivienda, mobiliarios, calefacción o ventilación, las conexiones de electricidad y gas, entre otros aspectos; es indispensable a fin de problematizar sus implicancias en el proceso de salud-enfermedad. Estos aspectos recuperados de la entrevista en domicilio son tomados en cuenta para desarrollar nuestros procesos de intervención.

Este tipo de entrevista pautada en domicilio permite pensar junto con los sujetos y sus familias, recuperando sus "saberes cotidianos"⁸ alternativas y posibilidades e integrar temporalmente la dinámica de quienes conviven. Asimismo, permite visualizar en conjunto, las redes de apoyo y cuidado que pueden ser conformadas por su vecindad, familiares no convivientes y/o referentes afectivos. Como así también, reconocer las redes barriales, instituciones, que conforman lo cotidiano desde el barrio.

Con toda esa información recopilada en la entrevista domiciliar se procede a la construcción del Informe Social. El mismo se encuentra dotado de un carácter intelectual en tanto visiones y concepciones de la realidad sintetizada y explicada, describe situaciones problemáticas que atraviesan la vida cotidiana e interpelan la dinámica de las unidades familiares.

Cabe destacar que hay aspectos o dimensiones de la cotidianidad son parte de una totalidad que le otorga significado y determinaciones socio históricos que materializan



procesos de desigualdad a las “situaciones problemáticas que son aquellas que tienen la capacidad de obstaculizar y/o interpelar la vida cotidiana de un sujeto, individual o colectivo”⁸. Las situaciones problemáticas son la expresión de la “*cuestión social*” en tanto falla estructural del sistema capitalista moderno⁹. Estas expresiones se presentan en el cotidiano de la población, por lo cual, es fundamental identificar los procesos sociales, culturales, ideológicos, políticos y económicos que las generan, superando así las explicaciones que se limitan a aspectos conductuales e individuales.

Del Informe social surgirán las relaciones estratégicas con otros actores desde la cooperación, según menciona Matus ⁹. Dichos actores, de organismos estatales y gubernamentales, forman parte de la red establecida y desarrollada desde el servicio social, con la finalidad de fortalecer el trabajo territorial.

Aportes de Enfermería

Enfermería se alinea con el concepto de gestión del cuidado como un proceso “heurístico”¹⁰ en la visita domiciliaria. Al centrarse en el sujeto de atención y su familia, la enfermera moviliza recursos y adapta las intervenciones a las necesidades específicas de cada individuo y su entorno. Esta práctica permite conocer el medio en el que vive el usuario o la usuaria y su familia, brindar un cuidado integral y personalizado, favoreciendo la autonomía y la calidad de vida del paciente.

Enfermería comienza a realizar la recolección de datos en el domicilio. Por medio de la observación se verifica la disponibilidad real de los recursos y el manejo de aspectos que son trabajados dentro del proceso de rehabilitación, durante la internación y/o asistencia diaria. Por ejemplo, si el usuario o usuaria logra llevar a cabo, en el hogar las actividades de: movilización, transferencia, higiene, vestimenta, hábitos alimentarios y el control de esfínteres.

Se valora la dependencia física, el grado de dificultad que presenta, si necesita estrategias para mejorar su movilización, todo ello de acuerdo a la estructura edilicia con la que cuenta en su vivienda. Se identifica si es un ambiente seguro para evitar caídas, si el espacio donde descansa es confortable (colchón adecuado, almohadas), si hay algún factor que le impida el reposo y sueño (ruidos, luz, temperaturas). Además, se observa el acceso y gestión de la medicación del paciente (manejo personal o asistido).

En el proceso de la visita domiciliaria el personal de enfermería busca recaudar la mayor cantidad de datos posibles referidos por la familia. Para ello también se realizan entrevistas, donde se escucha al paciente y su familia y se despejan las dudas que puedan tener respecto al cuidado en el domicilio dadas a través de indicaciones verbales o mediante el cuaderno que lleva y trae el paciente del hospital a su casa, la administración de la medicación que se le entrega para el fin de semana, los registros que debe



hacer sobre catarsis mediante la aplicación de la escala bristol, u otras inquietudes que puedan surgir durante la charla.

Después de la visita, se realiza el informe por escrito con todos los datos adquiridos. Se consideran factores primordiales la aceptación y colaboración del entorno y la educación en salud, como una herramienta clave para el usuario o usuaria y su familia, conscientes de la misión que tenemos del cuidado de la salud del ser humano en un contexto holístico.

Aportes de Terapia Ocupacional

Desde una mirada fenomenológica, el mundo vital es el ritmo de vida tácito asumido por las personas, que al tener cierta regularidad témporo-espacial, no se advierte como fenómeno¹¹. En cambio, las condiciones de salud desfavorables y la discapacidad activan una resistencia contra el mundo vital habitual, lo cual puede acarrear dolor, incomodidad o la imposibilidad de desempeñarse de la forma acostumbrada.

Cuando en ese mundo vital se concentran significados, acciones e intenciones se lo denomina espacio¹¹, es decir, cuando la persona tiene un sentimiento de pertenencia a un ambiente y se encuentra interiorizado¹¹. La experiencia opuesta, es la exterioridad, y ocurre cuando las personas se sienten alienadas o separadas del espacio.

Dentro de los abordajes territoriales, el domicilio, reviste de gran importancia. Este espacio donde transcurre gran parte del mundo vital de la persona es donde se vivencian actividades, se ancla la identidad, y es un albergue para las memorias de las personas ligadas al pasado y presente.¹¹

Desde la sala de Terapia Ocupacional se abordan estrategias de adecuación ambiental desde el momento que el usuario o usuaria concurre por primera vez a ser atendido. Se comienza la evaluación desde lo referido por el usuario o usuaria y su familia en cuanto a dificultades, apoyos y posibilidades de adaptación del espacio partiendo de la propia vivencia de los individuos y la forma habitual de proporcionar los cuidados. A lo largo de su internación hospitalaria, se plantea una visita interdisciplinaria en territorio para dimensionar aspectos específicos, recabando datos, información y formas de habitar los espacios que dan como resultado, abordajes individualizados y adecuados a cada situación y necesidad.

Mediante la observación del espacio y de las formas de habitarlo, la toma de medidas y el registro en planillas de recolección de datos, se obtiene una evaluación exhaustiva del ambiente físico, para abordar aquellas problemáticas específicas que requieran de intervención profesional. Asimismo, se observa y registra la accesibilidad de la persona desde su domicilio a medios de transporte, estados de conservación de las



calles, y posibilidad de concurrir a comercios de cercanía, entre otros aspectos de la participación en comunidad.

Desde el área de Terapia Ocupacional, se realizan sugerencias en cuanto a la organización del ambiente, en lo referente a la distribución del mobiliario, quita de objetos que obstruyen la circulación, o relocalización de elementos que permitan mejorar el alcance a los mismos, entre otros.

Considerando al entorno de las personas, se asesora in situ a familiares o cuidadores en relación a la participación ocupacional en el mundo vital del usuario. Se interviene sobre la planificación de rutinas diarias, nivel de asistencia en las AVD básicas e instrumentales, y participación comunitaria teniendo en cuenta las condiciones determinantes ambientales de salud. Al cabo del abordaje territorial, se redacta un informe para ser adjuntado a la historia clínica del usuario o usuaria y para apoyar el informe social, logrando así conectar con otros eslabones de la red gubernamental.

De esta manera, el fin último de la intervención por el área es la búsqueda del equilibrio entre las habilidades de la persona de participar activamente en su mundo vital y las necesidades de cuidados necesarios para su pleno bienestar, considerando las demandas de su entorno vital.

Resultados

El equipo de trabajo conformado por Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional lleva a cabo las tareas territoriales según los siguientes lineamientos:

Detectar las situaciones problemáticas

- comunicar al usuario y su familia la intención de realizar la entrevista en su domicilio y obtener su conformidad.
- Observar, dialogar, y realizar sugerencias durante la visita.
- Elaborar informes.
- Establecer la red territorial con otros organismos estatales para responder a las necesidades emergentes.
- Los resultados del accionar del equipo de abordaje territorial del Hospital Jorge de Burzaco mostraron que los usuarios y usuarias y sus familias enfrentan diversos desafíos. El abordaje territorial permite identificar las necesidades emergentes con el fin de proporcionar una atención efectiva y sostenible a los usuarios y usuarias.



rias y sus familias y de esta forma perpetuar los cuidados a lo largo del tiempo. Durante el año 2024 se realizaron 15 entrevistas en domicilio, bajo los criterios de nivel de dependencia y situación de vulnerabilidad social y económica, en relación a las estrategias de cuidado de las unidades familiares.

Al acudir al domicilio de la persona, se logra una aproximación de la situación de salud y hábitat del usuario y su familia, observación del aspecto habitacional, higiene, organización de la unidad familiar, recursos económicos, materiales, roles, determinantes en las tareas de cuidado. Se observa el nivel de apoyo familiar y las posibilidades de maximizarlo en función al contexto, se reconstruyen múltiples determinaciones que atraviesan las familias, detectando situaciones problemáticas que obstaculizan el cotidiano, la vivencia y abordaje del proceso salud enfermedad de las unidades familiares. La proporción de cuidados a las personas con diversidad funcional principalmente se encuentra delegada en las personas de género femenino de las familias. En la mayoría de las entrevistas realizadas, son las mujeres que forman parte de esa unidad familiar quienes ejercen y desarrollan las tareas de cuidado, en tanto asistencia, elaboración de alimentos, compras, trámites relacionados a la salud, disponibilidad del tiempo, y en muchos casos, incluso el sostén económico.

Otro aspecto a tener en cuenta es la prevalencia de la informalidad en las relaciones laborales, lo cual implica no contar con acceso a seguridad social y cobertura en salud a través del sistema de obras sociales. Bajo estas circunstancias, la situación de las personas se torna precaria, retrasando o limitando el acceso a beneficios tales como elementos ortopédicos, medicación, estudios médicos generales, atención médica, entre otros, recurriendo al Estado Provincial para ello.

En cuanto a la accesibilidad y movilidad, se observan las características del barrio, el estado de las calles y accesos, y la cercanía con centros de atención en salud, educación, comercios, centros comunitarios, para fomentar la participación activa a los recursos presentes en la comunidad. Además, se identifica que la mayoría de las viviendas no están adaptadas para personas con discapacidad, lo que impacta directamente en su autonomía, socialización e independencia. Esta situación se agrava cuando las posibilidades de movilidad o autovalimiento son más limitadas, ya que el entorno físico impone barreras en todos los casos, tanto fuera como dentro del hogar.

Asimismo, se observa que la posibilidad de realizar mejoras estructurales en las viviendas es reducida, principalmente debido a la escasez de recursos económicos, lo que dificulta la accesibilidad y la adecuación de los espacios a las necesidades de las personas con discapacidad, dado que, en la mayoría de los casos, no sólo se debe adaptar el ambiente en función a los requerimientos actuales de la persona, sino también, realizar reformas y mantenimiento propias de las construcciones. En muchos casos, el hacinamiento también emerge como una problemática recurrente, afectando la calidad de vida y restringiendo aún más las oportunidades de desarrollo.



Uno de los aspectos más importantes de las entrevistas en domicilio es la posibilidad de trabajo en red orientado a generar acciones que impactan en el cuidado respecto de la condición social y económica, equipamiento habitacional, modificaciones ambientales y estrategias de cuidado, adecuadas al sujeto, que requieran intervención por otros organismos estatales. Desde enero 2024, se interrumpe la articulación directa con el área de Abordaje Territorial dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de Nación por el cierre de los programas nacionales. Esto causó la limitación del acceso de muchas familias a subsidios económicos, obtenidos mediante los informes de las entrevistas en domicilio, gestionados en abordaje territorial del Ministerio de Desarrollo Social de Nación y el Municipio de la del usuario/as, poniendo en riesgo la red de apoyos comunitarios.

Conclusión

Las entrevistas domiciliarias son una herramienta fundamental para evaluar las necesidades de salud de los usuarios y usuarias en su entorno cotidiano. A través de estas entrevistas, se pueden observar aspectos clave como las condiciones de vida, la accesibilidad y movilidad, el apoyo familiar y social, la gestión de las enfermedades o condición de salud y las necesidades no cubiertas. Esta información es crucial para planificar cuidados individualizados, coordinar con el resto del equipo interviniente, ampliar la red de apoyos y brindar educación sobre los cuidados adecuados. Es por esta razón, que se considera de importancia el diagnóstico de los determinantes ambientales que puedan influenciar el sostenimiento de los cuidados en salud brindados durante la internación. Esto permite proporcionar intervenciones situadas según el contexto y la realidad planteada por el usuario, individualizando las necesidades específicas identificadas. Para ello, en muchos casos, se coordina con diferentes áreas para propiciar los cuidados que la persona requiera, como municipios, entes provinciales y nacionales, familiares, vecinos y otros agentes que puedan colaborar en la conformación de una red de cuidados para el usuario. En relación a lo anteriormente mencionado, Pautassi¹² afirma que los cuidados de buena calidad deberían ser garantizados por el Estado como un derecho consagrado a las personas que lo requieran, de forma independiente a los vínculos familiares y a las posibilidades económicas que tengan esas familias. Desde la perspectiva de género, la asunción individual de los costos y responsabilidades de los cuidados presenta varias desventajas: las mujeres viven grandes tensiones por la responsabilidad exacerbada que recae en ellas y las familias siguen siendo el espacio ideal para brindar cuidados.

Desde el equipo de actividades territoriales del Hospital Dr. J. M Jorge de Burzaco pretendemos contribuir al sistema de salud avanzando y profundizando el abordaje en territorio diversificando estrategias de asesoramiento y cuidados a la persona con diversidad funcional y su entorno a través de estrategias e intervenciones situadas.



Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación del funcionamiento, la discapacidad y la salud. 2001.
2. Organización Panamericana de la Salud. Abordaje de los determinantes ambientales de la salud en las estrategias de vigilancia y control de vectores: orientaciones para promover intervenciones clave [Internet]. 2019 [citado 2025 Jun 2]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51563/9789275321317_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Marsano López C. Floreal Ferrara y la historia intelectual [Internet]. 2016 [citado 2025 Jun 2]. Disponible en: <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/ferrara-historia-intelectual/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Semana del bienestar: OPS pide abordar los cuidados como un derecho humano y una responsabilidad social [Internet]. 2023 [citado 2025 Jun 2]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-9-2023-semana-bienestar-ops-pide-abordar-cuidados-como-derecho-humano-responsabilidad>
5. Mallardi M. Informe social y relaciones familiares, categorías en disputa. Tandil: Ed. Puka; 2019.
6. Batthyány K. Miradas latinoamericanas a los cuidados. Buenos Aires: CLACSO Siglo XXI; 2020.
7. Cimarosti M. Trabajo social, procesos de intervención y conquistas profesionales. La perspectiva crítica como posibilidad histórica. Tandil: Ed. Puka; 2022.
8. Rozas Pagaza M. Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en trabajo social. Argentina: Espacio Editorial; 1998.
9. Netto JP. Trabajo social: crítica de la vida cotidiana y método en Marx. La Plata: Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires; 2012.
10. García J. El modelo de discapacidad: una perspectiva teórica para la inclusión. Rev Educ Inclusiva. 2018;11(1):23-33.
11. Kérouac S, et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 1996.
12. Schell E, Gillen G, Scaffa M. Willard & Spackman, terapia ocupacional. 12ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016. Capítulo 18.



13. Madrid L, Carlis MF, et al. Estrategias de cuidado en contextos de pobreza urbana y rural. Consejo Latinoamericano en Ciencias Sociales. Repositorio Institucional Conicet Digital; 2023.
14. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Buenos Aires: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
15. Bianchi PC, Serrata Malfitano A. Actuación profesional de terapeutas ocupacionales en países latinoamericanos: ¿qué caracteriza la acción territorial-comunitaria? Braz J Occup Ther. 2022;30:e3053. doi:10.1590/2526-8910.ctoAO23163053



Enfermería comunitaria. Lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en una Parroquia de Florencio Varela

Community Nursing: Lessons Learned from an Engagement Experience in a Parish of Florencio Varela.

Enfermagem Comunitária: Lições Aprendidas a Partir de uma Experiência de Vinculação em uma Paróquia de Florencio Varela.



Roxana Paredes¹

CONTACTO

Roxana Paredes -Email: roxcecparedes@gmail.com

FILIACIONES

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

CITAR COMO

Paredes R. *Enfermería comunitaria. Lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en una Parroquia de Florencio Varela.* Desde Acá. 2025; 4: 83-93.



Resumen

La práctica pre-profesional en enfermería es un componente fundamental en la formación de futuros profesionales. En este sentido se presentan las lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en una Parroquia de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Argentina. La experiencia se llevó a cabo durante los años 2022 al 2024 y contó con la participación de estudiantes avanzados de la carrera de enfermería.

Palabras Clave: Enfermería, lecciones, experiencia de vinculación, comunidad.

Abstract

Pre-professional nursing practice is a fundamental component in the training of future professionals. In this regard, the lessons learned from an engagement experience in a Parish of Florencio Varela, Buenos Aires Province, Argentina, are presented. The experience took place between 2022 and 2024 and involved the participation of advanced nursing students.

Keywords: Nursing, lessons, pre-professional practice, community.

Resumo

A prática pré-profissional em enfermagem é um componente fundamental na formação dos futuros profissionais. Nesse sentido, são apresentadas as lições aprendidas a partir de uma experiência de engajamento em uma paróquia em Florencio Varela, província de Buenos Aires, Argentina. A experiência ocorreu entre 2022 e 2024 e contou com a participação de estudantes avançados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Lições, experiência de engajamento, comunidade.



Enfermería comunitaria. Lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en una Parroquia de Florencio Varela



Roxana Paredes

Introducción

La práctica pre-profesional en enfermería es una etapa crucial en la formación de futuros profesionales. Permite a estudiantes aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en un entorno real, desarrollando habilidades y competencias esenciales para la atención de pacientes y comunidades. En este contexto, se presentan las lecciones aprendidas de una experiencia de vinculación en la Parroquia “San Francisco de Asís”, Florencio Varela.

La enfermería comunitaria es un proceso de cuidado que se centra en la persona, la familia y la comunidad, considerando sus necesidades, valores y creencias, y trabajando en colaboración con ellos para promover la salud, la autonomía y la calidad de vida.¹

Esta cita de Riera es muy relevante y refleja la esencia de Enfermería Comunitaria, que se centra en la atención integral y personalizada a la comunidad. En especial cuando a través de las actividades de vinculación territorial logramos sumar acciones a la ardua tarea del sistema de salud, brindando accesibilidad a personas sumidas en realidades de altísima vulnerabilidad.

Es realmente enriquecedor acompañar el crecimiento profesional de nuestras y nuestros estudiantes, y es a través de este tipo de actividades donde logran exponer al máximo los conocimientos adquiridos. Una de las mayores fortalezas de la Universidad Nacional Arturo Jauretche es justamente la vinculación territorial, llegando a lugares impensados. Desde los primeros años de las carreras de salud se desarrollan importantes tareas de vinculación territorial como por ejemplo en, la actividad territorial que cada



cuatrimestre realiza la materia Salud Pública. En esta actividad, estudiantes y equipos docentes del ciclo básico de Salud realizan un relevamiento socio sanitario en diferentes barrios cuyos resultados son compartidos con las y los responsables de los mismos. Este es el primer y, creo, más importante contacto con la comunidad. Es un encuentro con la realidad que, si bien la mayoría conoce por sus lugares de procedencia, resulta de alto impacto cuando logran observar desde el punto de vista de Atención Primaria de la Salud la importancia que cobran los distintos determinantes en la vida de las personas.

Dentro de los temas principales de la materia Enfermería Comunitaria podemos destacar los conceptos de salud, comunidad, participación comunitaria, redes en salud y planificación local participativa que bien representada se encuentra en esta actividad de vinculación territorial. En esta actividad logramos que las y los estudiantes se encuentren frente a frente a cada una de estas temáticas, al pensar en salud como un proceso cambiante y altamente complejo, reconociendo los determinantes en la zona recorrida previamente a las actividades desarrolladas, reconociendo las diferentes situaciones que aumentan el grado de vulnerabilidad (pobreza, familias numerosas, mono parentalidad, bajos niveles educativos, calles de barro, sin cloacas, entre otras).

Se logró llevar un total de 4 encuentros, que han sido de alto significado educativo, pero por sobre todo se logró brindar un servicio de alta calidad a esta preciosa comunidad. Cabe destacar que surgió de las y los estudiantes el pedido de continuidad de las actividades, porque han visto que los resultados y la respuesta de las familias han sido de gran aceptación.

Desarrollo

La praxis de la Enfermería Comunitaria toma como sujetos de cuidados a la comunidad y familias, entendiendo que no se trata de negar el cuidado individual, sino, que se trata de valorar las diversas situaciones en su contexto. Mirar el todo en conjunto permite gestionar una mirada más compleja de las dinámicas e interacciones de las relaciones personales.²

La actividad de vinculación Universitaria contó con la participación de estudiantes y docentes de la materia Enfermería Comunitaria 1 y 2, integrantes del equipo de salud del Centro Integrador Comunitario “Don José” perteneciente al área 3 de Secretaría de salud de Florencio Varela e integrantes de la Parroquia “San Francisco de Asís” de Villa Argentina.

La experiencia se llevó a cabo durante los años 2022 al 2024, en la capilla de “San Francisco de Asís” Villa Argentina, Florencio Varela. Esta se encuentra ubicada en las cercanías de uno de los brazos del arroyo “Las Piedras”. Contó con la participación de 30 estudian-



tes de la materia Enfermería Comunitaria 1 y 2. Un total de 4 encuentros en los cuales las y los estudiantes realizaron actividades de atención primaria, promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad de la Parroquia. La experiencia contaba en cada cuatrimestre con tres etapas: Planificación, implementación y evaluación.

Cada uno de los encuentros contó con las siguientes actividades:

Control de peso y talla, índice de masa corporal (adultos) y percentil (niños/as); control de tensión arterial: niños/as, adolescentes y adultos; examen de salud general; control de calendario de vacunación; vacunación; talleres de alimentación saludables (con entrega de alimentos y degustación de recetas saludables); cuidado odontológico; lavado de manos; manejo de alimentos, reanimación cardio pulmonar; prevención de accidentes domésticos; prevención de bronquiolitis; prevención de dengue, entre otros.

Se realizaron más de 200 controles de peso, talla, índice de masa corporal, valoración física céfalo caudal, control de calendarios de vacunación. Se sumaron incluso rescates en el momento de I.R.A.B. (bronquiolitis) realizando derivaciones oportunas al segundo nivel de atención. También se brindaron diferentes tipos de talleres, según las sugerencias de los propios integrantes de la capilla y de la situación epidemiológica del momento de la visita, por ejemplo talleres de signos de alarma en bronquiolitis y uso correcto de la aerocámara en fechas cercanas al inicio del periodo invernal; y charlas preventivas sobre dengue en épocas cercanas al verano, además de los muy importantes talleres de lavado de manos, alimentación saludable (incluyendo prevención de infecciones cruzadas) y el más que esencial taller de R.C.P., que es de suma importancia para todos, pero más aún para esta comunidad que por sus características geográficas, se encuentran alejadas de los principales centros de salud.

Los resultados de la experiencia mostraron que las y los estudiantes desarrollaron habilidades y competencias esenciales para la atención de pacientes y comunidades. Además, se observó una mejora en la calidad de vida de la comunidad de la capilla, gracias a las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades realizadas por los estudiantes.

La experiencia de vinculación en la Parroquia de Florencio Varela permitió a estudiantes de enfermería aplicar conocimientos teóricos adquiridos en un entorno real, desarrollando habilidades y competencias esenciales para la atención de pacientes y comunidades. La experiencia también destacó la importancia de la atención primaria y la promoción de la salud en la comunidad.

La participación comunitaria se refiere al proceso por el cual los miembros de una comunidad se involucran activamente en la toma de decisiones y en la resolución de problemas que afectan su comunidad.³



Entre el primer y el último encuentro compartido, los cambios fueron significativos. En el primer encuentro, realizado durante el segundo cuatrimestre de 2022, recuerdo que llegamos a la capilla y, a pesar de haber realizado invitaciones previas, pocas personas asistieron al evento. Sin embargo, esto no desanimó a estudiantes y docentes, quienes, junto a las colaboradoras de la capilla, salieron a invitar casa por casa. Poco a poco, y con cierta timidez, las familias comenzaron a acercarse. En los siguientes encuentros era la misma comunidad que solicitaba nuestra presencia. Lo cual era realmente hermoso. Al llegar a los siguientes encuentros podíamos observar que las familias nos esperaban ordenadas y sumamente predispuestas. Ya traían sus calendarios de vacunación preparados (podíamos ver calendarios de fabricación artesanal realizados previamente por estudiantes), ya conocían el recorrido de las actividades (talleres, luego controles y vacunación). Se fueron sumando más familias en cada encuentro y logramos tener una continuidad en los controles de las familias de esta comunidad.

