



Universidad
Nacional
de Quilmes

TERRITORIOS *del* CUIDADO

AÑO 1 — VOL.1— N° 1

BERNAL, BUENOS AIRES, ARGENTINA, OCTUBRE DE 2014

En este número:

Escasez de Enfermeros:
Algunas reflexiones
en torno a la construcción
del "problema social"
y los sentidos de las
políticas públicas

Cuerpo y subjetividad
en las prácticas
de salud

Registros de Enfermería:
La escritura como reflejo
de las tensiones entre
el decir y el hacer

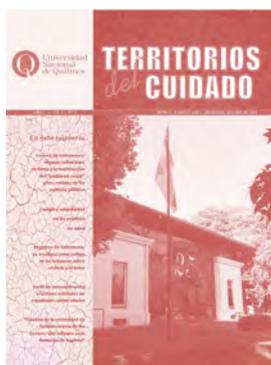
Perfil de automedicación
y factores asociados en
estudiantes universitarios

**"Opinión de la comunidad de
Quilmes acerca de los
factores que influyen en la
donación de órganos"**



TERRITORIOS *del* CUIDADO

REVISTA SEMESTRAL DE LA
LICENCIATURA DE
ENFERMERIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE QUILMES



Nuestra carátula

Imagen de unos de los edificios que compone la infraestructura principal de la Universidad Nacional de Quilmes durante el festejo de su 25 aniversario.

Autor: Omar Illesca. 2014.

NOTA:

Los artículos que contiene esta revista representan la opinión de sus autores y no constituye necesariamente la opinión oficial de la Universidad Nacional de Quilmes.

Prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de la revista por cualquier medio, sin permiso escrito de la Universidad Nacional de Quilmes.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
DR. MARIO LOZANO

VICERRECTOR DE LA UNIVERSIDAD
DR. ALEJANDRO VILLAR

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS SOCIALES
MG. JORGE FLORES

DIRECTORA DE LA LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA
MG. ANA MARÍA HEREDIA

COORDINADORA DEL AREA DE
ENFERMERIA

LIC. PROF. KARINA ESPINDOLA

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

DRA. SILVINA MALVÁREZ

DRA. HILDA VELÁZQUEZ

DRA. CARINA MUÑOZ

DRA. CRISTINA COMETTO

DRA. GRACIELA SIMONETTI

DRA. PATRICIA GÓMEZ

MG. ALEJANDRA CHERVO

AUTORIDADES DE ESTA EDICION

DIRECTORA

MG. ANA MARÍA HEREDIA

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR DE PUBLICACIONES CIENTIFICAS

LIC PROF. KARINA ESPINDOLA

COMITÉ EDITORIAL

LIC. GRACIELA RANCAÑO

LIC. SANDRA SERLONI

LIC. MABEL BADEN

LIC. CRISTINA GOTI

LIC. ROSSÍO ALEGRE

LIC. CARINA HIDALGO

DIAGRAMACION Y CORRECCION DE ESTILO

LIC. PROF. OMAR ILLESCA

TERRITORIOS *del* CUIDADO

Misión de esta publicación

La revista Territorios del Cuidado constituye una publicación que persigue el objetivo de reflejar la producción técnico-científica relacionada con el área de la salud. La misión de la revista es propiciar un espacio de reflexión y análisis de conocimiento acerca de aspectos de la práctica, de la enseñanza y de la investigación en el campo de la investigación social, específicamente referidos al campo de la salud en general y de la enfermería en particular.

TERRITORIOS *del* CUIDADO

Territorios entendidos como el resultado de la apropiación y valoración social de un espacio determinado: el espacio terapéutico del cuidado. Desde esta perspectiva, consideramos al territorio como una construcción social, solo pensable y comprensible en la medida en que se conocen y descifran los contenidos y las maneras como los sujetos viven y experimentan situaciones de salud y padecimiento e imaginan, piensan, proyectan e inscriben en ese marco, sus sentimientos de pertenencia, sus intereses, sus prácticas y poderes en él.

Consideramos que el abordaje de los procesos de –salud-enfermedad-atención-cuidado desde la perspectiva de territorio resulta de suma utilidad en la medida que incorpora la dimensión del poder, el cual permite hacer visibles las prácticas de control y dominio que sobre ese espacio ejercen los sujetos, alrededor de una condición de circunscripción territorial que la expresa o simboliza al mismo tiempo, en nuestro caso particular, alrededor del cuidado de las personas.

UNA PUBLICACION DE:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES

Roque Sáenz Peña 352, Bernal. Buenos Aires, Argentina (B1876BXD)

Tel. (+54 11) 4365 7100. Fax (+54 11) 4365 7101

enfermeria@unq.edu.ar info@unq.edu.ar

<http://www.unq.edu.ar/>

<http://www.virtual.unq.edu.ar/>



SUMARIO

Páginas	
4	Editorial
6	Correo a los lectores de “Territorios del Cuidado”
7	Escasez de Enfermeros: Algunas reflexiones en torno a la construcción del problema social" y los sentidos de las políticas públicas
25	Cuerpo y subjetividad en las prácticas de salud
40	Registros de Enfermería: la escritura como reflejo de las tensiones entre el decir y el hacer
49	Perfil de automedicación y factores asociados en estudiantes universitarios
58	Opinión de la comunidad de Quilmes acerca de los factores que influyen en la donación de órganos
68	Actualidad
69	Reseña “La salud pública y la enfermería en Argentina.”
72	Indicaciones para los autores.

LA EDITORIAL

El festejo del cuarto de siglo recorridos desde la sanción de la ley 23.749/91 que estipuló la creación de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ)”, nos impulsa hacia el compromiso de continuar afianzando la Licenciatura en Enfermería, desde el marco actual de calidad con inclusión.

En este marco, dicho aniversario nos encuentra también festejando el lanzamiento con mucho esfuerzo y trabajo, de nuestra revista "*Territorios del Cuidado*". Territorios entendidos como el resultado de la apropiación y valoración social de un espacio determinado: el espacio terapéutico del cuidado. Desde esta perspectiva, consideramos al territorio como una construcción social, solo pensable y comprensible en la medida en que se conocen y descifran los contenidos y las maneras como los sujetos viven y experimentan situaciones de salud y padecimiento e imaginan, piensan, proyectan e inscriben en ese marco, sus sentimientos de pertenencia, sus intereses, sus prácticas y poderes en él.

Consideramos que el abordaje del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado desde la perspectiva de territorio resulta de suma utilidad en la medida que incorpora la dimensión del poder, el cual permite hacer visibles las prácticas de control y dominio que sobre ese espacio ejercen los sujetos, alrededor de una condición de circunscripción territorial que la expresa o simboliza al mismo tiempo, en nuestro caso particular, alrededor del cuidado de las personas.

Lejos ha quedado la enfermería rudimentaria y precaria. Hoy en día la enfermería, se autodefine como una práctica social perteneciente al campo de las ciencias sociales en tanto su objeto epistemológico y de trabajo lo constituyen los sujetos. En este sentido es interesante dejar en claro que esta

mirada no significa que la enfermería no se reconoce como partícipe del campo de la salud, sino todo lo contrario, la lectura correcta es que los enfermeros consideramos que la salud también constituye una práctica social y que el campo de la salud se encuentra incluido dentro del campo de las ciencias sociales.

Creemos que este marco de referencia define los escenarios desde donde se hace posible avanzar en la reflexión de los territorios y sus consecuentes territorialidades alrededor del cuidado de las personas, en un contexto de complejos escenarios de salud donde los sujetos reclaman desde una perspectiva de derechos, por cuidados humanizados.

En ese marco, la enfermería sigue asumiendo responsabilidades, compromisos y obligaciones hacia la comunidad, que constituye finalmente su razón de existir.

Mg. Ana María Heredia
Directora de la Revista “Territorios del Cuidado”

CORREO DEL LECTOR

Un mensaje a los lectores de “Territorios del Cuidado”

En este apartado nos hemos propuesto abrir un canal de comunicación entre el Consejo Editorial de la revista y nuestros lectores. La idea es compartir sus reflexiones, miradas y aportes sobre los artículos publicados o sobre alguna temática que deseen que desarrollemos.

Consideramos que sus comentarios constituyen insumos valiosos en lo que respecta al crecimiento de la revista y a la disciplina en general.

Desde un marco de respeto por la diversidad de opiniones y enfoques, los invitamos a escribirnos.

Mail de contacto: enfermeria@unq.edu.ar



Escasez de Enfermeros: Algunas reflexiones en torno a la construcción del "problema social" y los sentidos de las políticas públicas

RESUMEN:

El presente artículo indaga sobre los múltiples sentidos que adquieren las políticas públicas desde su conformación como problema social, hasta su puesta en marcha como política propiamente dicha, a fin de analizar las marchas y contramarchas de los procesos orientados a dar cuenta de la escasez de enfermeros. Desde un abordaje antropológico se propone mostrar la complejidad sobre la que se construye el concepto "política pública" y "problema social", en términos de intereses individuales y colectivos de los sujetos que participan en la disputa.

Palabras clave:

Enfermeros, escasez, políticas pública, problema social

ABSTRACT

This article explores the multiple meanings acquired public policy since its formation as a social problem until its implementation as a policy itself, in order to analyze the ups and downs of the processes to account for the shortage of nurses. From an anthropological approach aims at illustrating the complexity of the concept "public policy" and "social problem" is constructed in terms of individual and collective subjects participating interests in the dispute.

Keywords:

Nurse, scarcity, political issues, social problems, nursing.

Proyecto de investigación orientado por la práctica profesional radicado en la Universidad Nacional de Quilmes. 2011.2013. Exp. 1526/11

1- Licenciada en Enfermería. Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Diplomada en Salud Pública. Profesor Titular. Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Argentina. aheredia@unq.edu.ar

2- Licenciada en Enfermería UBA. Profesora en Antropología. UBA. Maestrando en Políticas de planificación y Evaluación de la Educación Superior. Docente Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires. Argentina. karina.espidola@unq.edu.ar. Enfermera del servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield.

INTRODUCCIÓN

Murray (33) señala que existen en las sociedades, ciertas condiciones consideradas por los sujetos como “perjudiciales” en la medida que pueden afectar su desarrollo. Sin embargo, el autor señala que no toda condición “perturbadora” en una sociedad genera una política pública.

Lo que se quiere señalar es que no todas las condiciones “perturbadoras” presentes en una sociedad son consideradas por los sujetos como problemas sociales y asimismo no todos los problemas sociales se convierten en políticas públicas.

Esto significa que para poder analizar una política pública es necesario mostrar en primer lugar, la complejidad que implica la construcción del "Problema Social" así como también los sentidos asignados al concepto de "Política pública".

La política pública implica un reconocimiento sobre la legitimidad del problema y su relevancia, así como también la identificación de los sujetos autorizados en el tema y con ello, los grados de instalación de la problemática en la sociedad.

Asimismo, la política pública inviste de autoridad a personas que afirman tener algún tipo de competencia ya que la sola definición del problema genera autoridad, prestigio y apoyo económico, mientras que niega esos beneficios a los reclamantes competidores.

Es decir que la construcción tanto del problema social como de la política pública implica selecciones, consensos, y discusiones en términos políticos, legales y sociales. De esta manera, el problema social al igual que su expresión, -la política pública-, resulta un fenómeno de relevancia como objeto de estudio en la medida que su delimitación define los contornos del mundo social, es decir que permite

hacer visible las tensiones entre los grupos interesados.

Por lo dicho hasta aquí, el presente trabajo se propone indagar desde un abordaje antropológico, los múltiples sentidos que intervienen en el proceso de construcción de la escasez de enfermeros como un problema social y a partir de allí como política pública y considerando los distintos contextos socioeconómicos, políticos e históricos más amplios en los cuales están inmersas y el rol social que cumplen.

El análisis antropológico de las políticas también permite hacer visible una zona de alianza, y un mecanismo para definir y mantener las fronteras simbólicas que nos separan a “nosotros” de “ellos”. (33)

Siguiendo a Oszlak y O’ Donnell (36) consideramos que la política estatal conforma un conglomerado de acciones y omisiones que son manifiestas en una intervención estatal determinada respecto a una cuestión que implicó el interés y la movilidad de actores en la sociedad civil.

La construcción del "Problema Social" como "Política pública"

La pobreza, el desempleo y la discriminación contra las minorías son hoy en día aceptados como problemas aunque durante una parte de la historia humana fueron considerados características del “orden natural de las cosas”.(33)

Por supuesto no todos los grupos tienen los mismos recursos de poder para ser escuchados y hacer que “el gobierno haga algo al respecto”.

Aquí resulta interesante señalar que los problemas de unos son un beneficio para otros. El sentido político de señalar los problemas y ocultar los beneficios y los que se benefician con ello, radica en que así se silencian los conflictos de intereses entre los grupos sociales.

Puede ocurrir que grupos de poder bloqueen la consideración de prácticas con las que ellos se benefician, o los casos más duraderos que parten de premisas ideológicas tan difundidas en el lenguaje cotidiano de algunas personas que no se los reconoce en absoluto como ideológicas, sino que se las acepta como expresión del modo en que está constituido el mundo. Para algunos empleadores por ejemplo, el desempleo y la pobreza significan costos laborales reducidos y fuerza de trabajo dócil, incentivo éste que coexiste fácilmente con la simpatía personal con los infortunados.(36)

Este enfoque resulta de suma utilidad a la hora de analizar la situación de la escasez de enfermeros, en la medida que permite hacer visibles los distintos actores que intervienen en dicha situación, sus intereses y las tensiones que de ellas surgen.

A estos debe sumarse, la diversidad de significados que implica la definición de un "problema social", lo cual está íntimamente relacionada con la amplia gama de intereses de los diferentes grupos en cuestión. Es decir que ese "bricolage" de significados constituye la matriz a partir de la cual se construye un problema social y se define una política. Cada grupo refleja una ideología y racionaliza un curso de acción. La política condensa así un conjunto de sentidos contradictorios, fluctuantes y diversos que cobran vida en la arena pública.

Los sentidos de las políticas públicas

La manera en que definimos el concepto de políticas depende de lo que entendemos por "políticas". Es decir que el punto de partida *sine qua non* para el estudio sobre formulación de políticas públicas debe comenzar con una reflexión crítica de sus definiciones, sus sentidos y de los usos del término "políticas públicas".

A nuestro entender y siguiendo a Shore (41) las políticas reflejan maneras de pensar sobre el mundo y cómo actuar en él, en la medida que contienen modelos implícitos y algunas veces explícitos de una sociedad y de visiones de como los individuos deben relacionarse con la sociedad y los unos con los otros. Un aspecto clave es la manera en que inciden en la construcción de nuevas categorías del individuo y de la subjetividad.

Otro aspecto interesante de ser señalado, es que las políticas públicas ofrecen narrativas retóricas que sirven para justificar el presente y para legitimar a quienes están en posición es de autoridad establecidas. Shore señala que las políticas unifican el pasado y el presente de tal manera que otorgan coherencia, orden y certeza a las acciones.

Parte de su función consiste en otorgar legitimidad a las decisiones tomadas por aquellos en posiciones de autoridad por lo que expresan cierta voluntad de poder.

Sin embargo, su significado no se agota en esta descripción sino que además condensan simbolismos o significados que trascienden este aspecto,

conformando procesos simbólicos que llenos de sentido para los distintos actores involucrados. Para ello, se hace necesario poner el foco en cuestiones de lenguaje, discurso y poder, y en el contexto cultural en el cual operan los procesos de las políticas. (41)

El surgimiento y la penetración de las políticas en los ámbitos de la vida cotidiana son una característica que definen ésta época actual. La categoría “políticas” parece ser un producto de la sociedad industrial de Occidente y uno de los rasgos que definen la misma modernidad en tanto y en cuanto incorporan todos los principios de la lógica cartesiana e instrumentalismo legal-razional que han sido equiparados con el gobierno moderno. Se apela a las políticas cuando las reglas deben hacerse visibles o explícitas, cuando las relaciones deben ser formalizadas o cuando las decisiones requieren el respaldo de una autoridad legítima.

Por ello es que las políticas funcionan mejor cuando son percibidas como técnicas racionales y como soluciones naturales para los problemas que enfrentamos, es decir, cuando logran desplazar el discurso a un registro que posiciona el debate fuera de la política y por lo tanto en una esfera donde el desacuerdo es visto como inapropiado o imposible.

Sea como fuere, lo cierto es que una vez creadas, entran en una compleja red de relaciones con distintos actores e instituciones con la capacidad de

generar consecuencias imprevistas e inesperadas construyendo así nuevas categorías de subjetividad y nuevos tipos de sujetos políticos.(41)

Asimismo, como la política pública se construye sobre la argumentación, recorre todas las etapas del proceso de formulación a partir de los problemas social, atravesando todo el andamiaje político e institucional desde los partidos políticos, las asociaciones profesionales, los grupos sociales organizados, el parlamento, la academia, los medios de comunicación, los grupos de interés, los expertos etc. En muchos casos, los mismos sistemas políticos impiden que las reivindicaciones se conviertan en problemas políticos o incluso que sean formuladas, con lo cual es posible hacer visible el rol dominante que tienen las políticas a la hora de regular y organizar las sociedades contemporáneas, a la hora de dar forma a las identidades de las personas y en cuanto a su sentido sobre sí mismas. Las políticas están profundamente implicadas en las maneras como nos construimos como sujetos sociales.

Escasez de enfermeros y políticas públicas

La formación de enfermeros surge fuera del espacio universitario y lentamente se va incorporando a él, en distintos momentos de la historia nacional e internacional. Desde una perspectiva histórica, se pueden señalar distintos hechos relevantes en el proceso de construcción de la disciplina a lo largo de la segunda mitad del siglo

XX hasta la actualidad, que con fines operativos podemos ubicar en 4 períodos: durante el peronismo, con el desarrollismo, el neoliberalismo (en sus dos etapas; dictadura militar 1976-1983 y gobierno democrático de corte neoliberal 1989- 2003) y el actual gobierno en sus dos momentos: 2003 a 2006 y 2007 en adelante.

La década del 40', marca un primer giro en la conformación del campo disciplinar, que se corresponde con un giro mayor: la ruptura con la concepción de la salud como una cuestión de beneficencia o asistencialismo. Se instala en la agenda de gobierno la idea de "la justicia social" y en lugar de la "caridad" se propone la noción de "derecho" por lo cual la salud pasa a ser una cuestión de Estado.

En este período se produce un desplazamiento de las órdenes religiosas que hasta el momento se encontraban al frente del cuidado de las personas desde una perspectiva relacionada con la caridad, y se emprende un camino hacia la secularización y apertura de la carrera como una ocupación a la que pueden acceder las mujeres argentinas como una fuente de trabajo. El voto femenino y la salida de la mujer del ámbito doméstico, presentan a la enfermería como una profesión alentadora que pone de relieve la "esencia cuidadora" de la mujer.

La Fundación Eva Perón inaugura la Escuela de Enfermería "7 de Mayo". En ese momento además, la Secretaría de Salud con el sanitarista Ra-

món Carrillo al frente, decide formar un grupo de enfermeras instructoras para ejercer la docencia en todo el país, crear una escuela modelo de enfermería y readecuar los programas de enfermería con las recomendaciones dadas por el Consejo Internacional de Enfermería.

Para esa misma época, en 1947 se crea la Comisión de Cultura Sanitaria en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública, que permitió sentar las bases del funcionamiento de las Escuelas de Enfermería y el rol que debería jugar el Estado.

La Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública comenzó a funcionar con una nueva reglamentación establecida en la resolución 1089/47. Allí se consignaron entre otros los siguientes criterios: la Dirección de la Escuela debía estar a cargo de una enfermera especializada en educación, se exigía como requisito de ingreso estudios secundarios o en su defecto estudios primarios con un examen de cultura general, el plan de estudios debía extenderse a 3 años, se incorporaron asignaturas del área de la Salud Pública y se reorganizaron los contenidos (todas las escuelas deberían regirse por los mismos lineamientos que los de la escuela modelo).(22)

Cabe señalar que durante la década del 40', la enseñanza secundaria había experimentado un crecimiento sustancial. El número de bachilleres en condiciones de iniciar sus estudios superiores au-

mentó de manera notable a principios de los 50', aunque será a fines de esta década cuando comienza a incorporarse al ámbito universitario la formación de enfermeras.

En la década del 50' se instala en América Latina el pensamiento desarrollista cuyo órgano principal de difusión fue la CEPAL. En términos generales, se produce un cambio de rumbo en el modelo económico que repercute en el escenario político-institucional nacional. A partir del golpe de Estado del 55' se produce la desarticulación del Estado de Bienestar y la economía de sustitución, con la consiguiente quita proteccionista al sector industrial.

La idea de la planificación como garante de la eficiencia fue el instrumento de las políticas de desarrollo económico. El criterio de máxima eficiencia y optimización de recursos no estuvo ausente en la formación y capacitación de los recursos humanos.

En ese marco, el Estado debía programar el desarrollo estableciendo primero el orden de prioridades y después los plazos en que debían alcanzarse esos objetivos. Se trataba de una intervención estatal limitada en la economía, pero donde el Estado debía orientar el curso de la inversión e indicar la política crediticia y fiscal que debían seguir las agencias gubernamentales para facilitar el proceso de desarrollo. Según Frondizi: "Siderurgia, energía, química pesada, industria de maquinarias y un sistema de transportes y comunicaciones que unifique el mercado interno, tal es el orden de prioridades que forzosamente deben establecer nuestros países para superar el atraso y el aislamiento".

En consecuencia, los pasos esenciales para cambiar la estructura económica que impedía el crecimiento del país eran los siguientes: a) fomentar y orientar el ahorro interno; b) estimular el ingreso de capital internacional público y privado; c) establecer un régimen de prioridades de las inversiones, a fin de canalizarlas hacia la industria pesada e infraestructura económica; d) sustituir importaciones y diversificar y fomentar las exportaciones; e) condicionar la política fiscal y monetaria a este programa de desarrollo; f) buscar, a nivel internacional, la apertura de nuevos mercados y la eliminación de discriminaciones comerciales.

Esta década y la siguiente estuvieron ligadas directamente al "eficientismo y la optimización de los recursos humanos". La formación y la capacitación estuvieron orientadas a dotar recursos humanos apropiados a la división técnica del trabajo. Es en este contexto donde surge la formación de auxiliares de enfermería; se establecen planes que por una parte estaban dirigidos a esta nueva categoría de personal y por otra a formar enfermeras orientadas hacia la supervisión (Planes: "Argentina 25" (1960-1965) y "Argentina 6301" (1965 a 1969))

La formación de auxiliares de enfermería se dio en Argentina por recomendación de organismos internacionales y de acuerdo a la experiencia de los Estados Unidos. Es interesante señalar el peso que tienen los distintos contextos históricos en las decisiones de política educativa. Nótese que en EEUU la formación de auxiliares tenía como requisito estudios secundarios completos y una duración de dos

años. Asimismo, dada la relación existente entre los auxiliares y los enfermeros fue posible delimitar una clara división técnica del trabajo entre ambos, quedando el auxiliar bajo la supervisión de los enfermeros. Es de resaltar que la cantidad de enfermeras de EEUU en ese momento era suficiente como para garantizar las actividades indelegables. En nuestro país, por el contrario, la apertura del curso de auxiliares de enfermería se sobredimensionó de tal manera que como se ha dicho en la actualidad conforman el 62% de todo el personal de enfermería del sistema público de salud.(22)

En este sentido es interesante señalar que la decisión de formar auxiliares implicó una “nivelación para abajo”, en la medida que se bajaron los requisitos de ingreso (primario completo) y de formación (el curso de auxiliar con una duración de 9 meses). Evidentemente, estas decisiones obedecían a la necesidad de bajar costos, pero al bajar costos también se estaba “bajando” la calidad de la atención, la concepción de la salud, y el perfil esperado de enfermeras. La introducción del auxiliar de enfermería en Argentina tiene su origen en la propia dinámica económica y administrativa de los servicios de salud, pero no tuvo el mismo correlato que en EEUU en la medida que la relación enfermero/auxiliar era muy distinta. En Argentina, los auxiliares crecieron de manera desproporcionada en relación a los enfermeros, ocupando todos los espacios de atención, dejando sin posibilidad la división técnica del trabajo de acuerdo al nivel de formación que si se había dado en EEUU.

