

1

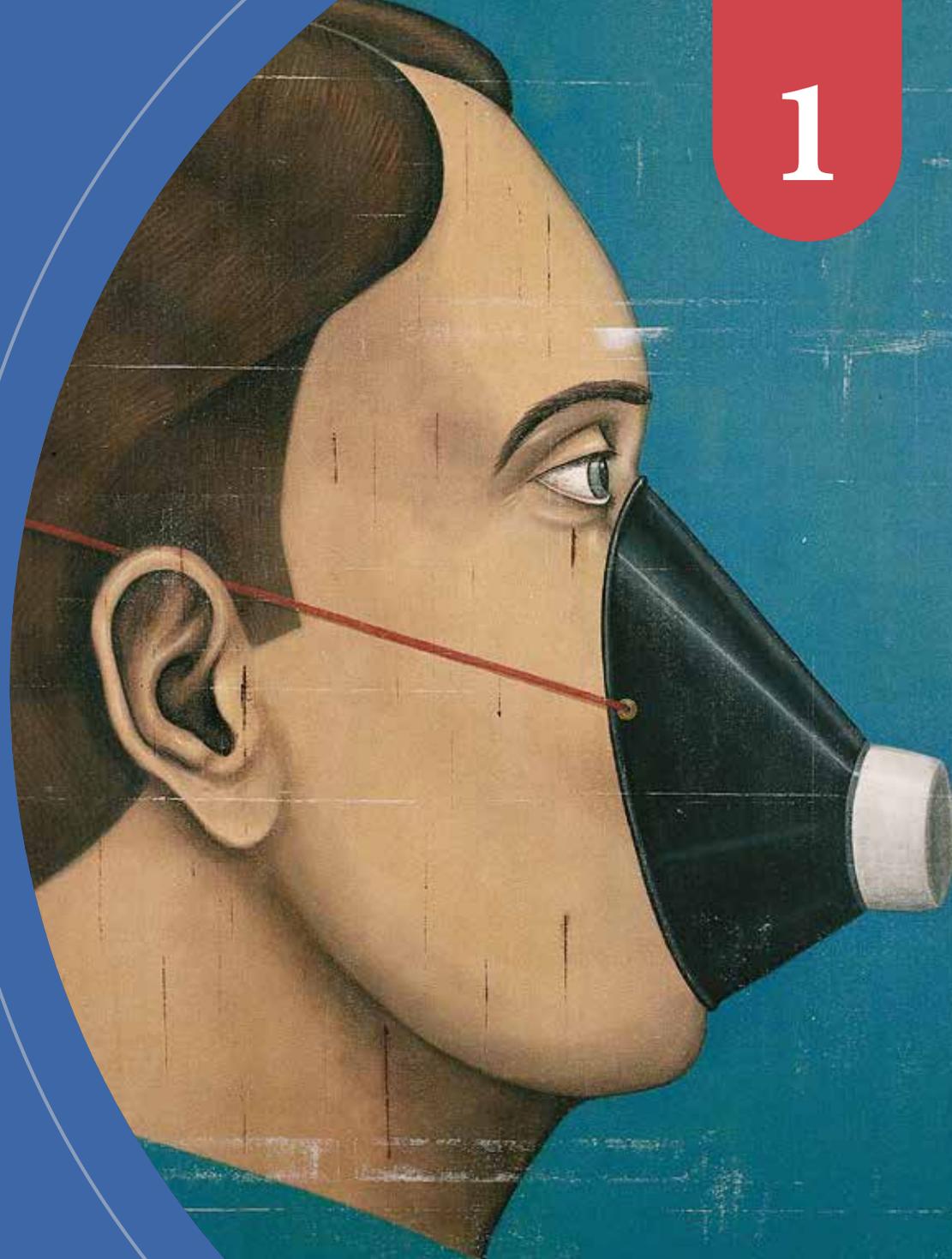
REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



UGR Universidad
del Gran Rosario

Semestral / Vol. 1 / Núm. 1 / marzo 2022



*Daniel García - "No abras tu boca al mal"
Acrílico sobre lienzo - 144x148cm*

Equipo editorial

Director

Pedro Silberman

Directora Asociada

Mónica Priotti

Comité Editorial

Adolfo Stubrin, Universidad Nacional del Litoral, Argentina

Alberto Dottavio, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Alicia Castagna, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Darío Maiorana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Germán Guaresti, Universidad Nacional de Río Negro, Argentina