Más allá de lo asistencial y lo bello del volver al mismo sitio varias veces consecutivas, las principales lecciones aprendidas tienen mucho más que ver con el reconocimiento de una realidad que para muchos resulta lejana. Dentro de los relatos referidos por los estudiantes y participantes, puedo destacar algunos testimonios muy significativos:

Padre Rubén:

“Hola Roxana, bueno, te hago llegar esto que estoy pensando, ojalá pueda servirte como un aporte. Bueno, nosotros en la Parroquia “San Jorge” de Florencio Varela, el eje de salud es uno de los ejes considerados como más importantes, dentro de los proyectos que desarrollamos en los barrios de la parroquia, junto a los ejes de educación, género y alimentación. En el eje de salud nosotros nos propusimos como objetivos desarrollar estrategias de atención y prevención de enfermedades que atentan contra la salud integral de niños, niñas y mujeres. Este es el objetivo que nos propusimos en el eje de salud y como actividad, una de las actividades principales que nos proponíamos fue justamente sostener y fortalecer los operativos de salud con la carrera de Enfermería de la UNAJ. Por eso nosotros, digamos, todo el aporte que ustedes han llevado adelante en los barrios con las jornadas de salud, nosotros lo consideramos dentro de nuestra planificación pastoral, por lo cual ya desde ahí lo tenemos como algo muy, muy importante. Nuestro vínculo con la UNAJ que también abarca el eje de género, lo venimos considerando muy importante para la parroquia y el proyecto nuestro que apunta a la promoción integral de la vida de la gente, de las familias especialmente y por sobre todo de las mujeres y de los niños de nuestras barriadas.

Todas las jornadas de salud que hemos podido llevar adelante en las diferentes comunidades, principalmente creo que donde más los desarrollamos fue en la Capilla “San Francisco de Asís” del Barrio Villa Argentina, la parte del barrio que está pegadita al arroyo de “Las Piedras”, es una parte del asentamiento del año 2011, 2012 perdón...Y bueno, en este lugar hay familias muy jóvenes, hay mucha población infantil y para no-



sotros, todas las jornadas de salud que se desarrollaron en este barrio han sido realmente muy, muy importantes... Todo lo que fue la vacunación, por ejemplo, de los niños que uno ahí se dio cuenta como había carencia en este aspecto de la vacunación de los pibes. Venían las mamás, venían las abuelas con los chicos a vacunarse, a poder completar el calendario de vacunación. Esto para nosotros una alegría muy grande porque vimos que, junto a ustedes, junto a la carrera de Enfermería de la UNAJ, pudimos o estábamos concretando uno de nuestros objetivos, este de desarrollar estrategias para la prevención de enfermedades. Imagínate poder ver que los chiquitos se venían a vacunar y se han vacunado muchos, se notaba que había una falta, una carencia en poder completar, el calendario de vacunación de los niños. Bueno esto por un lado y después junto con eso el control de peso de los niños, la relación con la altura. Este también es otro aspecto muy importante porque nosotros sabemos que actualmente hay problemáticas vinculadas a la alimentación. Nosotros tenemos también en los barrios los comedores, que es una ayuda, pero evidentemente no soluciona toda la problemática alimentaria que hay en los barrios especialmente con los niños, ¿no?.. Entonces bueno, este control de peso y talla es un control muy importante que también, seguramente son muy poco los niños que, para los cuales sus familias llevan adelante este control. Bueno, ustedes pudieron hacer esto así que también otro aspecto sumamente importante de esta jornada de salud. Y después bueno, todo lo que fueron los talleres, por ejemplo, los talleres de reanimación cardio pulmonar, talleres de prevención del dengue, los talleres de prevención de violencia de género. Además, estos talleres la verdad, me parecieron muy didácticos. Ustedes traían preparadas láminas, afiches grandes donde la gente podía, además de recibir la capacitación a través de la práctica de los estudiantes y de los docentes, también podían visualizar a través de las láminas lo que se les estaba diciendo. Entonces creo que ese también fue un recurso muy importante, que enriqueció también esto de los talleres.

Después, otro aspecto que yo considero importante en estas jornadas de salud es el nivel de preparación de los alumnos de la carrera de Enfermería que participaron. Venían realmente con todos los talleres preparados, también en la práctica concreta de la vacunación de los niños, por ejemplo. Después también algo muy importante, además de que traían todo, tanto las vacunas con la correspondiente conservación de frío, todos los aparatos que trajeron para el control de peso y estatura de los chicos. Bueno, además de que trajeron todo eso y se pudo armar correctamente esta jornada en las capillas. Otra cosa que yo destaco mucho es el nivel de humanidad, tanto de los docentes como de los alumnos de la carrera de Enfermería de la UNAJ. Yo eso lo veo, estando un poco desde afuera, lo digo de estar en el lugar acompañándolos a ustedes, uno percibe eso y da cuenta del gran compromiso. Porque la verdad estamos viviendo situaciones de mucho maltrato, de mucha violencia y eso, percibir en ustedes el buen trato a la gente, el repartir golosinas a los chicos o una o 2 veces que trajeron frutas para la gente, esto la verdad ha sido algo muy lindo. Porque me parece que habla de que esto también hace a una carrera de salud, vinculada a la salud, el buen trato a las personas. Esto creo que es fundamental, porque cuando uno está enfermo, no está bien de salud lo que necesita es ser bien tratado, tratado con un nivel de humanidad, que ya eso mismo ayuda



a que uno recupere la salud. Por eso, esto me parece muy importante destacarlo, yo la verdad, que valoro mucho, porque miraba, observaba y podía ver ese nivel de buen trato, de humanidad, de alegría, por la manera como estaban realizando este servicio a las familias de los barrios. De parte nuestra, la verdad, un agradecimiento enorme a todo esto, porque, como digo, al momento nosotros de evaluar nuestra acción pastoral en los barrios, el vínculo con la UNAJ ha sido una de las cosas que más alegría nos ha dado el año pasado. Yo se lo he dicho también a las autoridades de la Universidad porque yo personalmente como uno de los curas responsables de la parroquia, y también todos los que trabajan en los barrios, los laicos-laicas que están trabajando, valoramos mucho este aporte que nos hace la universidad. Esta presencia de la universidad en los barrios para nosotros ha sido fundamental en nuestra tarea. Han sido realmente ustedes un apoyo muy muy muy importante, a lo poco que nosotros hacemos en los barrios o al proyecto que tratamos de desarrollar que, como te decía en los ejes del principio, apunta a estas áreas, la alimentación, género, educación y salud, además de toda la actividad religiosa por supuesto, que es la catequesis, la celebración de las misas, las visitas a las familias en los diferentes momentos. Te agradezco mucho Roxana, en vos a todos los jóvenes, a los docentes a las docentes. Y espero que este trabajo realmente pueda continuar, pueda proseguir en los barrios de nuestras parroquias por que como digo realmente la presencia de ustedes jerarquiza nuestro trabajo, le da una impronta muy particular, que es en este caso toda la atención del eje de salud que es fundamental para que las familias puedan seguir promoviendo sus vidas. En un momento que estamos atravesando en nuestro país muy difícil, ustedes están haciendo este aporte en el eje de salud, en el eje de género también, que es otra área que nos apoya la universidad y la verdad para nosotros es sumamente importante.

Es una riqueza muy importante poder llevar esto a los barrios, poder acercar la salud a las familias, a los niños a las madres. Sinceramente cuando uno ve esto se siente después lleno de satisfacción, lleno de alegría de haber podido brindar este servicio a las familias de los barrios, que para nosotros es realmente lo más importante que tenemos. Es la gente de los barrios, las mamás, los niños, los papás también, que uno ve como luchan, como ponen el hombro, como se sacrifican para poder llevar adelante la vida. Y muchas veces, sobre todo, de Nación, este tiempo, el olvido es tan grande. Gracias a Dios la universidad hace un aporte tan importante con esta presencia, nosotros también valoramos la presencia del municipio a través de la Secretaría de Salud, y del gobierno de la Provincia de Buenos Aires, también valorando y acompañando nuestra acción pastoral, creo que estamos haciendo un trabajo en conjunto que realmente es un apoyo muy importante a nuestras familias y sobre todo a los más pequeños que son los niños. Muchas gracias.

Estudiantel : Fuimos varias veces con los chicos de la UNAJ. Ahí en Villa Argentina como en la canchita [haciendo referencia al Club “El Sueño” otro de los lugares que realizamos estas actividades desde 2019]. Son lugares en que te reciben con mucho cariño y te esperan. En particular, mi experiencia ha sido enriquecedora como estudiante



porque uno aprende muchas cosas. Aprendés a entablar un vínculo con la comunidad, aprendés a tratar a las personas, a darte cuenta de todo el entorno, todo lo que las afecta. Y como persona, en lo emocional, yo me vinculo mucho con la gente y en este lugar en particular la gente ha sido muy amable y amorosa. Los chicos, es increíble lo que te agradecen estar ahí, te preguntan. La verdad es que el lugar de la capilla, el Padre R. te brindan todo, disponen el lugar, lo preparan, te atienden como si fueras lo mejor que les pasó; entonces lo convierte en experiencias muy lindas. Yo iría muchísimas veces más. Me generó muchos sentimientos, mi amor por la enfermería comunitaria radica en este tipo de actividades. Ver la cantidad de personas a las que podemos llegar y podemos llegar con la vacunación fue mi motivación para realizar el curso P.A.I. (programa ampliado de inmunizaciones).

Estudiante 2: “Nunca pensé nos recibirían con tanto entusiasmo y amor”. Referido a que al llegar al lugar la fecha de uno de los encuentros, nos esperaban con el lugar preparado, ya conociendo las dinámicas de trabajo, los mismos vecinos del barrio nos esperaban sentaditos en orden, en bancos traídos desde sus casas, incluso ellos nos preparaban cosas ricas para compartir.

Estudiante 3: “Yo pensé que solo realizaríamos controles de salud” Referido a las enriquecedoras historias de vida que pudieron llevarse consigo.

Cada estudiante lleva consigo una lista de posibles preguntas que pueden desarrollar en entrevistas, para, luego, a realizar un diagnóstico oportuno de las diferentes situaciones. Por lo general se ven signos y síntomas, pero en el caso de Enfermería Comunitaria la abundancia de factores que influyen en la salud de las personas es muy amplia.

Estudiante 4: “Me dolió”. Referido al derrumbe de prejuicios que muchas veces realizamos ante diferentes hechos que no son fáciles de comprender. En este caso un grupo importante de hermanitos sin sus vacunas, en principio pensaron que era descuido materno... y al escuchar la historia familiar, el contexto de extrema pobreza, e incluso al verlos ser los primeros de la fila para atenderse quedó más que demostrado que utilizando la estrategias de A.P.S. podremos derribar todas las barreras, y llegar a cada familia.

Vecina 1: “Ustedes nos han dado esperanza y nos han mostrado que no estamos solos.” Esta frase me quedó grabada y me recordó la importancia de presencia del sistema de salud y de la universidad pública en la capilla y en los territorios.

Vecina 2: “Yo pensé que las personas grandes ya no se vacunaban.” Fuimos trabajando también con los calendarios de vacunación de adultos, iniciando por el personal de la capilla y sumando a todas las personas que se acercaban.

Experiencia propia: Sumo mi propia experiencia, destacando la pasión y nivel de compromiso que cada grupo de estudiantes brindó, el acompañamiento del equipo de salud



del C.I.C. “Don José”, y por, sobre todo, el amor y respeto por estas hermosas familias. Llegamos a la Parroquia “San Francisco de Asís” en un recorrido territorial como tantos otros, pero el lazo que obtuvimos con las personas a cargo del lugar se fue fortaleciendo año tras año. Por este motivo recorrimos otras parroquias que realmente enriquecieron nuestras vidas. Tanto el Padre Rubén como cada una de las personas que colaboran en las parroquias han brindado todo a su alcance para que podamos llegar y trabajar de la mejor manera. Hoy relato sobre este lugar en representación de tanto trabajo realizado junto a esta gran Universidad.

Como docente he aprendido mis propias lecciones: “siempre podemos hacer un poco más por aquellos que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad”, “unidos somos mucho más fuertes”, lejos de ser solo frases, pude vivirlo. Como enfermera comunitaria y profesora, quiero seguir acompañando a estudiantes a que se enamoren de estas experiencias, creyendo firmemente que este es el camino. La Atención Primaria de la Salud en su máxima expresión.

Conclusión

La práctica pre-profesional en Enfermería es una etapa fundamental en la formación de futuros profesionales. La experiencia de vinculación realizada en la capilla “San Francisco de Asís” de Florencio Varela demostró que la aplicación de los conocimientos teóricos en un entorno real es fundamental para el desarrollo de habilidades y competencias esenciales para la atención de pacientes y comunidades. El contacto directo con las familias, la transversalidad y continuidad de las actividades permiten la creación de vínculos fuertes y duraderos entre comunidad, sistema de salud y nuestra querida UNAJ, pero por sobre todo marca para siempre las vidas de los futuros profesionales de Enfermería. Las lecciones aprendidas son más que significativas.

A nivel curricular, los estudiantes pudieron plasmar la experiencia a través de la realización de un Proceso de Atención de Enfermería, que es nuestra organización metodológica como profesionales de Enfermería. Para la cual lograron realizar una correcta valoración del territorio y sus características, los determinantes de salud identificando las principales dificultades, así como las diferentes características de los individuos, familias y comunidad. Estos datos permitieron generar diferentes diagnósticos, luego se planificaron las actividades que incluyeron acciones asistenciales, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación. Al momento de realizar la evaluación nos encontramos muy conformes con lo realizado, sumando propuestas de mejoras para próximos encuentros.

Compartir estas experiencias con los lectores genera gran emoción. Dar a conocer los pequeños detalles, los sentimientos involucrados y la voluntad de continuar generando espacios de vinculación Universitaria cumple y supera toda expectativa.



Referencias Bibliográficas:

1. Riera Martínez JR, Del Pino Casado R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2014.
 2. Jacquier NM, et al. Introducción a la enfermería comunitaria: una contribución a la salud colectiva. Posadas; 2014.
 3. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. 1986.
- González RM, Bracho C, Zambrano A. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. *Rev Salud*. 2002 [Internet]. [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <http://bit.ly/1xzlyXm>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, RIEpS. Guía de dispositivos de intervención en educación para la salud [Internet]. 2013 [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: *Guia dispositivos de educación para la SaludEpS (1).pdf*
- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de prácticas pre-profesionales en enfermería. 2020.
- Torres R. Atención primaria de la salud: nuevas dimensiones. *Ediciones I Salud*. 2001;(3).



Resúmenes ampliados

Intervenciones de enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en la comunidad de personas externadas de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires



Autoras: Jimena Milesi y Rocio Alejandra Rodriguez

E-mail: milesijimena@gmail.com, rodriguezrocio841@gmail.com

A lo largo de esta investigación, que se enmarca en la realización del trabajo final de la Licenciatura en Enfermería, se buscó conocer las características del trabajo interdisciplinario de las enfermeras que se desempeñan en el Programa de Externación y Rehabilitación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Esteves. El mismo fue creado en 1999 por una resolución ministerial de la Provincia de Buenos Aires. Trabaja promoviendo la inclusión de acuerdo a la Ley de Salud Mental N°26.657 creada en el año 2010¹. El PREA, trata a mujeres que se externan, luego de varios años de reclusión manicomial ²

Según la OMS, el concepto de salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad³.

La profesión de enfermería se caracteriza por ser dinámica, esto quiere decir que las acciones que se ejercen hacia el sujeto de atención se van modificando a medida que transcurre el tiempo.

Se define como “intervenciones de enfermería” a todo tratamiento que el profesional realiza, según el conocimiento adquirido y su juicio clínico, para favorecer el resultado esperado. Teniendo en cuenta no solamente el aspecto biológico del paciente, sino a su vez los aspectos psicológicos y sociales. Estos aspectos se fusionan en lo que se denomina intervención biopsicosocial, esta fusión se pudo observar en las acciones llevadas a cabo por las enfermeras del PREA. Su objetivo era que las usuarias tengan la oportunidad de reinserirse a la comunidad, gozando de sus derechos como sujetos. Teniendo la libertad de llevar una vida plena, ejercer su derecho a votar, elegir como vestirse,



planificar qué alimentos consumir, a qué hora levantarse, entre otras cosas de la vida cotidiana, que les fueron arrebatadas en el momento de la internación. Las intervenciones de enfermería tienen un gran impacto en la salud y el bienestar de las pacientes y tienen un efecto directo en su recuperación.

El objetivo general de la tesina fue describir las intervenciones de enfermería que contribuyen en la continuidad de cuidados, la cual entendemos como elemento clave en la atención de las personas más allá del nivel asistencial en el que pueden ser asistidas, en este caso de personas dadas de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental.

Para ello se caracterizó a la población de estudio y sus particularidades como edad, género, nivel de formación entre otros. Se identificó cómo era la labor de enfermería comunitaria en el contexto del programa PREA y cómo era el trabajo interdisciplinario en el manejo de la continuidad de cuidados en la comunidad. Finalmente se estudió a dicha población con todas sus características, se reconocieron los factores que influyen de manera positiva en la importancia de contar con equipos interdisciplinarios. Estos factores se vieron reflejados en los testimonios de las profesionales de enfermería que manifestaron contar con el apoyo de otros profesionales y realizar el trabajo en equipo y que a partir de este enfoque aspiran a superar el abordaje monodisciplinario tradicional.

A lo largo de nuestro trabajo final observamos la importancia de la figura de la enfermera comunitaria en salud mental, la cual adquiere protagonismo ya que su labor se enfoca en velar por el cuidado humano, analizar los contextos, y contar con la capacidad de brindar protección, contención, y además llevar adelante estas intervenciones desde una perspectiva de derechos y familiar. Los y las enfermeras tenemos en definitiva, el privilegio de saber cuidar⁴.

Bibliografía

1. Ley 26657. Ley de salud mental. Argentina, 2010.
2. Almeida E, Carignani L, Casariego Lopez V, Gallardo V. Programa de rehabilitación y externación asistida (PREA). Hospital Interzonal José A Esteves. En: Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Prácticas inclusivas en salud mental y adicciones con enfoque de derechos humanos. 1ª ed. Buenos Aires: INADI; 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental. 2018.
4. Malvarez S. Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería. Ridec. 2011;4(2)



Diseño de evaluación de procesos y resultados de implementación del eje humanizado del Hospital El Cruce, desde la perspectiva del destinatario con un enfoque de derechos^a



Autora: Verónica Andrea Cañete

E-mail: veronicacanete@gmail.com

La investigación propuso un diseño de evaluación de procesos y resultados de implementación del Eje Humanizado del Hospital de Alta Complejidad El Cruce (HEC) desde la perspectiva del destinatario con enfoque de derechos, cuyo propósito es conocer el alcance de la atención humanizada, y el conocimiento que tienen los pacientes de sus derechos. Se plantea como objetivo general realizar un Diseño de Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Eje Humanizado en el HEC, limitado en el tiempo que la Institución establece para su plan estratégico. Esto quiere decir dar cuenta de los logros alcanzados según las pautas fijadas en el Plan Estratégico 2022-2026¹. Este hospital, ubicado en la IV región sanitaria, está emplazado en el sudeste del conurbano bonaerense. Tiene una modalidad de gestión en red y responde a las demandas de alta complejidad del territorio y derivaciones de todo el país.

La evaluación es una herramienta para mejorar las acciones del Hospital o instituciones enmarcadas en la atención, que pretende ajustar procedimientos, generar capacitaciones para el personal que conlleve a adquirir prácticas idóneas. En este caso, se buscó aplicar la humanización, fomentar trabajos en conjunto con actores involucrados que deriven en la gestación de nuevos procesos humanizados propulsores de una optimización en la atención sanitaria. Hablar de humanización es hablar de derechos, y de una institución hospitalaria cuyo énfasis está puesto en un abordaje integral centrado en la persona.

^a Trabajo Integrador Final de Verónica Andrea Cañete para la Especialización de Evaluación de Políticas Públicas UNLA.



El diseño evaluativo adopta una metodología que incluye técnicas cualitativas y cuantitativas. Se proponen cuatro etapas a ser desarrolladas en un período de 24 meses consecutivos, en un proceso cíclico y simultáneo. En la primera etapa se harán las observaciones directas de documentos para el relevamiento de datos y se desarrollarán las entrevistas y cuestionarios, a realizar según cronograma pautado. La segunda etapa se utilizará para realizar el informe final de la evaluación. La tercera etapa se desarrolla de forma simultánea entre la primera y segunda etapa, que consiste en el monitoreo y seguimiento parcial de los relevamientos de las etapas anteriores. Durante esta etapa, para una mejor recopilación de la información, se harán informes parciales disponibles para las autoridades de la Institución y las y los involucrados en la evaluación que soliciten acceder a ellos. La cuarta etapa es el análisis final y las sugerencias de mejora a ser expresadas en el informe final.

Para la realización de un diagnóstico, el diseño propone realizar encuestas y entrevistas a pacientes y sus acompañantes e intervinientes del Hospital. Se aspira emplear la técnica de “bola de nieve” para la elección de participantes (pacientes, familiares y profesionales que colaboran en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica). Con los resultados obtenidos de la puesta en marcha de este diseño se busca acompañar con recomendaciones a profesionales y directivos de la Institución para favorecer la toma de decisiones.

La muestra se constituyó con la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), que desarrolla actividades de diagnóstico y tratamiento de cardiopatías congénitas desde los veintiocho días de nacimiento hasta los catorce años y once meses de vida. Los niños, niñas y adolescentes son una población que debe ser instruida en sus derechos, están en etapa de crecimiento y no todos cuentan con las herramientas comunicacionales y de desarrollo cognitivo para conocer cuáles son sus potestades. El desconocer sus derechos los vuelve vulnerables, dado que lo que se desconoce no puede ser reclamado para su cumplimiento. Como menciona la Ley 26.061 “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida, a la intimidad, a la salud, a hacer deporte, a jugar. Las normas les dan una protección especial.”²

El diseño propuso una matriz de evaluación con cinco dimensiones identificadas del eje Humanizado de la UTIP, 1-Dimensión de “Prácticas”, 2-Dimensión de “Comunicación”, 3-Dimensión de “Atención”, 4-Dimensión de “Gestión” y 5-Dimensión de “Acceso al derecho”. Esta dimensión es importante porque la humanización de la atención debe estar orientada a garantizar que todas y todos los pacientes, independientemente de su condición social, económica o cultural, tengan acceso a la atención que necesitan.

Para concluir, por tratarse de una evaluación participativa, en donde los derechos atraviesan las decisiones que las y los profesionales tomen es vital la utilización de modelos de gestión o bien gestar desde el sector de Humanización nuevos contenidos acordes al contexto socioeconómico y cultural de la población que atiende. Es de real preocupación el desarrollo del Enfoque de Derechos, en cuanto a la incorporación de los valores,

principios y normas de los derechos humanos. Los niños y las niñas han pasado a ser “sujetos de derecho”, este acceso a sus derechos es de forma obligatoria, universal, de largo plazo³. Se recomienda la implementación de la Evaluación de procesos y resultados en el Eje Humanizado en este establecimiento, para el aprendizaje del mismo hacia dentro del Hospital y como modelo a seguir para otras instituciones de salud y de educación que dicten carreras relacionadas a la sanidad y el cuidado humanizado. Asimismo, se enfatiza en que el relevamiento del proceso evaluatorio, y sus resultados puedan ser expuestos para observación de otros agentes hospitalarios e inspire a que estos a que repliquen el Eje Humanizado en sus instituciones.

Bibliografía

1. Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner. Plan Estratégico Institucional 2022/2026 [Internet]. 2022 [citado 2025 jun 5]. Disponible en: <https://www2.hospitalelcruce.org/images/2022/planpresentacion.pdf>
2. Ley N° 26.061. Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. 2005. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes>
3. Ley N° 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud. 2009. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm#:~:text=El%20paciente%2C%20prioritariamente%20los%20ni%C3%B1os,sexual%20o%20cualquier%20otra%20condici%C3%B3nArgentina. Ley 26.061, 2005 [Internet]. [citado 2025 jun 5]. Disponible en: <a href=)



El Cuidado: Nudo Crítico de las Desigualdades de Género



Autora: Liliana Noemí Acosta

E-mail: noemiacosta1705@gmail.com

El trabajo, realizado para la obtención del título en la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, tiene como objetivo exponer la relevancia del rol de las madres que asumen la responsabilidad de cuidar a sus hijos e hijas con discapacidad. Esta labor, que recae predominantemente en ellas, evidenció la desigualdad de género en la distribución del cuidado.