Otro aspecto relevante de ser señalado lo cons-

tituye un estudio realizado en 1956 por la Comisión Asesora de Enseñanza en Enfermería. Dicho estudio evidenció la expansión de escuelas que habían pasado de 50 a 120, aunque la mayoría no se ajustaba a la Reglamentación de Plan de programas y estudios establecida una década atrás.

Paralelamente, durante la década del 50' se afianza el ingreso de la disciplina en el ámbito universitario, a través de la creación de nuevas Escuelas universitarias de Enfermería. Esto complejiza el campo de la formación de enfermeras. En los espacios no universitarios conviven escuelas formando auxiliares y enfermeros mientras las universidades forman enfermeros y licenciados.

Las primeras universidades que implementaron la carrera de enfermería fueron la Universidad Nacional del Litoral y la Universidad Nacional de Tucumán. La Escuela de Nurses de la Universidad Nacional del Litoral fue creada en 1939 (Resolución CS 561/39) y la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tucumán en 1952.

La resolución n° 561/1939 del HCS de la Universidad Nacional del Litoral de la “Escuela de nurses” aprobó el Reglamento y plan de estudios de la Escuela de Nurses de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, que dependía de la Universidad Nacional del Litoral, según criterios internacionales de tres años de duración y con exigencia para el ingreso de estudios secundarios completos, igual que para las otras carreras y que fue firmado por y el rector Dr. Josué Gollán.(2). La fundación Rockefeller brindó materiales y becas

para perfeccionamiento en el exterior mediante un convenio tripartito entre la Fundación Rockefeller, la Facultad y el Ministerio de Salud Pública de Santa Fe. La escuela funcionó en las instalaciones del Hospital Centenario de Rosario y su plan de estudios de tres años, seguía los lineamientos generales de la Asociación de Enfermería Americana.

En el caso de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Tucumán, tiene sus orígenes en la Escuela de Higiene creada en 1945 como una dependencia del Rectorado (Expte. N°: 6176-F-943). En el Art.2-inciso B- se hace referencia en forma explícita que la intención primaria de la autoridad universitaria fue preparar enfermeros en base a las normas aconsejadas por el Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E). En el año 1946 la intervención de la universidad transfiere la Escuela de Higiene a la Facultad de Farmacia y Bioquímica y en 1947 la intervención nacional resuelve el funcionamiento de los cursos de Visitadoras de Higiene Social y de Inspectores Sanitarios. Posteriormente en 1952 el Curso de Visitadoras de Higiene se transforma en Carrera de Nurses y Visitadoras de Salud Pública, lo cual es refrendado posteriormente mediante Resolución N° 122-1-952, del 31/05/1952.

Es interesante señalar en este sentido que, la actual Facultad de Medicina de la U.N.T. fue creada en 1949, como Escuela de Medicina dependiente de la facultad de Ciencias Biológicas, y en noviembre de 1951, por resolución N° 1287-193-951 se dispuso su transformación en Facultad. En abril de 1963 la Facultad de Medicina solicita mediante resolución 174-63 que la anterior Escuela de Higiene

sea transformada en Escuela de Enfermería y que su dependencia sea de ese Decanato. La dirección estaba a cargo de una Nurse o Enfermera Universitaria.(23)

Otras escuelas fueron creadas en los años subsiguientes: 1956 la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba; en 1960 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires; en 1968, la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario; en 1971, la Carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste en Corrientes.

En esa época, en América Latina se fue abandonando el paradigma desarrollista que contó con los aportes del Plan Prebisch y de la CEPAL, pasando a tomar prevalencia el Consenso de Washington y su énfasis en la apertura de los mercados, la desregulación financiera, la preferencia por la inversión extranjera sobre la nacional y la reducción del Estado para garantizar el orden público y la libertad económica.(14)

Paralelamente, durante la década del 50' se incrementa el ingreso de la disciplina en el ámbito universitario, a través de la creación de nuevas Escuelas Universitarias de Enfermería. Esto complejiza el campo de la formación de enfermeras. En los espacios no universitarios conviven escuelas formando auxiliares y enfermeros mientras las universidades forman enfermeros y licenciados.

En la década del 70' se consolidaron las escuelas de enfermería universitarias en los grandes centros urbanos y se crearon carreras de Enfermería en

el interior del país, Corrientes, Salta, Misiones, Santiago del Estero entre otras.

Posiblemente, la creación de estas escuelas formó parte del plan estratégico de "dispersión estudiantil" del régimen militar señalada por Buchbinder,(8) para todo la esfera universitaria durante los últimos años del 60' y primeros del 70', con el fin de frenar los efectos políticos de la movilización estudiantil. Asimismo, en muchos centros del interior del país, eran las diferentes organizaciones de la sociedad civil las interesadas en la conformación de nuevas universidades que les posibiliten seguir sus estudios en su lugar de residencia.

Nótese que a fines de los 70' se inicia la primera etapa del Estado neoliberal en la Argentina que coincide con la consolidación de la financiarización en la economía mundial y que en nuestro país se instaló a fuerza de dictadura militar.(8)

A este respecto, cabe señalar que la composición de la fuerza de trabajo de enfermería en Argentina era en 1979 de 64.691 agentes distribuidos en 0,44% de licenciadas, 24,8% enfermeras, 38,2% de auxiliares en enfermería y un 36,4% de personas sin ningún tipo de preparación formal.(20)

Con el retorno a la democracia en el país, a partir de 1983, se reinstala el debate acerca de la situación de la fuerza de trabajo en enfermería. La preocupación se debía a que, de acuerdo a un análisis sobre su composición, se constató que el 75% de las prestaciones de salud que enfermería ofrecía a los usuarios, estaba a cargo de personas con una mínima formación.

En este sentido, es interesante mencionar el caso de la provincia de Buenos Aires. "Movimiento por un Sistema Único de Salud" que nace en 1983 con la figura de Floreal Ferrara y nucleaba además otros pensadores como Jorge Euman, Maluca Cirianni, Moisés Modad, Carlos Linero, Juan Mabi-glia, Carlos Soratti, y Marta Santore, que eran además militantes setentistas y que fueron convocados a formar parte tanto en salud como en educación, del gobierno de la provincia de Buenos Aires, con el ese entonces Gobernador Antonio Cafiero después de la dictadura militar del 76'.(10)

Cirianni, quien asumiera como Directora de Enseñanza en Enfermería en la ESS de 1988 a 1989 señala que "se trataba de un proyecto para y con los trabajadores de enfermería, que les permitiera acceder al nivel medio de Educación para redimensionar el rol y ejercicio profesional, movilizar la capacidad de participar en los cambios deseados y dignificar su trabajo."(10)

También señala que se trataba de "una propuesta ideológica, política e instrumental e toda la formación de Recursos Humanos en Salud que en ese momento llevaba adelante la Escuela Superior de Sanidad. Esta propuesta dio el marco a todas las acciones de capacitación y formación incluyendo técnicos, residentes".(10)

Volviendo nuevamente al escenario nacional, en noviembre de 1988 la Dirección Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de la Nación, con Asesoría Técnica de la Organización Panamericana de la Salud (representación Argentina), organiza un seminario sobre formación de re-

cursos humanos en enfermería, que contó con la participación de representantes de enfermería de nivel nacional y provincial pertenecientes a docencia y servicio. En dicho encuentro se elaboró un diagnóstico acerca de la situación del recurso humano en enfermería y se elaboraron líneas de acción a la luz de los cambios producidos en los modelos económicos y sociales. Entre las principales áreas críticas relacionadas especialmente con el ámbito educativo se definieron: Escasez de enfermeras, ausencia de integración docencia-servicio, heterogeneidad de niveles de formación y programas.

Considerando que el punto prioritario para poder avanzar en todos los aspectos lo constituía la “escasez de enfermeras” y siendo este el problema esencial en todas las jurisdicciones, se constituyeron en cada provincia Comisiones Tripartitas de Trabajo, integradas por los Departamentos Provinciales de Enfermería, las instituciones formadoras del Recurso Humano en Enfermería (universidades y escuelas de nivel terciario) y Asociaciones Profesionales de Enfermería y/o Sindicatos. El objetivo propuesto fue establecer diagnósticos de situación y diseñar alternativas de respuesta específicas. En este sentido, las estrategias apuntaban a la formación y capacitación de los diferentes niveles de acuerdo a las necesidades locales cuali-cuantitativas de personal de enfermería relevadas en un diagnóstico previo.

Los proyectos formaron parte del “Plan de Desarrollo Integral de Enfermería para Argentina” y en ello se comprometieron los esfuerzos no sólo de las enfermeras, sino de los gobiernos provincia-

les, involucrando niveles políticos y técnicos, institucionales y sociales de cada región, articulando los sectores educativos y asistenciales, e instancias profesionales y gremiales.

En el Plan se priorizaron programas integrales de desarrollo que incluyeron distintas instancias de formación 1) reconversión de empíricos en auxiliares de enfermería, 2) escolarización primaria y secundaria del personal de enfermería, 3) profesionalización de auxiliares de enfermería (respaldadas por las Resoluciones 3346 y 1027/93), 4) desarrollo de programas de licenciaturas a distancia, 5) inserción de enfermeras en maestrías interdisciplinarias y 6) educación permanente en servicio.

Este plan se desplegó plenamente durante la década del 90’ en un contexto adverso coincidente con el desarrollo de la segunda etapa del neoliberalismo que se llevó a cabo en un marco constitucional. En ese período se volvió a recurrir a la desregulación financiera con un tipo de cambio fijo con el dólar estadounidense. Esta segunda etapa del neoliberalismo, caracterizada como la “década del auge neoliberal”, estuvo signada por las políticas de ajuste fiscal, privatizaciones de empresas del sector público, achicamiento del Estado y apertura de los mercados. Estas políticas marcaron el decenio con un aumento sin precedentes de la pobreza, la indigencia y la exclusión social producto de la concentración de la riqueza.

El sistema de salud argentino quedó fuertemente debilitado luego de la aplicación de estas recetas neoliberales. Las líneas maestras de esa política

quedaron plasmadas en el documento "Invertir en Salud", elaborado por el Banco Mundial en 1993. La propuesta del organismo multilateral consistía en restringir la actuación estatal a la prestación de un "paquete básico de salud" a los sectores más postergados. Para el Banco Mundial, los restantes requerimientos sanitarios debían mercantilizarse.

Este marco político y económico nacional e internacional gravitó fuertemente en la implementación del programa en la medida que la implementación de un "Plan Integral" en un contexto de descentralización de la educación y de la salud con un fuerte retroceso estatal hizo muy difícil su desarrollo y ejecución.

Por ello es que este período 1990-2000 se presenta con formulaciones aisladas y por momentos contradictorias en términos de políticas públicas para la escasez de enfermeros tanto en salud como en educación. En términos generales, se observa un marcado desacople con el contexto nacional y global y un débil acompañamiento estatal en términos políticos y económicos.

En la documentación publicada en este período, es evidente el débil respaldo de organismos estatales nacionales, así como también una diversidad de apoyos por parte de los organismos provinciales y de las instituciones educativas entre el financiamiento y la articulación con la ampliación y apertura de nuevos cargos así como también la recategorización de los egresados en el escalafón correspondiente.

Algunas trayectorias particulares merecen ser señaladas como es el caso de los programas de

desarrollo de las provincias de Chubut, Río Negro y la provincia de Buenos Aires con los primeros profesionales nacidos y formados en la región.

En la década del '90 y ya vigentes los programas de profesionalización en el país, Río Negro propuso su propio proceso a través del Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, (PROPAE), con participación financiera de la Fundación Kellogg. Este programa les proponía a los auxiliares, formarse en su propio lugar de trabajo, con una fuerte integración teórica – práctica y sin costo financiero para el estudiante.

En el año 1996 se implementa el Programa de Desarrollo de la Enfermería en la Región Patagónica (PRODEP), en el marco del cual se articula la formación de grado para las provincias de Río Negro y Chubut mediante un convenio interinstitucional. Así se forman los 200 primeros licenciados en enfermería en las dos provincias.

En el año 2000, la provincia de Río Negro firma un convenio con la Universidad de Santa Catarina, Brasil para implementar un Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería Comunitarios (PROFAEC), proceso destinado a todos aquellos sectores que oficiaban cuidados de la salud, como los operadores de salud mental, agentes sanitarios y cuidadores de ancianos.

Otro esfuerzo relacionado con la formación de enfermeros que merece ser mencionado proviene del subsector privado, quien a instancias de la Federación Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA), conjuntamente con la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina

ATSA, filial Río Negro promueven la capacitación y formación de enfermeros, además de la denominada reconversión de empíricos (formación rentada).

También en esta década, se crea la REDFENSUR, a instancias del gremio unión Personal Civil de La Nación (UPCN), que ofrecía, profesionalización de Auxiliares, y actualmente ofrece la carrera de grado en el marco del Instituto Provincial de la Administración Pública (IPAP).

Por su parte, el escenario de las reformas de la educación superior iniciado a partir de 1995 en toda América Latina, instaló una “agenda internacional de modernización de los sistemas educativos superiores” promovida fundamentalmente por las agencias de crédito internacional como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. En Argentina, esta agenda se propuso, fundamentalmente, la disminución de los subsidios estatales para la educación y la ciencia y el control selectivo del Estado en la distribución de los recursos financieros, la expansión de las instituciones y de la matrícula privadas.(32)

La última etapa de análisis corresponde al proyecto político iniciado en el año 2003. Este proyecto incluyó un programa estratégico de reconstrucción y de promoción de la ciencia, la técnica y la cultura argentina. En esta última década, se observan un conjunto de transformaciones en el contexto nacional educativo que van a incidir marcadamente sobre la formación de enfermeros. La formulación de la Ley de financiamiento educativo 26.075 que destinó el 6% del PBI a la educación, la Ley de Educación técnica 26.058, la Resolución 07/07 de la

Tecnicatura Superior en Enfermería y en el caso particular de la provincia de Buenos Aires, el Programa provincial de Desarrollo integral de Enfermería "Eva Perón" aprobado por resolución ministerial n°640/ 09 nos permiten inferir que el cambio en el rumbo político, que se hizo visible en este conjunto de políticas educativas, generó las condiciones necesarias para reimpulsar la preocupación por la escasez de enfermeros y transformarla en una ocupación instalada de forma abierta en la agenda de gobierno.

Reflexiones finales

La riqueza del análisis presentado nos permite considerar el valor del abordaje antropológico a la hora de problematizar los conceptos de "problema social" y de "política pública", así como también reconocer su potencia en términos de desnaturalización de los significados socialmente asignados a éstos términos lo cual nos permitió hacer visibles los procesos históricos, ideológicos y políticos a partir de los cuales se han ido construyendo y legitimando.

Es decir que la perspectiva de análisis elegida permite mostrar que la construcción de la problemática de la escasez de enfermeros, implica selecciones, consensos, y discusiones en términos políticos, legales y sociales. De esta manera, el problema de la escasez al igual que su expresión, -la política pública para la escasez de enfermeros-, resulta un fenómeno de relevancia como objeto de estudio en la medida que su delimitación define los contornos del mundo social, es decir que permite hacer visi-

bles las tensiones entre los grupos interesados.

La política condensa así un conjunto de sentidos contradictorios, fluctuantes y diversos que cobran vida en la arena pública, y que en algunos casos tal como lo demuestra la propia historia de la enfermería, son los propios enfermeros los que terminan oponiéndose a determinadas políticas que consideran amenazantes, aunque ello signifique tirar por la borda, años de lucha buscando conseguir políticas que impulsen el desarrollo de la enfermería. Este hecho se hizo evidente ya en la década del 90' cuando se discutía la ley de ejercicio profesional de la enfermería, cuando se discutió el proyecto de ley para el desarrollo de la enfermería o en la actualidad cuando se discuten los estándares para la acreditación.

Asimismo, la perspectiva elegida para analizar las políticas públicas relacionadas con la escasez de enfermeros, provee un marco de trabajo para explorar la relación entre actores locales y globales dentro de una comunidad epistémica particular. Igualmente puede servir para rastrear las conexiones entre actores, instituciones y lugares en una comunidad objeto de política pública.

Desde esta perspectiva consideramos que el término política permite hacer visibles procesos de cambio social. Consideramos en este sentido, que el estudio de las políticas también permite mirar la relación entre colectivos disciplinares y la sociedad en términos de preguntas sobre legitimidad, gobierno y poder, reglas, normas e instituciones socia-

les, lenguaje discurso y simbolismo, interpretación y sentidos, debates entre agencias versus estructura.

Cierto es que Argentina en esta última década, ha iniciado un movimiento creciente hacia mayores grados de formación, pero todavía es insuficiente la cantidad y no se ha logrado alcanzar el impacto deseado en el cuidado integral de la salud de la persona, la familia y la comunidad.

A la vez, consideramos que son múltiples los factores que estructuran situaciones de segmentación en la formación. En los documentos analizados se observa una puja velada entre sujetos que luchan por imponer solo la formación de pregrado. Este propósito encuentra explicación sobre todo en intereses económicos, ya que supone menores costos en salarios. Da cuenta de ello, lo señalado en relación a la magnitud que tomó en nuestro país la formación de auxiliares y la cantidad de escuelas técnicas por fuera del ámbito universitario que en la actualidad existen.

En término de políticas públicas ello se evidencia en la falta de planificación a mediano y largo plazo hacia mayores grados de formación, fundamentalmente hasta el 2006. Esta posición también es avalada por algunos sectores hegemónicos del campo de la salud, quienes por una cuestión ideológica y de clase se resisten a ver afectados sus privilegios y prestigio al verse obligados a sentarse a discutir en igualdad de condiciones con los enfermeros, sobre políticas públicas o sobre cuestiones teóricas, sobre las que consideran poseen un monopolio de saberes.

Consideramos que esta posturas no solo resultan anacrónicas en los tiempos actuales, sino que además retrasan la discusión, en la medida que no contemplan que los tiempos de la enfermería rudimentaria y precaria ya han quedado atrás. Hoy en día la enfermería, se autodefine como una práctica social perteneciente al campo de las ciencias sociales en tanto su objeto epistemológico y de trabajo lo constituyen los sujetos. En este sentido es interesante dejar en claro que esta mirada no significa que la enfermería no se reconoce como participe del campo de la salud, sino todo lo contrario, la lectura correcta es que los enfermeros consideramos que la salud también constituye una práctica social y que el campo de la salud se encuentra incluido dentro del campo de las ciencias sociales.

En este sentido, consideramos que la formación de grado repercute sobre la calidad del cuidado de las personas. También creemos que aún hacen falta más enfermeras con mayor capacitación orientada a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con una visión de la complejidad del fenómeno de la salud que dirija la mirada de los problemas sanitarios hacia la interacción de la situación económica, social, política, cultural, ideológica, de las relaciones de poder, de la formación de los profesionales de salud, del modo en que se organizan los servicios y se distribuyen los recursos, del modo que se construyen las normas y las leyes.

En los últimos años se ha incrementado el número de inscriptos en las entidades formadoras ter-

ciarias y universitarias, pero a pesar de ello se observa una fuerte deserción de alumnos, que se produce especialmente al culminar el primer año lectivo.

De 6.000 jóvenes que se inscriben en universidades nacionales para estudiar enfermería, apenas una cuarta parte egresa de las mismas, conformando ello una preocupación para el sistema de salud, las casas de estudio y la comunidad en general.

Si bien se sabe que los recursos humanos capacitados son imprescindibles para garantizar la calidad del cuidado, prevención, promoción y atención de la salud, se puede afirmar que las reformas socioeconómicas, políticas y sanitarias propiciadas por el neoliberalismo en décadas pasadas no han sido favorables para los ambientes de trabajo, ni para las prácticas de salud.

En ese marco, la enfermería fue asumiendo las responsabilidades, compromisos y obligaciones de acuerdo a los distintos contextos históricos, políticos, económicos e institucionales, que han ido configurando los diversos escenarios nacionales.

Otro aspecto interesante de ser señalado es el hecho de que el surgimiento y la penetración de las políticas en los ámbitos de la vida cotidiana son una característica que definen ésta época actual. La categoría “políticas” parece ser un producto de la sociedad industrial de Occidente y uno de los rasgos de definen la misma modernidad en tanto y en cuanto incorporan todos los principios de la lógica

cartesiana e instrumentalismo legal-racional que han sido equiparados con el gobierno moderno. Se apela a las políticas cuando las reglas deben hacerse visibles o explícitas, cuando las relaciones deben ser formalizadas o cuando las decisiones requieren el respaldo de una autoridad legítima.

Es así como el estudio de las políticas también permite mirar la relación entre el individuo y la sociedad en términos de preguntas sobre legitimidad gobierno y poder reglas normas e instituciones sociales, lenguaje discurso y simbolismo interpretación y sentidos, debates entre agencias versus estructura.