Ianina Lois, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Ileana Beade, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Jorge Barragán, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Larisa Carrera, Universidad Nacional del Litoral, Argentina

Leonardo Caruana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Marta Quaglino, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Martín Silberman, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Melisa Campana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Mónica Baez, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Oswaldo Patiño, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Pablo Badr, Universidad Nacional del Sur, Argentina

Secretaria Ejecutiva

Laura Castagno

Editora Técnica

Ayelén Suriak

Redactor y Corrector de Textos

Manuel Díaz

Diseño Gráfico

Emilio Mussio



UGR Universidad
del Gran Rosario

Índice

Notas editoriales:

Dr. José Luis Aguirre	4
Méd. Mag. Pedro Silberman	5
Mag. Mónica Priotti	6

Artículos:

Reflexiones sobre una reforma sanitaria argentina	8
<i>María Cecilia Arnaudo; Natalia De Marco; María Verónica Grunfeld Baeza; Emiliano López; Diego Martín Palomo.</i>	
Gestión en salud en tiempos de pandemia: la experiencia en una obra social para personas mayores durante el año 2020	22
<i>Paola Buedo; Manuela Salas.</i>	
La cultura escrita y lectura en contextos universitarios	36
<i>Félix Temporetti; Beatriz Nicolau; Facundo Corvalán; Mercedes Gasparri.</i>	
La construcción de espacios de diálogo entre docentes y psicopedagogos/as en el campo de la alfabetización inicial en contextos escolares	46
<i>Mónica O. Baez; María Eugenia D'Ottavio.</i>	



Notas editoriales

La Universidad del Gran Rosario saca a la luz esta revista, producto de una necesidad y de un deseo. Es el resultado de la necesidad operativa de contar con un dispositivo académico que posibilite la transmisión de los conocimientos producidos en su seno y en la comunidad de la que participa. Es, también, el deseo de que esos conocimientos logren aportar, aunque más no sea, un minúsculo alivio a los sufrimientos y una brizna de esperanza a los anhelos de nuestras comunidades. Se trata, además, del deseo de ser una posta en la interminable tarea –imposible de concluir, por otra parte– de construir el saber humano.

Somos protagonistas de un tiempo en que nuestro mundo se ha asomado al abismo oscuro de su destino: una enfermedad y una guerra. La primera pone en jaque el modo de organización social para la subsistencia de la especie, su infraestructura biopsicosocial y el conocimiento producido en términos históricos. La segunda es el resultado de un sistema irracional e inhumano, que trata los problemas de convivencia global de manera tal que nos deja expuestos y expuestas a la peor de las pesadillas: a la muerte de la especie y del planeta. A diario, además, observamos cómo la degradación de la vida cotidiana de la humanidad se da en consonancia con el deterioro del medio ambiente. Por ello, tal como lo plantea Francisco I en su *Laudato Si*, ningún planteo, ya sea económico, ambiental o político, debe sustraerse de la cuestión social. Las universidades debemos dar nuestra palabra y nuestro conocimiento para paliar esos flagelos. La indiferencia y el silencio son formas

renegatorias de la tragedia que golpea nuestra puerta.

El conocimiento que se genera en las universidades, a nuestro entender, cobra sentido si deja de ser mera especulación para convertirse en modos y herramientas que produzcan alivio, esperanzas y aliento para seguir conociendo. Las universidades han creado las vacunas que nos están salvando del sufrimiento de una enfermedad siniestra. Tenemos la esperanza, también –aunque sea más difícil–, de alzar una voz que construya la paz y la convivencia humana, con menos desigualdades.

Es una gran alegría poner a disposición de nuestra comunidad educativa, de la que también formamos parte como ciudadanos y ciudadanas, la revista *Salud, educación y sociedad*. Esperemos cumplir con esa necesidad y ese deseo expresado.

Marzo de 2022

Dr. José Luis Aguirre

Rector - Universidad del Gran Rosario

¿Por qué una revista que reúna salud, educación y sociedad?