Cuidar a una persona con discapacidad implica un compromiso significativo, que requiere tiempo y esfuerzo, así como una carga emocional y física que no todas las personas están dispuestas a asumir. Las madres enfrentan el dilema del concepto de “buena maternidad”, ajustándose o resistiéndose a las expectativas sociales. Este conflicto puede tener efectos perjudiciales en su bienestar y en su autopercepción.

El trabajo se centró en identificar quiénes cuidan a las personas con discapacidad en el hogar, explorando si existe una desigualdad de género en esta dinámica y si esta desigualdad ha sido naturalizada. Se analiza cómo estas desigualdades impactan tanto a mujeres como a hombres en sus roles de cuidadores. A pesar de que algunas familias comparten equitativamente la labor del cuidado, persiste la creencia de que la mujer es la más apta para cuidar, reforzando su rol como preservadora de la familia.

Se utilizaron enfoques metodológicos cualitativos para profundizar en los factores que intervienen en esta problemática. Se evidencia que muchas cuidadoras y cuidadores operan en la informalidad, careciendo de la información y orientación necesarias, y que su labor es generalmente no remunerada.

El estudio revela que la naturalización del cuidado femenino contribuye a perpetuar la idea de que este debe ser un trabajo exclusivo de mujeres. A menudo, las cuidadoras no buscan apoyo en su entorno familiar, lo que agrava su carga y repercute negativamente en su salud y calidad de vida, manifestándose en altos niveles de estrés, sobrecarga de tareas y enfermedades crónicas.



Se sostiene que existe una crisis de cuidado, evidenciada por la falta de tiempo y recursos económicos, así como la inexistencia de políticas públicas de apoyo. Por lo tanto, se propone la necesidad de implementar programas dirigidos a cuidadoras dentro de las políticas estatales con enfoque de género, considerando que son mayoritariamente mujeres de contextos socioeconómicos bajos y con escaso nivel educativo. Además, es fundamental sensibilizar a los profesionales sobre equidad de género y cómo los roles y estereotipos de género afectan negativamente la salud de las mujeres.

Este análisis busca contribuir a la reflexión sobre el cuidado y las desigualdades de género, promoviendo un cambio hacia una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado en la sociedad.

Concepto de Cuidado

El cuidado ha sido tradicionalmente visto como una extensión del rol femenino, vinculado a la maternidad y la crianza. Sin embargo, en las últimas décadas, este concepto ha evolucionado, reconociéndose como una tarea que debe ser compartida y valorada en su propia medida. La inclusión de hombres en el cuidado es un fenómeno en crecimiento, pero aún enfrenta estereotipos que dificultan su aceptación plena.

Desigualdades de Género en el Cuidado

Las desigualdades de género se manifiestan en la distribución del trabajo de cuidado. Las mujeres suelen asumir la mayor parte de estas responsabilidades, lo que limita sus oportunidades en el ámbito laboral y contribuye a una carga emocional y física.

Impacto en la Salud de las Cuidadoras

El cuidado informal, que muchas veces recae sobre mujeres, puede tener consecuencias severas en su salud mental y física. La presión constante, el estrés y la falta de apoyo pueden llevar a problemas de salud, como ansiedad, depresión y enfermedades crónicas. Es crucial reconocer y abordar estas repercusiones para mejorar el bienestar de las cuidadoras.

Propuestas para el Cambio

Para abordar estas desigualdades, es fundamental implementar programas que:

- Proporcionen formación y recursos a las cuidadoras.

- Promuevan la igualdad en la distribución de las responsabilidades de cuidado en el hogar.
- Ofrezcan redes de apoyo y espacios de cuidado compartido.
- Sensibilicen a la sociedad sobre la importancia del cuidado como una responsabilidad colectiva.

Importancia de la Sensibilización

Es esencial educar a los profesionales y a la sociedad en general sobre el impacto de los estereotipos de género en el cuidado. La sensibilización puede ayudar a dismantelar creencias que perpetúan la desigualdad y fomentar un cambio hacia una mayor equidad en las responsabilidades familiares.

Conclusión

El cuidado es un tema complejo que involucra múltiples dimensiones, desde la estructura familiar hasta las políticas públicas. Abordar estas cuestiones es crucial para avanzar hacia una sociedad más justa e igualitaria. Se requiere más investigación sobre el impacto del cuidado en las mujeres y los hombres, así como sobre la efectividad de las políticas implementadas. Los datos son fundamentales para visibilizar la situación actual y justificar la necesidad de cambios en la política pública y en la percepción social del cuidado.



Participación Social en Salud: aprendizajes en la articulación entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil



Autora: Jahnavi A. Blazquez

E-mail: jblazquezsud@gmail.com

A través del programa de Becas de Estímulo a las Vocaciones Científicas del Consejo Interuniversitario Nacional (EVC-CIN) y en carácter de estudiante avanzada de la carrera de Medicina del Instituto de Salud de la UNAJ participé de un proyecto de investigación en el que centré mi actividad en analizar cómo se logró el trabajo conjunto entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), qué prácticas se construyeron y/o modificaron en el proceso y cómo cambiaron las representaciones de los diversos actores sociales respecto a la Participación Social en Salud en el Comité Operativo de Emergencias (COE) de Villa Itatí durante la Pandemia de COVID-19.

En mayo de 2020, después del cierre de la lindera Villa Azul y ante un brote de casos, en Villa Itatí se conforma el COE, liderado por la Secretaría de Salud de Quilmes y conformado por representantes del Estado provincial y municipal y de las diversas OSC del barrio. Este espacio organizó y desarrolló la atención del COVID 19, llevando a cabo medidas como brindar información, testear, hacer seguimiento de pacientes, distribuir elementos de bioseguridad, repartir bolsones de comida, sensibilizar sobre la importancia de la vacunación, entre otras.

Las tareas llevadas a cabo en mi carácter de becaria se desarrollaron en la última etapa del proyecto de investigación. El equipo contaba con la generación de fuentes primarias y mis actividades se centraron en la sistematización y análisis de los registros de campo obtenidos en las reuniones del COE y de las grabaciones de las entrevistas. En particular, desarrollé la producción de una matriz de datos que permitió organizar la información facilitando su comprensión. La misma contó con la división de dimensiones de análisis, y a raíz de mis objetivos, orienté mi tarea en el discernimiento de prácticas y representaciones de la Participación Social en Salud de los referentes de las OSC y funcionarios de salud municipales y provinciales. Tal clasificación tomó textualmente los diálogos proporcionados por los actores y fueron retirados de las



entrevistas previamente desgrabadas. También, participé de reuniones periódicas con los integrantes del equipo; colaboré en la producción de entrevistas a dos usuarias del COE y del CAPS. Durante el transcurso de la beca revisé la bibliografía producida por el equipo y de otras fuentes recomendadas, a fin de afianzar y enriquecer el marco teórico en el que se encuadró la investigación.

Respecto a los resultados, se evidenció que esta experiencia modificó sustancialmente las prácticas de abordaje e intervención en salud, entendiendo que la producción de salud también ocurre en la comunidad y no únicamente a través de los trabajadores de salud o estructuras físicas. Se evidencia un cambio en las representaciones sobre salud de los miembros de las OSC entrevistados dado que es pensado como una cuestión central en la vida del sujeto desde una concepción de salud integral y ya no asociado sólo a hospitales, médicos y enfermedades. Además, las entrevistas ponen de manifiesto la mejora de los vínculos entre los referentes de las OSC. Actualmente esa relación se encuentra más estrecha, más próxima y receptiva que al principio de la pandemia donde primaba la desconfianza entre los referentes de OSC y entre ellos y el Estado. El COE resultó ser una herramienta fundamental para que los referentes de las organizaciones puedan canalizar las demandas del barrio y así sostener las medidas de salud necesarias en ese el contexto de la ASPO. Cabe destacar como la importancia del trabajo articulado entre las OSC y el Estado, así como la existencia de una organización comunitaria previa son factores importantes para generar respuestas efectivas a las problemáticas de salud.



La Antena

Los modos de conocer como vehículo para la formación en competencias. Análisis de una secuencia didáctica en diferentes modalidades de dictado

Ways of Knowing as a Vehicle for Competence Development: Analysis of a Didactic Sequence in Different Teaching Modalities

Os modos de conhecer como veículo para a formação em competências: Análise de uma sequência didática em diferentes modalidades de ensino



Griselda Noemí Moreno^{1,2} (ORCID: 0000-0003-3403-0462),
Augusto Graieb¹ (ORCID: 0000-0002-4271-6870),
María Agustina Martínez^{1,3} (ORCID: 0000-0002-7315-476X)

Contacto

Augusto Graieb -Email: agraieb@unaj.edu.ar

Filiaciones

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina 2. Instituto de estudios inmunológicos y fisiopatológicos- IIFP, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina 3. Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Citar como

Moreno GN, Graieb A, Martínez MA. *Los modos de conocer como vehículo para la formación en competencias. Análisis de una secuencia didáctica en diferentes modalidades de dictado*. Desde Acá. 2025; 4: 106-127.



Resumen

En este artículo se plantea la enseñanza de los modos de conocer como una posibilidad para llevar a cabo la formación en competencias en carreras del Instituto de Ciencias de la Salud en la UNAJ. Se expone y analiza una secuencia de actividades diseñadas para la enseñanza de contenidos conceptuales y de modos de conocer referida al sistema digestivo. Las modificaciones realizadas a la secuencia en las distintas modalidades de cursada virtual y bimodal se analizan desde el punto de vista de la enseñanza de los modos de conocer.

Palabras Clave: Educación Basada en Competencias, Material Didáctico, Educación Superior

Abstract

In this article, the teaching of ways of knowing is proposed as a possibility for developing competencies in the programs at the Instituto de Ciencias de la Salud at UNAJ. A sequence of activities designed for teaching conceptual content and ways of knowing related to the digestive system is presented and analyzed. The modifications made to the sequence in the different modalities of virtual and blended learning are analyzed from the perspective of teaching ways of knowing.

Keywords: Competency-Based Education, Teaching Materials, Higher Education

Resumo

Neste ensaio, a ensinância dos modos de conhecer é proposta como uma possibilidade para o desenvolvimento de competências nos cursos do Instituto de Ciências da Saúde da UNAJ. É apresentada e analisada uma sequência de atividades projetadas para o ensino de conteúdos conceituais e dos modos de conhecer relacionados ao sistema digestivo. As modificações realizadas na sequência nas diferentes modalidades de ensino virtual e bimodal são analisadas do ponto de vista do ensino dos modos de conhecer.

Palavras-chave: Educação Baseada em Competências, Materiais Didáticos, Educação Superior



Los modos de conocer como vehículo para la formación en competencias. Análisis de una secuencia didáctica en diferentes modalidades de dictado



Griselda Noemí Moreno, Augusto Graieb
y María Agustina Martínez

La asignatura Biología para Ciencias de la Salud (en adelante, “BCS”) forma parte del Ciclo Básico (primer año) de seis de las carreras del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ (Lic. en Enfermería, Lic. en Kinesiología y Fisiatría, Bioquímica, Lic. en Organización y Asistencia de Quirófanos, Licenciatura en Obstetricia y Medicina). La implementación desde 2015 del Ciclo Básico en las carreras de salud^a (la mayoría de ellas preexistentes) promueve el trabajo desde las disciplinas en la afiliación a la universidad y se plantea como objetivo tender a la formación integral de los estudiantes.

Aún en este marco general es importante admitir que el rol de las materias básicas, muchas veces dictadas por docentes cuya especialización no coincide con las carreras de sus estudiantes, es objeto de un debate recurrente. Reconocemos este desafío, y coincidimos en la importancia de generar propuestas de enseñanza situadas y orientadas a las necesidades propias de cada carrera (o grupo de carreras, lo que inevitablemente genera cierta tensión al establecer prioridades). Este artículo se inscribe en ese desafío y en el mismo nos proponemos mostrar de qué manera se ha intentado atender esta necesidad desde el equipo docente de la asignatura BCS.

La biología, o más ampliamente las ciencias de la vida, comprende una variedad de disciplinas y modos de pensamiento. En la educación secundaria en la provincia de Buenos Aires se prioriza la enseñanza de tres tipos de pensamiento: fisiológico, evo-

a En la UNAJ el Ciclo Básico de Salud nuclea a las cuatro asignaturas de primer año que dependen del Instituto de Salud: Biología para Ciencias de la Salud, Conocimiento y Ciencias de la Salud, Física y Química para Ciencias de la Salud, y Salud Pública.

lutivo y ecológico¹. Podríamos citar muchos ejemplos concretos en los que la importancia de los tipos de pensamiento ecológico y evolutivo en la interpretación de problemáticas de salud se hace evidente, tal vez el más conocido es la pandemia de COVID-19. Sin embargo, al momento de establecer los contenidos biológicos a incluir en la asignatura se decidió darle prioridad al pensamiento fisiológico, en función de las asignaturas correlativas a BCS que incluyen principalmente contenidos de anatomía, histología, fisiología y microbiología.

Dentro de este enfoque disciplinar, surge la pregunta de cuáles deberían ser los objetivos de aprendizaje para lxs estudiantes de carreras de salud que cursan esta asignatura. Nuestra respuesta es que lxs estudiantes al finalizar BCS deberían *conocer y poder utilizar* un conjunto de contenidos biológicos. Con la expresión “utilizar contenidos biológicos” hacemos referencia a un modo de pensar que resulte coherente con el de quienes forman parte de una comunidad (que podemos pensar en principio como de profesionales de la salud). Cuando mencionamos que la implementación del ciclo básico en las carreras de salud no sólo busca enriquecer la relevancia de los contenidos académicos, sino también fortalecer su conexión con la formación integral de los/as estudiantes en el campo de la salud, estamos diciendo que los objetivos de aprendizaje no se limiten a la adquisición de contenidos disciplinares, sino que incluyen los modos de conocer. Esto implica que, además de enseñar los conceptos propios de la disciplina, se promueve el desarrollo de formas de pensar y de actuar que resultan importantes tanto para la carrera como para la práctica profesional.

Veamos un ejemplo que puede clarificar a qué nos referimos.

Hace algunas semanas, durante el mes de junio de 2024, y en representación de la asignatura, participamos de una Jornada de integración con materias de segundo año de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría. En ese encuentro, destinado a estudiantes de la carrera, docentes que ejercen como kinesiólogos plantearon una discusión que generó una secuencia de intercambios muy interesante. La situación planteada fue: “Ante una lesión, ¿es conveniente aplicar frío o calor? y... ¿durante cuánto tiempo?”. Esta pregunta llevó a un “debate” entre profesionales de la kinesiología, que iban fundamentando sus recomendaciones, no siempre coincidentes, con referencias al modo de funcionamiento del sistema nervioso, los músculos, la circulación sanguínea, y las células que forman parte de los órganos y tejidos afectados. Se razonó sobre la base de las características de procesos biológicos como la inflamación o la regeneración de tejidos, y se analizó cómo el frío o el calor pueden influir en cada uno. Se mencionaron también aspectos no biológicos que resultaban importantes para considerar el problema como, por ejemplo, que en nuestra sociedad no sería bien visto que, ante un dolor en la columna, se le recomiende a alguien aplicarse frío. Podríamos afirmar que en este debate lxs kinesiólogos expusieron su *criterio profesional* determinado por un conjunto de competencias que involucran complejidad de saberes de diversas naturalezas (conceptuales, procedimentales, actitudinales/culturales, disciplinares específicos, entre otros).



La formación de profesionales críticos y con criterio es uno de los objetivos enunciados al formular los planes de estudio de las carreras. En la propuesta de BCS buscamos hacer un aporte a la formación incipiente de un criterio disciplinar, mediante el desarrollo de propuestas de enseñanza que integran tanto saberes conceptuales como aquellos referidos a los procesos de construcción y utilización del conocimiento, orientando a que los estudiantes conozcan y puedan operar con distintos modelos biológicos. Por ejemplo, modelos del funcionamiento de las células, de la distribución de sustancias en el organismo, o de la nutrición. El propósito es que esta forma de trabajo establezca también las bases para el aprendizaje significativo, y no meramente declarativo, en las asignaturas correlativas posteriores.

De lo anterior surge una búsqueda permanente de alineación entre objetivos de aprendizaje, en términos de finalidades evidenciadas como acciones que los estudiantes pueden realizar luego de transitar las propuestas de enseñanza; contenidos, incluyendo los modos de operar con conceptos; las situaciones de enseñanza y las formas de evaluación propuestas. El análisis de estas últimas excede el abordaje del presente artículo pero posee un gran desarrollo en la materia.

Además del trabajo con modelos identificamos otras habilidades/capacidades que resultan necesarias y que exceden también los contenidos conceptualmente específicos de la biología. En particular podemos mencionar la interpretación de textos e imágenes biológicas, que suministran la información necesaria para el planteo; y la escritura, que no sólo resulta necesaria en su función comunicativa sino que además permite estructurar y consolidar el pensamiento, función epistémica, y finalmente cumple una función subjetiva mediante la incorporación a una comunidad profesional y académica. El lenguaje como contenido de enseñanza se pone en juego en las situaciones didácticas propuestas, en las que se abren espacios de interpretación colectiva, negociación de significados, discusiones, elaboración de argumentaciones y espacios de escritura individual. Estos modos de abordaje cobran relevancia en el logro de objetivos de aprendizaje relacionados con competencias lingüísticas establecidas como esenciales en la formación.

Por otro lado, cabe mencionar la importancia del trabajo con conceptos estructurantes² que permiten organizar el sistema de aprendizaje, entre ellos el concepto de proceso, y más específicamente, el de proceso biológico muy presente en las explicaciones del tipo de pensamiento fisiológico.

Contenidos de enseñanza en BCS: modos de conocer como viabilizadores de la formación de competencias en el ámbito de la salud.

Una de las dimensiones centrales que hacen a la propuesta pedagógica y didáctica de BCS es la consideración ampliada de los contenidos de enseñanza, que lejos de restrin-

girirse a lo meramente conceptual incorpora también la enseñanza y el trabajo con los modos de operar sobre y con el conocimiento, como forma de abordar gradualmente desde el primer año la construcción de competencias.

En la propuesta de Biología ingresan estos contenidos de enseñanza bajo la denominación explícita de modos de conocer. Estos modos de conocer, definidos como contenidos de naturaleza procedimental y actitudinal³, designan un conjunto de saberes esenciales que viabilizan y brindan sentido y profundidad a los conceptos específicos de la disciplina.

Siguiendo a Lacreu (2004)⁴ la consideración de esta categoría dentro de los objetos de enseñanza responde a la necesidad de contemplar que “no sólo se enseñan conceptos, sino también maneras de acercarse al conocimiento” y en este sentido la autora agrega que:

Se trata de hacer más fructíferas las nociones que se enseñan (...) al impartirlas de manera articulada con formas de pensar acerca de la experiencia, con formas de obtener y brindar pruebas, de acceder y hacer circular la información.⁴

En ocasiones estos modos de conocer se confunden con capacidades esenciales de las personas, o con conocimientos que deberían haber adquirido en el contexto social y familiar en que se desarrollan y en niveles educativos anteriores. Desde esta concepción los modos de conocer no son considerados contenidos propios de la asignatura y, por tanto, no se enseñan. Esto suele constituir uno de los obstáculos para la continuidad de las trayectorias limitando las posibilidades de la universidad de incluir de manera efectiva a quienes no poseen historias familiares cercanas a la formación universitaria.

Esta consideración, ampliada y profunda, de los contenidos de enseñanza se presenta en sintonía con la formulación de las competencias que estructuran la base sobre la que se asientan los programas en la universidad y sobre la que se construye el criterio del profesional crítico. Apostar al desarrollo de competencias en contraposición a las visiones enciclopedistas que apuntan al dominio exclusivo de los conceptos desarraigados de las prácticas, nos obliga a generar prácticas que apunten al logro de aprendizajes profundos que articulen los conceptos con los procedimientos y las actitudes de manera de formar para la acción reflexiva e informada. Justamente el trabajo con los modos de conocer habilita este abordaje profundo que integra lo conceptual con el plano de la acción y la cognición. La inclusión de este plano de la acción situada en los objetivos de enseñanza implica, según Perrenoud un debate que no es técnico sino ideológico... “en él se enfrentan cara a cara visiones distintas, y a veces irreductibles, de la universidad y sus relaciones con la sociedad”⁵.

Entendemos que incorporarse a una comunidad de sentido, tal como sería la comunidad de personas que comparten conocimientos biológicos en el área de la salud, y potenciar



el desarrollo de competencias relacionadas con el manejo de procesos y modelos biológicos son objetivos importantes en la formación en los primeros años de las carreras.

A lo largo de los años y adaptándolas a distintas modalidades de cursada hemos diseñado actividades de enseñanza orientadas a alcanzar estos objetivos. En grupos de 2 a 4 docentes se trabaja en el diseño de cada secuencia didáctica que luego, en las reuniones mensuales de equipo docente, se ajustan de acuerdo al consenso colectivo. Consideramos que estas reuniones, en las que se discuten materiales bibliográficos, son un espacio de formación docente a la vez que el ámbito en que coordinamos la preparación, el desarrollo y la evaluación de cada curso.

En el apartado que sigue pasamos a comentar una secuencia de actividades. El análisis pormenorizado de las actividades y consignas permite contrastar en qué medida pueden alcanzarse los objetivos de enseñanza que enunciamos antes.

Un ejemplo de secuencia de actividades sobre el sistema digestivo

La secuencia didáctica que elegimos para ilustrar las ideas expuestas aborda el estudio del sistema digestivo. En el marco de presencialidad completa hasta 2019 se ubicaba en la Clase 8, como parte del bloque de sistemas de órganos. Lxs estudiantes llegaban a esta clase luego del estudio de los diferentes tipos de tejidos y de la definición de órgano como una estructura formada por distintos tejidos y con propiedades emergentes específicas. La planificación incluía una secuencia de actividades en clase presencial, seguida por la lectura domiciliaria de un texto sobre el tema, y finalizaba con una actividad del tipo situación problema en la clase presencial siguiente. La secuencia cuenta con siete actividades, cuyo desarrollo detallamos a continuación:

- 1.- Exposición docente
- 2.- Absorción de nutrientes
- 3.- Experiencia de Spallanzani
- 4.- Muerte por el síndrome de *body-packer*
- 5.- Debate: resignificar la frase “el cuerpo absorbe lo que necesita”
- 6.- Lectura domiciliaria
- 7.- La operación de *bypass* gástrico



La secuencia inicia con una exposición docente que incluye una animación en la que se muestra el recorrido de los alimentos una vez ingeridos. En la exposición lxs docentes describíamos la digestión mecánica y química, poniendo el foco en los componentes de los alimentos y sus transformaciones en los distintos órganos del sistema digestivo. La acción de las enzimas digestivas se describe mencionando los componentes de los alimentos y los productos de su degradación, que posteriormente serán absorbidos como nutrientes. En el marco del nivel de organización correspondiente a los sistemas de órganos, nos referimos a las enzimas como “jugos digestivos” evitando las referencias al nivel molecular. Cabe mencionar que las exposiciones docentes no eran frecuentes en las clases de la asignatura, y por eso antes de comenzar pedíamos a lxs estudiantes que tomaran apuntes que utilizarían en las actividades posteriores.

La segunda actividad de la secuencia aborda la absorción de nutrientes. Se propone una situación de trabajo con imágenes (consigna a, Figura 1) que enfatiza la relación entre estructura y función (consigna c) en distintos niveles de organización (consigna b).

Actividad 8-3.

El intestino delgado es un órgano tubular con una longitud de aproximadamente 7 metros. Posee una estructura interna compleja, determinada por plegamientos en diferente escala:

- Plegamiento del órgano sobre sí mismo
- Pliegues presentes en las paredes internas del órgano (pliegues transversales), observables a simple vista
- Plegamientos más pequeños sobre los pliegues transversales llamadas Vellosidades
- Microvellosidades presentes en la membrana plasmática de las células que forman el epitelio que recubre toda la pared.