Esta historia aunque reciente, ha sido muy intensa, sin lugar a dudas el impulso ha sido positivo, los logros formativos han sido indiscutibles y se debe seguir propiciando el ámbito de crecimiento sostenido.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Aceñolaza F. La Universidad Nacional de Tucumán en la década 1945-1955. Disponible en http://www.archivo.unt.edu.ar/attachments/059_ace%C3%B1olaza.pdf
- 2- Boletín de la Universidad Nacional del Litoral. Año 1- Julio 1927. Tomo I. n°1. Archivo Histórico de la UNL. n° Inv. 823.
- 3- Bourdieu y Wacquant. Respuesta por una antropología reflexiva. Méjico Grijalbo. “La práctica de la antropología reflexiva”pp159-191.(1995)
- 4- Bourdieu, P. “Campo intelectual y Proyecto creador”, en AAVV: Problemas del Estructuralismo. México, Siglo XXI, 1967.
- 5- Bourdieu, P. “El campo científico”, en Redes. Revista de Estudios Sociales de la Ciencia, núm. 2, Vol. 1, Bernal, pp. 131-160.1994
- 6- Bourdieu, P. Homo academicus, Siglo XXI, Buenos Aires. (2008)
- 7- Bourdieu, P. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción, Barcelona, Anagrama, 1997.
- 8- Buchbinder, P. Historia de las universidades argentinas. Sudamericana.2°edic.Buenos Aires .(2010)
- 9- Chiroleu, A. Las peculiaridades disciplinarias en la construcción de la carrera académica. Perfiles educativos. Vol XXV.n°99. Universidad Nacional Autónoma de México. DF México.(2003)
- 10- Cirianni, M. "Haciendo historia . Revista del Cebas. Entrevista a Maluca Cirianni. n° 5 s/a. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- 11- Dias Sobrinho, J. Calidad , pertinencia y relevancia: relación con el resto del sistema y la sociedad; responsabilidad social de la educación Superior. 2003
- 12- Días Sobrinho, J. Hacia una política regional de aseguramiento de la calidad en educación superior para América Latina y el Caribe. IESALC –UNESCO. Caracas 2008.
- 13- Escudero Muñoz, J. M. “El cambio en educación, las reformas y la renovación pedagógica” en ESCUDERO MUÑOZ, J. M. (Ed.) Diseño, desarrollo e innovación del currículum, Madrid, Síntesis Educación, pp. 67-96.(1999)
- 14- Ferrer, A. La construcción del Estado neoliberal en la Argentina. Revista de Trabajo .Año 8 . Número 10. Julio / Diciembre 2012

- 15- Follari, R. A. El currículum y la doble lógica de inserción (lo universitario y las prácticas profesionales). *Revista Iberoamericana de Educación Superior, Norteamérica*, 1, ago. 2010. Disponible en: <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/51>. Fecha de acceso: 15 nov. (2010).
- 16- Gaceta médica de México.2011. La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. 147:451- 454. Disponible en [http : //www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/8_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/8_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf)
- 17- Gadamer, H. Verdad y método. Salamanca, sigueme. Acápite 3 del cap 11, pp185-233.(1988)
- 18- Gonzalez Leandri, R. Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico, Catriel, Madrid. (1999).
- 19- González Leandri, R. “Campos e imaginarios profesionales en América Latina. Renovación y estudios de caso”, en Anuario IEHS, núm. 21, Tandil, pp. 333-344. (2006).
- 20- Heredia, A.M; Malvarez. Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina.1990-2000. OPS/OMS
- 21- Heredia A.M. Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo. Publicación n°42 OPS/OMS. (1995)
- 22- Heredia, A. M. Revista AECAF. Bs. As. Argentina. (2004)
- 23- Informe de Autoevaluación. Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina.Universidad Nacional de Tucumán. (2010)
- 24- Informe del Banco mundial. invertir en salud. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/000333037_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf
- 25- Krottsch, P. Camou, A. y Prati M. (Coord). Evaluando la evaluación: políticas universitarias, instituciones y actores en Argentina y América Latina. Prometeo libros. 2007
- 26- Ley 24004. disponible en: <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/educacion/leyes/24004.html>
- 27- Ley 298. <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley298.html>
- 28- Marquina M. Académicos como evaluadores de instituciones y carreras universitarias en Argentina: la experiencia de una década. En: Marquina M.; Soprano G. , Mazzola C. (Comp.) Políticas, instituciones y protagonistas de la universidad argentina. Buenos Aires. Prometeo.(2009)
- 29- Ministerio de Educación de la Nación. Acuerdo marco para la Educación superior no universitaria.A-23/2005http://www.me.gov.ar/curriform/publica/acuerdo_marco_esnu.pdf

- 30- Ministerio de educación de la Nación. Consejo Federal de Cultura y Educación . Resolución CFC y EN 261/06.<http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res06/261a-06.pdf>
- 31- Ministerio de Educación de la Nación. Ministerio de salud de la Nación. Documento base para la organización curricular de la Tecnicatura Superior en Enfermería. (2007) <http://www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2012/10/07-07-anexo-1.pdf>
- 32- Mollis, M. (2008) “Las reformas de la Educación Superior en Argentina para el nuevo milenio”, en *Avaliação, Campinas*, v.13 n.3, Sorocaba nov. 2008, pp. 509-532.
- 33- Murray E. La construcción del espectáculo político. Ed. Manantial. BsAs (1991).
- 34- Nájera R.M, Castrillón Agudelo M.C. La Enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo- disponible en ://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iDhQFTLI5wgJ:www.aladefe.org/index_files/docs/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.doc+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar
- 35- Oxman, C. . La entrevista de investigación en ciencias sociales. Buenos Aires: EUDEBA.(1998)
- 36- Ozlak y O' Donnell. Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. REDES.vol2 n°4.pp 99-128.
- 37- Panaia, M. una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina. *Revista Estudios del trabajo* n° 32 Julio-diciembre 2006.pp 121-165
- 38- Perez Rasetti. Motivos para una reforma. En : Ideas sobre la cuestión universitaria. Aportes de la RIEPESAL al debate sobre el nuevo marco legal para la ES. En Marquina-Soprano (Coord) 2007: pp101.
- 39- Puntel de Almeida, M.C.; Yazlle Rocha, J. O Saber de Enfermagem e sua dimensao prática. Cortez Editora. 2°edic.(1989).
- 40- Revista del Cebas. Entrevista a Maluca Cirianni. "Haciendo historia". n° 5 s/a. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- 41- Shore, C. La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda* n°10-Enero-Junio 2010.
- 42- Tony Becher “Las disciplinas y la identidad de los académicos”, en *Revista Pensamiento Universitario*, núm. 1, Bernal, pp. 56-77.(1993)
- 43- Tony Becher Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas, Gedisa, Barcelona.(2001)
- 44- Velandia Mora, A.L. La Enfermería en Colombia. Análisis Sociohistórico. Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. Lisboa, Octubre de 2009. disponible en http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo4.pdf

Cuerpo y subjetividad en las prácticas de salud

Sobre las lecturas del cuerpo

En esta ponencia retomamos uno de los itinerarios de la tesis doctoral, *Lecturas del cuerpo*, problemas epistemológicos y semióticos de la diagnosis clínica². Examinaremos por una parte la conceptualización médico-biológica sobre el cuerpo como parte de la matriz epistémica del dualismo; y, por otro, buscaremos herramientas conceptuales en la filosofía y el psicoanálisis, que permitan otra visibilidad sobre el asunto. Retomando ese recorrido, argumentaremos en torno a la salud sexual y reproductiva como derecho en tensión con la responsabilidad de la educación pública.

Como lo demuestra el psicoanálisis y la fenomenología de M. M. Ponty, (y también otros, como Foucault, cuyos estudios no retomaremos aquí) pensamos que tales problemas pueden comprenderse más cabalmente atendiendo a la matriz epistemológica *dualista*, que el discurso científico moderno ha instalado: una lectura según la cual *el cuerpo se reduce a lo orgánico y se diferencia y opone a lo mental*. En efecto, mente y cuerpo no sólo indican dos dimensiones de lo humano, también se han configurado como dos claves de lectura antagónicas e incluso, excluyentes para su estudio

que organiza buena parte de las prácticas en educación así como en el campo de la salud.

Pero antes, debemos hacer tres consideraciones importantes. La primera, es recordar que la matriz dualista excede la medicina; el dualismo opositivo es el rasgo epistemológico de la ciencia moderna que perpetúa cierto aspecto de la tradición platónica bajo nuevas formas: *res extensa-res cogitans*; *objetivo-subjetivo*; *significado-significante*; *sensible –inteligible*; *corporal-mental*, por citar sólo algunas. La segunda, es admitir que si bien hay un discurso médico hegemónico, la medicina –y mucho menos el campo más amplio de las ciencias de la salud– no se deja reducir a él; al contrario, en su interior hay múltiples discursos críticos, de resistencia. La tercera, es aclarar que salvo la Fenomenología, ni la medicina, ni el psicoanálisis se ocuparon de teorizar especialmente sobre la categoría “cuerpo”, sin embargo, ninguna se puede comprender sin ella. En cierto sentido la medicina en su conjunto es una teoría y una técnica sobre el cuerpo mientras que en el psicoanálisis, por su parte, la corporalidad es una teorización tan central como decisiva en todo su desarrollo.

*1*Ponencia presentada en el VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 14 al 17 de noviembre de 2013. Carina Muñoz es Doctora en Ciencias Sociales. Magister en Salud Mental. Enfermera y profesora en ciencias de la Educación. Profesora Titular regular de la cátedra Problemas Biopsicológicos de la Educación de la carrera Ciencias de la Educación, e Investigadora de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Profesora Titular regular de la cátedra Enfermería en Salud Mental de la carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER).

Correo electrónico: carina_m@arnet.com.ar

2- Muñoz, C. Tesis doctoral *Lecturas del cuerpo. Problemas epistemológicos y semióticos de la diagnosis clínica*. UNER- Doctorado en Ciencias Sociales. Paraná, Argentina. 2012

Sobre la matriz epistémica de la medicina

El adagio médico “no hay enfermedades, sino enfermos” indica el lugar preciso de la tensión entre lo universal de la teoría y lo particular del caso, que tanto preocupaba a Galeno. El caso siempre es singular, aunque la singularidad del enfermo está lejos de aludir a un único sentido; el enfermo puede ser una persona que se siente enferma, o un cuerpo objetivamente lesionado, independientemente de la sensación subjetiva del paciente. En el tratamiento de la tensión particular-general se puede leer la matriz epistémica del saber médico. Si atendemos a su discurso, advertimos que prevalece la idea del conocimiento científico en los términos del paradigma empirista- positivista, dominante en la ciencia moderna, bajo cuya égida todo objeto de conocimiento es tratado como objeto empírico; más que un saber objetivo es un saber objetualizante. Así, por ejemplo, la objetualización de las estructuras topológicas del cuerpo, la anatomía y la anatomía patológica, va desde la diferenciación de las grandes estructuras funcionales como los aparatos, pasando a la diferenciación tisular del órgano, hasta la estructura molecular de la célula, el patrón genético, llegando hasta la composición química. Se trata de una verdadera cartografía del cuerpo desagregándolo hasta sus componentes más elementales. G. Canguilhem describe este proceso como un desplazamiento de la observación:

*Las enfermedades fueron así sucesivamente localizadas en el organismo, el órgano, el tejido, la célula, el gen, la enzima. Y se trabajó para identificarlas sucesivamente en la sala de autopsia, en laboratorio de exámenes físicos (óptico, eléctrico, radiológico, escanográfico, ecográfico) y químicos o bioquímicos.*³

La objetivización que describe el autor, puede entenderse pues como una reconfiguración del obje-

to que va de la enfermedad como percepción subjetiva a la enfermedad como concepto médico nosológico, sin percepción subjetiva de enfermedad. A los ojos de Canguilhem es una marca, una forma de normatividad que luego, en el campo de la experiencia clínica concreta, produce y reproduce dicha objetualización. Sin embargo, en la atención del caso singular de cada paciente, justamente allí, es donde la perspectiva objetivista muestra sus mayores limitaciones. En ese sentido, Gadamer plantea la necesidad de reflexionar sobre “lo no racionalizado”, esto es, sobre aquellas zonas en las que el dominio técnico no alcanza para responder a problemas indispensables como la dignidad humana y la sabiduría para tratar con ella⁴, puesto que, dirá él: “algo que, en el fondo, todos sabemos, (...) es que la ciencia moderna y su ideal de la objetivización significan para todos, médicos y pacientes, una tremenda alienación.”⁵

La demarcación opositiva entre mente y cuerpo es uno de los efectos más criticados de este modelo de ciencia y, paradójicamente, uno de los más persistentes. El criterio según el cual lo observable es fundamento objetivo de validez científica, deja fuera todo fenómeno que no se ajuste a él. Así lo mental no puede ser integrado a este discurso. Pero vale la pena insistir: la oposición mente-cuerpo es otra expresión del dualismo con que opera en la ciencia moderna, que también se expresa en pares binarios como lo sensible-inteligible o significado-significante -en el campo de las ciencias de lenguaje- o, en la antropología, naturaleza-cultura.

En consecuencia, antes demarcar disciplinas de “lo corporal” o “lo mental”, la oposición describe también otro tipo de oposiciones transversales a esta división anatómica: los objetivismos y los subjetiv-

³Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico. Segunda Edición. Buenos Aires: Siglo XXI. (Edición original en 1943). Páginas 36 y 37.(1971)*

⁴Gadamer, H. G. *El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial Gedisa. Páginas 34-35.(1996)*

⁵ *Ibidem. Página 87*

vismos. Así, dentro del propio campo de “lo mental”, de un lado están las miradas que privilegian la dimensión biológica, dentro de las que podemos ubicar claramente a la medicina; el avance tecnológico progresó notablemente en el camino de objetualización -también- de lo mental. Baste citar el desarrollo de las imágenes funcionales del cerebro o la notable investigación de las neuronas espejo⁶, por citar algunos ejemplos. Pero también participan de esta objetivización corrientes psicológicas como el cognitivismo, la cibernética y el conductismo. A propósito de estas perspectivas, H. G. Gadamer, dice:

La renuncia a la ‘interioridad de lo anímico’ que ellas implican (las psicologías conductistas) significa, positivamente, que aquí se estudian muestras de comportamiento comunes al hombre y al animal y que no están al alcance de un concepto tal como el de autocomprensión.

Del otro lado, encontramos perspectivas que privilegian de dimensión subjetiva, el orden simbólico y el papel del lenguaje en la relación de los seres humanos con el mundo, dentro de los que encontramos también muy diversas corrientes, incluyendo algunas perspectivas de la medicina como la llamada “medicina narrativa.”⁸ En síntesis, los términos del debate de “lo corporal-mental”, pueden re-diagramarse en dos grandes perspectivas, cada una de ellas, con variados matices: el objetivismo empirista, biologicista, que defiende la primacía del cuerpo y la base orgánica, y en frente, el antiobjetivismo, antiempirista, que en un espectro amplio y aún divergente de perspectivas, defiende la primacía del orden simbólico,

en sus vertientes objetivistas –como las teorías no referencialistas del lenguaje- y subjetivistas como el interaccionismo o algunas corrientes pragmáticas. Los objetivismos y los antiobjetivismos conformaron así perspectivas teóricas antagónicas, epistemológicamente irreductibles y excluyentes.

La ruptura del psicoanálisis

La intervención del psicoanálisis refuta categóricamente la oposición mente-cuerpo. En efecto, Freud fundó el psicoanálisis desde el interior mismo de la medicina, proponiendo una tesis ciertamente escandalosa para casos como la histeria, en los que el padecimiento físico y mental no tienen causa orgánica, es decir: no se pueden explicar, resultan enigmáticos. Ese fracaso, decía Freud, hacía que los médicos rechacen tanto tratar esos pacientes. Él desarrolla una conjetura explicativa que se basa en una nueva regla interpretativa: el cuerpo expresa el sufrimiento psíquico inconsciente. Con el concepto de conversión histérica Freud demostraba que el padecimiento orgánico –y no sólo el mental- puede tener una causalidad no orgánica. De ese modo invertía los términos de la causalidad médica -basada en la dicotomía corporal-orgánico vs mental-psíquico, con predominio de la etiología orgánica- y ponía en crisis el propio campo de la psicología de su tiempo. Su concepto de pulsión presupone que lo inconsciente no es sin el cuerpo.

En efecto, la concepción freudiana del cuerpo está entramada en su estudio de los síntomas histéricos. La primera formulación sobre el síntoma, puede ser esquematizada de este modo:

⁶Iacboni, M. *Neuronas espejo*. Barcelona: Katz Ediciones.(2007)

⁷Gadamer, H. G. ob. Cit. Página 24.(2007)

⁸Ver Charon, Rita (2006) *Narrative Medicine. Honoring the stories of illness*. NY: Oxford University Press. Como es citado en TORTOLO, Mauro. *Las historias que cuenta la medicina*. Revista *Intramed*. 2011 [En línea]. [Consulta: 12 de marzo 2012] Disponible en: <<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=69837>>

⁹Chemama, R. (2002). *Diccionario de Psicoanálisis. Diccionario Actual de los significantes, conceptos y matemas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Página 68

“Para designar el traspaso de la energía libidinal y la inscripción de los pensamientos inconscientes en el cuerpo, Freud recurrió al concepto de conversión.”⁹

En ella, los síntomas de las neurosis: neuralgias, conversiones, inhibiciones, secuencias de comportamientos repetitivos, imágenes fijas, están “hechos” de materiales representativos que fueron concomitantes con el traumatismo inicial o secundario. Se trata de elementos senso-perceptivos como dolores, parestias que por diversas razones acompañaron una situación traumática y los pensamientos asociados al entendimiento de esa situación:

...las representaciones reprimidas ‘hablaban en el cuerpo’ [...] los síntomas histéricos (decía Freud) eran mensajes codificados: semejantes a los jeroglíficos, dirigidos por el sujeto a quien quisiera entenderlos, con la esperanza y el temor simultáneamente de que este otro pudiera también descifrarlos.¹⁰

Sin embargo, en esta contigüidad orgánica del trauma y el sufrimiento psíquicos, algunos observan una persistencia empirista y en cierto sentido, una idea de síntoma como una imposición exterior.¹¹ Si bien confronta abiertamente con el modelo biomédico, esta primera formulación fue objeto de un arduo trabajo de revisión teórica a lo largo de su obra. La reformulación de esta idea es la pregunta por el significado, esto es, el lenguaje. Así, llega a plantear lo que enlaza la representación del trauma que se encarna en un síntoma físico -como los de la paciente de Breuer- es una similitud que se funda en el valor representativo de ese sufrimiento, cuyo índice es sexual. Como decíamos, el concepto de pulsión resulta decisivo en

la reinterpretación del síntoma y de lo corporal: las manifestaciones corporales sintomáticas presentan ciertos significantes que incluyen metafóricamente tales manifestaciones. Es decir, hacen del cuerpo un soporte que encarna un significante de un significado corporal.¹²

En síntesis, mientras que en la primera formulación el síntoma tenía una función de representación del traumatismo, en la segunda, su función está pensada como representación del sujeto. En la consideración del síntoma como metáfora hay una articulación con el lenguaje. Mucho más radicalizada, la nueva concepción de sujeto y lenguaje, de sujeto-parlante, constituye un giro epistemológico decisivo respecto del empirismo. Chemama lo sintetiza:

Este concepto y este dualismo (cuerpo-mente) fueron completamente transformados, en un primer momento, tras la introducción por Freud de los conceptos de conversión histérica y de pulsión, y, en un segundo momento, tras la elaboración por Lacan de los conceptos de cuerpo propio, imagen especular, cuerpo real, cuerpo simbólico, cuerpo de los significantes y objeto a.¹³

La lectura dominante en el campo psicoanalítico observa la proximidad del último concepto freudiano de síntoma con la primera versión que Lacan daba en 1953 en su Discurso de Roma: “El síntoma es aquí el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto”¹⁴. Pero al igual que en Freud, el lugar teórico del cuerpo en Lacan está entramado en la noción de síntoma y sus reformulaciones.

¹⁰ *Ibidem*. Página 69

¹¹ Trobas, Guy. (2005). *El síntoma impuesto a la elección del síntoma*. En Glaze, A. (Compiladora) (2005) *Una práctica de la época. El psicoanálisis en lo contemporáneo*. Buenos Aires: Grama Ediciones. Páginas. 133 a 193

¹² G. Trobas sostiene que en esta reformulación, el sujeto no es pensado como meramente reactivo a las experiencias traumáticas; sino que se lo piensa como deseante. *Lo que está en juego es el deseo del sujeto, su represión es lo que representa en el significante sintomático*.

¹³ Chemama, R. Ob. Cit. Páginas 68-72

¹⁴ Lacan, J. (1988). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Edición original en 1966). Página 270

La transformación conceptual de cuerpo en Lacan se puede pensar como una suerte de metamorfosis: a pesar de introducir cambios sustantivos a lo largo de su obra, mantuvo siempre por una parte, la idea del cuerpo como soporte inescindible de la vida psíquica y, por otra, la tesis sobre la no correspondencia del cuerpo con lo orgánico. Ambas le valieron arduos enfrentamientos con el campo psi y con el campo médico¹⁵. Para nuestros propósitos examinaremos dos grandes trazos de dicha evolución, el primero con énfasis en el registro imaginario, el segundo con prioridad al registro simbólico. En el primero, se extendería hasta la formulación del síntoma en el Discurso de Roma (1953), el cuerpo es pensado como unificación imaginaria y el síntoma como “el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto.”¹⁶ En el segundo, el cuerpo está pensado como anudamiento RSI, mientras que el concepto de síntoma, en su plenitud, “es el efecto de lo simbólico en lo real.”¹⁷

En el primer trazo, la relación entre el cuerpo y lo imaginario se comprende en relación con el estadio del espejo, cuyo presupuesto es, como explica Garrido Elizalde, el hombre nace en un estado de prematuración en el que no tiene los medios neurales ni motores que le permitan reconocer su cuerpo como una unidad; tal unidad del cuerpo es, pues,

una operación imaginaria dada por la imagen especular de la mirada de la madre, central como causalidad psíquica de esta unidad: “tener un cuerpo depende de lo especular según un esquema imaginario que sería: esfera, totalidad, superficie cerrada, saco. Ahora bien, este especular nos engaña, porque nosotros lo proyectamos en el espejo que es nuestro semejante, como en plano a dos dimensiones.”¹⁸ Así, la imagen del cuerpo no es un objeto sino una producción que ofrece al sujeto una forma de situar “lo que es del yo y lo que no es”, dirá Lacan.

El segundo trazo, se ubica en torno al desarrollo de la tópica RSI (Real, simbólico, imaginario)¹⁹, representada como nudo borromeo de tres anillos, en la que basa su teoría semiótica del sujeto, y cuya primera enunciación era ISR (Simbólico, Imaginario, Real). Según explica Garrido Elizalde, es en Función y campo de la palabra y del lenguaje en el psicoanálisis donde el autor plantea la relación entre palabra-lenguaje-cuerpo²⁰. En su período estructuralista, Lacan comenzará a enfatizar el lugar del registro simbólico, planteando que el inconsciente está estructurado como lenguaje, y define al significante como lo que representa al sujeto para otro significante. En este movimiento, el cuerpo es también en el lenguaje. El “cuerpo simbólico” es la operación por la cual el lenguaje es quien nos da el cuerpo; lo que nos permite decir “este es mi cuer-

15 Cf. Garrido Elizalde, Patricia. *El cuerpo; un recorrido por los textos de Jacques Lacan*. (Revista N° 11- octubre 2007). [En línea]. [Consulta: 10 de junio de 2012]. Disponible en: <http://cartapsi.org/spip.php?article69>

En cierta coincidencia con la lectura de J. Allouch, Patricia Garrido Elizalde, propone cuatro momentos en la obra de Lacan, en cuyo movimiento teórico va re-conceptualizando el cuerpo: *El estadio del espejo (1936)*, *El discurso de Roma (1953)*, *El seminario La angustia y Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1963-1964)*, *Seminario Aún y el seminario Les non-pupes errent (1973-1974)*.