Pensar en una revista científica en una universidad es pensar en varias dimensiones. La primera implica que dicha universidad tiene la maduración suficiente, la historia y la calidad que da soporte a una revista. La segunda cuestión es que esa institución, *per se* y por terceros/as, tiene un volumen crítico tal como para difundir su producción de conocimientos, y la decisión político-institucional de hacerlo. Finalmente, que la universidad piensa y opera en función de estos tres ejes como elementos estructurantes de su quehacer.

En este caso, la Universidad del Gran Rosario logra esa síntesis y propone esta revista, lo cual, además del mérito en sí, nos obliga a nosotros/as, en tanto responsables de la publicación, a tener esa misma mirada, a no poder escindir de ningún modo la salud de la educación y de la sociedad. Se trata de ponerse a pensar, desde el punto de vista editorial, que no hay temáticas de salud, o de educación, que no estén subsumidas en la sociedad, la cual, a su vez, determina cada una de ellas. Sin incurrir en una articulación redundante, concebimos la idea de una línea editorial que permanentemente oscile entre estas dimensiones y las integre.

Naturalmente, la UGR es una institución que se posiciona con carreras de salud, que, además de enseñarlas, las produce, y que, finalmente, extiende su hacer mediante la transferencia de servicios y conocimientos. Pero esta revista, que obviamente excede la producción local de la Universidad, debe respetar esas líneas de estructuración. Debe hacer de la publicación un instrumento donde el/la lector/a comprenda que cada artículo precede y procede en esa inte-

gración, que cada propuesta entiende que no hay una salud que no piense a la sociedad, y que no hay educación que no sea una mediadora entre una y otra.

Por estos motivos, es un orgullo dirigir esta publicación, así como contar con el gran equipo que la integra. Con la esperanza de estar a la altura de las circunstancias, los/as saludo e invito a leer, criticar, aportar y publicar por este medio.

Méd. Mag. Pedro Silberman

Director - Revista Salud, Educación y Sociedad

La hechura de una revista científica en una institución educativa es uno de los indicadores que marcan el crecimiento académico de su cuerpo docente en todos sus niveles. Implica un compromiso institucional que está directamente relacionado con la producción de conocimientos, la internacionalización y la socialización de los saberes. En este escenario, la Universidad del Gran Rosario se propone este desafío, para el cual convoca a toda la comunidad científica.

Desde su creación, primero como instituto universitario, y luego al convertirse en universidad, la UGR se propuso desarrollar el área de Investigación, dando sus primeros pasos en las carreras de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría y Licenciatura en Psicopedagogía. Si rastreamos epistemológicamente estos campos disciplinares, encontramos que están muy entrelazados a su práctica profesional, y la investigación, en su momento, ocupaba un espacio acotado. La incorporación en las mallas curriculares de materias tales como Metodología de la Investigación, Seminario de Trabajo Final, o bien la presentación a Congresos Nacionales e Internacionales, fue el puntapié inicial para que la investigación pasara a formar parte de la profesión docente. Con el tiempo, se incorporaron carreras tales como la Licenciatura en Terapia Ocupacional, la Licenciatura en Órtesis y Prótesis o Licenciatura en Actividad Física, que, en términos generales, realizaron el mismo camino que las carreras antes mencionadas.

La expansión académica de la UGR en los últimos años da señales del ritmo de crecimiento, consolidación y potencial de cada una de sus unidades académicas. Dentro del abanico de las carreras de pregrado y grado ofrecidas actualmente por la UGR, se encuentran la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, la Licenciatura en Terapia Ocupacional, la Licenciatura en Podología y el Ciclo de Complementación Curricular,

la Tecnicatura Universitaria en Cosmetología Facial y Corporal, la Tecnicatura Universitaria en Yoga y Salud Integral, la Licenciatura en Psicopedagogía y el Ciclo de Complementación Curricular, el Profesorado en Educación Secundaria de la modalidad Técnico Profesional (en concurrencia con título de base), el Ciclo de Complementación Curricular de la Licenciatura en Gestión de la Educación, el Profesorado Universitario, la Licenciatura en Órtesis y Prótesis, el Ciclo de Complementación Curricular de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico en Salud Mental y Adicciones, la Licenciatura en Actividad Física y Ciclo de Complementación Curricular, la Tecnicatura Universitaria en Ciberseguridad, la Licenciatura en Seguridad Pública y Ciudadana y Ciclo de Complementación Curricular, la Licenciatura en Seguridad Laboral y los Ciclos de Complementación Curricular de la Licenciatura en Espacio de Interiores, la Licenciatura en Innovación y Diseño de Moda y de la Licenciatura en Diseño de Comunicación Visual.