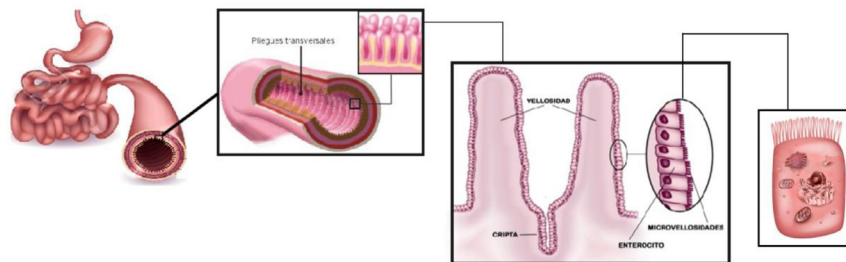


Figura 8-4

- a) Observar las figuras e identificar las estructuras mencionadas en el párrafo anterior.
- b) La complejidad de un organismo multicelular puede estudiarse pensándola en niveles de organización o jerarquías. Completar el cuadro para el caso del sistema digestivo en base a lo visto en las clases anteriores:

Nivel de organización	Un ejemplo tomado de este caso
	Enterocitos
	Epitelio simple del intestino delgado
	Intestino delgado
	Sistema digestivo

- c) Atendiendo a la función del intestino en cuanto a la absorción de componentes de los alimentos, ¿qué ventaja adaptativa representará para el organismo que el intestino delgado sea un tubo muy largo y con el interior tapizado de pliegues, respecto de uno corto y liso?

Figura 1. Enunciado de la Actividad 2, sobre la absorción intestinal. Imagen tomada del material de BCS, 1er cuatrimestre de 2019. La numeración (Actividad 8-3) corresponde al original.

El tercer momento de la secuencia es una actividad en la que se presenta brevemente una experiencia histórica, y se plantean algunas preguntas para interpretarla. La Figura 2 muestra el enunciado de la actividad. Lxs estudiantes, trabajando en grupos y con la asistencia de su docente, responden las preguntas, a lo que sigue una puesta en común.

Actividad 8-4

Primera parte

Leer el siguiente texto en que se relata una experiencia realizada en el siglo XVIII por el científico italiano Lazzaro Spallanzani. Luego responder:

Spallanzani realizó distintos experimentos, en algunos de los cuales se usaba a sí mismo como conejillo de indias. Su objetivo era demostrar que la digestión humana se parece a la de los animales. Después de mucho pensar viendo a niños ingerir objetos diversos como huesos de ciruelas sin correr peligros, Spallanzani se tragó un saco de lienzo (tela) en el cual había pan masticado. *Al día siguiente, eliminó la bolsita mezclada con la materia fecal. Se sorprendió al encontrar la bolsita intacta y cerrada, pero vacía: todo el pan había desaparecido.*"

Consignas

- ¿Qué conclusión se puede extraer de la experiencia?
- ¿Por qué creen que el saco de tela estaba intacto?
- ¿Cuál de los dos tipos de transformaciones, química o mecánica, no se llevó a cabo?
- De acuerdo a lo anterior, describir el recorrido de la bolsa de tela y las transformaciones que sufrió el pan y la bolsita al recorrer el sistema digestivo.

Figura 2. Enunciado de la Actividad 3, referida al experimento de Spallanzani sobre los contenidos disciplinares del sistema digestivo. Imagen tomada del material de BCS, 1er cuatrimestre de 2019.

Tal como muestra la Figura 2, la situación propone alternativas respecto de la situación normal o fisiológica del sistema digestivo al alimentarnos. En relación con los objetivos de la Actividad 3, las consignas requieren para su resolución que lxs estudiantes trabajen con la representación o modelo del funcionamiento del sistema digestivo que van construyendo. El modelo debe permitirles distinguir entre los procesos de digestión mecánica, química y absorción. Además, debería contemplar que los procesos de digestión mecánica y química deben ocurrir en un primer momento para que posteriormente tenga lugar la absorción. Para interpretar lo que sucede con el saco de tela, es preciso también tener en cuenta la especificidad de las enzimas digestivas. En la última consigna, se pide explícitamente describir la secuencia de eventos por los que pasan el pan y la bolsa, para lo cual contar con un modelo de funcionamiento del sistema sería imprescindible.

Durante el desarrollo de esta actividad lxs docentes recorren los grupos atendiendo las consultas puntuales y orientando en la resolución de las consignas sin adelantar

respuestas concretas, sino por el contrario devolviendo nuevas preguntas o dando pautas para dirigir el trabajo de lxs estudiantes. Es frecuente que los grupos lleguen a la respuesta “esperada” en diferentes momentos, eso nos habla del ritmo propio de cada grupo. El intercambio entre estudiantes en los grupos es importante para apropiarse de las preguntas e identificar obstáculos para responderlas. El trabajo en grupos hace posible la resolución de situaciones demandantes como la que podría representar esta actividad, así como también permite compartir la incertidumbre que se puede generar. Esto último no es algo menor si pensamos que estamos trabajando con estudiantes que están cursando su proceso de afiliación a la universidad⁶, y uno de los problemas a evitar es la autoresponsabilización ante las dificultades.

En la puesta en común luego del trabajo en grupos era habitual que aparezca la idea de que “el cuerpo absorbe lo que necesita”, una concepción alternativa identificada en investigaciones sobre este tema⁷. Según esa explicación, lo que el cuerpo necesita serían los nutrientes que provienen del pan, pero no la bolsa, que es desechada. Esta explicación refleja un posicionamiento finalista o teleológico, que se aparta del pensamiento fisiológico al no utilizar un modelo de lo que ocurre en el sistema digestivo. Durante la puesta en común se mantenían las diferentes respuestas surgidas como posibles, entre ellas la teleológica, y proponíamos a lxs estudiantes volver más adelante en la clase sobre la cuestión.

Para cuestionar la explicación de que “el cuerpo absorbe lo que necesita” la cuarta actividad de la secuencia plantea analizar, nuevamente trabajando en grupos, un caso en el que la absorción accidental de una gran cantidad de cocaína resultó en la muerte de la persona que la transportaba en el interior de su cuerpo. Las consignas se refieren a la persona como “body-packer”, mula en español, manteniendo la terminología del artículo periodístico que presenta el caso (Figura 3). La situación pone de manifiesto las limitaciones de la explicación sobre la absorción de “lo necesario”, y las últimas dos consignas estaban orientadas explícitamente a revisar esta idea (ver Figura 3).

Preguntas:

- Explicar la estrategia de los body-packer utilizando tus conocimientos sobre el sistema digestivo
- ¿Qué diferencias y qué semejanzas encontrás entre el experimento de Spallanzani y el caso **“Muerte por el síndrome de body-packer. Reporte de un caso”**?
- Con la información suministrada, debatir sobre la siguiente frase “el sistema digestivo absorbe lo que necesita”. Justificar si es verdadera o no, fundamentando la respuesta.

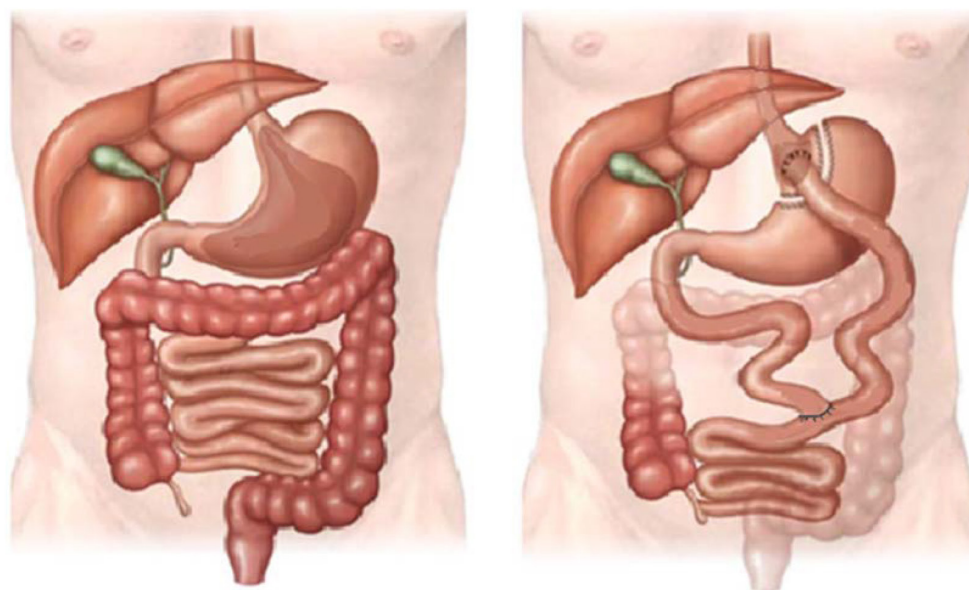
Figura 3. Consignas de la Actividad 4, basada en un artículo periodístico (“Muerte por el síndrome de body-packer”). Se reproducen solo las consignas, y no el texto completo. Imagen tomada del material de BCS, 1er cuatrimestre de 2019.

En la consigna b (Figura 3) nuevamente se apela al recurso de la comparación, que implica en esta oportunidad volver sobre la situación de la tela y el pan, agregando ahora la droga envuelta en un material impermeable (el preservativo de látex). Para llevar a cabo esta comparación es necesario utilizar el modelo de funcionamiento del sistema digestivo, teniendo en cuenta de manera separada los procesos y sus alteraciones en cada situación. Con un propósito metacognitivo, la última consigna de la actividad invita a reflexionar explícitamente sobre la explicación teleológica de la absorción.

Luego del trabajo en grupos, en una nueva puesta en común, se comparten las respuestas y se va arribando a un cierre en el que se retoman las cuestiones pendientes de la actividad anterior. En este momento de la secuencia se llegaría a algunas respuestas “correctas”. Que el intercambio entre estudiantes y docente en la puesta en común resulte significativo depende, en gran medida, de la etapa previa de trabajo en grupos en la que se espera que lxs estudiantes se apropien de las preguntas. Como objetivo de enseñanza, hasta este punto de la secuencia se espera que lxs estudiantes hayan construido, mediante la resolución grupal de las actividades y la posterior reflexión, un modelo del funcionamiento del sistema digestivo que pondrían en juego en las actividades posteriores.

Finalizada la actividad 3, se proponía a lxs estudiantes la lectura domiciliaria de un capítulo de libro de texto sobre el sistema digestivo⁸. Además, como preparación para la siguiente clase presencial, se les asignaba una actividad domiciliaria referida a la microbiota intestinal presente en el intestino grueso.

El siguiente encuentro presencial se inicia planteando la situación problema titulada “La operación de bypass gástrico”, cuya consigna se muestra en la Figura 4.



ANATOMIA NORMAL

Aparato digestivo antes de la operación

BYPASS GÁSTRICO

Bypass gástrico

Actividad 9-1

La figura representa una operación de *bypass* gástrico. En esta operación, se reduce el tamaño de dos órganos del sistema digestivo: el estómago, dejando sólo una pequeña porción, y el intestino delgado (se acorta de manera que evita que los alimentos pasen por la porción inicial de éste). La pequeña porción de estómago que se mantiene se conecta con la parte media del intestino delgado, de manera que los alimentos ingeridos no atraviesan la parte descartada del estómago ni intestino delgado. No obstante, no se extraen del paciente. (ver Figura 9-1).

Preguntas:

- Marcar sobre cada uno de los esquemas (sistema digestivo antes y después de la operación) el recorrido de los alimentos.
- Explicar por qué una persona sometida a esta intervención perderá peso aun suponiendo que ingiere la misma cantidad de alimentos que antes de la operación.
- Teniendo en cuenta la función del intestino delgado ¿qué consecuencia no deseada podría implicar esta operación?

PARA DISCUTIR:

- Como se ve en el esquema, la parte no funcional del estómago y del intestino, a pesar de que ya no transportarán alimentos, no se extraen en la operación. En cambio, se conectan con el resto del intestino delgado, ¿qué sentido puede tener esta estrategia?

Figura 4. Enunciado de la Actividad 7, “La operación de *bypass* gástrico”. Imagen tomada del material de BCS, 1er cuatrimestre de 2019.

Como se observa en la Figura 4, la actividad presenta una de las variantes de la operación de *bypass* gástrico, cuyo análisis nos da la posibilidad de pensar en nuevas “perturbaciones” al modelo de funcionamiento del sistema digestivo. Las consignas requieren interpretar la situación y aplicar la idea de relación estructura-función para explicar el funcionamiento del sistema después de la intervención, atendiendo las alteraciones que presenta cada órgano. El objetivo de la actividad es que los estudiantes reconozcan la importancia de la estructura para el funcionamiento a nivel de los órganos. Como mencionamos al reseñar algunas de las actividades anteriores, se trata de consignas que requieren de una intervención docente, sobre todo la última de ellas que apunta a reconocer que las secreciones del hígado y del páncreas necesarias para completar la digestión química se vuelcan en el intestino delgado.

En resumen, a lo largo de la secuencia, el desarrollo “teórico” de contenidos se reparte entre la exposición docente inicial y la lectura domiciliaria de la bibliografía que conecta ambas clases presenciales. Durante el desarrollo de las clases presenciales se propone una lectura entrelazada⁹ que abre al diálogo y a la negociación de significados entre estudiantes y docentes. En estas situaciones cada docente comparte el propósito de las actividades y modera los intercambios.

El tiempo de trabajo en las clases presenciales se dedica en gran medida a la resolución de situaciones que requieren operar con un modelo de funcionamiento del sistema digestivo, y se realizan en una dinámica de trabajo grupal. Como un indicador adicional podemos mencionar que en el aula se dedican 30 minutos a la exposición docente y 1h 15 minutos al trabajo en las actividades reseñadas.

Hasta aquí hemos intentado mostrar concretamente mediante qué tipo de situaciones de enseñanza planificamos alcanzar los objetivos mencionados en un comienzo. La descripción que hemos hecho corresponde a la versión presencial de la asignatura, pero vale la pena analizar con algún detalle los cambios que se sucedieron los años posteriores, siempre desde la óptica de los objetivos planteados.

Cambios en la secuencia sobre sistema digestivo con los cambios de modalidad

En un trabajo previo describimos los cambios generales en la propuesta didáctica de la materia en función de la modalidad de dictado realizados hasta 2022¹⁰. En esta oportunidad presentamos los cambios concretos realizados en la secuencia didáctica antes presentada. Mostraremos cómo los cambios al adaptar la propuesta a una nueva modalidad modifican, además de las formas de trabajo, los modos de conocer que se proponen como contenidos de enseñanza.

De la presencialidad a la virtualidad

Con el pasaje a la modalidad virtual en 2020 se definió un curso organizado en semanas de trabajo. Cada semana inició con la lectura sobre un material elaborado especialmente para esa modalidad en el cual lxs estudiantes encontraron consignas intercaladas para ir resolviendo a medida que avanzaban en la lectura. A este trabajo autónomo siguió un encuentro semanal sincrónico en el que cada docente revisó las respuestas a estas consignas con sus estudiantes.

En la virtualidad la secuencia sobre sistema digestivo inicia con el planteo de la experiencia de Spallanzani a la que ya nos referimos, pero en este caso a modo de actividad de anticipación (ver Figura 5).

Actividad 5-1

Para esta actividad planteamos dos consignas diferentes.

a) Por un lado, te pedimos que luego de la lectura de esta breve experiencia, **plantees entre dos y cuatro preguntas sobre el sistema digestivo**. Anotalas en tus apuntes, para tenerlas presentes a lo largo del trabajo con el material de la semana. Cuando en el material aparezcan ideas que te sirvan para ir contestando estas preguntas, tomá nota de ellas. Estas preguntas (o las dudas que queden sobre ellas) puede ser útil llevarlas a los encuentros sincrónicos (por videollamada, whatsapp u otra vía) de tu comisión.

b) Por otro lado, te pedimos contestar en este momento la pregunta:

¿Por qué pensás que se degradó el pan y no la bolsa de tela?

Vamos a retomar esta pregunta en el Foro obligatorio de la Semana 5 (la consigna para participar del Foro estará disponible a partir del sábado 3/10)

Figura 5. Enunciado de la primera Actividad de la secuencia en modalidad virtual, captura tomada del aula virtual de BCS, 2do cuatrimestre de 2020.

En contraste con la modalidad presencial, en este caso el objetivo ya no es que lxs estudiantes utilicen un modelo del sistema digestivo para responder (al menos no el que se trabaja en la asignatura). El propósito fue, en cambio, que lxs estudiantes puedan plantearse las preguntas sobre el funcionamiento del sistema digestivo a partir de sus conocimientos previos y que la lectura posterior resultara más significativa, en la búsqueda de respuesta para estos interrogantes. Por otra parte, el trabajo se realiza de manera individual y no grupal.

La secuencia en modalidad virtual continúa con una exposición a través de un video que presenta el funcionamiento general del sistema digestivo¹¹. La exposición se completa con un texto escrito por docentes de la materia que presenta los componentes de los alimentos (tal como se hacía en la exposición docente de la clase presencial), y finalmente el texto extraído del capítulo de libro ya citado. Por lo que, en resumen, en la versión virtual de la secuencia la exposición de contenidos se brinda en el momento inicial.

A lo largo del material de lectura se encuentran consignas intercaladas con el propósito de que lxs estudiantes realicen una lectura reflexiva. Estas consignas buscan que la lectura se acerque a la que puede realizar alguien con formación en esta área disciplinar. En lo particular, se busca establecer relaciones entre lo que dice el texto y sus conocimientos previos; aplicando ideas generales de la biología (como la relación estructura-función) al contenido específico; o bien cuestionando algunas de las afirmaciones del texto. La Figura 6 muestra algunas de estas consignas a modo de ejemplo.

El cuerpo humano ¿máquina perfecta?

Muchas veces escuchamos que el cuerpo humano es una máquina perfecta, esta idea es tan atractiva como cuestionable. El cuerpo es un sistema abierto muy eficiente ya que nos permite la vida, las interrelaciones entre sus distintos componentes logran un funcionamiento muy coordinado que desemboca en la realización de las funciones vitales. Pero... más allá de su complejidad y sincronización la idea de perfección no se corresponde con la realidad. Los mecanismos biológicos son el resultado de muchos años de evolución y se han mantenido hasta hoy porque nos han permitido sobrevivir y adaptarnos a nuestros ambientes... pero si observamos algunos detalles entre ellos el delicado mecanismo que dirige a los alimentos desde la boca hacia el esófago podríamos replantearnos esta idea de perfección aplicada al cuerpo... ¿un pequeño error en este mecanismo y nuestra vida corre peligro! ¿se les ocurren maneras menos peligrosas de que el alimento vaya hacia el esófago sin correr riesgo de que termine en nuestros pulmones?

Actividad 5-4

La relación estructura-función a nivel de un órgano

El estómago tiene cuatro funciones principales: almacenar alimento, desdoblamiento o digestión mecánica, desdoblamiento o digestión química y barrera contra microorganismos.

¿Qué características estructurales podés reconocer en el estómago que aporten a que cada una de estas funciones se realicen?

Figura 6. Dos de las consignas intercaladas en el texto expositivo de la secuencia en modalidad virtual. Tomadas del aula virtual de BCS, 2do cuatrimestre de 2020.

Además, las consignas intercaladas en el material de lectura intentan reponer las intervenciones docentes que pueden realizarse en las situaciones de lectura en clase presencial y que, como veremos más adelante, retomamos a partir de 2023.

Siguiendo con la descripción de la secuencia de enseñanza en la modalidad virtual, luego de la sesión expositiva (video y texto con consignas) se ubica la situación problema de la operación de bypass gástrico. Al igual que en otras actividades de este tipo, al pasarlas al formato virtual asincrónico (trabajo individual) se incluyó en la “pantalla” siguiente a la presentación de las consignas un texto con las respuestas esperadas para cada pregunta. Esto reduce la incertidumbre sobre la resolución de la actividad, que podría generar frustración en un curso virtual. Sin embargo, la situación de enseñanza que se logra es muy diferente a la descrita en el formato presencial. En este caso no hay intercambio en el trabajo en grupos, y como docente no puede manejarse el momento en que se validan las respuestas como estrategia para lograr que el trabajo resulte en un aprendizaje significativo para lxs estudiantes.

Por último, nos referiremos al trabajo realizado en torno a la idea de que el cuerpo “absorbe lo que necesita”, con la cual concluye la secuencia en el formato virtual. Si bien no podemos asegurarlo, es posible que esta idea haya aparecido cuando cada estudiante se enfrenta al relato de la experiencia de Spallanzani como parte de la actividad de anticipación, tal como surgía en las clases presenciales.

La actividad que en la modalidad presencial permitía problematizar esta idea, “El caso del *body-packer*”, no fue incluida en la modalidad virtual. Esta omisión responde a que consideramos necesaria la intervención docente para que la secuencia funcione. El desarrollo requiere

en primer lugar que la idea de que “se absorbe lo necesario” sea problematizada explícitamente. Pero para eso es necesario que la idea se mantenga como posibilidad hasta la resolución del caso del *body-packer*. Sin la presencia docente para orientar el desarrollo de las actividades, marcando tiempos y proponiendo la relación de ideas, se corre el riesgo de que la secuencia se bifurque y pierda el sentido. En su lugar propiciamos la reflexión a través de un Foro de debate en el aula virtual, cuya participación se estableció como obligatoria (ver Figura 7).

Foro obligatorio de la Semana 5 "Nuestro cuerpo absorbe lo que necesita"



Empezamos el trabajo de esta semana planteando el experimento hecho por Spallanzani, en el que se tragó un trozo de pan metido en una bolsita de tela. Una posible respuesta a la pregunta "b" de esta actividad sería la siguiente:

"El pan se absorbió porque tiene nutrientes que el cuerpo necesita. En cambio la tela no tiene nutrientes y por eso fue expulsada del cuerpo. De todo lo que comemos el cuerpo toma lo que necesitamos."

Sin embargo, esta respuesta es incorrecta... o solo parcialmente correcta ¿porqué?

Figura 7. Consigna del Foro de discusión en modalidad virtual. Tomadas del aula virtual de BCS, 2do cuatrimestre de 2020.

Si bien el formato de Foro en Moodle permite el intercambio, en nuestra opinión, se pierde en gran medida la posibilidad de administrar el debate tal como puede hacerse en el aula presencial. La ausencia de una etapa de trabajo en grupos que permita apropiarse de las preguntas sumada a esta modalidad de debate que resulta más acotado permite afirmar que la versión virtual de la secuencia resulta menos problematizadora de las ideas previas que la alternativa presencial.

En resumen, la propuesta de enseñanza para la modalidad virtual, si bien desarrolla los mismos contenidos disciplinares que la presencial, incluye situaciones de enseñanza diferentes, y es esperable que no permita alcanzar los mismos objetivos en términos de modos de conocer o competencias. En este caso identificamos como déficits de la secuencia virtual el trabajo en grupos y la argumentación, el trabajo con modelos del sistema digestivo y la elaboración de respuestas basadas en y coherentes con estos modelos. Destacamos también, que siguiendo la clasificación de Carlino, 2018⁸, la lectura y la escritura se vuelven periféricas, ya que la asincronía y el desarrollo de las actividades de manera autónoma no permiten la asistencia del docente a lo largo de las actividades, las intervenciones se realizan al final, en las instancias evaluativas o al inicio como exposiciones en diversos formatos.

En el Cuadro 1 se comparan las situaciones de enseñanza propuestas y los modos de conocer trabajados a partir del cambio en la modalidad de dictado, para la presencialidad y la virtualidad. Los cambios se muestran en función del ejemplo concreto de la secuencia didáctica que venimos desarrollando.

La Antena: Los modos de conocer como vehículo para la formación en competencias.
Análisis de una secuencia didáctica en diferentes modalidades de dictado |
Griselda Noemi Moreno, et al.