16 Lacan, J. (1988). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Edición original en 1966) Página 270

17 Lacan, J. (2006). *Seminario El Síntoma 1975-1976*. Libro XXIII. Buenos Aires: Editorial Paidós.

18 *Ibidem*. Página 4

19 Entradas. Real, Simbólico, Imaginario. *Lo real se asocia a la vida. Lo simbólico, por su parte, es definido como el lugar del significante y de la función paterna, se asocia a la muerte. Lo Real: “era asimilado a “un resto”, imposible de transmitir y que se sustrae a la sistematización” “El concepto de lo simbólico es inseparable de una serie compuesta por otros tres conceptos: los de significante, foreclosure y nombre-del-padre. En efecto, el significante es la esencia misma de la función simbólica (su “letra”), la foreclosure es el proceso psicótico por el cual desaparece lo simbólico, y el nombre-del-padre es el concepto que integra la función simbólica en una ley significante: la prohibición del incesto.” Finalmente, lo imaginario, se asocia al cuerpo. Para Lacan, lo imaginario se teoriza en términos de “imago, es decir, conjunto de representaciones inconscientes que aparecen con la forma mental de un proceso más general (...) el lugar de un señuelo ligado a la experiencia de un clivaje entre el moi y el je (el sujeto).” Fue definido “como el lugar de las ilusiones del yo, de la alienación y la fusión con el cuerpo de la madre,” Roudinesco, E. y Plon, M. (2005). *Diccionario de Psicoanálisis. 1a Edición 2a Reimpresión*. Editorial Paidós. Buenos Aires. (Edición original en 1997).*

20 *Ibidem*. Página 5

po”. El organismo adviene cuerpo por ese significante que opera la unificación; así, lo que antes había sido concebido sólo en el campo del registro imaginario ahora es también formalizado en el campo del registro simbólico, como significante.

En su última formulación de la tópica, Lacan invierte el orden a Real, Simbólico, Imaginario. Poner el primer lugar el orden de lo real no significa, empero, una primacía de lo real sobre los otros dos registros; pero tampoco es una decisión arbitraria y sin consecuencias. Proviene de una delicada profundización de su noción de anudamiento de los tres registros que rodean el objeto a causa de deseo, en el que cobra consistencia el sujeto. El Otro, dirá Lacan, “¡el Otro es el cuerpo!” El cuerpo es una sustancia gozante; el sujeto cobra consistencia en ese anudamiento del que el cuerpo es también efecto. El cuerpo es, en ese sentido, una línea de resistencia, el límite de la literalidad a la metáfora. Así, Lacan al definir al cuerpo propio como anudamiento de los tres registros RSI, lo saca definitivamente del lado de lo real. Esta es una diferencia sustantiva con la psicología y con la medicina.

Norberto Ferreyra, acudiendo a J. Lacan y G. Canguilhem, enfatiza la importancia del vínculo entre lo orgánico y el discurso para la clínica psicoanalítica. El soma supone “una duplicidad donde habría cierta determinación y donde lo orgánico tendría un valor mayor de determinación.” Estas cuestiones, dice él, “hacen conceptualmente a la salud y a la enfermedad. Es decir, no hay valor de [...] lo que es enfermo, lo que es sano y lo que es la normalidad, que no esté en relación con el vínculo entre lo orgánico y el discurso.”²¹ Desde la tópica RSI, dicho vínculo permite pensar, justamente, la diferencia entre organismo y cuerpo: lo real como

orden biológico resistente a la simbolización y a lo imaginario; el cuerpo unificado por efecto del registro imaginario; y el cuerpo simbolizado, para pensar entonces la relación entre el cuerpo y el goce –el síntoma–, y otras consecuencias derivadas de la dimensión del decir, por ejemplo, el cuerpo como la diferencia sexual.

El autor hace intervenir a Canguilhem con Lo normal y lo patológico, para insistir con él en el papel que tiene la normatividad social para definir la salud y la enfermedad. Cuando se trata lo orgánico como si fuese una realidad última, afirma, en sentido estricto, se está frente a una ideología de la normalidad. Este prejuicio opera cuando, por ejemplo, se considera que las emociones son “profundas” porque tienen base orgánica²². Lo hemos dicho, en efecto, los fenómenos llamados “psicosomáticos” resultan tan complicados de tratar porque “desordenan” el campo de los conocimientos aceptados como los criterios y conceptos fundamentales que rigen la medicina; perturban los parámetros establecidos. Ahora bien, siguiendo la conceptualización lacaniana, lo psicosomático está lejos de ser una mera conjunción de lo mental con lo corporal. En la conferencia Psicoanálisis y medicina, Lacan demostró que lo psicosomático, entendido como unificación de psique-soma, no alcanza para resolver el problema que la medicina reproduce en la oposición mente-cuerpo, al contrario, persiste. La relación de la medicina con el cuerpo es el efecto de la ciencia y su progreso que, en términos psicoanalíticos, puede entenderse como una “falla” en la estructura: este modelo de ciencia no ha comprendido la índole semiótica del cuerpo y el saber sobre el cuerpo.²³

²¹ Ferreyra, N. (2009). *Lo orgánico y lo discursivo*. Rosario: Editorial Fundación Ross.

²² *Ibidem*. Página 22

²³ LACAN, Jacques (2008) *Psicoanálisis y medicina*. Traducción de Ricardo. Ponte. (Edición original en 1966) [En línea] [Consulta 10 de junio de 2012]. Disponible en: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar/2008/03/jacques-lacan-psicoanálisis-y-medicina.html>

En *Función y campo de la palabra* (1953) Lacan sostenía: “La palabra en efecto es un don de lenguaje, y el lenguaje no es inmaterial. Es cuerpo sutil, pero es cuerpo. Las palabras están atrapadas en todas las imágenes corporales que cautivan al sujeto.”²⁴ En 1973, propone al síntoma como *efecto de lo simbólico en lo real*²⁵. Si retenemos el carácter semiótico de la tópica como un anudamiento operativo de consistencia y productivo-causal de significado, de sujeto y de cuerpo, lo que puede aparecer en primera instancia como transformación del concepto no es más que su especificación; una profundización de las implicaciones teóricas de su formalización topológica de la relación del sujeto con el mundo, cuya materialidad es el lenguaje, no como medio o instrumento, sino como operación de extimidad, para seguir el planteo de Lacan.

La ruptura de la Fenomenología de Merleau Ponty

E. Roudinesco sugiere que la transformación conceptual que hay entre las dos tópicas de Lacan, de ISR a RSI, proviene de su diálogo con Maurice Merleau Ponty, con quien lo unía una amistad fraterna y familiar importante.²⁶ También J-A. Miller, en *Embrillos del cuerpo*²⁷, hace referencia a dicha influencia. Con citas muy precisas, el heredero de Lacan explica que, a la luz de los conceptos fenomenológicos sobre la percepción, el maestro había revisado los problemas teóricos que plantean las alucinaciones de la psicosis en relación con su concepto de estructura, aunque el relato de Miller enfatiza la distancia que Lacan toma de la fenomenología y la sorna, incluso, con que trataba aquellos es-

fuerzos intelectuales que no compartía. En el mismo sentido, Germán García, destaca también las divergencias que Lacan marcara explícita e implícitamente con su amigo²⁸.

En efecto, M. Merleau Ponty pone al cuerpo en el centro de la escena teórica y este gesto está plagado de consecuencias, algunas de las cuales, desbordan también su propio planteo. Su fenomenología impugna al objetivismo positivista haciendo ver cómo, en la experiencia del conocimiento, el cuerpo actúa de un modo distinto al que dicha corriente teórica había planteado: el cuerpo no es lo que ocupa un lugar en el espacio de la extensión, sino que es él mismo, un espacio de apropiación y significación del mundo; cuerpo y mundo no son opuestos, conforman un continuo.

En la Fenomenología de la percepción el autor se ocupa de discutir con el positivismo el saber sobre el sujeto, que ha sido fragmentado desde la oposición cartesiana entre *res extensa* y *res cogitans*, de la que hablábamos páginas atrás. La modernidad había inteligido con esta idea escindida de sujeto, la relación del sujeto cognoscente con el mundo, con la extensión, incluyendo allí al propio cuerpo como un objeto más. A lo largo del texto va creando un diagrama especular, como juego de espejos paralelos entre el discurso científico sobre el cuerpo y la descripción fenomenológica, mediante el que provoca una fantástica visibilidad del problema. Así logra mostrar cómo el cuerpo objeto de la ciencia devino una suma de aparatos, órganos, integrados mediante funciones de diferente complejidad: las más complejas, las llamadas “funciones superiores” (la percepción, el pensamiento, la memoria, en suma, el campo del lenguaje). La ciencia médica así

24 Lacan, J. (1953). *Función y campo de la palabra*. En Lacan, J. (1988). *Escritos I*. 14ª Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. Página 289

25 Lacan, J. (2006). *Seminario El Sinthome 1975-1976. Libro XXIII*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

26 Roudinesco, E. (1994). *Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Página 13

27 Miller, J-A. y otros. (2012). *Embrillos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós. Páginas 112-113

28 García, G. (2008) *Kojève, la trama secreta (Prólogo)*. En Auffret, D. (2009). *Alexandre Kojève. La filosofía, el Estado y el fin de la Historia*. Buenos Aires: Editorial Letra Gamma. Página 22

como también cierta psicología, dice el autor, actúan como si la percepción fuera un inventario de las cualidades sensibles que componen la consciencia de un sujeto. Ocuparse de estos problemas, es para la medicina o para cierta psicología, someter al paciente a estímulos visuales, sonoros, para “probar” cómo “funciona” su aparato perceptivo. Es el modo en que la ciencia mira el cuerpo, particularmente, el cuerpo del otro. El cuerpo de los libros de fisiología, no puede estar habitado por una consciencia. Estos cuerpos “visibles” tampoco permiten captar los comportamientos que les son atribuidos porque su modo de conocer separa fenómenos inescindibles como son la percepción y la significación. Esa concepción de ciencia, asegura él, nos hace ciegos respecto de ciertas dimensiones del comportamiento humano que no admiten la lógica explicativa causal del empirismo y produce una ilusión de efectivo saber sobre las particularidades de las enfermedades aunque, su cometido se logra a expensas de una fragmentación ciertamente problemática, hasta ridícula.

Su fenomenología también critica el dualismo opositivo de la lingüística entre forma y contenido²⁹, y retomando las categorías kantianas, dice: “No hay, pues, que decir que nuestro cuerpo está dentro del espacio, ni, por otro lado, que está dentro del tiempo: habita el espacio y el tiempo.”³⁰ En sus términos, este habitar guarda estrecha relación con la adquisición del hábito que, desde luego, afirma, es “la captación de una significación motriz”:

...cuando recorro con los ojos el texto que se me propone, no hay percepciones que despierten representaciones, sino conjuntos que se componen en ese momento, y que están dotados de una fisonomía típica o familiar. [...] es una modulación del espacio visible, la ejecución motriz es una modulación del espacio ma-

*nual, [...] sin que tenga necesidad de deletrear la palabra y de deletrear el movimiento para traducir la palabra en movimiento.*³¹

El hábito, entendido como este saber motriz, afirma, nos ayuda a revisar la idea de cuerpo y con ello, la propia noción de conocimiento: “Comprender es experimentar el acuerdo entre aquello a que apuntamos y aquellos que nos es dado, entre la intención la efectuación – y el cuerpo es nuestro anclaje en un mundo”³², es integrar el espacio de los objetos a nuestro espacio corporal; desde su punto de vista, en la adquisición de hábitos es el cuerpo quien comprende. Queda clara su oposición a la perspectiva objetivista y, a la vez, podemos advertir que esta idea de comprensión del mundo como hábito, redefine al mismo tiempo el conocimiento: no es meramente un juicio perceptivo, ni mucho menos un dato, sino una sensibilidad imbricada entre significación y acción, una experiencia. En ese sentido, el cuerpo entonces, no es un objeto que aloja la intuición separada de la actividad motora y la actividad intelectual, sino el anclaje de la relación del sujeto con el mundo donde el cuerpo establece una continuidad que los hace inescindibles: “El cuerpo es nuestro medio general de tener un mundo. De una parte, se limita a los gestos necesarios para la conservación de la vida y, correlativamente, pone en torno nuestro un mundo biológico...”³³ El *hábito*, dice Merleau Ponty, es un modo de la *facultad fundamental de significar*.

Reconstruyamos entonces la serie: partiendo del presupuesto de continuidad cuerpo-mundo, experiencia, percepción, hábito, significación, desde su punto de vista, todas estas observaciones permiten dar su verdadera fisonomía al acto de hablar. Esta verdadera fisonomía del acto de hablar supone

29 Merleau Ponty, M. (1957). *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura Económica. (Edición original en 1945). Página 152

30 *Ibidem*. Página 156

31 *Ibidem*. Páginas 157-158

32 *Ibidem*. Página 158

33 *Ibidem*. Página 160

que la palabra no es signo del pensamiento, si con ello se entiende que es un fenómeno que anuncia otro, “como el humo al fuego”. Palabra y pensamiento no tienen una relación de exterioridad sino que están “envueltos uno en otro”. La palabra no es un medio de fijación: “la palabra, en quien habla, no traduce un pensamiento ya hecho, sino que lo realiza. Con mayor razón habría que admitir que quien oye recibe el pensamiento de la palabra misma.”³⁴ El cuerpo ancorado en el mundo percibe y significa: nuestra percepción termina con un objeto que ha sido construido en la experiencia con el mundo, pero que, una vez logrado, se presenta como razón de la experiencia que hemos tenido o podemos tener de él.

El cuerpo de esta fenomenología es el lugar de apropiación de la experiencia sensible y de la significación. Es decir, el lugar mismo de la continuidad entre la consciencia y el mundo, que no admite cortes, separaciones ni las oposiciones de la metafísica. Dicha concepción requiere la difícil tarea de desenramar de la percepción o del objeto percibido, la relación entre el sujeto encarnado en ese cuerpo y su mundo que, en definitiva, es repensar la relación epistemológica entre sujeto y objeto, para discutirla.

Merleau Ponty nos hace ver que la experiencia sensible es el lugar de anudamiento del cuerpo y el mundo: en la percepción –en el sentir– de esa experiencia, cobra vida el cuerpo propio. El espacio del mundo y el espacio propio, se confunden, y sabemos así que tenemos un cuerpo, podemos significarlo como tal: el “ser cuerpo está anudado al mundo” de manera inescindible de esta experiencia, conforman un continuum. La síntesis corporal se opera, dice, no por integración de las percepciones

sensoriales, tal como se lo representa la fisiología moderna, es decir, no por un aparato capaz de transmitir al cerebro impresiones sobre el mundo exterior. Este mundo exterior, no es recopilado por el aparato perceptivo, sino que al contrario, es construido como tal en una operación significativa. En esto consiste la integración de la experiencia. El explica magistralmente este punto con un ejemplo sencillo, nunca puede comprenderse lo que es un campo visual desde el punto de vista del mundo: “Las diferentes partes de mi cuerpo, sus aspectos visuales, táctiles y motores, no están simplemente coordinados. (...) Todos estos movimientos están a nuestra disposición a partir de su significación común.”³⁵ Así, la continuidad entre sujeto y mundo que supone el cuerpo, es anudamiento y apertura a la vez. El hombre, desde el límite ontológico de su existencia presente y la contingencia, puede conocer, está abierto al mundo por su capacidad sensible de significar el mundo y eso es todo cuando un ser humano necesita para superarse, que en sus términos, significa ser capaz de reflexionar sobre la esencia de la subjetividad, al mismo tiempo, precaria y poderosa: “El cuerpo y el mundo ontológicos que encontramos en el corazón del sujeto no son el mundo en idea o el cuerpo en idea, sino que es el mundo concentrado en un dominio global, es el cuerpo mismo como cuerpo-cognoscente.”³⁶

En otro de sus trabajos, *Elogio de la filosofía*, Maurice Merleau Ponty cita a Simone de Beauvoir para referirse a la doble dimensión –espiritual y material– de lo humano, en una nueva vuelta al mismo problema del “dualismo”. Reconoce que ella había sabido poner el problema en lugar justo. Dice el autor, citándola:

³⁴ *Ibidem*. Página 199

³⁵ *Ibidem*. Página 163

³⁶ *Ibidem*. Página 447

*Nadie ha hecho jamás del cuerpo un simple instrumento o un medio, ni sostenido, por ejemplo, que pueda amar por principios. Y como además no es el cuerpo totalmente solo el que ama, se puede decir que él hace todo y que no hace nada, que es nosotros y que no es nosotros. Ni fin ni medio, siempre mezclado con asuntos que lo exceden, siempre celoso, sin embargo, de su autonomía, es bastante poderoso para oponerse a todo fin que no fuese más que deliberado, pero no tiene ninguno para proponernos si, finalmente, nos volvemos hacia él y lo consultamos. A veces, y es cuanto tenemos el sentimiento de ser nosotros mismos, él se deja animar, toma a su cargo una vida que no es solamente la suya. Entonces es dichoso y espontáneo, y nosotros con él...*³⁷

Tiene razón Merleau Ponty, Simone de Beauvoir pone el problema al que queremos aludir en los términos precisos. La enfermedad, como el amor, y también la muerte, son experiencias del cuerpo que, al mismo tiempo, lo exceden completamente. La muerte no es la mera cesación de los latidos y la respiración, aunque estos hechos corroboran de manera categórica -y concluyente- toda muerte. El amor no podría definirse como “el uso recíproco de los órganos genitales”, sin embargo, pese a la ironía de Kant, Judith Butler³⁸ nos hace ver de manera brillante, que la sexualidad se expresa también corporalmente, tal como lo han sabido decir bellamente los poetas y, con no poco escándalo, el mismo viejo Freud. Michel Foucault, lo dijo así: “Y, si a pesar de esas dos figuras peligrosas que lo cercan (se refería al espejo como figura ilusoria y a la muerte como amenaza), nos gusta tanto hacer el amor, es porque, en el amor, el cuerpo está aquí.”³⁹

Tampoco la enfermedad es el mero déficit, exceso, deterioro o invasión de un órgano o sus fun-

ciones. Es eso, pero es más. Ese cuerpo y ese exceso de la experiencia de enfermar, hacen inextricablemente al objeto de la medicina, pese a los esfuerzos del positivismo por deslindarlos, excomulgarlos, conjurarlos.⁴⁰ El médico interpreta la experiencia de la enfermedad que se conforma en la materialidad corporal para intervenir, luego, terapéuticamente. Y aunque el cuerpo queda en el primer plano, el padecimiento de la lesión, desborda la mera corporalidad. Los médicos no ignoran, por supuesto, este plus humano del cuerpo enfermo del paciente. Al contrario, como hemos podido ver, lidian con él, algunos de ellos, de manera muy noble.

Revisiones necesarias sobre el cuerpo como experiencia vital: el discurso de género y la salud colectiva

Retomando buena parte de estos recorridos teóricos que acabamos de presentar, el discurso de género, encarnado en las luchas feministas y de las mal llamadas “minorías sexuales”, precisamente, distingue y opone sexo a género: el primero, de base orgánica biológica; el segundo, una construcción social y cultural (sexo “generalizado”). Como en toda disputa política, el discurso de género se ha instalado en el lugar de la lucha por los significados, por los sistemas de diferencia y también de equivalencias. En ese sentido, la identidad no será “sexual”, en tanto proveniente de la naturaleza orgánica sino que habrá de entenderse como una

³⁷de Beauvoir, S. como es citada por Merleau Ponty, M. (2006). *Elogio de la Filosofía*. Buenos Aires: Nueva Visión. (Edición original en 1960). Página 94. (texto dedicado por su autor, M. Ponty, a J. P. Sartre)

³⁸Butler, J. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del <<sexo>>*. Buenos Aires: Paidós.

³⁹FOUCAULT, Michel. *El cuerpo, lugar utópico*. Traducción de Pablo López Cantó. 2011 (Ed. Or. 1966) [En línea]. [Consulta: 6 de febrero 2011]. Disponible en: <http://riff-raff.unizar.es/files/foucault_6.pdf> (También publicado en 2010, por Nueva Visión “El cuerpo utópico. Las heterotopías”)

⁴⁰ Con P. Bourdieu, y Saussure, sostenemos que es el punto de vista el que crea el objeto. *El objeto de una ciencia no se confunde con su referencia empírica*. Cf. Bourdieu, P. ob. Cit.

construcción subjetiva-social, es decir, como identidad de género. Ahora bien, este es un debate en el interior mismo del psicoanálisis. Citamos otra vez el diccionario de Chemama:

¿Hay que concluir de todo esto, como Freud, que la anatomía constituye el destino del ser deseante? La clínica psicoanalítica demuestra que no basta con tener un cuerpo de sexo (masculino o femenino) [...] para identificarse como hombre [...] o devenir mujer. Las identificaciones imaginarias, las palabras y el deseo de los Otros parentales pueden empujar al sujeto en el sentido contrario a su sexo anatómico. 'Nacen' así varones fallidos, hombres afeeminados, homosexuales, travestis y transexuales. Sin embargo, no se puede decir que el cuerpo real, en tanto organismo, carezca de importancia. Este no deja de oponer algunas resistencias a esas identificaciones imaginarias o simbólicas y a las manipulaciones diversas que pueden introducir. De la misma manera, nunca deja de resultar algún daño de que un sujeto rechace tal o cual característica singular de su cuerpo real. Dicho de otro modo: el cuerpo real no deja de constituir un destino, y si la anatomía no es un destino, está lejos de dejar de serlo del todo.⁴¹

La cita da cuenta de la posición más conservadora que predominaba dentro de lo que E. Roudinesco denomina el “legitimismo freudiano,”⁴² que condenaba la homosexualidad, e incluso no aceptaba candidatos homosexuales en el análisis didáctico. Esta posición fue desafiada tempranamente por J. Lacan, y J. Butler confronta con ellas abiertamente. Desde su punto de vista, la materialización del cuerpo es un proceso dándose y, esa brecha en su producción social es, precisamente, lo que permite pensar formas diferentes de aparición de la sexualización que, de otro modo, sólo puede ser simbolizada en términos de falla, de anormalidad. En efecto, en su libro *Cuerpos que importan*, Judith Butler⁴³ se

propone introducir el debate sobre la vida corporal para revisar la noción de género como una construcción simbólica –cultural–, en diálogo crítico con ciertas perspectivas feministas que postulan un constructivismo lingüístico radical, como sostén de la distinción sexo/género. Las perspectivas más radicales, entienden postulan al sexo como lo dado pre-lingüístico mientras que el género es lo socialmente construido-asumido en el lenguaje.

Pero Butler entiende que para argumentar que no hay ningún “sexo” prediscursivo que actúe como punto de referencia estable sobre el cual, o en relación con el cual, se realiza la construcción cultural del género, hace falta un trabajo más riguroso porque decir que el sexo está ya generalizado, no basta para explicar de qué modo se produce forzosamente la “materialidad” del sexo.⁴⁴ Dicha materialidad, para Butler, deberá reconcebirse, por un lado, como el efecto del poder, el efecto más productivo del poder: la materia de los cuerpos es indisoluble de las normas regulan su materialización y significación. Por otro, comprendiendo la performatividad del discurso para producir los fenómenos que regula e impone, en este caso, el cuerpo sexuado. Ambos, como procesos abiertos. Es decir, lo corporal es efecto de la norma y, a la vez, el lugar del que se sustrae un resto resistente a la simbolización: entendido el sujeto como anudamiento, el género no es sin el cuerpo.

En las últimas décadas podemos apreciar una serie de transformaciones sociales significativas en este sentido, respecto de las cuales el discurso médico, especialmente en el campo de la salud colectiva, debe revisar decididamente su matriz teórica a fin de estar a la altura de las circunstancias, es

⁴¹Chemama, R. ob. Cit. Página 72

⁴²Roudinesco, E. (1994). ob. Cit. Página 373

⁴³ Butler, J. Ob. Cit.