<https://revistas.unaj.edu.ar/da/index>

Contenido Disciplinar:	Actividad 1. Exposición docente	
Sistema Digestivo	Situación de enseñanza	Modos de conocer
Modalidad Presencial	Exposición docente	Jerarquización de información y toma de apuntes
Modalidad Virtual (Pandemia)	Exposición a través de video y texto	Jerarquización de información y toma de apuntes Lectura e interpretación de texto e imágenes biológicas

Contenido Disciplinar:	Actividad 2. Absorción de nutrientes	
Sistema Digestivo	Situación de enseñanza	Modos de conocer
Modalidad Presencial	Trabajo en grupos sobre texto e imágenes	Lectura e interpretación de texto e imágenes biológicas Trabajo en grupos, argumentación y confrontación de ideas Modo de pensamiento biológico: relación estructura-función
Modalidad Virtual (Pandemia)	El contenido absorción de nutrientes fue incluido como parte del texto expositivo	Lectura e interpretación de texto e imágenes biológicas

Contenido Disciplinar:	Actividad 3. Experiencia de Spallanzani	
Sistema Digestivo	Situación de enseñanza	Modos de conocer
Modalidad Presencial	Presentación de una situación problemática para la aplicación y recontextualización de contenidos trabajados previamente.	Interpretación de una experiencia científica histórica Reconocimiento e identificación de procesos biológicos Trabajo con modelo del sistema digestivo Trabajo en grupos, argumentación y confrontación de ideas Valoración de ideas propias y de compañeros. Construcción colectiva del conocimiento.
Modalidad Virtual (Pandemia)	Actividad disparadora o de anticipación	Lectura e interpretación de un experimento científico histórico. Identificación y formulación de ideas: valoración de ideas propias

Contenido Disciplinar:	Actividad 4. Muerte por el síndrome de body-packer	
Sistema Digestivo	Situación de enseñanza	Modos de conocer
Modalidad Presencial	Presentación de una situación problemática para la aplicación y recontextualización de contenidos trabajados previamente.	Interpretación de una situación problemática Reconocimiento e identificación de procesos biológicos Trabajo con modelo del sistema digestivo Trabajo en grupos, argumentación y confrontación de ideas Valoración de ideas propias y de compañeros. Construcción colectiva del conocimiento.
Modalidad Virtual (Pandemia)	No incluida en la planificación	--

La Antena: Los modos de conocer como vehículo para la formación en competencias.
Análisis de una secuencia didáctica en diferentes modalidades de dictado |
Griselda Noemi Moreno, et al.

Contenido Disciplinar: Sistema Digestivo		
	Situación de enseñanza	Modos de conocer
Modalidad Presencial	Trabajo en grupos pequeños, reflexión metacognitiva sobre el trabajo previo.	Elaborar y enunciar argumentos a favor y en contra de una hipótesis. Trabajo en grupos, argumentación y confrontación de ideas Valoración de ideas propias y de compañeros. Construcción colectiva del conocimiento.
Modalidad Virtual (Pandemia)	Interacción a través de foros de debate para abordar una idea y analizarla críticamente.	Lectura autónoma e interpretación de ideas. Elaboración y escritura de argumentos a favor y en contra de una hipótesis.

Contenido Disciplinar: Sistema Digestivo		
	Situación de enseñanza	Modos de conocer
Modalidad Presencial	Lectura autónoma con guía de lectura	Jerarquización de información y toma de apuntes Lectura e interpretación de texto e imágenes biológicas
Modalidad Virtual (Pandemia)	Lectura autónoma con consignas intercaladas	Jerarquización de información y toma de apuntes Lectura e interpretación de texto e imágenes biológicas

Contenido Disciplinar: Sistema Digestivo		
	Situación de enseñanza	Modos de conocer
Modalidad Presencial	Presentación de una situación problemática para la aplicación y recontextualización de contenidos trabajados previamente.	Interpretación de una situación problemática Lectura e interpretación de texto e imágenes biológicas Reconocimiento e identificación de procesos biológicos Trabajo con modelo del sistema digestivo Trabajo en grupos, argumentación y confrontación de ideas Valoración de ideas propias y de compañeros. Construcción colectiva del conocimiento.
Modalidad Virtual (Pandemia)	Actividad virtual individual de interpretación de un caso para la aplicación de contenidos.	Interpretación de una situación problemática Lectura e interpretación de texto e imágenes biológicas Reconocimiento e identificación de procesos biológicos Trabajo con modelo del sistema digestivo

Cuadro 1: En este cuadro se resumen los cambios sobre las situaciones de enseñanza y los modos de conocer a partir del cambio en la modalidad de dictado, presencialidad y virtualidad. Los cambios se muestran en función de un ejemplo concreto de una secuencia didáctica.



La secuencia didáctica sobre el sistema digestivo en el dictado bimodal

Desde el primer cuatrimestre del 2022 en la UNAJ se volvió a las clases presenciales en una modalidad mixta referida como “bimodalidad”. En la planificación para las clases en esta nueva modalidad se mantuvo el esquema de semanas de trabajo adoptado en la virtualidad.

En los cursos de 2022 y 2023, se decidió que el espacio de clases presenciales se utilizara prioritariamente para actividades de trabajo en grupo y resolución de problemas, dejando el trabajo sobre el material de lectura a cargo de lxs estudiantes, siguiendo un esquema similar al “aula invertida”¹². Se mantuvo la organización en semanas y se utilizaron los materiales de lectura que incluyen consignas intercaladas implementadas en los cursos virtuales. En los cursos de 2023 se implementaron clases optativas presenciales, que llamamos “talleres de estudio”, en los que se propone realizar esta lectura con compañerxs y el acompañamiento docente.

Si bien en este nuevo esquema el tiempo de clase presencial fue de 3 horas semanales, en lugar de las 6 horas en modalidad presencial completa de 2019, la secuencia didáctica presentada en este artículo fue recuperada casi en su totalidad^b. La discusión acerca de los desafíos, observaciones y experiencias áulicas de los cursos bimodales del 2022 y 2023 fue un tema recurrente en muchas de las reuniones del equipo docente de la asignatura. Como resultado de estas reflexiones se decidió, para los cursos 2024, abandonar parcialmente el esquema de clase invertida, y en su lugar destinar una parte del trabajo presencial a las situaciones de lectura en clase. Esto nos llevó a repensar la distribución de tiempos, y tomamos la decisión de volver a la secuencia implementada durante la modalidad virtual, con la salvedad de que la actividad de la operación de bypass gástrico se realiza en el aula. En línea con lo que hemos concluido al comparar las versiones totalmente presencial y totalmente virtual de la secuencia, es de esperar que la omisión de las actividades que enfrentan las explicaciones teleológica y fisiológica de la absorción resulte en un aprendizaje menos reflexivo para una parte de lxs estudiantes.

Finalmente, y para completar la descripción de la secuencia en su versión 2024, mencionamos que, en línea con la perspectiva adoptada en el equipo de la asignatura y del Ciclo Básico de Salud, se incluyó una nueva actividad a fin de abordar la complejidad en la salud. Esta nueva actividad agrega dimensiones de análisis a la problemática de la cirugía

^b Si bien la secuencia a la que nos referimos en este artículo se recuperó por completo en la primera versión de los cursos bimodales, es necesario aclarar que en estos cursos se mantuvo el esquema de 11 módulos semanales, omitiendo una serie de contenidos que formaban parte del curso hasta 2019 (para más detalles ver Moreno y col. 2022)

de bypass gástrico, recurriendo a un trabajo que describe aspectos psiquiátricos y psicológicos asociados a la intervención. En esta secuencia mediante la presentación de aspectos no biológicos que hacen a una problemática se intenta mostrar que el enfoque biológico es un enfoque válido, pero parcial, de las problemáticas de salud. Esta es la postura epistemológica adoptada en conjunto con las demás asignaturas del Ciclo Básico de Salud.

Algunas consideraciones finales

La forma adoptada en la asignatura para enseñar algunos modos de conocer importantes en biología, que permiten además la adquisición de competencias a futuro, es la instrumentación de clases en las que se presenta una secuencia de actividades a lxs estudiantes. En esta modalidad lxs estudiantes son quienes realizan la actividad, y el rol docente consiste en administrar los tiempos, moderar las discusiones, devolver a lxs estudiantes sus preguntas para que puedan seguir pensándolas. Solo en determinados momentos del trabajo presencial lxs docentes institucionalizamos el contenido tomando elementos de lo trabajado en los grupos para confluir en una “versión oficial”. Toda esta dinámica es muy difícil de llevar a cabo de manera virtual asincrónica, y no es posible si no se trabaja en grupos de estudiantes.

Desde la mirada de la enseñanza a la que adscribimos, exponer la “forma correcta” de responder una situación antes de haberla pensado no resulta en el mismo ejercicio cognitivo ni, por lo tanto, en el mismo aprendizaje.

Si bien presentamos solo un ejemplo de secuencia didáctica, puede llegarse a conclusiones similares analizando muchas otras secuencias de trabajo de la propuesta didáctica de BCS.

A lo largo del artículo hemos presentado una secuencia didáctica utilizada para la enseñanza del funcionamiento del sistema digestivo humano. La descripción de cada actividad y el recorrido detallado por las consignas concretas de trabajo áulico buscan explicitar la manera en que el equipo docente de la asignatura propone trabajar determinados modos de conocer que aporten tanto al aprendizaje significativo de la biología humana como al desarrollo de competencias por parte de lxs estudiantes.

Naturalmente la propuesta implementada en el 2019 fue elaborada desconociendo que luego se pasaría a versiones total o parcialmente virtuales de la asignatura, pero el análisis retrospectivo nos permite poner en valor algunas de las ventajas del trabajo presencial respecto de la virtualidad.

Como hemos referido, la viabilidad didáctica de algunas propuestas requiere de un manejo docente de los tiempos y el desarrollo de la clase. En el caso de las actividades 3 y 4 de la secuencia mencionamos la importancia de esta administración de las preguntas y las hipótesis de respuesta para lograr la implicación y el aprendizaje significativo.





Podría argüirse que algunas de las actividades que se omitieron en la versión virtual y en la bimodalidad podrían formar parte de una propuesta que aproveche herramientas tecnológicas disponibles, tales como el trabajo en grupos o salas a través de videollamada. Si bien los elementos que nos llevaron a la toma de decisiones de planificación no son parte de este artículo, dejamos expresado que estas opciones fueron consideradas y no nos parecieron convenientes pensando que resultarían expulsivas para quienes no contaran con dispositivos o un ámbito domiciliario propicio para un trabajo de este tipo.

Es posible que estudiantes avanzadxs o de posgrado tengan más herramientas y la posibilidad de compartir en mucha mayor medida el sentido de las consignas y problemas planteados en una propuesta virtual como la que hemos descripto. Aún en esos casos, en que la propuesta virtual funcionara según lo esperado, parece muy difícil poder trabajar en determinadas competencias, (a través de los modos de conocer asociados) de forma virtual asincrónica e individual. Superar esta barrera implicaría que lxs estudiantes puedan participar de manera asidua de sesiones virtuales de trabajo, con dispositivos y en un lugar en el que puedan concentrarse durante un tiempo considerable.

Parece importante también mencionar que el vínculo de lxs estudiantes y de nosotrxs mismxs ha ido cambiando con cada modalidad, en función de la frecuencia y el tipo de interacción que se establece, lo cual puede generar desencuentros y una dificultad para armonizar las expectativas de unxs y otrxs.

Entendemos que especialmente en las asignaturas de primer año es fundamental facilitar el proceso de afiliación a la universidad y explicitar las expectativas y formas de trabajo. En este sentido la modalidad de dictado presencial resulta difícil de sustituir, ya que se adecuaba especialmente para lograr estos aspectos. Como mencionamos al comparar las versiones presencial y virtual de las actividades de la secuencia, no es lo mismo poner en juego modos de conocer como la interpretación de una situación o el uso de modelos de manera individual que hacerlo de manera grupal, porque la interacción lleva a explicitar el pensamiento, confrontarlo y hacerlo objeto de reflexión. Adicionalmente, la intervención docente en la dinámica de las actividades permite asegurarse de que la discusión pase por ciertos puntos neurálgicos que se consideran importantes desde la etapa de planificación. Para que el trabajo autónomo e individual que se propone en la modalidad virtual de la secuencia descripta resulte significativo deberíamos asegurarnos que cada estudiante tenga incorporadas formas de trabajo que no podemos asumir presentes en el primer año.

Es probable que algunos de estos aspectos excedan lo disciplinar, pero si lxs estudiantes deben aprenderlos, deben convertirse en objeto de enseñanza. Nos referimos aquí a ellos porque sostenemos que es mediante el trabajo sobre actividades concretas en el aula, en cada disciplina, donde tenemos la posibilidad de ponerlos de manifiesto y de ese modo impactar significativamente en pos de una educación inclusiva.



Referencias bibliográficas

1. Bracchi C, coordinadora. DCE3 Ciencias Naturales. 1ª ed. Buenos Aires: Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires; 2009.
2. Gagliardi R. Los conceptos estructurales en el aprendizaje por investigación. Enseñanza de las Ciencias. 1986;4(1):30-35. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Ensenanza/article/view/50857>
3. Insaurrealde M, coordinadora. Ciencias Naturales. Líneas de acción didáctica y perspectivas epistemológicas. Buenos Aires: Noveduc Libros; 2014.
4. Lacreu L. Agua y enseñanza de las ciencias en la escuela básica. En: Lacreu L, compiladora. El agua, saberes escolares y perspectivas científicas. Buenos Aires: Paidós; 2004.
5. Perrenoud P. La universidad entre la transmisión de conocimientos y el desarrollo de competencias. Congreso de la Enseñanza Universitaria y de la Innovación; 2004 junio; Gerona, España.
6. Coulon A. O oficio de estudiante: a entrada na vida universitária. Educ Pesqui. 2017;43:1239–1250.
7. Núñez F, Hernández EB. Modelos conceptuales sobre las relaciones entre digestión, respiración y circulación. Enseñanza de las Ciencias. 1996; p. 261-278.
8. Audesirk T, et al. Biología. La vida en la Tierra, con fisiología. 9ª ed. 2013. Capítulo 34. Texto adaptado.
9. Carlino P. Dos variantes de la alfabetización académica cuando se entrelazan lectura y escritura en las materias. Signo Pensamiento. 2018;36(71):16-32.
10. Moreno G, Graieb A, Tack J, Martínez A, Zurita E, Cocchiararo L, Liberto R. Trayectorias Universitarias. 2022;8(14):e093.
11. Canal Encuentro. Video de 20 minutos de duración. Disponible en: https://youtu.be/DSQd_hVFmME?si=M4_rT7TSflIwGo-B
12. Abeysekera L, Dawson P. Motivation and cognitive load in the flipped classroom: definition, rationale and a call for research. High Educ Res Dev. 2015.

Actividades Profesionales a Confiar, una propuesta innovadora para la educación basada en competencias

*Entrustable Professional Activities, an innovative proposal
to a competency-based education*

*Atividades Profissionais Confiáveis, uma proposta
inovadora para uma educação baseada em competências*



Emiliano López¹ (ORCID: 0000-0002-9372-6024),
Martín Silberman¹ (ORCID: 0000-0002-0394-6788)

Contacto

Emiliano López -Email: elopez@unaj.edu.ar

Filiaciones

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Citar como

López E, Silberman, M. *Actividades Profesionales a Confiar, una
propuesta innovadora para la educación basada en
competencias*. Desde Acá. 2025; 4: 128-144.

Resumen

La velocidad en la que se incrementa el conocimiento y se incorporan tecnologías al campo de la salud y la educación, junto a modificaciones en los contextos socio-sanitarios y nuevas demandas de las comunidades, hacen que los profesionales de la salud deban renovar permanentemente sus competencias.

El enfoque educativo basado en competencias surge luego de un largo camino de transformación en los paradigmas de la educación en salud. Las principales metas de la educación basada en competencias fueron facilitar y promover la integración del conocimiento y la adquisición de destrezas para la solución de problemas complejos.

Sin embargo, la implementación de competencias enfrenta el desafío de operativizar un constructo teórico, que hasta ahora ha sido difícil de anclar a la práctica. En respuesta a esta dificultad surgen las actividades profesionales a confiar o confiables.

Las actividades profesionales a confiar (APC o EPA *Entrustable Professional Activities*), son una propuesta para operativizar las competencias, observarlas y medirlas. Son las actividades propias del trabajo, que de manera secuencial y mediante logros intermedios medibles, permiten a los profesionales ser competentes para determinadas tareas.

En el presente trabajo realizamos una aproximación general sobre qué problemas convocan la necesidad de implementar APC, qué son, como se definen y cómo se prepara una curricula basada en actividades profesionales a confiar.

Palabras claves: actividades profesionales a confiar (APC), educación médica basada en competencias, recursos humanos en salud

Abstract

The speed at which knowledge grows and technologies are incorporated into the fields of health and education, along with changes in socio-health contexts and new community demands, require health professionals to constantly renew their competencies.

The competency-based educational approach emerges after a long process of transformation in health education paradigms. The main goals of competency-based education have been to facilitate and promote the integration of knowledge and the acquisition of skills to solve complex problems.

However, implementing competencies faces the challenge of operationalizing a theoretical construct that has so far been difficult to anchor in practice. In response to this difficulty, Entrustable Professional Activities (EPA) have emerged.

Entrustable Professional Activities (EPA) are a proposal to operationalize competencies, observe them, and measure them. They are the work-related activities that, sequentially and through measurable intermediate achievements, enable professionals to become competent in specific tasks.



In this paper, we provide a general approach to the problems that call for the implementation of EPAs, what they are, how they are defined, and how to design a curriculum based on entrustable professional activities.

Keywords: Entrustable professional activities (EPA), competency-based medical education, human resources in health

Resumo

A velocidade com que o conhecimento se expande e as tecnologias são incorporadas ao campo da saúde e da educação, juntamente com as mudanças nos contextos socio-sanitários e novas demandas das comunidades, fazem com que os profissionais de saúde precisem renovar constantemente suas competências.

A abordagem educacional baseada em competências surge após um longo processo de transformação nos paradigmas da educação em saúde. Os principais objetivos da educação baseada em competências foram facilitar e promover a integração do conhecimento e a aquisição de habilidades para a solução de problemas complexos. No entanto, a implementação de competências enfrenta o desafio de operacionalizar um construto teórico, que até agora tem sido difícil de aplicar na prática. Em resposta a essa dificuldade, surgem as atividades profissionais confiáveis.

As atividades profissionais confiáveis (APC ou EPA, Entrustable Professional Activities) são uma proposta para operacionalizar as competências, observá-las e medi-las. São as atividades inerentes ao trabalho, que de forma sequencial e por meio de conquistas intermediárias mensuráveis, permitem que os profissionais se tornem competentes para determinadas tarefas.

Neste trabalho, realizamos uma abordagem geral sobre quais problemas motivam a necessidade de implementar APC, o que são, como são definidas e como se prepara um currículo baseado em atividades profissionais confiáveis

Palavras-chave: Atividades Profissionais Confiáveis (APCs), educação médica baseada em competências, recursos humanos em saúde



Actividades Profesionales a Confiar, una propuesta innovadora para la educación basada en competencias



Emiliano López y Martín Silberman

Introducción

La velocidad en la que se incrementa el conocimiento y se incorporan tecnologías al campo de la salud y la educación, junto a modificaciones en los contextos socio-sanitarios y nuevas demandas de las comunidades, hacen que las y los profesionales de la salud deban renovar permanentemente sus conocimientos y las competencias.

El enfoque educativo basado en competencias surge luego de un largo camino de transformación en los paradigmas de la educación médica.

El primer momento se sitúa con el Informe Flexner elaborado en 1910, como resultado de un estudio sobre la educación médica en más de 150 escuelas de medicina de EE.UU y Canadá¹.

El informe que hiciera Abraham Flexner, aporta un diseño curricular basado en la dimensión biológica de la enfermedad, resultando en una profunda fragmentación del cuidado basada en conocimientos especializados, dejando de lado aspectos de medicina preventiva, comunitaria y social.

Dadas las limitaciones para abordar problemas reales y complejos, en un segundo momento, surge en 1968, en la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster, Canadá, el aprendizaje basado en problemas (APB). Las principales metas de esta estrategia fueron facilitar y promover la integración del conocimiento, la aplicación de los conocimientos básicos a problemas clínicos, el desarrollo de la adquisición de destrezas para la solución de problemas incluyendo el razonamiento clínico, el aprender a trabajar en grupo y capacitar para el aprendizaje independiente a lo largo de toda la vida.

Más recientemente, en 1994, surge un tercer impulso que introduce la educación basada en competencias, completando una serie de reformas que modifican los marcos teóricos





de la educación médica, adecuándolos a las exigencias de un contexto dinámico a nivel sanitario, y de creciente avances técnicos y tecnológicos.

La educación basada en competencias tiene como objetivo medir los resultados del proceso de enseñanza-aprendizaje. Es un marco teórico que hace foco en cómo el estudiante integra conocimientos, destrezas y habilidades para resolver uno o más problemas de las personas en las comunidades en donde nacen viven y se desarrollan.

Durante el fin del siglo pasado y principios del siglo 21, muchas universidades con currículas innovadas han dejado el modelo flexneriano para adoptar un plan de estudio basado en competencias.

Si bien el concepto de competencias no es unívoco y tiene múltiples acepciones², podemos resumirlo tal como propone Epstein³ “una competencia es el juicioso y habitual uso de la comunicación, conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, valores y la reflexión en la práctica diaria en beneficio de los individuos y las comunidades que se atienden”. Lochnan⁴ por su parte, hace referencia a que “la competencia es la capacidad compleja de actuar por la movilización y la combinación eficiente de una variedad de recursos internos y externos en una situación específica, ésta es evidente solo cuando está en acción”.

Dado que las competencias son atributos personales que se obtienen como resultado final de un proceso de enseñanza aprendizaje, enfrentan el desafío de la implementación, monitoreo y evaluación. En respuesta a esta dificultad, para operativizar las competencias, se proponen las actividades profesionales a confiar o confiables.

Tal como se mencionó, las actividades profesionales a confiar (APC o EPA *Entrustable Professional Activities*), son una propuesta para operativizar las competencias, observarlas y mediarlas. Son las actividades propias del trabajo, que se realizan de manera secuencial y que mediante logros intermedios medibles, permiten a los profesionales conocer el desarrollo de una o varias competencias.

En el presente trabajo realizamos una aproximación general sobre qué problemas convocan la necesidad de implementar APC, qué son, cómo se definen y cómo se prepara una curricula basada en actividades profesionales a confiar.

Diseñar e implementar programas de formación de grado o posgrado basados en APC son un desafío, pero también una oportunidad para que nuestras y nuestros estudiantes del presente cuenten con las competencias necesarias para abordar el proceso salud-enfermedad como profesionales del futuro.

Finalmente, es importante destacar que el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche adopta el enfoque de la educación basada

en competencias. En este sentido, el presente artículo se inscribe como un aporte teórico destinado a fortalecer la comprensión y aplicación de este marco epistemológico en la formación de profesionales y docentes del instituto en particular, y del campo de la educación en general.

Qué problemas

Las y los trabajadores de la salud son esenciales para que el sistema de salud funcione. Sin embargo, no es suficiente contar con una cantidad determinada de profesionales de la salud para resolver los problemas que las comunidades exigen. Cantidad, distribución y acceso son condiciones necesarias, pero no suficientes para que la atención de calidad se perciba como tal. Esto ocurre cuando un problema de la salud se resuelve, de manera técnica, científica, profesional, ética, en el lugar y momento oportuno con la satisfacción y el resultado adecuados para la persona que lo recibe.

La educación de profesionales de la salud, tanto en su etapa de formación de grado, como en la de posgrado, depende fuertemente de los diseños curriculares de las instituciones de educación y salud a cargo.

Tal como refiere el trabajo de Frenk et al.

el desafío para este siglo supone alcanzar profesionales educados para movilizar el conocimiento y comprometerse con el razonamiento crítico y una conducta ética, de modo que se hagan competentes para participar en sistemas de salud centrados en el paciente y la población como miembros de equipos localmente responsables y globalmente conectados.⁵

Materializar esta visión requiere implantar cambios instruccionales. Ellos se logran generando una transformación en el proceso enseñanza-aprendizaje involucrando modificaciones en los procesos formativos. Es necesario pasar de procesos conductuales basados en contenidos y tiempo, e ir hacia procesos de educación situados en contexto y adquisición de competencias esenciales como la creatividad, la síntesis de información, pensamiento crítico, habilidades de comunicación, perspectiva de género, entre otros.

Crisp et al.⁶ identificaron cinco fuerzas que argumentan la necesidad de avanzar hacia una reforma de tercera generación donde la educación se encuentre basada en sistemas, es decir que sean los sistemas de salud lo que permitan proporcionar las competencias necesarias para la práctica profesional. La primera que mencionan los autores, son los cambios demográficos y las transiciones epidemiológicas. Desafíos que impulsan una readecuación del sistema de salud y en consecuencia nuevas aptitudes y conocimientos en las personas que trabajan en él. Demográficamente las poblaciones envejecen cada





vez más, también continúa una gran urbanización y movilidad entre países y dentro de ellos. Conocimientos y competencias en el cuidado de adultos mayores, cuidados domiciliarios, enfermedades vinculadas a la longevidad hacen que las mallas curriculares deban contemplar estos aspectos. Si bien existe una marcada transición entre enfermedades infectocontagiosas hacia enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas⁷, tal como nos demostraron la última epidemia por dengue o la pandemia debido al SARS-CoV2, persisten enfermedades vinculadas con agentes infecciosos.