⁴⁴ Ibídem. Página 16

decir, a fin de asegurar el Derecho a la Salud de las poblaciones. Sin estas revisiones críticas sobre el concepto de cuerpo y corporalidad que conmuevan la matriz epistémica del discurso médico, es difícil pensar que se podrá responder en la atención de la salud a los avances alcanzados en el campo de los derechos sexuales y reproductivos así como en los de identidad de género. Nos explicamos mejor.

Por una parte las luchas feministas han criticado la base “sexista-machista” del modelo patriarcal demostrando cómo la desigualdad de género ha naturalizado prácticas sociales violentas e inaceptables la esclavitud sexual, en la trata de personas o en múltiples formas de violencia contra la mujer, laboral, simbólica, conyugal o sexual del que las niñas, niños y adolescentes suelen ser las principales víctimas. Las mujeres han avanzado también en el campo de los derechos sexuales y reproductivos al plantear, por una parte, la obligación del Estado en el campo de la Educación Sexual Integral, así como la reivindicación del derecho a decidir sobre el cuerpo, esto es el Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo⁴⁵. Asimismo, son también efectos sociales del discurso de género y sus luchas el reconocimiento de igualdad ante la ley a las parejas del mismo sexo.

En Argentina se produjeron en los últimos años transformaciones legislativas sustantivas. Así, por ejemplo la Ley 26618 de Matrimonio igualitario, supone el reconocimiento social a la identidad de género que pone freno a algunos aspectos de la estigmatización social de la homosexualidad y revisa el propio concepto socialmente aceptado de familia. Pero quizá lo más relevante haya sido la conquista de la Ley 26743, de Identidad de género, esto es, que las personas pueden exigir al Estado que reco-

nozca en su documentación su identidad de género. Así, el sexo queda jurídicamente subordinado al género y la identidad es entendida como proceso y no como determinación natural.

En el campo de la salud colectiva, estas transformaciones sociales tienen fuertes implicaciones de las que sólo haremos breve referencia a las más urgentes.

1.- El concepto de familia en tanto unidad de intervención privilegiada, es esencial. Si bien hemos avanzado en criticar el modelo nuclear tradicional (especialmente en el campo de la salud colectiva y la salud mental está puesto en crisis hace mucho tiempo), es preciso recuperar la discusión en relación con las parejas homosexuales. Este nuevo modelo parental desafía los límites de nuestro conocimiento en más de un sentido y nos arroja al terreno de los prejuicios, incluso con formato de discurso académico.

2.- Es preciso asegurar el derecho del paciente en relación con su identidad de género durante el tratamiento. Esto es especialmente importante en la internación, en la que debe adoptarse el criterio de asignación de cama o unidad de internación atendiendo al género y no al sexo, independientemente de las intervenciones médicas sobre los caracteres sexuales biológicos. Esto es un derecho del paciente por dos razones: por el respeto de su dignidad y por la garantía del vínculo terapéutico. También en la atención comunitaria, el respeto de la identidad de género hace a la calidad y dignidad del vínculo terapéutico que, como sabemos, puede ser decisiva para la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, por poner un ejemplo sencillo.

45 La legislación argentina ha incorporado estas temáticas en la Ley 26842, Ley de Trata de personas; en la Ley 26485 de Protección integral de la mujer contra la violencia de género, en la Ley 26150 de Educación sexual integral así como también en el pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia sobre el derecho a decidir en casos de Aborto no punible (Art. 86 del Código Penal) y en Protocolizar la intervención de la justicia, Educación, Salud, Consejo del Menor y Policía ante casos de abuso sexual infantil, atendiendo al criterio de no revictimizar a las víctimas.

3.- En relación con la atención de mujeres, nos parece muy importante que las consultas ambulatorias o de guardias adopten un compromiso con la lucha contra toda forma de violencia. Nos referimos a pesquisar en todas las instancias casos de trata o de violencia que suelen llegar a la consulta bajo otro tipo de demanda exclusivamente física o de crisis de angustia. Es preciso que los profesionales de la salud tengan la hipótesis diagnóstica de trata de personas o violencia de género en las consultas de guardias generales o en salud mental. Muchas veces la reproducción de las dicotomías hace que la consulta se mantenga en el plano exclusivamente físico o mental en el que ingresa la demanda, sin reunirlos en la experiencia social de la violencia para atender la verdadera causa del sufrimiento.

4.- Finalmente, es preciso también introducir la discusión sobre la educación sexual integral y el derecho a decidir la interrupción del embarazo. El conocimiento sobre la sexualidad y la reproducción es un derecho humano reconocido constitucionalmente a través de los tratados internacionales sobre el tema. Así, la consigna “educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”, cobra una dimensión diferente.

Epílogo

La oposición mente-cuerpo, característica del discurso dominante en las ciencias de la salud, es efecto de una matriz epistémica cuyo dualismo fundamental está dado entre lo subjetivo y lo objetivo. En ese diagrama, lo corporal –incluso lo mental mismo- se reduce y subordina a lo somático, lo orgánico como dimensión objetiva del cuerpo. Lo social-afectivo, lo subjetivo, queda desplazado completamente de su visibilidad.

Las limitaciones de este discurso pueden advertirse rápidamente repasando los problemas del presente: junto con los avances sobre derechos sexuales y reproductivos, persisten y proliferan formas de violencia que hacen de la Educación Sexual Integral una gran herramienta para la salud colectiva. Sin embargo, a pesar de la formación universitaria, los profesionales de la salud y de la educación se confrontan a enormes dificultades para hablar sobre el tema. Nuestra hipótesis es que tales dificultades no provienen tanto de la cultura, es decir, de los tabúes culturales relativos a la sexualidad, como de su propia formación disciplinar, organizada por el discurso científico.

Tal como lo demuestran las prácticas institucionalizadas, la mayoría de los docentes todavía consideran que los profesionales de la salud, especialmente los médicos y dentro de ellos, los especialistas en ginecología, son “los más capacitados” para dar educación sexual en las escuelas. Como podemos advertir, dicho presupuesto pone en acto lo que acabamos de desarrollar: la educación sexual es entendida desde la misma confusión que asimila lo corporal a lo somático-orgánico. Para superar las limitaciones que este discurso instala, sin embargo, no es suficiente con asumir el discurso del polo opuesto, la perspectiva subjetivista, porque reproduce lo que pretende combatir: deja en pie la matriz dualista que lo origina. Un concepto no dualista de cuerpo se opone y rechaza la oposición idea organicista-biologicista así como su reducción a la dimensión subjetiva: apuesta a pensar el cuerpo como una construcción, como un espacio de experiencia, de apropiación y significación del mundo de carácter enteramente social. Por ello, sostenemos que las ciencias de la salud necesitan repensar sus puntos de partida para plantear aportes de cara a los avances y problemas sociales en el campo de los derechos sexuales reproductivos, terreno en el que están fuertemente implicadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Butler, J. Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del <<sexo>>. Buenos Aires: Paidós.(2008).
- Canguilhem, G. . Lo normal y lo patológico. Segunda Edición. Buenos Aires: Siglo XXI. (Edición original en 1943).(1971)
- Charon, R. Narrative Medicine. Honoring the stories of illness.NY: Oxford UniversityPress. Como es citado en TORTOLO, Mauro. Las historias que cuenta la medicina. Revista Intramed. 2011 [En línea]. [Consulta: 12 de marzo 2012] Disponible en: <<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=69837>>(2006)
- Chemama, R. Diccionario de Psicoanálisis. Diccionario Actual de los significantes, conceptos y temas del psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (2002).
- Ferreya, N. Lo orgánico y lo discursivo. Rosario: Editorial Fundación Ross. (2009).
- Foucault, M. El cuerpo, lugar utópico. Traducción de Pablo Lópiz Cantó. 2011 (Ed. Or. 1966) [En línea]. [Consulta: 6 de febrero 2011]. Disponible en: <http://riff-raff.unizar.es/files/foucault_6.pdf> (También publicado en 2010, por Nueva Visión “El cuerpo utópico. Las heterotopías”)
- Gadamer, H. G. . El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial Gedisa. Páginas 34-35(1996)
- García, G. Kojève, la trama secreta (Prólogo). En Auffret, D. (2009). Alexandre Kojève. La filosofía, el Estado y el fin de la Historia. Buenos Aires: Editorial Letra Gamma.(2008)
- Garrido Elizalde., Patricia. El cuerpo; un recorrido por los textos de Jacques Lacan. (Revista N° 11-octubre 2007). [En línea]. [Consulta: 10 de junio de 2012]. Disponible en: <http://cartapsi.org/spip.php?article69>
- Iacoboni, M. Neuronas espejo. Barcelona: Katz Ediciones.(2007).
- Lacan, J. Función y campo de la palabra. En Lacan, J. (1988). Escritos I. 14ª Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.(1953).
- Lacan, J. Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI. (Edición original en 1966).(1988).
- Lacan, J. Seminario El Sinthome 1975-1976. Libro XXIII. Buenos Aires: Editorial Paidós.(2006).
- Lacan, J. Psicoanálisis y medicina. Traducción de Ricardo. Ponte. (Edición original en 1966) [En línea] [Consulta 10 de junio de 2012]. Disponible en: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar/2008/05/jacques-lacan-psicoanlisis-y-medicina.html>(2008)
- Merleau Ponty, M. Fenomenología de la percepción. México: FCE(1954).
- Merleau Ponty, M. Fenomenología de la percepción. México: Fondo de Cultura Económica. (1957). (Edición original en 1945).
- Merleau Ponty, M. Elogio de la Filosofía. Buenos Aires: Nueva Visión. (Edición original en 1960). Página 94. (texto dedicado por su autor, M. Ponty, a J. P. Sartre)(2006).
- Miller, J-A. y otros. Embrollos del cuerpo. Buenos Aires: Paidós.(2012).
- Muñoz, C. Tesis doctoral Lecturas del cuerpo. Problemas epistemológicos y semióticos de la diagnosis clínica. UNER- Doctorado en Ciencias Sociales. Paraná, Argentina. Dir. Silvia Duluc.(2012)
- Roudinesco, E. Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.(1994).
- Roudinesco, E. y Plon, M. Diccionario de Psicoanálisis. 1a Edición 2a Reimpresión. Editorial Paidós. Buenos Aires. (2005). (Edición original en 1997).
- Trobas, G. El síntoma impuesto a la elección del síntoma. En Glaze, A. (Compiladora) (2005) Una práctica de la época. El psicoanálisis en lo contemporáneo. Buenos Aires: Grama Ediciones.(2005).

Registros de Enfermería: La escritura como reflejo de las tensiones entre el decir y el hacer.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de importancia que el personal de enfermería en el Hospital Zonal de Agudos Mi Pueblo, de Florencio Varela, de la Región VI del conurbano bonaerense (Provincia de Buenos Aires, República Argentina) le asigna a sus registros.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal. Para establecer la importancia que el personal de enfermería le asigna a sus registros se utilizaron dos instrumentos; una escala de Likert y una lista de cotejo que constó de 18 variables independientes. La escala de Likert consideró la importancia asignada a las tres dimensiones del registro de enfermería: el Plano Asistencial, Administrativo y Legal. La muestra estuvo constituida por 96 enfermeros (n208). La lista de cotejo fue aplicada sobre 120 registros escritos de enfermería.

Palabras claves: Registro de Enfermería, Importancia, Asistencial, Administrativo, Legal, características de los registros.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of importance of nurses in the Zonal Hospital Acute Mi Pueblo, Florencio Varela, Region VI of Buenos Aires (Buenos Aires, Argentina) assigned to their records.

Materials and Methods: A quantitative, descriptive, observational, cross-sectional study was performed. To establish the importance of nurses assigned to their records two instruments were used; a Likert scale and a checklist that consisted of 18 independent variables. The Likert scale considered the importance assigned to the three dimensions of nursing record: the care, Administrative and Legal plane. The sample consisted of 96 nurses (N208). The checklist was applied over 120 written nursing records.

Keywords: Registry of Nursing Importance Healthcare, Administrative, Legal, characteristics of the records.

1. El presente trabajo corresponde a la Tesis de Grado de la Carrera de la Licenciatura de Enfermería. Directora: Lic. Prof. Karina Espíndola. Universidad Nacional de Quilmes. Bernal. Argentina. Julio 2014.

INTRODUCCIÓN

Se considera que el Hombre ha comenzado a manifestarse con signos fonéticos hace unos 30.000 años y a comunicarse por medio de la escritura hace 5 o 6.000 años a C. (1)

La escritura es una categoría básica en la vida humana. El hombre comenzó esta práctica por necesidades que partían de su interior, como el alcanzar la inmortalidad a través de los escritos, conocer el futuro y por supuesto, incontenible necesidad de comunicar, que no siempre podía verse satisfecho con la lengua hablada por trabas espacio-temporales.

La escritura permite dejar un registro duradero de los hechos históricos y es una de las formas de expresión del lenguaje y se ha ido transformando a través de los tiempos a la par de la transformación del hombre y por supuesto, interviniendo en la comunicación entre los sujetos a modo de herramienta de trabajo, solo por nombrar alguna de sus muchas utilidades.(2) (3)

En el ámbito de la salud, la escritura representa una herramienta de suma utilidad, ya que permite comunicar las actividades relacionadas con el cuidado de las personas en distintas situaciones de salud.

Específicamente en el campo de la enfermería, los registros de enfermería dan cuenta de la atención de enfermería en sus distintos planos de incumbencia ya sea éstos del plano asistencial, legal y/o administrativo.

En el aspecto asistencial, el registro permite dar cuenta de la calidad de la atención en función del número de actividades registradas, garantizando así la calidad del cuidado. En este sentido, el registro escrito del proceso de atención de enfermería (PAE), resulta de suma utilidad para garantizar la continuidad de las actividades realizadas.

Los registros de enfermería reflejan además el

aspecto administrativo del cuidado en el cual se encuentran detallados los insumos materiales y humanos necesarios para la adecuada prestación de enfermería. Desde el aspecto administrativo los registros nos permiten la organización y funcionamiento del servicio.

Desde el aspecto legal los registros de enfermería representan un respaldo jurídico que conlleva repercusiones y responsabilidades de índole profesional y es indispensable llevarlo a la práctica con el necesario rigor científico que garantice la calidad de los mismos.

Benavent (4) señala la importancia de los registros escritos expresando que "el registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre los cuidados, mejorando así la calidad de la atención" que se presta a los pacientes, su familia y la comunidad en general.

En la práctica profesional se observa que los registros se presentan muy variados y que esta variación puede depender de la formación, de las condiciones de trabajo, de la organización institucional o de un componente personal.

Barbarelli (4) sostiene que los registros de enfermería son una parte vital de la historia clínica de los pacientes. El tema de los registros de enfermería ha sido abordado desde diferentes perspectivas que van desde el cumplimiento en la realización de los mismos, pasando por el análisis de la calidad de información, hasta la propuesta de construir estándares básicos de información.

El presente trabajo se propuso establecer la importancia que el personal de enfermería le asigna a sus registros desde dos perspectivas: por un lado desde la percepción de los propios enfermeros y por otro desde el análisis de sus propios registros escritos, a fin de construir una secuencia completa

entre el decir y el hacer en la práctica cotidiana considerando que el profesional está presente en su registro a través de lo que expresa en forma escrita, en lo que dice pero también en lo que no dice.

Materiales y método

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal. Para llevar a cabo el objetivo de la investigación se utilizaron dos instrumentos: una escala de Likert y una lista de cotejo. La escala de Likert fue administrada sobre una muestra de 96 trabajadores del staff de enfermería, mientras que la lista de cotejo se aplicó sobre 120 registros de enfermería (n208) del servicio de Clínica Médica del Hospital Zonal de Agudos Mi Pueblo de Florencio Varela, de la Región VI del conurbano bonaerense de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

Categoría y rango de puntaje de la Escala de Likert.

Categoría	Rango de puntaje
Muy Importante	75 a 60 puntos
Importante	59 a 45 puntos
Poco Importante	44 a 30 puntos
Sin Importancia	29 a 15 puntos

La escala de Likert contó con 15 reactivos. Trece de ellos eran positivos y se esperaba el total de acuerdo, y 2 reactivos negativos, donde se esperaba el total de desacuerdo. Así mismo se tomaron tres dimensiones correspondientes a los planos asistenciales, administrativos y legales. Se construyeron 5 reactivos para cada dimensión.

De acuerdo al puntaje obtenido, el nivel de importancia fue asignado de la siguiente manera:

Para el caso de la lista de cotejo se construyeron 18 variables independientes. Cada enunciado tiene un patrón de respuesta positiva o negativa. A cada respuesta positiva se le asignó una puntuación de 2 puntos y en el caso de ser negativa 0. Las variables 8-9-10-11 tienen un patrón de respuesta politómica de tres opciones: ninguna vez (2 puntos), una vez (1 punto), más de una vez (0 puntos).

Instrumento de medición. Escala de Likert.

	Nivel de acuerdo				
	TA	A	I	D	TD
1. Los registros de enfermería facilitan la comunicación entre los miembros del equipo de salud en los distintos turnos					
2. Los registros de enfermería reflejan en forma cronológica la evolución y seguimiento del estado de salud del paciente.					
3. La realización de los registros insumen un tiempo valioso que puede ser destinado a otra actividad					
4. Los registros de enfermería incompletos dificultan la continuidad de los cuidados					
5. Los registros de enfermería reflejan la práctica del profesional de enfermería					
6. Los registros de enfermería proporcionan información importante durante el proceso de auditoría.					
7. Los registros de enfermería permiten justificar la dotación de recursos humanos en los diferentes servicios					
8. Desde el aspecto administrativo los registros de enfermería facilita la organización y el funcionamiento de la institución					
9. Los registros de enfermería tienen importancia administrativa en la facturación					
10. Los registros de enfermería proporcionan datos sobre recursos materiales utilizados					
11. Los registros de enfermería deben contener datos precisos para la identificación del enfermero a cargo (escribir su nombre completo y n° de matrícula)					
12. Los registros de enfermería revisten relevancia frente a una demanda legal.					
13. Los registros de enfermería deben ser escritos a medida que van sucediendo los hechos.					
14. Los registros de enfermería deben confeccionarse en forma clara, precisa y legible					
15. Los registros de enfermería no forman parte de la historia clínica.					

Variables relevadas en la lista de cotejo
1. Se encuentran los datos completos de identificación del paciente
2. Están desarrollados en forma objetiva
3. Están desarrollados cronológicamente
4. Se observan errores gramaticales
5. Se observan errores de semántica
6. Se observan líneas en blanco
7. Escribe entre líneas
8. Utiliza corrector
9. Contiene palabras tachadas
10. Se observan borrones
11. Contienen abreviaturas que inducen al error
12. En caso de error lo enmienda de la manera correcta(solo con una línea)
13. Las palabras son claras y legibles
14. Utiliza letra de imprenta para que la lectura sea comprensible
15. Se observan términos globales como “bueno, regular, habitual y normal”
16. Contienen firma
17. Contienen sello
18. Contiene número de matrícula

Resultados

La primera etapa de la investigación se propuso establecer que importancia le asignaba a sus registros, el personal de enfermería. Para ello se tomó una muestra de 96 trabajadores a quienes se aplicó una escala de Likert obteniéndose los siguientes resultados:

En relación a las variables de caracterización, el 93% de los encuestados (n: 89) corresponde al sexo femenino y un 7% (n:7) al sexo masculino. La edad promedio es de 38,5 años, DE +/-9. La formación académica evidenció que un 73% (n:70) de la muestra es enfermero y un 10% (n:10) Licenciados. En relación a la antigüedad en la profesión, se observó que un 68% de los encuestados lleva ejerciendo entre 1 y 10 años y el 10% más de 20 años.

En relación a la edad y el nivel de formación académica, se evidenció que el 33% de los Enfermeros tienen entre 31- 40 años, mientras que el 15,6% tienen entre 20-30 años. En cuanto a los Licenciados el 5,3% tienen más de 41 años y solamente el 1% entre 20-30 años.

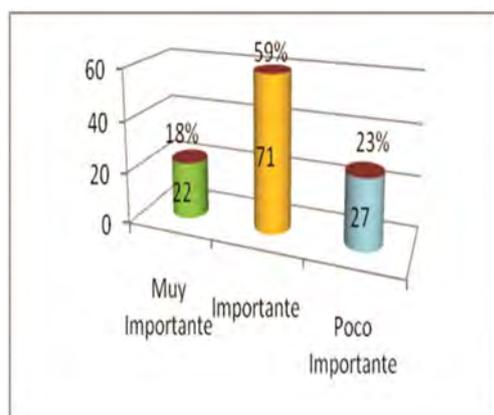
En relación a la variable en estudio, el 72% del personal de enfermería (n: 96) considera **"Muy Importante"** a sus registros, mientras que el 1% le asignó un valor de **"Poco Importante"**. Cabe destacar que no se registró la categoría **"sin importancia"**.

En relación a cada una de las dimensiones, cabe señalar que el 62,5% de los encuestados consideró **"Muy importante"** al Aspecto Asistencial y sólo un 3,12% lo consideró **"Poco Importante"**.

Por su parte, el 40,6% de los encuestados consideró **"Muy Importante"** al aspecto administrativo, mientras sólo el 3,12% lo consideró **"Poco Importante"**.

Gráfico 1. A

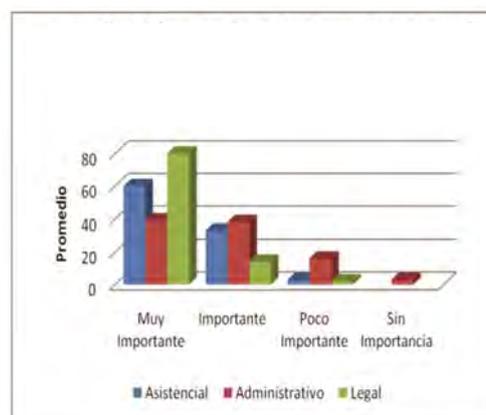
Nivel de Importancia asignada a los Registros. Escala de Likert (n 120)



Fuente: Elaboración propia en base a Registros de Enfermería provistos por el área de Clínica Médica del Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo" de Florencio Varela. Febrero- Marzo 2013.

Gráfico 1.B

Nivel de importancia asignado a los registros según el plano: asistencial, administrativo y legal



Fuente: elaboración propia. Alumnos 5º año. Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Quilmes. 2º semestre 2012

Asimismo, es interesante señalar el nivel de importancia asignado según la formación académica, el cual deja en evidencia que para el 47,9% de los trabajadores con formación de pregrado (técnicos) los registros son muy importantes y sólo para el 1% los 1% poco importante. Por su parte, el 9% de los licenciados (n:10) consideró importante.

La segunda etapa del estudio, se propuso mediante el análisis de los registros escritos, establecer en forma indirecta, la importancia asignada a ellos. Como ya se ha dicho, para ello se construyó un instrumento de tipo lista de cotejo, para medir las características de los registros escritos. De acuerdo al puntaje obtenido en la lista de cotejo, se estableció mediante una escala ordinal niveles de importancia de acuerdo a tres categorías: Muy importante - Importante - Poco importante.

El análisis de los registros escritos en términos de sus características, evidenció que el 59% se correspondía con la categoría Importante, (n:71) seguido por el 23% (n:27), que de acuerdo a sus características fueron calificados como Poco Importante y el 18% es decir los 22 registros restantes fueron calificados como Muy Importante.

Tabla 1. Principales dificultades encontradas en los registros analizados

VARIABLES A MEDIR	FRECUENCIA	%
V 15. Se observan términos globales, "bueno, regular, habitual y normal"	108	90%
V 14. No utiliza letra de imprenta para que la lecturas sea comprensible	96	80%
V1. No se encuentran los datos completos de identificación del paciente	91	76%
V2. No están desarrolladas de forma objetiva	84	70%
V 17. No contienen sello	80	67%
V 18. No contiene numero de matricula	79	66%

Fuente: Elaboración propia en base a Registros de Enfermería provistos por el área de Clínica Médica del Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo" de Florencio Varela. Febrero- Marzo 2013.

Conclusiones y discusión

La escritura es una de las más importantes capacidades que ha desarrollado el hombre a lo largo de toda su historia. Entre otras cosas, refleja las formas de concebir el trabajo de manera organizada. La escritura puede ser concebida como un proceso mental y motor que utilizan los seres humanos como un medio de comunicación. Ello implica la producción de un elemento —el escrito— el cual es vehículo de mensajes emanados de una persona para que sean captados por otra.

El registrar, no sólo es una acción más de enfermería, sino que también forma parte del arte y la ciencia del cuidar. En este sentido, el registro de enfermería se conforma en un procedimiento que documenta la valoración e intervenciones de Enfermería, así, como la respuesta del enfermo al tratamiento médico. Estos escritos comunican hechos esenciales a fin de mantener una historia continua de la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo y de su impacto en el paciente, para la toma de decisiones durante su estancia hospitalaria.

Entre los resultados más relevantes se observa que el 72% del personal de enfermería que contestó la escala de Likert (n: 96) considera "Muy Importante" a sus registros, mientras que el 1% le asignó un valor de "Poco Importante" destacando que no se registró la categoría "sin importancia".

En este sentido, resulta interesante señalar el alto nivel de importancia asignado al plano legal con un 83% sobre todo, señalando su relevancia frente a una demanda legal.

Por su parte, en el Aspecto Asistencial, los registros fueron considerados importantes como instrumento para dejar plasmadas todas las actividades que se llevan a cabo en el proceso de cuidado, aunque también se señaló en algunos casos que su confección insume un tiempo valioso que puede ser destinado a otras actividades.

En relación a la importancia relacionada con el aspecto administrativo, cabe señalar la poca importancia asignada a este aspecto por parte de los encuestados.

En relación a la segunda etapa del estudio, se observó en el análisis de los registros escritos en términos de sus características, valores distintos de los señalados en la etapa anterior. A este respecto, nótese que el 72% de los que contestaron la Escala de Likert señalaron como muy importante sus registros fue, mientras en el análisis puntual de los registros se refleja un puntaje que la considera muy importante solo en un 18%.

De la misma manera, el 27% de los encuestados con la Escala de Likert le asignan a sus registros categoría "importante", mientras que en el análisis de los registros escritos se observa que un 59% los consideran "importantes".

Por último, también es interesante señalar que en la Escala de Likert solo el 1% le asignó poca importancia a los registros, mientras que el relevamiento documental de los registros, señala que el 23% (n:27), de acuerdo a sus características fueron calificados como Poco Importante.

Ahora bien, sea como fuere, lo cierto es que dato interesante que pone en evidencia el estudio, es el hecho de mostrar las tensiones presentes entre

el "decir y el hacer", esto es, como la importancia asignada por los sujetos a sus registros, se ve "desdibujada" cuando se analizan los documentos escritos. Es decir que, aquella importancia manifestada por los encuestados pierde su fuerza, cuando es contrastada con los registros escritos por ellos mismos.

En este sentido consideramos que la peculiaridad del abordaje metodológico permite hacer visible la secuencia completa entre el "decir y el hacer" presente en todos los sujetos, independientemente de su profesión o actividad laboral. Para el caso particular de los registros escritos, este hecho resulta relevante ya que no solo da cuenta del desacople mencionado, sino que funciona como punto de partida para avanzar en este tipo de estudios, a fin de poder hacer visibles aquellos posibles factores contextuales que posiblemente están incidiendo en la confección de los registros.

Asimismo, consideramos que la heterogeneidad observada en los registros forma parte del propio acto de registrar. No obstante, también creemos que éste acto puede verse afectado por diferentes factores sociales, personales e institucionales que repercuten en su confección.

La sobrecarga de trabajo, la relación enfermero-paciente, el tipo de paciente y la calidad de cuidado que requiere, gravitan en muchos casos sobre la confección de los registros en términos de calidad.

Por todo lo dicho, se considera que el estudio investigativo de los registros de Enfermería representa un tema preponderante porque en ellos se denota el ser, el hacer, el quehacer, el pensar del profesional que lo realiza, pero fundamentalmente refleja la calidad de atención en el arte de cuidar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Barbarelli J; Personal de enfermería un aliado fundamental en la prevención del riesgo. Praxis Médica. Marzo 2007. Biblioteca Virtual Noble. Agosto 2009. (3)
- 2- Benavent M, Leal M. Los registros de enfermería: Conclusiones ético legales. Bioética en la Red. 2004; disponible en URL; [http:// www.Bioeticaweb.com/content/view/222/778/lang, es/](http://www.Bioeticaweb.com/content/view/222/778/lang,es/). (4)
- 3- Cardenas Espinosa, R. D; Direccionamiento Institucional de Empresas Sociales: Caso Fondo de Empleados de la Universidad Autónoma de Manizales y FUNDECA; Proyecto de trabajo; publicado por GRIN; 2012.
- 4- Diplomado de enfermería/ ATS del consorcio hospitalario de Valencia, vol. 2 primera edición; España; Ed.: MAD; 2004. Pág. 180.
- 5- Fernández H., A.I., Burgos M., Herrero G., T., Cabrero C., A. I., García I., M. Control de calidad de los registros de enfermería. Revista digital Enfermería Intensiva. Vol. 9, N°. 1, 1998, Págs. 10 (9)
- 6- García Martin-Caro C.; Martínez Martin M. L.; Historia de la enfermería: historia del cuidado enfermero; España, Ed.: ELSEIVER S.A, año 2007, pag.165
- 7- Garrott Fuentes A.; La comunicación como estrategia del cuidado. Procedente de la 1º Jornada de Enfermería. 19 de mayo de 2010. Ciudad de Tigre. Buenos Aires. (7)
- 8- Iyer P, Taptich B, Bernochi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed.; México: Editorial Mc Graw- Hill Interamericana; 1997. P. 83-90. (5)
- 9- Ley de Ejercicio de la Enfermería a nivel Nacional. Ley n°24004/ 91. Buenos Aires, Argentina: Boletín oficial n° 27250. (Octubre 28, 1991).
- 10- Nanda internacional; diagnósticos enfermeros “definiciones y clasificación” 2009-2011; España, ed.: Elseiver; año: 2010; pág. 38.
Ong, W. Oralidad y Escritura. Tecnologías de la palabra. Fondo de Cultura Económica.1996. (1)
- 11- Ortega C, Suarez MG. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería estrategias para su aplicación. 2ª ed.; Argentina: Editorial: Panamericana; 2009. P. 213-214.
- 12- Ruiz Hontangas, A. Calidad de los registros de enfermería cardiovascular; 4to congreso virtual de cardiología, 2005.(2)
- 13- Vela C.B; Amplio papel de la enfermería en oncogeriatría; España; Ed.: ECU; año 2012; pag.7. 15En:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo,codigo=1455497>.

Perfil de automedicación y factores asociados en estudiantes universitarios.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el fin de establecer el perfil de la automedicación y sus factores asociados de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes en Buenos Aires, Argentina.

Materiales y Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se realizó una encuesta autoadministrada sobre un total de 220 alumnos.

Resultados: Se observó que el 91% de los estudiantes se automedica. Entre los medicamentos más consumidos fueron señalados los analgésicos (41,70 %), mientras que el principal síntoma referido para automedicarse fue el dolor (34,4%). La principal razón mencionada para no asistir a una consulta profesional fue la falta de tiempo (28,8 %). La recomendación del farmacéutico fue señalada como la principal fuente para automedicarse (32,6%).

Palabras Clave: Automedicación, medicamentos de venta libre, medicamentos de venta bajo receta, automedicación responsable, efectos adversos.

ABSTRACT

The present study was conducted to establish the profile of self-medication and associated factors of nursing students from the Universidad Nacional de Quilmes in Buenos Aires, Argentina.

Material and Methods: Observational, retrospective, descriptive, transversal. A self-administered inquiry of a total of 220 students was conducted.

Results: Of the 220 students surveyed, 91% of them are self-medicated. The most frequently used drugs are analgesics (41.70%), the main symptom is pain (34.4%). The reasons mentioned for not attending doctor are: lack of time (28.8%). The source of recommendation for self-medication was pharmaceuticals (32.6%) and the obtaining site was a pharmacy (66%).

Keywords: Self-medication, OTC medications, prescription drugs, responsible self-medication, adverse effects.

INTRODUCCIÓN

La automedicación es una práctica social discutida aún en la actualidad. Existen distintas opiniones y controversias en relación al tema, algunos destacan los peligros y riesgos del consumo deliberado de fármacos sin la correspondiente orientación profesional. Otros, como la OMS sostienen aspectos beneficiosos del consumo cuando la práctica es responsable. (1)

Existe un marco normativo que regula la venta de medicamentos y señala dos grupos de medicamentos los de venta libre y los de venta bajo prescripción médica. (27)

Los Medicamentos de Venta Bajo Receta Médica (VBR), son aquellos que requieren una prescripción profesional para el tratamiento de una enfermedad o sus síntomas, escrita de puño y letra, firmada y sellada, para que la venta se realice. (22) (2)

Los medicamentos de venta libre, pueden ser adquiridos en farmacias sin necesidad de presentar una receta médica, por su seguridad, eficacia y fácil utilización, pueden ser empleados sin requerir de asistencia médica. (31)

Por su parte la OMS propone el concepto de automedicación responsable que intenta dar una respuesta a dos situaciones graves observadas en las sociedades modernas generando una tensión entre ambos enfoques, por un lado la deliberada ingesta de medicamentos y por otro la necesidad de dar una respuesta concreta aliviadora en personas que por alguna razón se encuentran distantes de un centro de salud o atención profesional.

Desde esta perspectiva, son los sujetos los que asumen la responsabilidad de informarse sobre los

efectos deseados y adversos que producen ciertos medicamentos con el consiguiente compromiso de acercarse a un centro de atención de salud a fin de establecer un diagnóstico y encaminar un tratamiento seguro.

Entre los aspectos negativos, se destaca el uso excesivo de los medicamentos, la ausencia de un correcto control de éstos, el riesgo de efectos indeseables, las interacciones medicamentosas inesperadas, el retraso en el diagnóstico de una determinada enfermedad y la utilización inadecuada de los medicamentos en general. Este aspecto es particularmente importante si se considera que los pacientes pueden ignorar las contraindicaciones de los fármacos y los peligros derivados de su uso prolongado. (19)

En cuanto a las manifestaciones clínicas negativas de la automedicación cabe señalar que cualquier órgano o sistema puede verse afectado como consecuencia de la administración de medicamentos.

Entre las principales manifestaciones clínicas de la automedicación se observan erupciones en la piel, foto sensibilidad, erupciones acneiformes, alopecia, erupciones fijas (eritema, flictena, urticaria, placas pruriginosas), Necrólisis tóxica epidérmica, eritema multiforme, fiebre, alteraciones hematológicas, hepatotoxicidad, ototoxicidad, nefrotoxicidad, trastornos de la esfera sexual, alteraciones del Sistema Nervioso Central, alteraciones gastrointestinales. (24)

En términos generales, se observa que la práctica de automedicación en la población es un fe-

nómeno creciente, motivado por una compleja red de factores entre los que se puede mencionar la mejora de los niveles de educación y un mayor acceso a la información, combinado con un incremento de interés individual por la salud, asociados a valores predominantes de la sociedad moderna. Entre esos factores, se destaca el aumento de la oferta de medicamentos alternativos, disponibilidad, venta libre y propagandas de productos farmacéuticos en los medios de comunicación, la publicidad ejerce una influencia cada vez mayor sobre el público.(26)

La tensión existente entre la postura "en contra de la automedicación" y su contrapartida eje de investigación intentando describir las propias prácticas de aquellos sujetos que, habiendo elegido una carrera relacionada con el cuidado de la salud, necesitan tomar una posición sólida frente a la concepción de automedicación.

La toma de posición frente a esta problemática, gravita alrededor de la preocupación acerca de cómo estos futuros profesionales manejarán la tensión anteriormente señalada entre los que "prohíben" la automedicación y entre quienes "la proponen como alternativa frente a este mundo posmoderno". Es interesante señalar en este sentido, que la toma de posición será el pilar sobre el que este futuro profesional construya las relaciones entre sus sujetos de atención con la automedicación (en el sentido de alentarla o desalentarla).

Asimismo, la toma de posición fijará las pautas de sus propias relaciones con la práctica de automedicación, desde el lugar de profesional de la salud, con amplio conocimiento farmacológico, al momento de atravesar por la experiencia o el evento de enfermar.

Materiales y Métodos

En los meses de septiembre/octubre del año 2013, se realizó un estudio observacional, transver-

sal, descriptivo, con recolección retrospectivo de la información, considerando a la automedicación como la utilización de medicamentos sin consulta médica previa. La población seleccionada estuvo conformada por el total de alumnos regulares de turno mañana y tarde, de la carrera de Licenciatura en Enfermería (220) en el ciclo lectivo 2013, de la Universidad Nacional de Quilmes, Argentina; no se incluyeron aquellos que no desearon participar, que se encontraron ausentes en el momento de la encuesta o que no hayan completado el 80% de la encuesta.

El instrumento de recolección de la información se confeccionó en base a otros instrumentos utilizados en estudios relacionados con la temática. Fue reelaborado teniendo en cuenta los objetivos específicos perseguidos y las características particulares de la población a la que fue suministrado, con una prueba piloto en una primera instancia a una muestra aleatoria la cual se modificó para una mayor comprensión de los encuestados, con resultados favorables de interpretación.

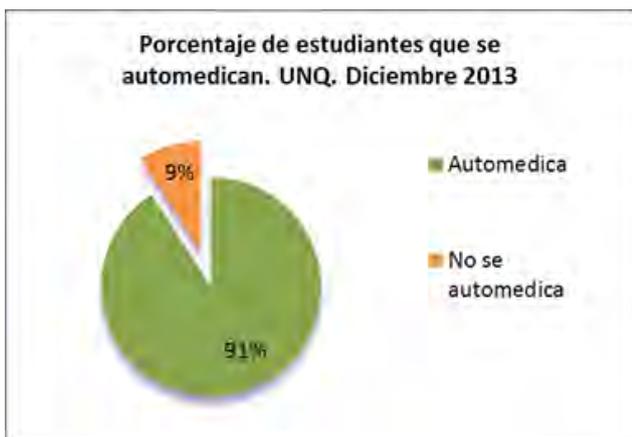
Se midieron las siguientes variables de caracterización: sexo, edad, año de cursado de la carrera y turno, con un total de 8 preguntas con múltiples opciones y en cada pregunta una o dos opciones abiertas.

En relación a la variable en estudio, se consideraron los medicamentos más utilizados, síntomas que llevaron a la automedicación, la principal fuente de información, donde obtuvo la medicación, con qué frecuencia se automedican, como fueron los resultados que obtuvo de la automedicación, cuáles fueron los factores para automedicarse.

Resultados

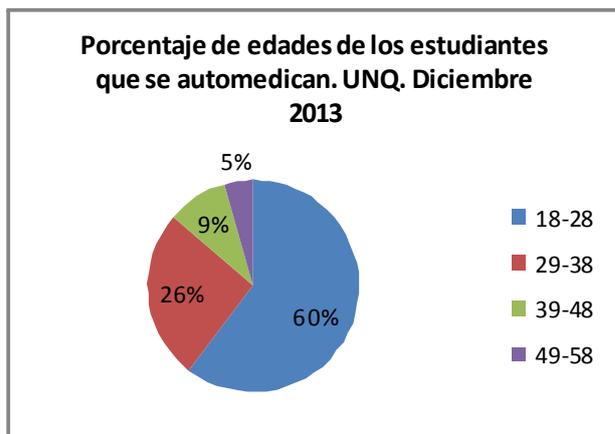
En una muestra de 220 estudiantes encuestados de la carrera de la Licenciatura en Enfermería se observó que el 91% se automedican.

Gráfico N° 1



Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013.

Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013.

Tabla 1

	Frecuencia	Porcentaje
Se automedica	200	90,9%
No se automedica	20	9,1%
Total	220	100%

Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013.

Tabla 2

Edades	Frecuencia	Porcentaje
18-28	133	60%
29-38	57	26%
39-48	20	9%
49-58	10	5%
Total	220	100%

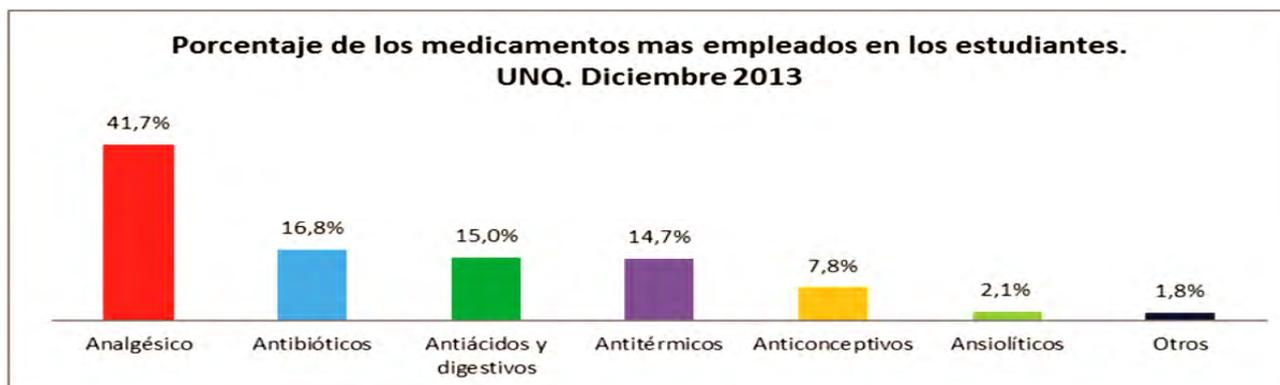
Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013.

El rango de edad con mayor porcentaje fue el de 18-28 años.

Los medicamentos más consumidos fueron, “los analgésicos” (41,7%), “antibióticos” (16,8%), “Antiácidos y digestivos” (15%). Los medicamen-

tos menos consumidos son, “Antitérmicos” (14,7%), “Anticonceptivos”(7,8%), “Ansiolíticos” (2,1%).

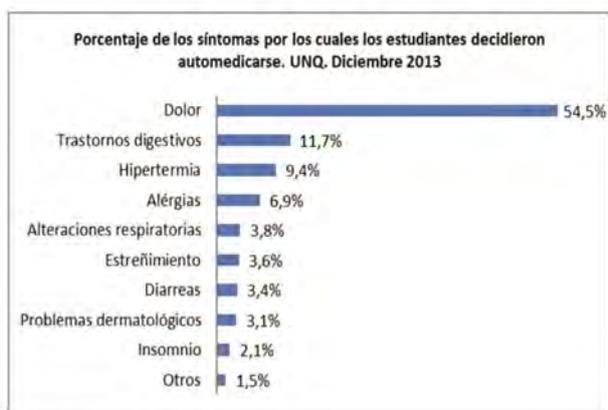
Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013

Los datos mostraron que la prevalencia de estudiantes que practicaban la automedicación en situaciones de dolor fue de 54,5%, con el 11,7% los síntomas por trastornos digestivos, en el 9,4% hipertermia, en el 6,9% alergias, en el 3,8% alteraciones respiratorias, en el 3,6% estreñimiento, en el 3,4% diarreas, en el 3,1% problemas dermatológicos, en el 2,1% insomnio, en el 1,5% otros.

Gráfico N°4



Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013

En relación a los resultados obtenidos de la práctica de automedicación 137 encuestados obtuvieron muy buenos resultados, 53 regulares resultados, 5 encuestados empeoraron los síntomas y 4 de ellos no alteraron el estado inicial.

Tabla 3

Resultados obtenidos por la práctica de la automedicación. UNQ. Diciembre 2013		
	Frecuencia	%
Muy buenos resultados	137	68,8%
Regulares resultados	53	26,6%
Empeorar los síntomas	5	2,5%
No alterar el estado inicial	4	2,0%
Total	199	100,0%

Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013

Analizando los porcentajes de respuestas de los 137 encuestados que obtuvieron muy buenos resultados, se observó que el 56,40% consumieron analgésico, un 21,80% de antibióticos y un 20% de antiácidos-digestivos.

Gráfico N° 5



Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013

Tabla 4

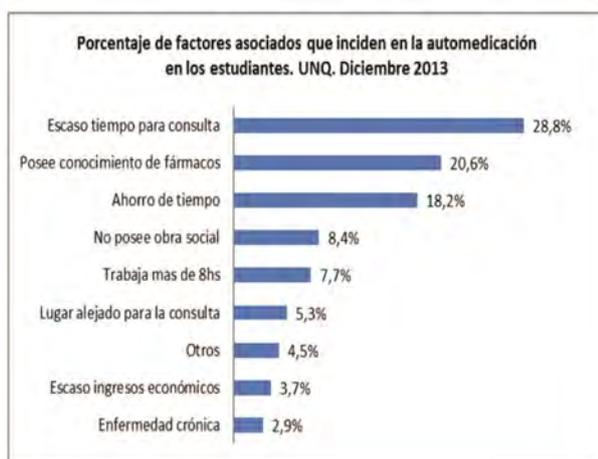
Porcentajes de respuestas según medicamentos consumidos que obtuvieron muy buenos resultados.		
Muy buenos resultados de:	N° de casos	Porcentaje
Analgésicos	124	58%
Antibióticos	48	22%
Antiácidas-Digestivos	44	20%
Total	216	100%

Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013

Los encuestados señalaron diferentes factores para automedicarse, observándose una mayor frecuencia del factor “escaso tiempo para la consulta con un profesional” (28,8%). En segundo lugar se evidenció el factor “posee conocimientos de fármacos”(20,6%), “por ahorro de tiempo” (18,2%), “no posee obra social” (8,4%), “trabaja más de 8hs” (7,7%), “lugar alejado para la consulta

profesional” (5,3%), “otros” (4,5%), “escasos ingresos económicos” (3,7%) “por enfermedad crónica” (2,9%).

Gráfico N°6



Fuente: Elaboración propia, alumnos de la Licenciatura en Enfermería, Diciembre de 2013

Discusión y Conclusión

La práctica de automedicación representa en la actualidad un tema de discusión. Existen distintas opiniones y controversias en relación al tema. Hay quienes señalan los riesgos del consumo de fármacos sin la correspondiente orientación profesional. Otros, como la OMS sostienen y promueven como recomendación, los aspectos beneficiosos del consumo cuando la práctica es responsable.