En segundo lugar, las personas se encuentran más informadas. Pacientes y estudiantes exigen nuevas demandas para el sector, invitando a profesionales de la salud y docentes a generar sinergia en los procesos de autocuidado y autoaprendizaje. Las redes comunitarias, a través de sus integrantes, a la vez que reclaman derechos en salud⁸, son protagonistas y coproductoras de sus condiciones de vida. Tal como menciona Bang y Stolkner

las redes comunitarias podrían constituirse efectivamente en parte de la actividad y resistencia de las comunidades, de su expresión como sociedad, a la vez que mostrar su capacidad de transformación y de apoyo social, su poder y su carácter fortalecedor y facilitador en el abordaje colectivo del proceso comunitario de salud-enfermedad-cuidado.⁹

Las y os profesionales deben ser receptivos y poder incorporar saberes y experiencias comunitarias a sus propias prácticas profesionales¹⁰. Para ello, se deben contemplar habilidades como la observación participante, la entrevista y conocimientos de planificación situacional entre otras, para integrar la participación comunitaria al proceso

Tercero, una declarada revolución en las biociencias y las tecnologías de la información y las comunicaciones, la inteligencia artificial y la telesalud, como estrategias para mejorar la toma de decisiones, invita a la adquisición de nuevas competencias para mejorar nuestras prácticas bajo una mirada atenta, cuidadosa y crítica en su uso¹¹.

Cuarto y quinto elementos para el cambio son dos fuerzas que actúan de manera antagónica y para las que las y los profesionales deben poder tener una actitud crítica y despojada de intereses espurios que perjudiquen la salud de las personas. Estas son, por un lado, las lógicas del mercado de salud, intereses e incentivos propios del sector, y por otro la necesidad de ampliación de derechos y seguir trabajando para alcanzar la tan anhelada “salud para todos”.

Es en este contexto tan cambiante y desafiante, que profesionales de la salud trabajando en equipo, pueden cerrar la brecha entre estos nuevos desafíos y las posibles soluciones, bajo un profesionalismo que contemple nuevas competencias en salud.



Educación basada en competencias, revisitada

Frank et al.¹² define a la educación basada en competencias (EBC) como “un enfoque orientado fundamentalmente en las capacidades de los graduados, que se organiza en torno a competencias derivadas de un análisis de las necesidades de la sociedad y de los pacientes”. Una de las principales características del enfoque basado en competencias, es la predominancia que se le da a los resultados por sobre el tiempo. Una estrategia centrada en quien aprende, más flexible y que persigue un desempeño individualizado. Los autores, definen una serie de atributos centrales de la educación basada en competencia.

La EBC a) identifica qué habilidades tiene o necesita el/la graduado/a; b) diseña programas para alcanzar resultados medibles; c) explicita competencias, es decir, son narradas de modo tal que puedan ser operativizadas; d) define hitos hacia el camino de las competencias, esto es pasos observables y estructurados; e) selecciona actividades educacionales, experiencias y métodos instruccionales para alcanzar las competencias definidas, y f) fortalece el uso de herramientas de evaluación como medida de progresión de hitos.

En este punto es fundamental acordar sobre ciertos atributos del concepto de competencia.

Una competencia es un atributo de una persona. Podemos definirla como el uso habitual y juicioso de conocimientos, destrezas, habilidades. No se trata de un logro para toda la vida, sino que es contextual, progresiva y mejorable.

Diferentes organismos e instituciones internacionales definen un marco de competencia para grado o posgrado, compuesto por diferentes dominios de competencia. Éstos constituyen un marco descriptivo general de las competencias para una profesión, tales como las descritas en los 6 dominios del marco ACGME o en los 7 roles de CanMEDS¹³, los dominios de competencia son las categorías amplias para definir las competencias que deberán operativizarse mediante las APC (en el esquema 1 se encuentran representadas por conocimiento, comunicación y aprendizaje basado en la práctica).

El Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME) comenzó su iniciativa general de competencia y resultados en 1998. Esta iniciativa, llamada “Proyecto de Resultados”¹², requiere que los programas de educación médica de posgrado de EE. UU. fomenten el desarrollo de competencias de las y los médicos residentes en seis dominios y recopilen datos de rendimiento que representen de manera confiable y precisa la capacidad de las y los residentes para atender a los pacientes y trabajar de manera efectiva en los sistemas de prestación de atención médica.

Tomando los dominios de competencia del marco ACGME, y adecuándolos a un contexto local podríamos describirlos de la siguiente manera:



Cuidado con Ética y Respeto (CER): Las/os egresadas/os deben poder comunicarse efectivamente; demostrar un comportamiento ético, cordial y respetuoso. Realizar actos y prácticas otorgando información completa y clara considerando aspectos socioculturales de cada paciente. Proporcionar asesoramiento y educación que genere autonomía y autodeterminación por parte del/la paciente. Proporcionar servicios preventivos y de mantenimiento de la salud, y trabajar de manera interdisciplinaria para brindar atención centrada en el paciente.

Conocimiento y Razonamiento (COR): Las/os egresadas/os deben poder demostrar conocimientos biomédicos, clínicos, socio-conductuales y epidemiológicos, para abordar problemas prevalentes y no prevalentes, con presentaciones simples y complejas. A su vez deberá contar con recursos y repertorios para demostrar pensamiento crítico, analítico, investigador y autodidacta.

Habilidades Interpersonales y de Comunicación (HIC): Las/os egresadas/os deben poder mantener vínculos fluidos y respetuosos con cada paciente. Comunicarse eficazmente utilizando habilidades de escucha, verbal, no verbal, interrogativas, explicativas y de escritura. Dicha comunicación debe ocurrir con pacientes, las familias y el público en general. Debe demostrar habilidades de comunicación con todos/as las/os integrantes del equipo de salud, de la institución donde desarrolla su formación y otras instituciones relacionadas. Debe poder comunicar una idea, proyecto y conocer estándares de registro de información basado en datos.

Aprendizaje y Mejora Basados en la Práctica (AMBP): Las/os egresadas/os deben poder identificar sus propias fortalezas, deficiencias y límites en el conocimiento. Establecer metas de aprendizaje y mejora. Identificar y realizar actividades de educación permanente. Incorporar la retroalimentación evaluativa y formativa en la práctica diaria. Participar en *debriefing* y simulación. Analizar sistemáticamente la práctica e implementar cambios para mejorarla. Evaluar y utilizar evidencia científica. Utilizar la tecnología (inteligencia artificial, telemedicina, revisión de alcance, lectura crítica, etc.) para optimizar el aprendizaje, y participar en la educación de pacientes, familiares y otra/os profesionales de la salud.

Práctica Basada en Redes y Sistemas (PBRs): Las/os especialistas deben poder comprender cómo las acciones de los/as profesionales afectan y son afectadas por un sistema más abarcativo (comunidad, red de hospitales, comunidad de práctica etc.). Trabajar en diversos entornos de atención médica o de salud pública. Adecuar las mejores prácticas a los entornos de trabajo. Coordinar la atención al paciente e incorporar la conciencia de costos y el análisis de riesgo-beneficio. Conocer y trabajar estándares para la mejora en la calidad y la seguridad del paciente. Participar en la identificación de errores del sistema y plantear un plan de mejora.

Resumiendo, la educación basada en competencias es un cambio de enfoque epistemológico que basa su diseño en el desarrollo de habilidades como principio organizador. Cada estudiante es competente cuando logra cierto desempeño generando la “confianza” suficiente para reproducir una competencia de manera independiente y sin supervisión. Es por eso que la educación basada en competencia se enfrenta al desafío de operativizar las competencias de tal modo que puedan ser observables y medibles de manera objetiva y sistemática.

Sin embargo, al ser las competencias atributos o características de las personas muchas veces son difíciles de operativizar, es aquí donde las actividades profesionales a confiar pueden hacer un aporte adicional.

Actividades profesionales a confiar (APC)

Las competencias conllevan un riesgo inherente, cuya magnitud es proporcional a la relevancia que representan, concretamente, que no se logre implementarlas.

Ten Cate, precursor en el diseño e implementación de las APC, alertó diciendo,

si no queremos terminar dentro de 10 años con la conclusión de que una *competencia* no era más que una etiqueta, reemplazando lo que convenientemente solíamos llamar *objetivo educativo*, entonces será necesario traducirlas a la práctica.¹⁵

Es en este contexto que surgen las actividades profesionales a confiar o en inglés *entrustable professional activities (EPA)*. Las APC son unidades prácticas que permiten operativizar y medir las competencias^{15,16}. En definitiva, es mediante una APC o colección de ellas, que, una vez que hayan sido aprendidas, supervisores o docentes pueden delegar competencias a sus aprendices.

El autor indica que “las APC se introdujeron para anclar las competencias en la práctica diaria, ya que las competencias son demasiado abstractas para evaluarlas de forma válida. Las APC permiten una evaluación más integrada y holística de quienes aprenden, que incluye tanto las competencias específicas como las impresiones más tácitas (hitos) e importantes de la fiabilidad del aprendiz, en relación con una actividad profesional.

Las APC, a diferencia de las competencias, son parte esencial del trabajo (por ejemplo, la elaboración de un plan diagnóstico o la realización de una punción lumbar). Recordemos que las competencias describen las capacidades de las personas (conocimientos, actitud profesional, capacidad de comunicación etc.), mientras que las APC, actividades inherentes a la práctica profesional. Ten Cate¹⁵ determina una serie de características que definen las APC:

- Tienen un principio y un final claramente definido.
- Logran un objetivo claro, en tanto alcanzan un producto.
- Ejecutables de forma independiente para lograr un resultado clínico definido.
- Son específicas y enfocadas.
- Observables en proceso y medibles en resultado.
- Claramente diferenciadas de otras APC.
- Reflejan el trabajo que es esencial e importante para la profesión.
- Conducen a una producción o resultado reconocidos del trabajo.
- Están restringidas al personal calificado.
- Requieren la aplicación de conocimientos, habilidades y / o actitudes adquiridas a través de la capacitación (competencias).
- Implican la aplicación e integración de múltiples dominios de competencia.
- Describen una tarea, no las cualidades.

Silberman et al.¹⁷ desarrollaron un programa de cuidados progresivos basado en actividades profesionales confiables y definieron APC como actividades de asistencia, gestión, docencia o de investigación. A continuación, algunos ejemplos son:

- Reconocer el paro cardíaco e iniciar maniobras de soporte vital.
- Elaborar un diagnóstico clínico incluido el plan diagnóstico.
- Identificar y tratar efectos adversos de la quimioterapia y articular con oncólogo/a de cabecera.
- Realizar intervenciones avanzadas (arteriopunción, vía central, punción lumbar, paracentesis, toracocentesis, cardioversión farmacológica, cardioversión eléctrica, otras).
- Realizar un plan de alta y seguimiento multidisciplinario (presentando al/a paciente, previo al alta, a los/as encargados/as de la atención ambulatoria para generar una mejor transición).
- Desarrollar una propuesta de mejora de un proceso, proyecto o servicio del hospital a partir de un problema real.

A continuación, en el esquema 1 se relacionan tres competencias determinadas (conocimiento, comunicación y aprendizaje basado en la práctica), una actividad profesional confiables e hitos.



Esquema 1. Matriz que relaciona APC, competencias e hitos. Elaboración propia en base al artículo de Ten Cate, 2015, p. 11.

APC		“Elaborar un diagnóstico clínico incluido el plan diagnóstico”				
COMPETENCIAS	HITOS (descriptores de competencias en función de la APC)					
	CONOCIMIENTO	1	2	3	4	5
	COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
	APRENDIZAJE BASADO EN LA PRÁCTICA	1	2	3	4	5
	Confiante					

Los hitos son descripciones del comportamiento en una escala, que indica una trayectoria en el desarrollo hasta la realización de la competencia sin supervisión. Permiten conectar APC y competencias.

Para el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*, ACGME), un hito es simplemente un punto importante en el desarrollo^a. Los hitos proporcionan descriptores narrativos de las competencias a lo largo de un continuo de desarrollo con diferentes grados de granularidad.

Para conocer el grado de progresión de los logros o hitos, se consideran cinco niveles de confianza según el grado de supervisión que requiere el o la estudiante o aprendiz al ejecutar cada actividad. El nivel de progresión se va incrementando en función de la delegación de responsabilidad. Estos son:

Nivel	Descripción
Nivel 1	Solo puede observar la actividad.
Nivel 2	Puede realizar la actividad con supervisión directa. La supervisión se encuentra en el mismo espacio donde se está llevando a cabo la práctica.
Nivel 3	Puede realizar la actividad con supervisión reactiva, es decir, se encuentre disponible de forma breve e inmediata.
Nivel 4	Puede realizar la actividad con supervisión que no está fácilmente disponible, pero con supervisión y control a distancia.
Nivel 5	Puede realizar la actividad sin supervisión y/o puede la actividad a enseñar a otro estudiante.

^a El concepto de hito se encuentra desarrollado en ACGME (2020). “Guía para implementar y cambiar la evaluación en la era de los hitos”, disponible en: <https://www.acgme.org/globalassets/milestones-implementation-2020.pdf>

Cómo diseñar una curricula basada en APC y no claudicar en el camino

El primer paso para diseñar una curricula basada en APC es modificar el referente empírico. Debemos trasladar nuestra fuente de experiencia desde el libro y el contenido, hacia la práctica experiencial. Debemos encontrar actividades que convoquen el conocimiento adquirido, incentive la búsqueda de nuevos conocimientos y los integren.

Lo primero entonces es adoptar una postura epistemológica interpretativa, sustentada en la idea de que la teoría se interpreta a la luz de las experiencias presentes y pasadas en contextos concretos, con los elementos organizacionales, sociales y personales en que sucede el evento. Un planteamiento educativo que se relaciona al subjetivismo, que supone que el conocimiento se genera en la interacción y la interpretación que va de la práctica al conocimiento por medio de la reflexión, para regresar a la práctica¹⁸. Esta operación es importante para sincronizar nuestras expectativas con los resultados, es decir, por ejemplo, utilizar herramientas adecuadas que puedan capturar lo importante que queremos que sea incorporado. Dicho de otro modo, no podemos pedirle a la múltiple opción (*multiple choice*), que evalúe la toma de decisiones complejas, o el razonamiento clínico.

A partir de este acuerdo epistémico, el resto, es simple, “solo” es cuestión de métodos y técnicas, o sea, de recurrir a la educación basada en competencias a través de las APC y medir la progresión de logros con herramientas adecuadas¹⁹.

Diseñar un programa basado en APC supone realizar una serie de pasos para que exista consistencia entre el perfil profesional y las actividades y competencias deseables a realizar (esquema 2).

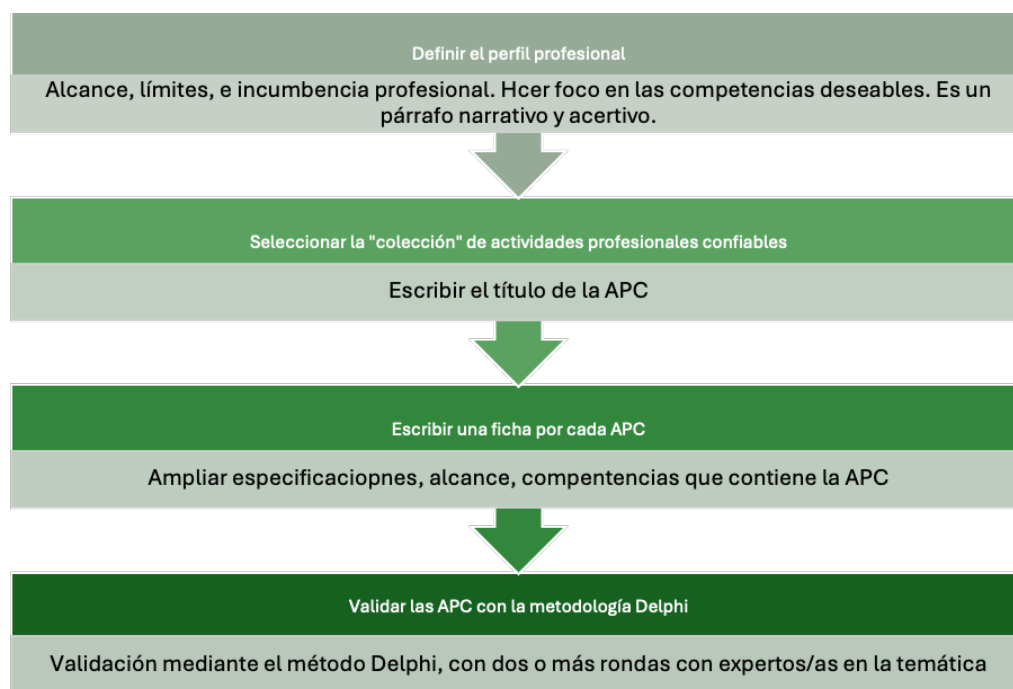
El primer paso es definir el perfil profesional, esto es, el alcance, límites e incumbencia del profesional, haciendo foco en las competencias deseables.

Luego el segundo paso es identificar las actividades que cada profesional deberá realizar. En este paso se debe escribir las APC, con un título claro y específicas. En tercer lugar, se recomienda ampliar las APC con información sobre el contenido, alcance, competencias necesarias y tiempo de vigencia hasta su vencimiento²⁰.

En cuarto lugar, una práctica recomendable es validarlas para conocer si cada una de ellas es pertinente para el perfil profesional. Para ello se pueden utilizar diferentes métodos de *poll*, el más extendido es el Delphi mediante dos o más rondas^{17,21}.



Esquema 2. Paso a paso para la elaboración de programas basados en APC.



Si bien existen varias experiencias documentadas a cerca de la implementación de programas basados en APC²², es fundamental contar con cierto consenso y adhesión de los equipos que finalmente implementen el programa. El diseño y la planificación debe ser un ejercicio conjunto, con una reflexión ex-ante, sobre el alcance, beneficios y posibles obstáculos y sobre los desafíos de avanzar hacia un horizonte novedoso.

Conclusiones preliminares

La educación basada en competencias mediante actividades profesionales confiables puede ser una respuesta adecuada a una realidad compleja moldeada por necesidades cambiantes, la incorporación de nuevos conocimientos, tecnologías, y comunidades con nuevas necesidades y demandas. Ante ello, renovar las competencias, prácticas y saberes es un ejercicio obligado de las instituciones de formación de grado y posgrado.

Otro elemento que hace atractivas a las APC son la posibilidad que tienen de otorgar saberes y competencias a profesionales que tradicionalmente no han obtenido credenciales específicas desde su disciplina de origen²³, por ejemplo, enfermeras/os de prácticas avanzadas o técnicas/os especializados para realizar ciertas prácticas.

En términos de organización de la curricula, la incorporación de APC puede facilitar la selección de las principales actividades que un/a estudiante o residente debe poder



realizar con cierta autonomía al finalizar su proceso de aprendizaje. Como elemento organizador de los programas, encolumna las actividades, las tareas, las competencias, y los métodos de evaluación con un mismo objetivo: materializar la educación basada en competencias.

Finalmente, como toda innovación, implementar las APCs conlleva desafíos propios. Adecuar las curriculas y modificar los formatos de enseñanza-aprendizaje pensados en otros paradigmas, quizá sean una de las mayores dificultades que debamos enfrentar. Sin embargo, la tarea de planificar una educación desde el presente para preparar estudiantes para un futuro que no conocemos, hace que afrontar estos desafíos sea un camino irrenunciable.

Referencias Bibliográficas

1. Duffy TP. The Flexner Report--100 years later. *Yale J Biol Med.* 2011 Sep;84(3):269-76. PMID: 21966046; PMCID: PMC3178858.
2. Morales Castillo J, Varela Ruiz M. El debate en torno al concepto de competencias. *RIEM [Internet].* 1ene.2015 [citado 4sep.2024];4(13):36-1. Available from: <https://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/323>
3. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002 Jan 9;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226. PMID: 11779266.
4. Lochnan H, Kitto S, Danilovich N, Viner G, Walsh A, Oandasan IF, Hendry P. Conceptualization of Competency-Based Medical Education Terminology in Family Medicine Postgraduate Medical Education and Continuing Professional Development: A Scoping Review. *Acad Med.* 2020 Jul;95(7):1106-1119. doi: 10.1097/ACM.0000000000003178. PMID: 31996559.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5. Epub 2010 Nov 26. PMID: 21112623.
6. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med.* 2014 Jun 5;370(23):2247-8. doi: 10.1056/NEJMc1404326. PMID: 24897096.
7. Murray CJ. Et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of



- Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec 15;380(9859):2197-223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4. Erratum in: Lancet. 2013 Feb 23;381(9867):628. AlMazroa, Mohammad A [added]; Memish, Ziad A [added]. PMID: 23245608.
8. Hyde, P., & Davies, H. T. O. (2004). Service design, culture and performance: Collusion and co-production in health care. Human Relations, 57(11), 1407-1426. <https://doi.org/10.1177/0018726704049415>
9. Bang, Claudia, & Stolkiner, Alicia. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, docencia y tecnología*, (46), 123-143. Recuperado en 22 de agosto de 2024, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005&lng=es&tlng=es.
10. Reiner Hernández Lilien, Cruz Caballero Belkis Ana, Orozco Muñoz Calixto. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 Mar [citado 2024 Ago 22; 11(1): 218-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218&lng=es.
11. Montero Delgado JA, Merino Alonso FJ, Monte Boquet E, Ávila de Tomás JF, Cepeda Díez JM. Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. Educ Med (Ed impr). 2020;21(5):338-44. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181319300956>
12. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T, Rossi SDE. 2010. Toward a definition of competency-based education in medicine: A systematic review of published definitions. Med Teach 32(8):631–637.
13. Melo de Andrade M, López M, Domínguez Torres L, Durán Pérez V, Durante E, Gutiérrez Barreto S, Gutiérrez Sierra M, García Casallas J, Francischetti I, Mora Melanchthon I, Sánchez Mendiola M, ten Cate O. Actividades profesionales a confiar: hacia una estandarización del lenguaje y significado en español y portugués. RIEM [Internet]. 1jul.2022 [citado 22ago.2024];11(43):99-07. Available from: <https://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/875>
14. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Med Teach. 2007 Sep;29(7):648-54. doi: 10.1080/01421590701392903. PMID: 18236251.
15. Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. Med Educ. 2005 Dec;39(12):1176-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x. PMID: 16313574.



16. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015;37(11):983-1002. doi: 10.3109/0142159X.2015.1060308. Epub 2015 Jul 14. PMID: 26172347.
17. Silberman P, López E, García Argibay S, Skoumal G, De Socio D, Maskaric M. Programa de residencia en cuidados progresivos basado en actividades profesionales confiables. *RIEM* [Internet]. 9oct.2022 [citado 22ago.2024];11(44):46-7. Available from: <https://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/942>
18. Durán V, Hamui-Sutton A, García-Tellez SE, Millan Hernandez M. Avances del Modelo Educativo para Desarrollar Actividades Profesionales Confiables (MEDAP-ROC). *Educ Med*. 2018 Sep;19(5). doi: 10.1016/j.edumed.2018.02.007.
19. Reta de Rosas Ana María, López María José, Montbrun María, Ortiz Alba, Lía Vargas Ana. Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). *Educ. méd.* [Internet]. 2006 Jun [citado 2024 Ago 27] ; 9(2): 75-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000200006&lng=es.
20. Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021 Oct;43(10):1106-1114. doi: 10.1080/0142159X.2020.1838465. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33167763. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2020.1838465>
21. Hennis MP, Nusmeier A, van Heesch GGM, Riedijk MA, Schoenmaker NJ, Soeteman M, Wildschut ED, Fawns T, Ten Cate O. Development of entrustable professional activities for paediatric intensive care fellows: A national modified Delphi study. *PLoS One*. 2021 Mar 18;16(3):e0248565. doi: 10.1371/journal.pone.0248565. PMID: 33735195; PMCID: PMC7971696.
22. López MJ, Melo de Andrade MV, Domínguez-Torres LC, Durán-Pérez VD, Durante E, Francischetti L, et al. Bases conceptuales de las actividades profesionales a confiar para la educación de profesionales de la salud en Latinoamérica. *Educ Med* 2022; 23: 100714.
23. Mulder, H. *et al.* (2010) 'Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training', *Medical Teacher*, 32(10), pp. e453–e459. doi: 10.3109/0142159X.2010.513719.

Espacio de Divulgación

“Podés cuidar, pero otra cosa es sentirse cuidado”. Dolor y sufrimiento en los cuidados paliativos.

Entrevista a Graciela Jacob



Florencia Rispoli, Magalí Turkenich y Diego de Zavalía

Desde Acá entrevistó a Graciela Jacob, médica paliativista y socióloga. Además de su trabajo clínico, que desarrolla desde la década del 80, Graciela fue directora del Instituto Nacional del Cáncer y coordinadora científica de la Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida del CONICET. La charla abordó su trayectoria personal, su involucramiento en la gestión pública y cómo el enfoque de cuidados influye en la práctica clínica. La entrevista, pautada con anterioridad a la decisión del gobierno nacional de cerrar el Instituto Nacional del Cáncer, pero realizada 48 horas después, permite comprender parte de lo que se pierde en la atención de la salud con esta medida.^a

Desde acá: La primera pregunta es una breve pregunta por tu trayectoria y el porqué de las decisiones ¿Cómo llegás a la medicina y desde la medicina cómo llegas a los cuidados? Y ¿cuánto influye la sociología en esa mirada?

Graciela Jacob: ¿Cómo fue mi trayectoria? Yo entré en la carrera de sociología en el año 61, cuando recién estaba creada la carrera. De hecho, soy Licenciada en sociología número 101.

Lo curioso es que hice sociología porque quería ingresar en medicina. Yo tenía un tío médico a quien quería y respetaba un montón y él siguiendo patrones machistas de la época quería convencerme de que medicina no era una carrera para una mujer.

Me hizo ir con él a la morgue judicial y a ver una cirugía desde el teatro que tenía

a En la oralidad de la entrevista se utilizó el masculino como genérico. Consideramos que no corresponde modificarlo en la edición, ya que afecta la fluidez de la lectura y la espontaneidad de la entrevista. Sin embargo, desde la primera pregunta se aborda la importancia del género en la organización de la atención y el cuidado en salud. Por otro lado, en un pasaje específico, la autora ha decidido utilizar el símbolo '@' para referirse a profesionales de la salud de diversos géneros.

la facultad de medicina con fines docentes. Su estrategia sádica dio resultado. De ninguna manera quería dedicarme a algo que parecía más una carnicería que una profesión. Fui al departamento de orientación vocacional de la Universidad y allí vi que había una carrera que tenía una mirada humanista y social junto con materias más duras. Así encontré la carrera de sociología y me metí, y trabajé muy desde el inicio en sociología. Trabajé con Germani^b, como ayudante de investigación. Estuve en la cátedra de estadística y metodología de la investigación, es decir, la parte más rígida de la sociología. Después caminé y fui haciendo otras cosas, pero siempre en el ámbito de la docencia y la investigación.

Cuando llegó la dictadura yo pensé que era un muy buen momento para desensillar y hacer lo que realmente me seguía importando, y no seguir en el campo de la sociología que estaba bastante complejo. Tenía ya bastantes compañeros que habían emigrado o desaparecido. Y yo me dedicaba a ser una especie de administradora de los que se tuvieron que ir escapando a la dictadura. Fueron años de un exilio interno. No me fui del país pero no quería seguir en el mundo de la sociología, también por temor.

En el '78 supe que la Universidad del Salvador (liderada por los jesuitas y que funcionaba muy bien) tenía un cupo para 10 graduados por año para iniciar la carrera sin necesidad de dar examen de ingreso. Mis primeras materias las rendí junto con los últimos partidos del Mundial de Fútbol. Me gradué en 1983 luego de un internado obligatorio de 1 año en el Hospital Iriarte de Quilmes.

Cuando me recibí yo ya tenía muy claro que quería hacer una medicina orientada a los pacientes y la atención primaria. En los años de hospital descubrí que había dos tipos de profesionales: los médicos para médicos (interconsultores académicos centrados en lo biológico y la enfermedad) y los médicos para pacientes (centrados en el paciente, su historia narrativa y su biografía como ser biopsicosocial, vinculado a una comunidad y a un entorno).

Hice una formación atípica, porque tenía una edad en la que no podía hacer la residencia: Me recibí y tenía 42 años; no estaba en la edad de la residencia, tampoco estaba en la edad de la concurrencia. Pero mi jefe en el hospital mintió con mi edad, me sacó 10 años y entonces hice una concurrencia con régimen de residente.

Desde acá: ¿En qué hospital?

G. J.: En el Ramos Mejía. El Ramos Mejía es un hospital muy de derecha, muy complejo, pero que tenía tipos de una excelencia académica maravillosa, es decir, todos los libros de medicina, con lo que yo estudié, estaban ahí, en ese hospital. Entonces la pasé bastante bien y estuve ahí 5 años, haciendo mi formación básica.

^b En referencia a Gino Germani, reconocido sociólogo y fundador de la carrera de Sociología en la UBA.

Desde acá: ¿En medicina clínica?

G. J.: En medicina clínica. Entonces, como yo quería hacer medicina familiar y medicina de atención primaria, hice mi propio esquema.

Pasé por todas las especialidades, o por las básicas que más me importaban: ginecología, cardiología y algunas otras que me parecían centrales. Andaba siempre por el consultorio externo que los médicos llamaban "Siberia" porque es como un castigo para los médicos de hospital ir a la atención de la demanda espontánea. Allí no atienden enfermedades raras, allí venían personas con padecimientos y síntomas que no ameritaban su mirada ultra especializada.

En esa formación pasaron varias cosas. Trabajé mucho tiempo haciendo esto en el hospital unos 5 o 6 años; después empecé a trabajar en forma más privada. Ese fue mi recorrido.

¿Cómo y cuándo decidí dedicarme a cuidados paliativos?

En realidad, fue una necesidad, ya venía con esta idea del cuidado de los pacientes y el seguimiento a lo largo de la vida, y los pacientes que tenía se iban enfermando, y se iban enfermando de cosas que no sabía cómo manejar, básicamente los pacientes que tenían un cáncer.

Y me di cuenta que la oncología en la Argentina, que tiene muy buen nivel académico, tiene un vínculo con los pacientes, a mi criterio, espantoso. Y entonces dije, "Yo tengo que hacer una especialidad, una especialización." Y fue fantástico porque yo había escuchado y leído que en Inglaterra se trabajaba en un área de soporte para los pacientes con cáncer.

Me entrevisté con una médica muy famosa a la que se considera la fundadora de los cuidados paliativos en el Reino Unido que se llamaba Cicely Saunders. La fui a entrevistar en el *hospice* que ella dirigía para buscar allí formación. La cuestión es que cuando me entrevisto con ella me dice, "¿Pero usted qué hace acá? En la Argentina hay un grupo que está trabajando en esto."

Me contacté entonces con este grupo (Pallium Latinoamérica) e hice una diplomatura con una pasantía en Inglaterra y luego terminé un Máster en Medicina y Cuidados Paliativos. Eso en términos de mi formación académica. En estos últimos 25 años he trabajado en el cuidado y atención de pacientes en un programa de intervención domiciliaria y también en forma privada. Y después, a partir del 2010 entré más en la gestión y empecé a trabajar en el Instituto Nacional del Cáncer donde fui Coordinadora del Programa de Cuidados Paliativos y finalmente Directora del Instituto en 2015.



Desde acá: Y ahí tu trabajo cómo era ¿directamente con los pacientes?

G. J.: No. El instituto no trabaja con pacientes, sino que desarrolla programas y políticas públicas para el cáncer. Lo que hice fue incorporar cuidados paliativos dentro de la estructura del cáncer con el objetivo de que las personas enfermas con cáncer tuvieran desde el inicio de la enfermedad contacto con los profesionales y equipos de cuidados paliativos. Este modo de aproximación cambia el paradigma. Se promueve atender a la persona y no sólo a la enfermedad, reconociendo que el objetivo de los cuidados paliativos no es sólo atender el final de la vida, las "células cancerosas", sino la trayectoria de la enfermedad para aliviar el sufrimiento (que puede ser físico, emocional, familiar, en fin, hay muchos sufrimientos) y los síntomas que la enfermedad y sus tratamientos conllevan.

Bueno, esta visión más amplia, fue sumamente útil y fue cristalizando en proyectos de ley, en leyes, en reglamentación de leyes, etcétera. En esos años mi perfil profesional fue más el de una gestora que el de una médica de atención clínica.

Desde acá: ¿Qué es el cuidado paliativo para vos? ¿Qué es el cuidado sobre todo?

G. J.: Mirá, el cuidado paliativo es una especialidad. Pero es una especialidad cuyo sentido es que el acompañamiento de un paciente a lo largo de toda la trayectoria de la enfermedad (de cualquier enfermedad, sea cáncer o sea la que sea) esté garantizado. Entonces, la lógica de ese acompañamiento es la lógica de la atención primaria, no es la lógica del hospital.

Los paliativistas que trabajamos en un hospital estamos ahí como los tipos que pueden resolver problemas complejos puntuales de un dolor que requiere mucha intervención, mucha *expertise*, etcétera. Pero el 100% de los médicos tiene que entender lo que son las necesidades paliativas de los pacientes y poder satisfacerlas.

Pienso que parte de los problemas que tenemos es que el nombre de Cuidados Paliativos remite a la terminalidad y genera mucha resistencia y tabú. Los médicos hospitalarios tienden a mandarte a los pacientes con necesidades paliativas cuando están moribundos y eso es tarde y a los pacientes que se los deriva a cuidados paliativos, el mensaje que se les da implícito es el de ya no hay nada para hacer.

Lo que hacemos los paliativistas es atender personas con enfermedades amenazantes de la vida que pueden inclusive vivir muchos años. Por ejemplo personas con enfermedades neurodegenerativas que sabemos que van a morir de esa enfermedad pero los vaivenes de la enfermedad pueden prolongarse por muchos años o niños con fibrosis quística que antes tenían una sobrevivencia de 10, 12 años y ahora viven hasta la edad adulta, trasplante mediante. Ellos necesitan cuidados paliativos desde el día 1.



¿Por qué? Porque es una aproximación que toma en cuenta al paciente y a su entorno o a su familia, como unidad de tratamiento.

El modo de trabajo lleva a garantizar la autonomía del paciente, el paciente tiene derecho a saber o no saber, a querer hacer tal tratamiento o no hacerlo y para todo eso necesita tener información. Buena información y comprensible. No se trata de hacer firmar un consentimiento informado, se trata de que el paciente comprenda y tenga herramientas para decidir autónomamente.

A la sociedad en general y a las familias en particular les cuesta hablar y habilitar una comunicación franca con el paciente. "No le diga a mi papá que tiene cáncer porque se va a agarrar un bajón", pero no hay nadie que tenga una enfermedad grave que no sepa que tiene una enfermedad grave. Esto se sabe, se siente. No hay nadie que esté por morirse que no se dé cuenta que se está por morir. Se sabe.

Entonces, el impedirle a alguien conocer su diagnóstico es muy torturante, es muy frustrante. Es ponerse en una posición de "*yo estoy por arriba tuyo y decido qué es lo que vas a hacer, qué voy a hacer con vos*". Entonces, la medicina paliativa, creo yo, se asienta en tres patas.

Una tiene que ver con la educación, la educación del equipo de salud y la educación de pacientes y familia. Otra pata tiene que ver con la ética, con la bioética. Es decir, tenemos ciertas responsabilidades respecto de los pacientes y tenemos que hacer una asociación con ellos, ¿sí?

El paciente es autónomo y nosotros tenemos que garantizar la autonomía, es un sujeto de derecho y tenemos que garantizarle sus derechos, y es un ser histórico, no es solamente un cuerpo enfermo y tenemos que dar cuenta de eso. En esa pata ética entra todo lo que tiene que ver con la comunicación y con la aproximación hacia el otro desde una mirada que más que biológica es esta mirada bio-psico-social.

Este es el esquema por el cual, en los años 70, Engel^c, acuñó el término del enfoque biopsicosocial para la atención primaria de la salud. Entonces, desde ese punto de vista, cuidados paliativos y atención primaria son lo mismo. Los mejores candidatos para tener una mirada paliativa son los médicos de atención primaria.

Después existen los que nos hemos especializado un poquito más.

Desde acá: Tres patas, educación, bioética y...

^c En referencia al médico psiquiatra estadounidense George Engel. Ver por ejemplo, Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196: 129-136.



G. J.: Bueno, la autonomía del paciente y el trabajo en equipo. Un equipo que tiene que ser multidisciplinario porque el problema es complejo y tenés que abordarlo desde distintos lados.

La evaluación de nuestros pacientes es una evaluación multidimensional. Evaluamos dimensiones referidas a la enfermedad, al área psicológica, a la inserción social del paciente ¿entre otras?, y a partir de allí podemos definir el nivel de complejidad que tiene un paciente.

Entonces, la idea es que los pacientes se atienden en el nivel adecuado a la complejidad que tengan. Un paciente, (tomemos un caso oncológico y digo oncológico porque es alrededor del 50 o el 60% de los que se atienden en paliativo) que está con el tratamiento en marcha, digamos, que se atiende de forma ambulatoria, que no está con grandes problemas de síntomas por la quimioterapia, que está estable, que no tiene riesgo de sangrado ni de hemorragia, que no tiene situaciones clínicas complejas y que tiene una familia que lo contiene y que vive a una distancia adecuada del hospital donde se atiende, ese puede ser visto por la atención primaria para hacerle el seguimiento paliativo.

Ahora, si este mismo paciente entra en una situación en donde puede tener una complicación grave, -aquí la teoría y lo hemos llevado a la práctica y después les cuento cómo-, ahí ese primer nivel se tiene que conectar instantáneamente con el segundo y con el tercer nivel y entonces hacer una referencia y contrarreferencia que no quiere decir: "me desligo del paciente y te mando al hospital", sino que el médico de atención primaria se tiene que meter la camiseta del paciente y llevarlo al hospital.

Esto es la teoría, es como debe funcionar. ¿Funciona así? no. Hemos logrado en algunos lugares hacer cosas maravillosas y mi ejemplo más reconfortante fue una tarea que hicimos en Esquel. Es que el hospital Zonal de Esquel comenzó a trabajar desde el hospital, un equipo de cuidados paliativos de cinco personas.

Desde acá: ¿profesiones?

G. J.: médica, psicóloga, enfermera, trabajadora social y kinesióloga, eran esos cinco.

A ese hospital están referenciados 13 hospitales rurales de la provincia que quedan aislados en época de la nieve, y a su vez, 10 centros de atención primaria que tiene Esquel. Entonces, a través de un convenio se lograron varias cosas.

Primero, que desde el hospital se entrenó a varios agentes comunitarios para que fueran a relevar lugares periféricos de esos hospitales rurales.

Los agentes sanitarios estaban en contacto entre sí y con los médicos del hospital Zonal y de los hospitales rurales. Y a su vez, el hospital Zonal estaba en contacto con los 10 centros de atención primaria. Se armó una red que requirió la inversión del costo de 25 celulares.

Desde acá: ¿Año?

G. J.: 2013, 2014. Bueno, se logró esto: los 13 hospitales eran recorridos por el equipo central que iba yendo hospital por hospital en los rurales y fue entrenando a cada uno de los médicos de allí. Y, a su vez, los médicos de la atención primaria estaban vinculados con los rurales y con el Hospital Central.

Entonces se trabajó en red con un sistema super elemental que me da casi vergüenza decirlo, pero que funcionó maravillosamente, que era el WhatsApp. En el WhatsApp todos tenían los datos básicos de los pacientes. Los pacientes estaban nominados. Sabíamos quiénes eran y dónde estaban.

Se pudo porque era una comunidad pequeña, pero sin embargo con largas distancias a recorrer. Eran 160, 170 pacientes que estaban distribuidos por allí. Tenían una etiqueta: verde, amarillo, rojo. Entonces, cuando veían a uno de los pacientes, "a ver, si este está verde, ¿y cómo está ahora? mmm, amarillo". "Pim, amarillo" y todo el mundo sabía que éste está amarillo. Y entonces, antes de que se ponga rojo, había acciones para hacer. Es decir, se podía hacer prevención de la complicación y de la necesidad de pasar a un mayor nivel de complejidad.

Desde el hospital zonal, que es el que tiene el equipo más desarrollado se tenía toda la información sobre quiénes son los pacientes, quién es su médico de cabecera, dónde viven, qué medicación toman, etcétera. Y los pacientes toman sus decisiones. Si se quieren morir en el hospital, si se quieren morir en la casa, dónde, cómo y con quiénes. Y en general, la gran mayoría, salvo unos poquititos, eligieron morir en las casas y estuvo todo tranquilo.

El programa lamentablemente duró lo que el gobernador...

Desde acá: Quedan varias puertas abiertas en función de lo que dijiste. Por un lado, esta cuestión del trabajo en red, pensando en las escalas, en las articulaciones y en relación a lo que es la implementación de políticas públicas que también habías comentado que habías tenido tu veta ahí, en gestión.

G. J.: Bueno, esto lo hicimos desde ahí. Esto fue un convenio entre el Instituto del Cáncer, la gobernación, los directivos del hospital, porque entraban municipios.



Con los pacientes hicimos una cosa que yo creí que era perfecta. Que era bastante perfecta, pero resultó hasta donde pudo resultar. El Instituto del Cáncer formaba gente. Y había formado a quien se eligió para que dirigiera este proyecto al volver a Esquel. Hicimos un convenio con la gobernación y el municipio para que los profesionales formados por el instituto (el instituto pagaba una beca de formación) tuvieran un cargo efectivo en el hospital cuando terminaban la formación. Como para darle continuidad y fuerza al programa.

Y el segundo paso fue lograr que, en el organigrama del hospital, figuren los cuidados paliativos. Cosa que se logró con muchísima dificultad porque, casualmente, el enemigo número uno ahí era el oncólogo. No le interesaba ser partícipe y se mantenía en la lógica de "cuando se esté muriendo yo te lo mando".

Desde acá: y ahí entra la célula cancerosa en lugar de la persona, aparece en el escenario....

G. J.: Exactamente. Y ahí vuelve a requerirse la educación en todo esto.

Desde acá: Empezando por el oncólogo.

G. J.: Claro. Entonces empezamos a hacer lo que se llamó supervisión en terreno. Otros paliativistas del instituto, o yo viajábamos, hacíamos la recorrida con ellos y entrenamos en terreno ciertos aspectos vinculados a la dificultad. Hay muchos entretelones, de estos que vos decís, "pero ¿cómo puede ser?"

Uno de los temas básicos es el acceso a la medicación opioide para el dolor. Los opioides tienen toda una manera de circular por el país, que está muy bien controlada y tiene trazabilidad a través de un código QR. Pero el tema es que Esquel está contra la cordillera, pero la capital está sobre la costa. Y la medicación llega a la capital, ¿cómo hace para llegar de costa a cordillera en invierno? No llegaba. No llegan los camiones y, además, la ley de receta de opioides -es una ley que está desde la época de la dictadura y que sigue vigente hoy- autoriza a recetar para 10 días, no para más.

Hubo muchos problemas que se fueron surfeando con la voluntad inquebrantable del equipo pero que los ponía permanentemente al borde del *burnout*. A partir del 16 se fue deteriorando paulatinamente esta red. Si bien el Instituto hizo algunos esfuerzos, como la producción pública y distribución gratuita de opioides directamente a los hospitales, por distintos motivos las autoridades excluyeron al Hospital Zonal de Esquel.

Hoy hace 48 horas el Instituto del Cáncer dejó de existir, fue desmembrado en múltiples sectores no especializados del Ministerio de Salud de la Nación, sin presupuesto, sin los profesionales expertos que se formaron desde la fundación del Instituto en 2010.



Desde acá: ¿No lo dice la reglamentación, no hay una política oficial?

G. J.: Hay una política, hay una ley, hay una reglamentación de la ley, hay un programa de producción pública y distribución gratuita de opioides del año 2014 y hay 24 jurisdicciones que aceptaron recibir medicación y entregarla gratuitamente. Pero cuando cambia el gobernador, todo se va a pique. En Argentina las políticas públicas terminan siendo políticas de gobierno y no políticas de Estado y eso es un karma.

Porque el sistema de producción pública y distribución gratuita fue un sistema que costaba exactamente la décima parte de lo que costaba anteriormente la morfina comprada en los laboratorios estándar. Se sigue produciendo en laboratorio Lif de Santa Fe, pero los van a discontinuar seguro, seguro, seguro.

Desde acá: ¿El laboratorio Lif de Santa Fe es un laboratorio público?

El laboratorio está en la provincia de Santa Fe. Y tiene dos obligaciones por estatuto, una es producir la medicación necesaria para enfermedades raras y distribuirla. Y la otra obligación es que todo lo que distribuye el laboratorio se tiene que producir para que quién lo reciba lo haga de forma gratuita. Lo compran las provincias, lo compran los municipios. Nosotros estábamos por hacer exportación de morfina y metadona a toda América Latina, siempre y cuando el país que lo comprara distribuyera gratuitamente para los pacientes de sus países. No se pudo. No se llegó.

Ahora está parcialmente desguazado. Pero claro, como está parcialmente desguazado ¿qué es lo que va a pasar? Van a venir, van a mirar y van a decir: "Acá sobran comprimidos que no se distribuyeron." "Esto es una estafa. Baja en la producción".

Desde acá: Vos estás en el Instituto Nacional del Cáncer y después en los últimos años habías estado en la red de cuidados del CONICET: ¿qué era, cómo se formó y cuál es la situación actual?

G. J.: La red se llama Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida. Y tenía, tiene como objetivo pensar en esto, en los cuidados, en los derechos y en las decisiones de final de vida.

Tuvo un rol muy importante en la pandemia, en la época de la de la cerrazón absoluta y total, desde la red tratamos de hacer algunos cambios, por ejemplo, que la gente se pudiera despedir del que se estaba muriendo.

En algunos casos presencial, en otros casos virtual, pero que cada quien se pudiera despedir del que se estaba muriendo porque eran situaciones espantosas.



Que los deudos pudieran ver el cuerpo del muerto (porque te los daban en una bolsa), y que pudiera haber rituales de despedida. Algunas cosas funcionaron bien, otras no, porque no pudimos hacer más de lo que se hizo.

Produjimos algunos trabajos que están en la página del CONICET. Hay una página de la red^d y trabajamos bastante con algunos temas que en este momento están un poquito en el *freezer*, como el derecho a la toma de decisiones en el final de la vida, eutanasia y suicidio asistido. Imaginate en este momento.

Fuimos co-redactores de uno de los proyectos de muerte médicamente asistida, el proyecto de Mara Brawer. Ahí trabajamos asesorando, cambiando algunas cosas que venían medio torcidas. Pero bueno, eso nunca nunca fructificó.

¿Qué quedó de la red? Bueno, algunos de los que estábamos en la red nos mandábamos trabajos, mensajes. Básicamente estamos tratando de ver qué es lo que va a pasar con la cuestión de la toma de decisiones en el final de la vida.

Desde acá: ¿La red fue oficialmente desarticulada?

G. J.: Las redes no existen más. Digo, teníamos la red, tenía una estructura mínima que consistía en una persona que era el nexo entre Conicet y la red. La red a su vez, los miembros que formábamos parte de la red, algunos pertenecían a Conicet y otros no.

La red empezó antes de la pandemia. En febrero de 2020 nos reunimos por primera vez y a mitad de marzo...

Desde acá: y trabajó fuerte hasta el 23.

G. J.: Y trabajó fuerte hasta el 23. Ya en el 2024 prácticamente nada.

Desde acá: ¿Cuál es tu lectura de cómo ve la sociedad estos temas?

G. J.: Yo creo que la sociedad ve poco, sabe muy poco, y quienes menos saben son los que están en los servicios de salud. El personal de salud está muy desinformado. Digo, de hecho, publicitar o dar a conocer -esto fue parte del trabajo de la red que yo sigo haciendo-, que en la Argentina existen leyes excelentes. La ley de Derechos del Paciente es una ley realmente excelente. O por ejemplo, que la historia clínica pertenece a las personas, y no a las instituciones. ¿Quién sabe eso?

Desde acá: ¿Cómo se ejerce?

^d <https://redcuidados.conicet.gov.ar/>

G. J.: ¿Cómo se ejerce? Se tiene que ir a la ventanilla y decir, "¿Me das la historia clínica?" Eso la gente no lo sabe. Las instituciones no lo saben.

En realidad, lo que dice la ley es "Yo soy dueño de mi historia clínica." La institución es un garante de esos datos y a mí me los tienen que dar si yo los pido. Pero muchas veces te dicen, "Necesito la carta del médico." No es necesario. "Necesito que lo diga un juez". ¿De qué me habla?