Es así que la automedicación se presenta como un fenómeno sumamente complejo de abordar, que requiere la consideración en profundidad de aspectos tales como la problematización acerca de lo que implica el propio concepto de automedica-

ción, qué fármacos se consumen con mayor frecuencia, el carácter de los resultados obtenidos a través de la automedicación y la percepción que tienen las distintas poblaciones acerca de la práctica.

Asimismo, existen evidencias que indican que la automedicación es una práctica común en estudiantes universitarios. En un trabajo realizado en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) sobre una población de 462 alumnos donde el 38% de los encuestados están relacionados con carreras de la salud, se analizaron las conductas de automedicación. Se observó que el 95% de los estudiantes se automedican. El estudio también puso en evidencia que el 62% (286 alumnos) no cree necesario consultar siempre al médico. Además, el 25% de los encuestados refieren no poder consultar en una institución de salud por la falta de tiempo (25%), mientras que sólo un porcentaje pequeño (6%) argumenta no concurrir al asesoramiento profesional por falta de obra social.

Otro estudio realizado en el año 2002 por la Universidad de Antioquia (Colombia) señala que el 97% de los estudiantes universitarios de diferentes carreras se automedican. Las razones para llevar a cabo la automedicación son no tener que pedir turnos, no hacer colas largas, no perder tiempo, evitar pagar una consulta médica, resolviendo su situación más rápido y sintiéndose responsable de su salud. Entre los medicamentos más usados se observan los antibióticos, sedantes, ansiolíticos, antihistamínicos, analgésicos, anticonceptivos orales y broncodilatadores. (5)

Una tercera investigación realizada en la Universidad Federal de Alfenas de Brasil en el año 2011 evidenció que el 90,6% de una población de 245 alumnos de las carreras de Enfermería, Farmacia y Odontología se automedican(10).

El presente trabajo, en sintonía con las demás investigaciones mencionadas, evidencia que el 91% de los estudiantes de la carrera de Enfermería han consumido alguna medicación sin prescripción médica. En las tres universidades de referencia se observa además que entre los medicamentos de mayor consumo figuran los analgésicos, con un 41,7% en la Universidad Nacional de Quilmes, el 53% en la Universidad Nacional de La Plata y un 54,8% en la Universidad Federal de Alfenas (Brasil).

Asimismo, se observa que la principal fuente de obtención del fármaco son las farmacias con un 66% (1).

Con respecto a los alumnos de la Universidad Nacional de Quilmes, señalaron diferentes factores asociados a la automedicación, siendo el primero la escasez tiempo para la consulta con un profesional en un 28,8%, y por conocimientos de fármacos en un 20,6% ocupando el segundo lugar.

Otro estudio realizado en los estudiantes de Enfermería de la Facultad CCSS de la Universidad Técnica del Norte de la ciudad de Ibarra Ecuador en el año 2010 donde los factores asociados para la práctica de la automedicación en una población de 218 estudiantes, se obtuvo que el 27% consume medicamentos por los conocimientos adquiridos durante su formación académica.(6)

Un estudio realizado en España en el año 2006, que incluyó enfermeras y auxiliares de enfermería del del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa y Santos (N=536), donde el 38% obtenía la información necesaria de otras personas sanitarias, el 34% confiaba en sus propios conocimientos y el 28,6% de ellos leía también el prospecto del medicamento o revisaban el vademécum. (37)

Los resultados obtenidos permiten mostrar una marcada tendencia a la automedicación en la población universitaria, la cual parece ser más pronunciada en aquellos estudiantes de carreras relacionadas con la salud. Lo cual se ve reflejando tanto en el estudio realizado en la Universidad Nacional de Quilmes como en otros estudios.

Por lo tanto se observa que la automedicación se encuentra en continuo crecimiento. De acuerdo a la sugerencia de la OMS, que la automedicación responsable es una forma de autocuidado a la salud y que profesionales calificados, deben incentivar el uso racional de medicamentos e informar sobre los fármacos y las complicaciones que pueden originarse de su uso indiscriminado. Este hecho refuerza y respalda el argumento de la OMS sobre “automedicación responsable”. Para esto el individuo debe conocer los efectos adversos de los fármacos y, además, debe informarse sobre dosis y duración del tratamiento.

Esto abre un abanico de discusiones en el sentido de poder reflexionar acerca de si la práctica de automedicación puede estar habilitada para todos los fármacos, para todos los sujetos, o en todas las situaciones de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- C. Castronuovo, F. Chiclana, L. Giosso, G. Pensa, M. Prario, V. Rebollo y col. "Automedicación en Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de la Plata". *Lat. Am. J. Pharm.* 26 (6): 937-44 (2007).
- 2- Gestionando en distintas industrias. 14 Mayo 2010. Ebut. Foro de farmacéuticos. www.materiabiz.com
- 3- OMS (2003). "El papel del farmacéutico". www.oms.org.com (07/09/05).
- 4- Red Interamericana para la Prevención de las Drogas (PREDECIR). www.infobase.com (17/09/05).
- 5-F. Tobón Marulanda. Estudio Sobre la Automedicación en la Universidad de Antioquia Medellín Colombia IATREIA/vol. 15 n°4, Diciembre 2002
- 6- Morillo Ortega, M.; Valencia Villegas. Factores relacionados con la automedicación en los estudiantes de enfermería de la facultad ciencias de la salud de la universidad Técnica del Norte, en la ciudad de Ibarra en el periodo enero- agosto 2010.
- 7-J. Turabian, José Ramón de Juanes Centro de Salud de Polígono Industrial. Toledo. Facultad de Medicina de La Universidad Complutense de Madrid. Julio 1989.
- 8-E. Tizón Bauzá Y R. Vázquez. Torrado. "Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria". *Enfermería Clínica.* 2006;16. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol. A Coruña. España. Centro Médico Euroesp. Bergondo. A Coruña. España.
- 9- A. Reis Rocha Barro, R. Harter Griep, L. Rotenberg. Automedicación entre trabajadores de enfermería de Hospitales Públicos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 noviembre-diciembre;17(6) www.eerp.usp.br/rlae
- 10- L. Ferreira, C. Damázio da Silva, G. Carvalho Ferraz. Prevalencia y caracterización de la práctica de automedicación para el alivio del dolor entre estudiantes universitarios de Enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Mar./Apr. 2011. www.eerp.usp.br/rlae. {brazil}
- 11-C. Grela, S. Alvarez Spence, E. Georgef Horvat, Automedicación: Experiencia en estudiantes de 5° año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste de la Prov. de Corrientes Argentina. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* - N° 155 - Marzo 2006
- 12- S. Moya Rodriguez, Estudio - Prevalencia de Automedicación en Consultantes a un Centro de Atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna de Santiago. Santiago de Chile 2012.
- 13- V. Baos, Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación, - Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 24-N.º 6-2000, pág. 147-152.
- 14- R. Baistrocchi. Automedicación: un enfoque novedoso para un antiguo problema. *PLAN REMEDIAR*, www.msal.gov.ar. ABRIL 2006. 53-55.
- 15-A. Hardon, C. Hodgkin, D. Fresle, Organización Mundial de la Salud y Universidad de Amsterdam, 2004. Disponible en CIMEF: <http://www.femeba.org.ar/fundacion>
- 16--Boletín para consumidores ANMAT- N ° 16 y 17 unificados, Enero de 2003. www.anmat.gov.ar/.../Consumidores/Boletin_Consumidores_16-17
- 17-(Red Interamericana para la Prevención de las Drogas (RIPRED). www.infobase.com (17/09/05).
- 18- MAZZA, J.; CALCAGNO, J. Boletín para Profesionales. ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) Vol. IV (N° 1) - Abril 1996)
- 19-J Crooks, l Christopher LJ. "Use and misuse of home medicines". En: Anderson JAD, ed. *Self-medication.* Lancaster, MTP, 1979; 31:44.
- 20- Reinhart WH. "An auto iatrogenic disease". *Ther Umsch* 2004 Dec; 61(12):15-9. IDEM ANT
- 21- A. Fernández_Gallardo, Seguridad en el Uso de Medicamentos en Atención Primaria: Programa de Mejora de la Seguridad en la Prescripción de Medicamentos SESCAM. (Servicio de Salud de Castilla La-Mancha). OMS, Medicamentos: seguridad y reacciones adversas Nota descriptiva N°293 Octubre de 2008.

- 22- M. Farao, A. Garay, S. Girini, Asociación de Médicos Municipales de la CBA Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. Boletín científico, Julio Año 11-n°50 julio 2006 sumario: automedicación, autocuidado y auto prescripción.
- 23-- E. Menéndez, La automedicación y los medios masivos de comunicación. Publicado 10/X/1980, Jefe de Departamento de la Escuela de Salud Pública de México.
- 24-J. Lorenzo Peñuelas, A. Martelo Baro, Univesidad de Cáliz, Reacciones Adversas a Medicamentos, Farmacología Nutrición y Dietética Metodología Semipresencial.
- 25-Baos Vicente V. Los efectos adversos más frecuentes de los 20 principios activos más consumidos en el SNS durante 2000. Información Terepéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 25N°6-2001
- 26- Lomeli A. “La publicidad, la promoción de los medicamentos y la ética médica”. *Fármacos* 2000;3(1):1-4.
- 27- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Disposición 3186/99. www.anmat.gov.ar/productos_médicos/3186.htm (31/08/05).
- 28- Silva C. ¿Es necesario regular la publicidad de medicamentos y/o tecnología sanitaria dirigida directamente a los consumidores? *Evid actual práct ambul.* 2006.
- 29- Barros JAC. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?. Brasília: UNESCO. 2004.)
- 30- Bell RA; Kravitz RL, Wilkes MS. Direct-to-consumer prescription drug advertising, 1988-1998. A content analysis off condition, targets, inducements and appeal. *J Farm Pract.* 2000; 49(4): 329-35.
- 31-A. Aguzzi*, C. Virga**Dras. en Odontología – Profesora Titular. Cátedra de Farmacología y Terapéutica B. Facultad de Odontología. Uso racional de medicamentos: La automedicación como consecuencia de la publicidad. Universidad Nacional de Córdoba – Argentina. Facultad de Odontología – (5000) .Recibido: 02/02/2009 Aceptado: 26/03/2009.
- 32-. O Estado de S. Paulo. Bayer terá de mudar anúncio de Aspirina (on line). Brasil. 25 de abril de 2002 Acceso: 11/09/08. Disponible en:<http://www.estado.estadao.com.br/editorias/2002/04/25/ger021.html>.9:1-2.
- 33-. Lexchin J. Are new drugs as good as they claim to be? *Aust Prescr.* 2004; 27:2- 3. 18. ANMAT. Se refuerza el control de la publicidad de fármacos. Boletín para profesionales. ANMAT Informa Vol. 8 (N ° 3) (on line) Argentina Junio 2000. Acceso: 8/10/08. Disponible en: <http://www.anmat.gov.ar/principal.html>
- 34-. Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, et al. Influence of DTC pharmaceutical advertising and patient’s requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *BMJ.* 2002; 324:278 279. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000; 283:373-80.
- 35- C. Sánchez Bermúdez, M. Nava Galán, Factores que influyen en la automedicación del personal de enfermería a nivel técnico y de estudiantes, *Revista de Enfermería Neurológica (Mex)* Vol. 11, No. 3: 120-128, 2012.
- 36- Uso racional de medicamentos: Contenidos e información del uso racional de medicamentos departamento de Políticas Farmacéuticas y Profesiones médicas División de Políticas Saludables y Promoción-Subsecretaría de Salud Pública 2012 Chile.
- 37-Tizón Bouza E, Vázquez-Torrado R. Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria. Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol. A Coruña. España. B Centro Médico Euroespes. Bergondo. A Coruña. España. *Enferm Clin.* 2006;16(4):210-3.

“Opinión de la comunidad de Quilmes acerca de los factores que influyen en la donación de órganos”

RESUMEN

El objetivo del estudio fue relevar la opinión de usuarios del sistema público de salud acerca de la donación de órganos.

Materiales y método: se realizó un estudio descriptivo, observacional transversal y prospectivo. Mediante un muestreo por conveniencia, se administró un cuestionario estructurado en un total de 200 usuarios de Centros de Salud del Partido de Quilmes de la Provincia de Buenos Aires. Resultados: El 58% de los participantes refiere haber tomado la decisión de donar sus órganos. entre los motivos favorables para donar se señalaron la solidaridad y justicia (56%), valores propios (18,5%), obligación moral (13,5%). En relación a los miedos relacionados al acto de donar se observa que el 28% tiene miedo al tráfico de órganos, 25% a la mutilación del cuerpo, 14% a que lo dejen morir para quitarle el órgano y el 15% no poseen miedo. el 44% señaló que ha recibido la información sobre la donación mediante medio televisivo, mientras el 14% lo ha hecho por los diarios, en las instituciones sanitarias el 7% y un 14% no han recibido información. Asimismo, se observa que del total de los participantes, solo el 13% conoce las normas que regulan la donación de órganos y el 23% conoce sobre la existencia de organismos que se encargan de ello.

Palabras clave: Donación de órganos, miedos, muerte encefálica, solidaridad, información, enfermería.

ABSTRACT

The aim of the study was to relieve users view public health system about organ donation.

Materials and Methods: A descriptive, cross-sectional and prospective observational study. Using a convenience sample, a structured in a total of 200 users Health Centers of Quilmes in Buenos Aires Province questionnaire was administered. Results: 58% of participants reported having made the decision to donate his organs. between the favorable reasons to donate solidarity and justice (56%), eigenvalues (18.5%), moral (13.5%) said obligation. Regarding the fears related to the act of donating is observed that 28% are afraid of organ trafficking, 25% to the mutilation of the body, 14% to allow him to die to remove the body and 15% have no fear. 44% said they have received the information about the donation by television media, while 14% have done by day, in health institutions 7% and 14% have received no information. It is also observed that the total participants, only 13% know the rules governing organ donation and 23% knew about the existence of organisms that are responsible for it.

Keywords: Organ Donation, fears, brain death, solidarity, information, nursing.

1. El presente trabajo corresponde a la Tesis de Grado de la Carrera de la Licenciatura de Enfermería. Dirección: Mg. Ana María Heredia. Autores: Ariel Llano, Raúl Llano y María Alcoba. Universidad Nacional de Quilmes. Bernal. Argentina. Julio 2014.

INTRODUCCIÓN

Desde los años cincuenta, el trasplante de órganos ha sido usado como un procedimiento terapéutico para tratar una variedad de condiciones terminales. Su historia es simultáneamente la historia de otras áreas adyacentes: el desarrollo de equipos que sostienen la vida de forma artificial, el desarrollo de agentes farmacológicos que ayudan a mantener al cuerpo muerto como si estuviera vivo, reduciendo el riesgo de daño a los tejidos, la síntesis de drogas inmunosupresoras que reducen la posibilidad del rechazo a los órganos trasplantados. El trasplante de órganos parece ser el resultado obvio del crecimiento de la medicina y uno de los grandes milagros de la ciencia.(1)

La donación de órganos se puede definir como el acto generoso y altruista por el que una persona manifiesta su voluntad de que una o varias partes de su cuerpo aptas para el trasplante puedan ser utilizadas para ayudar a otras personas.(2)

Una persona es “donante” cuando por un acto entre seres vivientes se transfiere de su libre voluntad gratuitamente a otra persona llamada “receptor”, la propiedad de una cosa.(3) En salud, esas “cosas” se llaman órganos y/o tejidos siendo partes del cuerpo humano, constituida por células, manteniendo funciones fisiológicas importantes realizadas mediante un “trasplante”.

El trasplante de órganos es el proceso de reemplazo de un órgano vital enfermo, sin posibilidad de recuperación, por otro sano. Algunos órganos que se trasplantan son riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino, tejidos, entre otros y en función de la procedencia del órgano se establece diferentes tipos de donantes. Los donantes vivos son personas que solamente pueden donar sus órganos sin afectar por completo sus funciones biológicas, como el riñón, hígado o tejidos. Los donantes cadavéricos son las personas fallecidas que por diferentes cau-

sas ven afectado su sistema nervioso central, evolucionando hacia una muerte encefálica.

La muerte encefálica se define como el cese irreversible de todas las funciones de los hemisferios cerebrales y del tronco cerebral, manteniendo los sistemas cardiovascular y respiratorio con la ayuda de procedimientos artificiales.(4) Una vez diagnosticada la muerte cerebral a un paciente, éste se convierte en un donante potencial y, en nuestro país, es monitorizado por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) que es el organismo argentino encargado del proceso donación-extracción-trasplante. Actualmente se encuentran más de 6800 personas en lista de espera de un órgano.(5)

La problemática acerca de la donación de órganos supone el análisis de la complejidad que implica el mismo proceso de donar, el cual traerá consigo indefectiblemente la reflexión acerca de la propia muerte o de la de un ser querido.

Un estudio sobre opinión de la población sobre la donación de órganos, realizado en el 2005, en Murcia (España) señaló una multiplicidad de factores que intervienen en la decisión de donar. Se observaron diferencias relacionadas con el nivel de información y de estudios. Las creencias religiosas también marcaron diferencias. El miedo a la muerte y el temor al diagnóstico prematuro de muerte e irregularidades en el proceso de extracción-donación-trasplante también fueron señalados como importantes a la hora de decidir donar un órgano.(6)

Otro estudio, realizado en Chile en 2008, con el objetivo de determinar los factores motivacionales y desmotivadores que influyen en la disposición a la donación de órganos señala que hay mayor predisposición a donar en aquellas personas que

poseen familiaridad o cercanía con la donación y/o el trasplante de órganos, el deseo de ayudar a quien lo necesita, y pensar que alguien cercano pudiese necesitar un trasplante, la solidaridad y conveniencia, mientras que aquellas personas que no se muestran dispuestas a donar órganos lo hacen por temor a desenlaces, desinformación y a niveles de desconfianza altos por parte del profesional médico y por la falta de información sobre el tema.(7)

El tema donación de órganos ha sido estudiado desde diversas perspectivas en diferentes países de Europa y Latinoamérica tomando los distintos aspectos que dan cuenta de la conducta poblacional hacia la acción de donar.

La importancia del acto de donar y la necesidad de que haya más donantes ha impulsado al presente estudio a fin de describir la opinión de la comunidad de Quilmes acerca de los factores que influyen en la donación de órganos con el fin de construir un diagnóstico en la comunidad para poder profundizar el análisis de la problemática y así aportar información valiosa para la elaboración y/o planificación de programas educativos de concientización y sensibilización de la población sobre la importancia de donar órganos.

MATERIALES Y MÉTODO

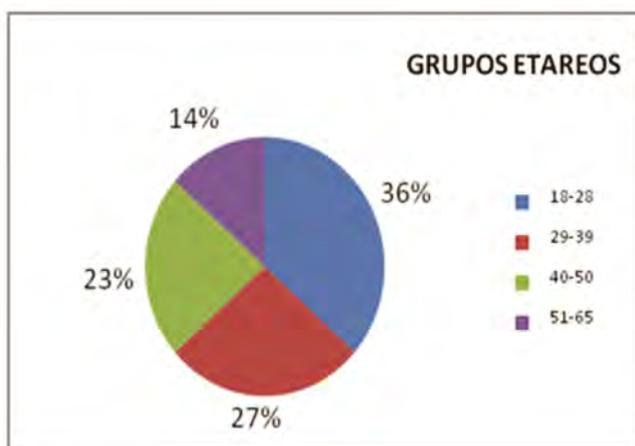
Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. El objetivo general fue relevar la opinión de la comunidad de Quilmes acerca de la donación de órganos. La muestra estuvo constituida por adultos entre 18 y 65 años de edad, que concurren a los Centros de Salud del Partido de Quilmes. Las variables en estudio fueron el miedo, la desconfianza, los motivos para ser donantes, la información recibida sobre la donación de órganos, el conocimiento acerca de la existencia de normas y organismos que regulan el tema general y la decisión de donar. El instrumento utilizado fue un cuestionario que constó de 17 preguntas, de las cuales de 1 a 9 corresponden a las variables demográficas y de la 10 a 17 corresponden a las variables en estudio. Las preguntas están compuestas por opciones múltiples.

Las encuestas se realizaron en la Unidad Sanitaria "La Loma" (Bernal), Unidad Sanitaria "Dr. Pedro Elustondo" (Bernal), Unidad Sanitaria "Villa Azul" (Don Bosco), Centro Médico "Modelo" (Don Bosco), Unidad Sanitaria "Antártida Argentina" (Ezpeleta), Unidad Sanitaria "Dr. Arturo Ilia" (Ezpeleta), Unidad Sanitaria "La Ribera" (Quilmes), Centro Médico "Policlínico Quilmes" (Quilmes), Unidad Sanitaria "La Florida" (San Francisco Solano) y Unidad Sanitaria "Dreymer" (San Francisco Solano) con un total de 200 personas.

RESULTADOS

En relación a la edad de los encuestados se observó que el 36% se encuentran entre 18 a 28 años de edad, el 27% entre 29 a 39 años, el 23% entre los 40 a 50 y un 14% entre 51 a 65 años. (Gráfico n°1).

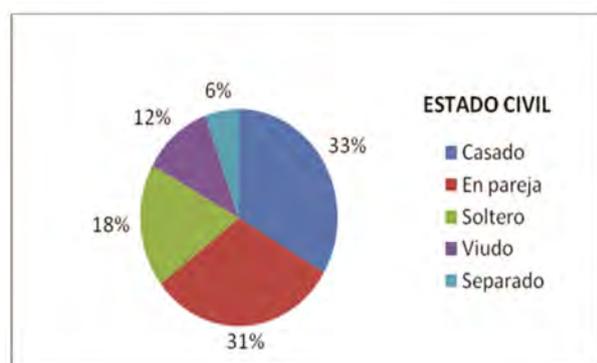
Grafico N° 1: Distribución de los encuestados según grupo etario. Centros de Salud del Municipio de Quilmes 2013.



Fuente: Elaboración propia. alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes en base a datos proporcionados por los usuarios que asisten a los Centros de Salud en Quilmes.2013

Cabe destacar que el 62% de los encuestados son de sexo femenino y 38% de sexo masculino. En relación al estado civil, el gráfico 2 permite apreciar que el 33% de los encuestados está casado, el 31% en pareja, el 18% es soltero, el 12% son viudos, y el 6% separado. (Gráfico n°2)

Gráfico n°2. Distribución de los encuestados según su Estado Civil. Centros de Salud del Municipio de Quilmes. 2014



Fuente: Elaboración propia. alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes en base a datos proporcionados por los usuarios que asisten a los Centros de Salud en Quilmes.2013

En relación al nivel de estudios alcanzados, en la tabla 1 se observa que el 40% de los encuestados declaró poseer estudios secundarios incompletos seguidos por el 23% que dijo poseer estudios secundarios completos, el 18% primaria completa, el 6% terciario incompleto, el 3% terciario completo, mientras el 3% de los encuestados señaló poseer universitario incompleto, y el 2% universitario completo. (Tabla n°1)

Tabla N°1: Distribución porcentual de los encuestados según el nivel de estudio que poseen. Centros de Salud del Municipio de Quilmes 2013.