Segundo, las personas tienen derecho a decidir sobre su tratamiento, para lo cual necesitan tener una información fidedigna. Y pueden rechazar el tratamiento. Y también pueden pedir que, si le pusieron un tratamiento que no está dando resultado, se suspende ese tratamiento, que se haga lo que se llama adecuación terapéutica.

Es decir, que alguien que está intubado y ves que no resulta, le podés sacar el tubo porque ¿para qué lo vas a tener intubado si solamente se va a deteriorar? y ¿le vas a sacar el tubo y se va a morir? Sí, pero está vivo por el tubo. Dejar que la naturaleza actúe. Bueno, todo eso es legal en Argentina. Es absolutamente legal. No lo saben, ni siquiera los médicos de terapia.

Y ahí hacen falta dos campañas, una campaña a la población, y una campaña de vuelta a la estructura médica. Porque todo lo que no se sabe se hace después como clandestino. No es cierto que a nadie le sacan el tubo. Sí, se lo sacan, pero se lo sacan clandestino y no debería ser así.

Desde acá: Contaste que la primera experiencia fue en equipos, externando a gente. En general, ¿cuál es la respuesta de los pacientes y la familia frente a los cuidados paliativos? Este abordaje, ¿cómo lo toman? ¿Cómo participan?

G. J.: En general participan mucho, aunque con mayor o menor resistencia según sectores, estilos. Es un trabajo, no es que te aceptan de entrada. Lo primero que te dicen, lo habitual, es que venga alguien acompañando un paciente y el familiar se ponga atrás y te diga "no le diga nada". Eso es lo típico. Entonces tenés que empezar a hablar y la primera cosa es esto: ¿qué sabe usted de su enfermedad?, ¿qué le parece que le pasa?, ¿cómo se siente?, ¿le gustaría saber?, ¿qué quiere saber?, ¿qué dudas tiene? ¿qué se imagina? Y ahí la gente empieza a cooperar, digo, cuando le preguntás a alguien que está acostumbrado a que le ladren, te empieza a aceptar.

Habrán leído y visto actos de violencia contra personal de salud en guardias, por ejemplo. Nunca he visto un acto de violencia contra un paliativista. Jamás. Y tampoco una denuncia o un juicio de mala praxis, jamás. Y se te muere el 100% de los que atendés. Pero eso nunca. ¿Por qué? Porque hablamos con nuestros pacientes y ellos sienten que somos un equipo solidario de atención y seguimiento. Se sienten tomados en cuenta como personas.

Muchísimas veces he llegado a una terapia intensiva, donde hay un paciente que está intubado, sin ninguna chance de revertir su enfermedad y sometido a múltiples complejidades para simplemente mantenerlo respirando lo que en la práctica significa que le están prolongando la agonía y su familia desesperada me aborda para decirme "Por favor haga algo, él no hubiera querido estar así". Si el paciente tiene escritas directivas anticipadas, o voluntades anticipadas en las que dice que este tipo de atención no es lo que quiere para su final, existe legalmente la figura de la adecuación de esfuerzo terapéutico y esto está amparado por la ley de derechos del paciente. En muchas oportunidades hice uso de esa ley para retirar el respirador de un paciente, o suspender una diálisis inútil, etc. Siempre firmé la historia clínica haciendo referencia a las leyes que me lo habilitan. Sin embargo, no fueron pocas las veces que los médicos que estaban a cargo de la terapia desconocieran estas leyes y tuviera que tener un intercambio duro y más o menos desagradable con ellos.

Desde acá: Nos interesa por esta doble faceta clínica y de gestión, si nos querías contar un poco del funcionamiento de los equipos, cómo se facilitan las cosas, cuáles son las resistencias de los equipos...En los dos campos, en el funcionamiento de los equipos cuando ¿se dan? estas primeras experiencias de externación, es decir, simplemente la situación más clínica y el funcionamiento de los equipos ya desde un lugar de gestión que además supongo que son experiencias distintas.

G. J.: La necesidad es de un equipo multidisciplinario. En principio no es lo mismo tener un equipo interdisciplinario que tener múltiples disciplinas que interconsultan, primera cosa. Un equipo multidisciplinario es un equipo formado. Se dice que cuidados paliativos tiene que tener una unidad mínima que es *médic@* y *enfermer@*.

No puede ser solo *médic@*, no puede ser solo *enfermer@*, el *médic@* y el *enfermer@*. Es muy distinto si vos tenés que interconsultar con el *psicólog@* o si tenés el *psicólog@* dentro del equipo. Es totalmente distinto porque lo que se produce en un equipo que trabaja con los mismos criterios es que en realidad todos ven al mismo paciente, cada cual desde su perspectiva, todos vuelcan este conocimiento en la historia clínica del paciente y se genera un poco lo que uno llama la transdisciplina, que es un nuevo conocimiento producto de esta interdisciplinariedad.

Todos los equipos interdisciplinarios ¿son transdisciplinarios? Y no, te lleva muchos años lograr generar conocimientos nuevos a partir del trabajo en común. Como decía un maestro canadiense de los cuidados paliativos, "¿Vos trabajas en equipo? "Sí, mostráme las cicatrices". Mostráme las cicatrices porque no es sencillo.

Desde acá: ¿Cuáles serían las cicatrices?

G. J.: Los conflictos internos, que hay muchos. Por los roles, por las personalidades, por la coordinación y todos esos conflictos dejan marcas, cicatrices. Entonces uno traba-

ja viendo a un grupo de pacientes, el equipo no tiene solamente actividad asistencial. Tiene actividad asistencial, tiene actividad de investigación o de educación y tiene un control externo, tiene un psicólogo que supervisa el trabajo del equipo.

Desde acá: ¿Por qué psicolog@?

G. J.: Porque son los que mejor saben hacer la lectura de los conflictos vinculares. El supervisor externo no pertenece al equipo, lo que garantiza que no está en la comidilla y el chisme diario. Es alguien que viene una vez por mes a supervisar la tarea, los conflictos y los vínculos. Y esto es esencial para que no se resienta el trabajo clínico con el paciente.

Pero no es una sesión de grupo, sino que es en una de las reuniones de equipo habitualmente una vez por semana el equipo se reúne y habla de los pacientes. Y se toman decisiones. En una de esas reuniones suele estar el supervisor externo mirando y detectando conflictos intra e interpersonales. Bueno, a cada uno de nosotros nos pasan distintas cosas con distintos pacientes. La empatía que podés tener con un paciente o la antipatía que podés tener con otro. Y esto es importantísimo cuando estás trabajando con personas gravemente enfermas. Saber que este tipo te toca a vos una fibra que tenés ganas de estrangularlo.

Y está bueno saber que uno también puede sentir eso, por qué lo sentís y cómo correrte de eso o bien decir "a este paciente no lo voy a atender"; "venga usted, trabaje por mí". No podés hacer todo. Este es un ejemplo de equipo de internación domiciliaria domiciliaria de pacientes paliativos. En los hospitales también tenés la forma de trabajar interdisciplinaria y tenés el paciente que puede estar internado y el paciente que viene por la consulta de consultorio externo.

Desde acá: ¿Nos podrías contar algún conocimiento nuevo al que hayan llegado así o es más una práctica?

G. J.: Lo que más surgen como nuevos conocimientos es cuando se detectan ciertos mitos que la medicina tiene o la enfermería tiene, "las cosas son así," ¿no?

Cuando empezás a trabajar entre varios y te das cuenta que no son tan así, y por qué no son tan así. Qué sé yo, el aporte de la mirada de un antropólogo, por ejemplo, cambia totalmente esto que puede decir un médico, supónete, tratando lo del dolor. El dolor tiene un componente orgánico siempre, pero además de orgánico tiene otros componentes, tiene un componente de la historia de cada paciente, de cada persona, cómo se vincula con el dolor, el significado que tiene ese dolor, el temor que tiene frente al dolor, etcétera. Y entonces vos decís, "Bueno, hay ciertos mitos", ¿no?" Los judíos y los tanos son más sensibles al dolor. Y es así, son más miedosos.



Y vos decís ¿y por qué? Entonces de golpe viene el antropólogo y te dice, "fulanita de tal está muy disgustada con vos." ¿Por qué? Y porque vos le preguntás siempre por el dolor y a ella no le importa el dolor.

Y me dijo, "Fulanita me dijo que el dolor es un problema tuyo, no de ella."

¿Entendés? Entonces esta mirada desde otro lugar te permite salirte de lo que vos crees que es fundamental. ¿Le tenés que preguntar a todo el mundo si le duele? sí, *pero tenés que entender que dolor y sufrimiento no es lo mismo*. Que hay intervenciones -y esto es conocimiento nuevo- que el medicamento lo va a mejorar, porque es dolor orgánico, es dolor físico. Pero al sufrimiento le podés dar 16 kg de morfina que no lo vas a tocar. ¿Y cómo te aproximás al sufrimiento? Con otras cosas. Entonces, ¿todos los dolores son tratables? Sí. Y ¿todos los dolores son aliviables? Sí. ¿Todos los dolores son liquidables? No.

Depende cuál es el monto de dolor y cuál es el monto de sufrimiento que ese dolor tiene. Porque todos los dolores tienen una cosa y la otra.

Desde acá: En ese abrir y desglosar el dolor, el sufrimiento y lo que se puede hacer ese equipo en la consulta ¿qué posibilidades hay de apertura a incorporar otras herramientas?

G. J.: Por supuesto, en algunos casos, supónete nosotros teníamos uno que hacía reiki. Tenemos todo lo que nosotros llamamos terapias complementarias, no son alternativas, no son en vez de..., son además de. Entonces, el que está bien con la terapia de cuencos, no sé si la escucharon alguna vez, bueno y hay gente que le funciona muy bien, el reiki, las visualizaciones, cientos de cosas.

Tomemos el caso de la de la paciente que estaba disgustada conmigo, que finalmente después me lo dijo. Era una japonesa que después me dijo que yo no entendía nada. Ella tenía un cáncer que no podía no dolerle. Desde el punto de vista físico y orgánico porque es lo que se llama un cáncer en coraza. Es una especie de coraza en el pecho de miles, pero millones de tumores, así como si fuera una venda, una coraza, que se van pudriendo, comiendo la carne, abriendo, supurando, era una cosa espantosa.

Entre otras cosas tenía olor a podrido. Así que lo primero que hice fue sacarle el olor a podrido, con lo cual la señora me amaba. ¿Y cómo se saca el olor a podrido de una carne que está viva, pero se está muriendo? Bueno, eso lo inventamos entre todos y fue maravilloso. Lo inventamos con una enfermera y el farmacéutico. Carbón activado, ¿qué es carbón activado? Bueno, carbón pisadito. Y no teníamos idea de cómo le podíamos poner el carbón, ¿dónde y cómo? Abajo de la cama y ¿encenderlo? No. La enfermera llegó a una conclusión maravillosa. Agarraba bolsitas de té, les vaciaba el té y le ponía el carbón activado. Entonces le cubríamos los tumores con bolsitas de

carbón activado. Se acabó el olor. ¿Estaba menos podrida? No, sus heridas seguían igual pero ya no olían

Desde acá: ¿Y lo del olor vino después ahí, te dijo que le molestaba el olor?

G. J.: No, no, el olor me molestaba a mí. Y esta es la verdad. Teóricamente le saqué el olor. Era violento hablar del olor. Le dije primero que se puede mejorar el dolor, qué sé yo. Iba a atenderla a ella y me ponía dos algodoncitos en las narinas mojados en perfume. No era respirable.

Desde acá: Bueno, pero esa intervención sobre el olor que es una dimensión social de la persona que permite este acercamiento o lo dificulta, no está trabajando sobre esa cura orgánica, pero es cuidado...

G. J.: Claro que sí, eso es cuidado.

Desde acá: Pero después para ella fue importante eso.

G. J.: Importantísimo porque después pudo comentarme que cuando yo hablaba del dolor, ella pensaba literalmente el dolor, pero yo pensaba en toda esta otra cosa. Una vez que se le fue el olor, y anduvo bien con todo lo que probamos por suerte, ella invitaba a tomar el té a miembros de su familia. El té para los japoneses es recontra importante, y bueno, alrededor de su cama venían a tomar el té; antes no entraba nadie a su cuarto.

Entonces le cambió la sociabilidad. Bueno, eso es cuidar. Y el cuidado tiene varias dimensiones y varias facetas.

El cuidado está muy asociado al trabajo no remunerado de cuidar a tu familia y que de hecho implica en un 80% a las mujeres. Por eso nosotros, los cuidadores, sabemos que el cuidado en las familias no está remunerado, pero es un trabajo y debiera ser remunerado. Entonces, trabajamos con la familia para que la familia sepa que lo que está haciendo fulana con su mamá, o con su tía o con quien sea, es un trabajo que tendría que estar remunerado. Cuando las familias pueden, tratamos de que lo remuneren, que lo paguen. Porque es tiempo.

Y además, le enseñamos cómo cuidar. Hay aspectos prácticos del cuidado: dar vuelta a un paciente en la cama requiere una técnica, por ejemplo. Yo no lo sé hacer, lo saben los enfermeros. Armar la cama de quién está enfermo también, son distintas técnicas. Todas esas hay que saberlas, hay que aprenderlas, hay que transmitir las.

Pero el cuidar es una dimensión que va más allá del curar. *Y tiene una dimensión subjetiva muy importante. Porque vos podés cuidar y otra cosa es sentirse cuidado.*



Y entonces es lo que vos decías. ¿Cómo lo toma la familia? ¿Cómo se vinculan? Y cuando se sienten cuidados, la cosa cambia.

Desde acá: ¿Cómo funciona la práctica de la disciplina en los grupos clínicos. ¿Cómo funciona o cómo funcionó en la gestión y en el armado de equipos de gestión? En estos equipos ¿surgieron problemas? o más específicamente, cómo aparecen dos cuestiones distintas: una la de género, que ya lo mencionaste, y otra, la intergeneracional, ¿pasa algo con la diferencia de edades?

G. J.: Mirá, el 90% de los cuidados y de la salud y de la medicina, es femenino. Antes el ingreso a la carrera de medicina era 80% de hombres, 20% de mujeres. Ahora es al revés: ¿por qué? Porque dejó de ser una profesión muy rentable. Es así de sencillo.

Hay especialidades que tienen mejores ingresos económicos, como por ejemplo anestesiología. Tienen una asociación muy fuerte: la Asociación Argentina de Anestesia, la llamamos la Triple A. No cobran directamente los profesionales, sino que cobra la asociación, y reparte los ingresos entre sus miembros. Entonces es la asociación la que hace la negociación de honorarios y condiciones laborales y son los que te paran un quirófano, te paran el país. Tienen mucho poder. La proporción de mujeres anestesiólogas sigue siendo 30 / 70, cuando en realidad la proporción de médicas es 70/30. Entonces, no hace falta ser socióloga para darse cuenta de esto es muy burdo.

En cuanto a la cuestión generacional, diría que los equipos de salud son bastante homogéneos en cuanto a edad ¿por qué? Primero porque es una especialidad relativamente nueva, los equipos que están funcionando, por ejemplo, en Buenos Aires o en Córdoba, son equipos de gente que ya terminó una residencia e hizo una pos-residencia, o sea, que están entre los 45 y llegan hasta los 60, 65, tienen ese rango de edades. Tengo que decir que yo nunca me sentí discriminada por la edad, para nada, en los equipos de cuidados paliativos. Ahora, en el resto del mundo médico puede llegar a ser diferente.

Hay instituciones que son muy cerradas y expulsivas. Y hay otras que no. Pero eso depende de cada institución y en general depende de la política del director del lugar (También en los hospitales públicos). Tradicionalmente el machismo era terrible.

En la época en que yo estudié había tipos que no te dejaban entrar al quirófano porque decían, "No, las mujeres dan mala suerte, traen yeta", "en mi cirugía no quiero una mujer acá dentro." Antes lo decían, ahora no lo dicen. ¿Lo van a volver a decir? Es posible.

Desde acá: Y la pregunta sobre la interdisciplina para el armado de los equipos desde la gestión, ¿cómo resulta?





G. J.: No se ha logrado. Hay que entender, y hay estudios hechos, que es una especialidad altamente costo-efectiva para la estructura de salud, pero no la entiende nadie porque es muy costosa, porque es mano de obra intensiva. Para atender un grupo de pacientes, vos tenés médico, enfermero, trabajador social, tenés cinco o seis personas para atender ¿cuántos? Esto es muy costoso.

Ahora, el análisis que se hizo en las investigaciones que llevamos adelante -que fueron fantásticas- fue "tomemos un grupo de personas oncológicas atendidas por un equipo y tomamos el equivalente sin equipo de cuidados paliativos". El gasto de los que no tienen paliativos, ¿por qué es tanto más alto?

Porque en lugar de llamar por teléfono al equipo fueron tres veces a la guardia, porque les hicieron cinco radiografías, porque les dieron dos transfusiones de sangre totalmente innecesarias, porque la anemia que tienen no se cura con darle sangre. Pero tenés que hacer un análisis que tome en cuenta todas las variables, cosa que estos señores no están dispuestos. Mirá, ¿cuánto gasté acá? Serrucho. Los equipos que están funcionando mayoritariamente tienen tres o cuatro personas, médico, enfermero y tienen *part-time* o como consultores que vienen que no es lo mismo que armar un equipo que están siempre juntos.

Y respecto de las redes, es lo primero que están desarmando estos señores. Las redes tienen una fortaleza impresionante. Las redes van más allá de lo que fueron creadas. Una vez que funciona una red no la para nadie. Le dan mucho miedo. Porque implica interrelación territorial

Está la de Esquel por ejemplo, aunque yo dejé de trabajar en el Instituto^e en 2015, con las *esqueletas* me sigo comunicando cuando tienen algún problema con un paciente. Me dicen, "che, ¿te podemos hacer una consulta?" Por supuesto. Y esa red sigue funcionando. Y sigue funcionando porque las *esqueletas* se acostumbraron a laburar así. Les pasó de todo. Pero demuestran que las redes una vez que están aceitadas, no mueren, tienen vida propia

Desde acá: ¿Cómo pensás el cuidado de los profesionales?

G. J.: Uno de los grandes dramas de los profesionales, de todos, pero de los paliativistas también, es el *burnout*, el que se quema. Nos quemamos.

Nos quemamos y nos quemamos porque metemos sobre el cuerpo cosas que debieran estar aceitadas por la gestión y que como no están aceitadas por la gestión, traccionás el doble o el triple. Entonces, ¿cómo es el cuidado de los equipos, de los médicos? Yo diría de los médicos por ahí más que de los enfermeros, los médicos

^e Refiere al Instituto Nacional del Cáncer.

tenemos un par de cosas más para hacer, como por ejemplo, el firmar el certificado de defunción, que también es trabajo. Yo creo que alguien que trabaja en paliativos no puede no analizarse. Diría lo mismo para los intensivistas. Necesita tener un ámbito de reflexión, por lo menos. O haberlo tenido. Los equipos necesitan supervisión externa. Sí o sí, mínimamente una vez por mes.

Hay que entrenarse en detectar señales incipientes de *burnout* que las hay, y muchas. Y hay que armar sistema intraequipo y fuera del equipo, y tomarse pequeñas vacaciones, actividades recreativas, pequeños descansos.

No podés estar 24/7 durante todos los meses hasta tomarte las vacaciones. Nosotros teníamos un sistema por el cual teníamos un teléfono rotativo. Nos ocupábamos todos hasta las 5 de la tarde. De 5 de la tarde a 9 de la mañana había un celular para llamar, que era rotativo, entonces una vez cada 10 días te tocaba hacer la guardia. Guardia pasiva de celular, pero cuando te tocaba, te tocaba.

Desde acá: Está bueno esto de estandarizar, conocer dinámicas de trabajo cuidadas también para los profesionales.

G. J.: Exactamente.

Desde acá: En cierta medida, no sé si estandarizarlas en el sentido para todos los equipos, ¿no? pero sí de blanquearlas...

G. J.: Eso totalmente. Durante la pandemia armamos desde la red un dispositivo que se llamaba "botón rojo". Botón rojo era un conjunto de médicos, psicólogos, psiquiatras, y otras profesiones, que estaban *on call*, digamos, que se podía llamar, cuando alguien en una terapia intensiva estaba sobrepasado por algo, llamaban.

Podían tener angustia, podían no saber si darle el potasio, el cloro o el calcio y vos le decías: "yo no tengo idea pero a vos ¿qué te pasa?". Digamos que fue un dispositivo que funcionó bastante bien. Y después, en la segunda parte de la pandemia, incorporamos que hubiera en terapia un miembro paliativista.

Desde acá: Quisiéramos retomar dos ejes: uno para volver a charlar sobre este sentido amplio de cuidados de cómo atender los cuidados, hablando de salud, de paliativos o terminalidad de la vida y un poco como vos planteaste este momento y esta lógica amplia. De los cuidados en relación a las familias, los equipos de la de salud, la articulación. Y el otro, pensar algo de proyección en relación a estos temas en la coyuntura actual, ¿cómo lo ves vos personalmente en este contexto, en este momento de la sociedad o social, no sé cómo llamarlo, que nos toca vivir.





G. J.: Yo diría que lo de los cuidados tiene algo disruptivo para la lógica judeocristiana de la caridad ¿no?, *porque por definición, los cuidados me parece que tienen una simetría en donde el cuidador y el que es cuidado tienen un vínculo más simétrico.*

Entonces, la primera cosa que pone en cuestionamiento la lógica del cuidar, más allá del curar, es esto, es que el otro es el protagonista. ¿Y quién es el protagonista? Es aquel al que vas a cuidar. Y como es el protagonista tenés que escuchar lo que él necesita, no lo que vos necesitás como médico.

Entonces, invierte el paradigma de la atención médica, que es uno que sabe y dice que hay que hacer y el otro que recibe el tratamiento. Esto es una inversión. Y por eso somos, me parece, un poquito resistidos.

Yo diría al mismo tiempo, fíjate, en inglés hay una distinción entre lo que es *illness* y lo que es *disease*. Estas dos palabras se refieren a alguien que está enfermo, pero uno se refiere a la enfermedad y el otro se refiere al estar enfermo.

Entonces, la lógica del cuidado es la lógica desde el que está enfermo y lo que le pasa al estar enfermo, no a la enfermedad o no solamente la enfermedad. Por eso es que la evaluación es una evaluación multidimensional.

Vos evaluás lo biológico, lo físico, pero también evaluás el impacto y el significado que esto físico tiene para una persona. Y este impacto puede hacer cambiar totalmente entre comillas el diagnóstico.

¿Por qué dos personas que tienen el mismo diagnóstico, el mismo pronóstico teórico tienen un derrotero de enfermedad diferente? ¿Qué hace que una o uno la pase mejor y otro la pase peor? ¿Y qué es lo que desde el campo de la medicina podés hacer para que todos la pasen mejor?

No siempre se puede. Es la primera cosa que uno tiene que entender. Que todo no se puede.

La otra cosa que uno tiene que saber es que como en el campo nuestro no ha habido, de hecho, tanta investigación como en otras especialidades; entonces muchas de las cosas que usamos son *creativity*. Nos ponemos creativos, por ejemplo, una cosa típica de los paliativistas es que usamos el efecto adverso de un medicamento para atender un síntoma de un paciente.

Por ejemplo, existen medicamentos que constipan. Bueno, cuando alguien tiene una diarrea que no se la parás con nada, usás el efecto adverso de ese otro medicamento para paliarlo. ¿Está escrito en algún lado? No, no está escrito, pero es lo que se hace. Quiero decir, no hay medicina basada en la evidencia que nos fundamente esta ac-

ción, pero como tampoco hay evidencia en contra, somos empiristas y creativos y usamos mucho estos recursos. Pero me fui por las ramas, me parece.

Desde acá: No, y está bueno porque justamente ahí estás recuperando esta lógica de la creatividad, de la de la puesta en acción centrada en el paciente.

G. J.: Exactamente, en centrar en el paciente y en su biografía, es básicamente eso. Y en saber que algunas cosas sí se saben. Por ejemplo, la muerte de una persona impacta en seis. Y esos son estudios de investigación hechos. Por cada tipo que muere hay seis que la pasan mal, hay seis que la sufren. Como promedio en general. Eso fue muy importante en la pandemia. A eso había que atender.

Y otra de las cosas que hay que atender es que la manera en que alguien muere impacta en los que quedan. Impacta mucho. Entonces, si vos podés lograr cuando atendés a alguien y a la familia que su ser querido pase bien, pase tranquilo, ese duelo se elabora mucho más fácil. Y esa es otra de las cosas que los duelos de las familias que estuvieron atendidas en cuidados paliativos suelen ser menos tórpidos que los duelos de los quienes no tuvieron acceso.