Nivel de estudio	N°	%
Secundario incompleto	80	40
Secundario completo	46	23
Primario completo	37	18
Terciario incompleto	13	7
Primario incompleto	9	4
Terciario completo	6	3
Universitario incompleto	5	3
Universitario completo	4	2
Total	200	100

Fuente: Elaboración propia. alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes en base a datos proporcionados por los usuarios que asisten a los Centros de Salud en Quilmes.2013

Asimismo, el 29% de los encuestados son empleados, el 25% amas de casa, el 17% son administrativos, 16% trabaja por cuenta propia, 11% realiza otras actividades no detalladas y un 4% son profesionales.

Con respecto a las creencias religiosas, el 65% practica el catolicismo, un 20% son evangelistas, un 10% refiere no profesar religión, un 3% refiere

ser testigo de Jehová, el 1% pertenece a la religión judaica y otro 1% a la religión mormona.

En relación a las variables en estudio se midieron los temores que despierta en la población la donación de órganos, las desconfianzas que les provoca y los motivos que inciden en la decisión de donar un órgano, y la información que poseen sobre los marcos normativos y sobre la existencia de organismos específicos dedicados a la donación de órganos. Asimismo, se relevaron los medios de comunicación por los cuales se informan.

En relación a los miedos que les provoca donar un órgano se observa que el 28% tiene miedo al tráfico de órganos, 25% a la mutilación del cuerpo, 15% no poseen miedo, 14% que lo dejen morir para sacarle el órgano, 11% extracción de órganos antes de la muerte, 6% aceleración de la muerte, 1% otros miedos, no especificados.(Gráfico n°3)

Gráfico n° 3: Distribución porcentual de las personas que asisten a los Centros de Salud del Municipio de Quilmes, según la percepción de los miedos que les provoca la donación de órganos. 2013



Fuente: Elaboración propia. alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes en base a datos proporcionados por los usuarios que asisten a los Centros de Salud en Quilmes.2013

Asimismo, los encuestados manifestaron niveles de desconfianza relacionados con el proceso de donación de los órganos.

En este sentido resulta interesante señalar que el primer lugar lo ocupa el 53% de los encuestados que manifestaron tener desconfianza sobre el destino de los órganos donados.

A su vez, el 15% de los encuestados señaló cierta desconfianza relacionadas fundamentalmente con las prácticas médicas y el 14 % manifestó desconfianza al sistema sanitario en general .

Cabe señalar que solo el 18 % aseguró no poseer desconfianza, (Gráfico n° 4)

Gráfico N° 4: Distribución porcentual de los encuestados según la desconfianza percibida acerca de la donación de órganos. Centros de Salud del Municipio de Quilmes,2013.



Fuente: Elaboración propia. alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes en base a datos proporcionados por los usuarios que asisten a los Centros de Salud en Quilmes.2013

El análisis de los motivos por los cuales los encuestados (donantes o no), donarían sus órganos señala que el 56,5% donaría sus órganos por solidaridad y justicia. El 18,5% señaló que lo haría por valores propios. Un 13,5% de los encuestados refirió que donaría sus órganos por razones de obliga-

ción moral, el 10% para sobrevivir a la muerte, el 7,5% por motivos religiosos y el 7% por otros motivos no especificados. (Tabla n°2)

Tabla n°2: Distribución porcentual de los encuestados según los motivos por lo que donaría sus órganos. Centros de Salud del Municipio de Quilmes.2013

Motivos para donar	N°	%
Por solidaridad y justicia	113	56,5
Por valores propios	37	18,5
Por obligación moral	27	13,5
Para sobrevivir la propia muerte	20	10
Por motivos religiosos	15	7,5
Otros	14	7

Fuente: Elaboración propia. alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes en base a datos proporcionados por los usuarios que asisten a los Centros de Salud en Quilmes.2013

Cabe señalar que el 79% manifestó no conocer personas que hayan donado o recibido órganos, mientras el 10% señaló cercanía con personas afectadas, el 6% manifestó poseer amigos en esa condición, el 3% familiares y el 2% compañeros de trabajo.

Asimismo, el 44% manifestó haber recibido información mediante un medio televisivo, el 14% a través de los diarios. Un 14% manifestó no haber recibido información, mientras que 10% recibió información a través de las instituciones sanitarias, el 7% mediante la radio, el 6% por instituciones educativas y un 5% otros medios no especificados.

El 87% no tiene conocimiento sobre la existencia de un marco normativo para la donación de órganos, mientras que el 77% señaló desconocer la

existencia sobre organismos específicos dedicados a la donación de órganos.

Cabe señalar que el 58% de los encuestados manifiesta haber tomado la decisión de donar sus órganos.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La donación de órganos conforma opiniones muy polarizadas en la sociedad. Un ejemplo que ilustra esta situación es el dato no menor acerca de que si bien el 58% de los encuestados manifestó intenciones de donar sus órganos, un 42% señaló que no lo haría. Esto permite mostrar que la cuestión acerca de la donación de órganos se encuentra lejos de estar resuelta. Existe un importante sector de la población que aún tiene dudas al respecto.

La donación supone la consideración de dos aspectos a nuestro entender centrales. Por un lado, la sola idea de pensar en el acto de donar, instala la posibilidad de morir, lo cual inevitablemente genera una situación de angustia.

Si bien la muerte está instalada en la vida cotidiana de las personas, a través de los medios de comunicación donde cada día recibimos noticias de personas muertas por distintas causas, pero en general, al ser estas personas desconocidas para nosotros, existe cierta indiferencia emocional. Distinta es la situación cuando surge una problemática social que nos obliga a reflexionar sobre nuestra propia muerte o la de nuestros seres queridos, como en este caso al donación de órganos.

El acto de donar constituye al igual que la muerte un proceso social que reviste suma complejidad debido a que supone una reconfiguración del concepto de "muerte" y del morir y la aparición en escena del concepto de "muerte cerebral" que representa la construcción de un "neomortem".

La "muerte cerebral" se impone sobre la persistencia de la función cardíaca, y ello implica la aceptación de una muerte por fuera de los parámetros tradicionales de morir: "cuando el corazón se detiene cesa la vida". La idea del fin de la vida cuando aún vemos latidos, da por tierra con la idea de un "milagro" de salvación que persiste en la familia hasta último momento.

La donación se ubica en ese delicado límite, sumamente doloroso para todos los allegados, de ambas partes, tanto del que va a partir, como de aquel que necesita y espera una donación para poder seguir viviendo.

A este hecho se suma un segundo aspecto también relacionado con los medios de comunicación. La OMS señala que entre un 5 a un 10% de los trasplantes en el mundo se han realizado bajo algún tipo de comercialización (7). De lo que se trata no es de ocultar la realidad, sino de informar con mucha cautela y responsabilidad dada la alta sensibilidad social que genera el tema. Las formas de tratar estos temas en los medios masivos de información, van construyendo imaginarios colectivos que en muchos casos pueden poner en duda el proceso de donación. Estos imaginarios sociales van construyendo desmotivaciones en la medida que instalan y refuerzan miedo y desconfianza entre la población.

En este sentido es de notar que el 44% de los encuestados refirió poseer información recibida a través del medio televisivo, lo cual indica la potencia de este medio como difusor y la responsabilidad y la ética que le cabe al informar.

Este fenómeno se ve reflejado en los resultados del estudio acerca de los miedos manifestados por la población encuestada. Nótese que el 67% de los encuestados refiere miedo relacionado a la donación, mientras que solo un 15% refiere no poseer ningún tipo de miedo.

Asimismo, es de notar que el 53% del total de las personas encuestadas refieren desconfianza en relación al destino de los órganos donados. El res-

to de la desconfianza se distribuye en forma homogénea un 15% que desconfían de las prácticas médicas y el 14 % restante, desconfían del sistema sanitario. Solo un 18% señalan que no poseen ningún tipo de desconfianza.

Como ya se ha dicho, la donación constituye un acto de altruismo sustentado en principios de solidaridad. Nótese que entre los motivos señalados por los encuestados como movilizadores hacia la decisión de donar figuran con el 56,5 % la solidaridad y la justicia.

Por otro lado, en el estudio se observó una marcada distancia en relación a la situación de trasplante, en la medida que el 79% refirió no conocer personas que hayan donado o recibido órganos, en contraposición con un 21% que tenía allegados (amigos, familiares, compañeros de trabajo) atravesando dicha situación.

A su vez, estos valores difieren de los presentados en un estudio sobre "Relevancia social de la Donación de órganos" realizado en Chile donde se observa que solo el 9.8% conoce a alguien cercano a su familia que sí requiere de un trasplante.(14)

En relación al conocimiento sobre el marco normativo se observó que el 87% desconoce sobre su existencia. Solo un 13% de los encuestados refirió conocerlo. conocimiento. En este sentido consideramos que la importancia del conocimiento no solo de la existencia de un marco normativo, sino también del contenido del documento es central a la hora de desmitificar los miedos y las desconfianzas, en la medida que dichos documentos señalan los marcos regulatorios y de procedimiento en estas situaciones.

Desde este marco, cabe preguntarse como la enfermería, en su responsabilidad como integrante del equipo de salud, construye su rol frente a esta problemática. A lo largo de este estudio, se han señalado varios aspectos relacionados con el acto de donar, fundamentalmente se ha puesto en evi-

dencia el peso de los miedos y desconfianzas a la hora de decidir ser donante, y de la información que poseen los usuarios de la comunidad de Quilmes. Pero también se ha señalado con cierto énfasis, la complejidad que implica el acto de donar, principalmente en su relación con el morir.

Desde esta perspectiva es posible hacer visible tanto a la muerte y el morir, como así también al acto de donar, como procesos sociales sumamente complejos, de alta sensibilidad social, en donde se mezclan la instalación de un diagnóstico de muerte cerebral, la situación dolorosa de la pérdida de un ser querido, la responsabilidad del Estado de controlar el procedimiento a efectuarse para que sea realizado con transparencia, los efectos negativos asociados con la construcción de la idea de "escasez de órganos" que promueven la comercialización ilegal de órganos y donantes solo para nombrar algunos aspectos y la responsabilidad de los medios de comunicación al informar.

Frente a este escenario, consideramos que las instituciones que forman enfermeros tienen en sus manos, la responsabilidad y el compromiso de proveer herramientas teóricas que le permitan al futuro egresado preservar las condiciones necesarias para sostener las funciones vitales de los posibles donantes, lo cual requiere de mucha precisión y manejo del medio interno. Pero además, con la misma intensidad, es necesario que el estudiante durante su proceso de formación pueda ir comprendiendo la complejidad del hecho, y frente a ello, la necesidad de promover el respeto por las decisiones, el acompañamiento durante todo el proceso, la importancia y el buen manejo de la información, y la participación activa en la reflexión y debate sobre los marcos ético- legales de la donación de órganos que por supuesto también forman parte del campo más amplio del cuidado humano. en su relación con el morir.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Castillejo Cuéllar, A. En la coyuntura entre la antropología y el trasplante de órganos humanos: tendencias, conceptos y agendas. Revista No 06. Enero - Julio 2008. pp: 215 - 243. disponible en : <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/100/index.php?id=100>
- 2- Rubio y Alba. ¿Quieres ser donante? Haz que todos los sepan. Viure en salut 47,7.
- 3- Código Civil de la República Argentina [en línea]. Libro 2. Sección 3. Título VIII. Artículo 1789. Disponible en: <http://www.codigocivilonline.com.ar>.
- 4- Estadística del Instituto Nacional de Central Único de Coordinación de Ablación e Implante. Disponible en: <http://www.incucai.gov.ar/home.do>.
- 5- Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Canteras M, Rodríguez MM, Parrilla P: Estudio multivariante de los factores psicosociales que influyen en la actitud poblacional hacia la donación de órganos. Nefrología 25: 684-697, 2005
- 6- Caballer, A. Variables influyentes en la actitud hacia la donación de órganos. [en línea] Revista Psicothema, Vol. 12, Suplemento N° 2. España: Universidad Jaume de Castellón, 2000. [Citado 3 Jul 2011]; Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/525.pdf>.
- 7- OMS. Situación del comercio internacional de órganos: panorama provisional basado en la integración de la información disponible. vol 85.pp 901-980. 2007.
- 8- Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/06-039370-ab/es/>
- 9- Calvanese, N., Sánchez, L., Redondo, A., Milanés, C., Torres, O., Salas R., Rivas P. Factores psicosociales de la donación y el trasplante de órganos en Venezuela. Revista Psicología y Salud, 17 (2), julio-diciembre. Donación acto generoso.
- 10- Kornblit, A; Méndez Diz, A. M; Muiños, R; Bacqué, M. del C.; Cantarovich, F. Perfiles de la población del área metropolitana de Buenos Aires en relación con la donación y el trasplante de órganos, p. 5-14. Medicina y Sociedad - nro. 1 - vol. 23. Medicina y Sociedad, mar. 2000. Buenos Aires. Argentina.

- 11- T.T. Mora Arias, F. Rodríguez Weber, P. Salcido de Pablo, M. González Patiño, M. Micaela Martínez Balbuena, P. Sánchez Reyes. “Encuesta de opinión sobre donación de órganos”. 2009. *MedIntMex* 2010; 26(4) Pág. 313-31
- 12- Ojeda, J. A, Almada, C., Fernández Vallejos, J. A, Viglione, F. “Encuesta de opinión sobre donación y trasplante de órganos”. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2006. Argentina.
- 13- Conesa C. , Ríos A., Ramírez P., Rodríguez M. y Parrilla Pascual. La población ante una nueva realidad del trasplante: el donante vivo. Encuesta de opinión. *Círculo Especializado* 2003. Tomo 74 (Años 4).Pág.228-34.
- 14- Linares Arhiyury, López V.. Donación de órganos: evaluación de los aspectos socioeconómicos y cognitivos. *Revista online Salus online*. Número 12. Año 3 Diciembre 2009. Donación de órganos – UCI. Pág. 18.
- 15- Miguel A.; Bustamante U.; Patricia I. Villarreal N. Motivación a la Donación de Órganos en Chile. *Panorama Socioeconómico*, vol. 26, núm. 36, enero-junio, 2008, pp. 86-97, Universidad de Talca. Chile.
- 16- N. Aguilera Carro: Trabajo final de investigación, análisis y estudio de la opinión pública sobre la donación de órganos. México.2012.Disponible en: <http://www.slideshare.net/nidiaguilera/donacin-de-rganos-15664909>
- 17- Abdo Cuza A. Lea G. A. Rocha Quintana M. Suárez López J. Castellanos Gutiérrez R. , Ríos Zambudio A. Conocimiento sobre la muerte encefálica y actitud hacia la donación de órganos en población no sanitaria de La Habana, Cuba. *Revista: InvestMedicoquir* 2012 (enero-junio); 4(1). Pág.: 143-150.
- 18- AlghanimSA . Conocimientos y actitudes hacia la donación de órganos: un estudio basado en la comunidad comparando las poblaciones rurales y urbanas. *Arabia J KidneyDisTranspl* [serie en línea] 2010 [citado el 09 de abril 2014]; 21:23-30. Disponible en: <http://www.sjkdt.org/text.asp?2010/21/1/23/58703>.
- 19- Caballer Miedes A. La actitud e intención de la donación de órganos en la población española: análisis mediante regresión logística multinivel. Tesis. Universitat Jaume. Castelló de la Plana. Año 2001. España

ACTUALIDAD

Actualización continua en Enfermería.

En este apartado nos hemos propuesto invitarlos a compartir la información que nos acerquen acerca de actividades científico- tecnológicas y académicas relacionadas con el campo de la salud, para poder contribuir a su difusión.

Consideramos que todas las actividades que podamos dar a conocer sobre la práctica profesional, actividades educativas, de gestión y de investigación relacionadas con el campo social de la salud, van a repercutir en la calidad del cuidado y en el desarrollo de la disciplina. Esperamos sus valiosos aportes.

Para ello nos pueden escribir al siguiente mail de contacto: enfermeria@unq.edu.ar



RESEÑAS

La salud pública y la enfermería en la Argentina

El libro *La salud pública y la enfermería en la Argentina* cuyos directores son Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti a ser publicado por la Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes durante el 2015 es un esfuerzo de síntesis de los nudos problemáticos que constituyen el proceso de construcción de la política social en Argentina, especialmente en lo que atañe al campo de la salud entre fines del siglo XIX a los años noventa del siglo pasado. Asimismo aborda, de manera actualizada y crítica, los tópicos centrales de la profesionalización de la enfermería en la Argentina. El desafío de este libro es presentar, de forma clara, accesible pero, a la vez, rigurosa, contenidos que son nodales para que las y los alumnos del curso de Historia Social de la Licenciatura en Enfermería del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes se interioricen sobre discusiones centrales de la Historia Social de la Salud y la Enfermedad en la Argentina.



Este libro colabora en complejizar las nociones de salud y enfermedad e introduce los acuerdos y los conflictos en torno a como la sociedad argentina procesó dichas nociones. Como es sabido, todas las sociedades tienen un sistema cultural para explicar y luchar contra la inevitabilidad de la enfermedad y la muerte y la mayoría de las sociedades tiene gente específica que conoce sobre enfermedades, gente que es capaz de diagnosticarlas y tratarlas. Las personas en todas las sociedades tienen que enfrentar la enfermedad en ellos y en sus seres queridos y la sociedad nos provee de explicaciones de cómo y por qué nos enfermamos y nuestros sistemas médicos, como parte de la cultura, nos dicen qué hacer cuando nos enfrentamos a la enfermedad. Las realidades que damos por sentadas, como las maneras de categorizar la enfermedad, están socialmente construidas. La construcción social de la realidad, y por ende la construcción social de la enfermedad, pueden ser difíciles de comprender para los estudiantes y en tal sentido *La salud pública y la enfermería en la Argentina* pretende encontrar ejes de repuestas antes estos interrogantes desde una matriz histórica.

Sin lugar a dudas, este libro será un referente no solo para la enseñanza de historia social argentina de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes, sino que será de utilidad para otras especialidades ligadas al curar, asistir y cuidar.

**LA SALUD PÚBLICA Y LA
ENFERMERÍA
EN LA ARGENTINA**

*Carolina Biernat, Juan Manuel
Cerdá y Karina Inés Ramacciotti*

*Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes
2015*

En síntesis, la propuesta constituye un intento por mostrar algunas problemáticas en torno a la historia de la salud pública en la Argentina con el fin de enriquecer el conocimiento del pasado sanitario de la región. La perspectiva histórica abordada considera que la comprensión del pasado está siempre amplificada por el presente y ese presente polariza los acontecimientos en historia anterior e historia posterior. Historia y memoria constituyen una misma preocupación y comparten un mismo objeto: el pasado; y ambas se establecen desde el presente. Las historias acerca de los procesos de enfermedad y salud comparten al igual que otros campos de la investigación histórica actual, la fragmentación y la tensión entre los diferentes actores y niveles de complejidad. Por ello, esta propuesta pretende reconstruir los múltiples contextos en los que esas historias se han enmarcado dentro de un contexto histórico, temporal, espacial, cultural, político y social.

Mg. Ana María Heredia
Directora de la Revista "Territorios del Cuidado"

Indicaciones para los autores

Criterios para la aceptación de artículos

La revista *Territorios del Cuidado* publica artículos en español y portugués, producto de investigación, reflexión o de revisión, relacionados con la enfermería en las diferentes áreas de su ejercicio, y que no hayan sido enviados a otras publicaciones (electrónicas o impresas). El contenido de los mismos debe ser afín con la temática y estar de acuerdo con la política de revisión. Además de cumplir con los criterios de originalidad, novedad y de metodología. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan la política de la revista. Todos los trabajos deben estar acompañados de su correspondiente declaración de originalidad de los textos, por parte de cada uno de los autores.

Extensión y presentación de los artículos

Los trabajos deben ser de máximo 25 páginas, en Microsoft Word, tamaño carta, a doble espacio, sin espacios adicionales entre párrafos y títulos. Tipo de letra: Times New Roman; Tamaño: 12; márgenes superior e inferior: 3 cm y márgenes derecho e izquierdo: 2,5 cm.

◆ Envío de los artículos

El texto completo de los artículos debe enviarse en medio magnético, CD, DVD e impreso en original a la siguiente dirección:

Universidad Nacional de Quilmes
Departamento de Ciencias Sociales
Licenciatura de Enfermería
Oficina 111
Roque Sáenz Peña 352,
Bernal, Buenos Aires, Argentina

También se reciben artículos por correo electrónico que cumplan con las anteriores especificaciones.

Organización de los artículos

◆ **Título.** Debe ser breve, no incluir abreviaturas ni fórmulas.

◆ **Nombre del autor** (autores). Debe ir inmediatamente después de título. Si son varios autores, se debe indicar con un llamado al pie el nombre de la persona a quien se le puede dirigir la correspondencia.

◆ **Formación académica y filiación institucional:** en nota al pie de página se debe informar el más reciente título académico, la institución a la que está vinculado el autor (autores), la dirección de la institución y el correo electrónico del autor (autores).

◆ **Resumen.** Máximo 200 palabras. Debe indicar con claridad: objetivos, método, resultados, interpretación y conclusiones.

♦ **Palabras clave.** Cinco palabras clave o frases que indiquen los principales aspectos del artículo. Deben estar inscritas en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de Bireme.

♦ **Cuerpo del trabajo.** Los trabajos de investigación, por lo general, deben seguir el formato IMRED: introducción, materiales y métodos, resultados y discusión (conclusión).

♦ **Notas al pie de página.** Son aclaraciones. Aparecen numeradas en forma consecutiva en la parte inferior de las páginas. Se utilizan para identificar la filiación institucional y dirección de los autores, para ampliar información inédita, o para dar explicaciones marginales que interrumpen el desarrollo natural del texto

♦ **Referencias bibliográficas.** Indican las fuentes originales de los conceptos, los métodos y las técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores. Se citan con números consecutivos entre paréntesis según el orden de aparición en el texto o según orden alfabético. Los resúmenes no se utilizarán como referencias. Las referencias bibliográficas se incluyen al final de artículo, siguiendo las normas de Vancouver.

♦ **Cuadros.** Deben presentarse en forma comprensible. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, fotografías y mapas) servirán para agregar información. Sus títulos deben ser cortos, precisos y concisos y citar la fuente de donde fueron tomados, incluso aclarar si es una elaboración propia.

Las fotografías deben ser de excelente calidad e incluir la fuente de origen y la fecha.

enviar los archivos originales de los cuadros, o como imágenes en formato .JPG de 300 Dpi.

♦ **Glosarios.** Las palabras definidas o explicadas, salvo los nombres propios, se escriben con minúscula inicial, en bastardilla. La palabra definida va separada de su definición por dos espacios, sin ningún signo de puntuación.

Declaración de privacidad

La presente revista y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Quilmes y, en consecuencia, sólo se podrá acceder a ella para lectura o impresión, como copia personal, y sin ánimo de lucro. Cualquier otra forma de utilización como reproducción, transformación, comunicación pública o distribución, con fines lucrativos, requiere la autorización previa de la Universidad Nacional de Quilmes.

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

Los artículos que contiene esta revista representan la opinión de sus autores y no constituyen necesariamente la opinión oficial de la Universidad Nacional de Quilmes.



Universidad
Nacional
de Quilmes

Departamento de
Ciencias Sociales

Licenciatura
en Enfermería