Cabe destacar, asimismo, que la creación de distintos posgrados disciplinares e interdisciplinares, vinculados a los diversos campos –Salud, Actividad Física, Educación, Ciencias Sociales–, profundizó la necesidad de seguir avanzando en los proyectos de investigación. Por otra parte, estuvo acompañado desde la institución por un programa de categorización y apoyo a la formación y a la participación de docentes en proyectos de investigación, lo cual permitió un avance sistemático y continuo en este sentido. La creación del Comité de Ética en Investigación por parte de la UGR es un logro fundamental para el avance de los distintos proyectos, y nos posiciona como universidad en un escenario diferente, ya que permite la evaluación de proyectos externos.

La creación de la revista científica *Salud, Educación y Sociedad* de la Universidad del Gran Rosario sintetiza no solo las líneas de trabajo

académico, sino también la posibilidad de que docentes de distintas universidades cuenten con un espacio de discusión académica en torno a estas temáticas.

En tiempos tan convulsionados, la producción de conocimiento se hace cada vez más necesaria, no solo por la velocidad de los cambios. Además, se trata de la contribución de la universidad para mejorar la calidad de vida de la sociedad.

Mag. Mónica Priotti

Directora asociada - Revista Salud, Educación y Sociedad

Reflexiones sobre una reforma sanitaria argentina

Reflections on an Argentinean Health Reform

Autores/as

María Cecilia Arnaudo - mcarnaudo@gmail.com -
Departamento de Ciencias de la Salud - CESCOS (Centro de estudios en salud colectiva del Sur). Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Natalia De Marco - navedema@gmail.com -
Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI), Argentina.

María Verónica Grunfeld Baeza - veronica.grunfeld@uns.edu.ar -
Departamento de Ciencias de la Salud - CESCOS (Centro de estudios en salud colectiva del Sur). Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Emiliano López - emilianolpz@gmail.com -
Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Diego Martín Palomo - diego.palomo@uns.edu.ar -
Departamento de Ciencias de la Salud - CESCOS (Centro de estudios en salud colectiva del Sur). Universidad Nacional del Sur, Argentina.

RECIBIDO 13/11/2021

ACEPTADO 01/12/2021

Resumen

La pandemia por SARS-CoV-2 ha instalado una preocupación común que azota en el mismo momento a cada ciudadano/a en todo el mundo, y ha puesto en el centro del debate a los sistemas de salud. Esta problemática supera lo individual, y los países necesitan sistemas de salud disponibles, accesibles, de calidad, eficientes, articulados y con enfoque de derechos.

Los/as distintos/as agentes sociales cuestionan el sistema de salud y ponen en evidencia la necesidad de modificarlo para reorientarlo en un marco de derechos. Es en este contexto que nos proponemos reflexionar sobre estos posibles cambios y su orientación. Para esto, nos preguntamos acerca de la acción de reformar, sus razones, los antecedentes de reformas sanitarias, sus posibles fundamentos y el porqué de este momento para impulsar esta reforma.

Palabras clave

- reforma de la atención de salud
- sistemas de salud
- derecho a la salud

Summary

The SARS-CoV-2 pandemic has installed a common concern that hits every citizen around the world at the same time and has put health systems at the center of the debate. This problem goes beyond the individual and countries need health systems that are available, accessible, quality, efficient, articulated and rights-based. The different social agents question the health system and highlight the need to modify it to reorient it in a framework of rights. It is within this framework that we intend to reflect on these possible changes and their orientation. For this we ask ourselves: about the action of reforming, its reasons, the antecedents of health reforms, its possible foundations and the reason for this moment to promote this reform.

Keywords

- health care reform
- health systems
- right to health

Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 ha instalado una preocupación común que azota en el mismo momento a cada ciudadano/a en todo el mundo. Todas y todos tenemos mayor o menor riesgo de sufrir las consecuencias de esta enfermedad y de padecer las dificultades y falencias del campo de la salud para afrontarla. La posibilidad está latente y pone en evidencia las precariedades y deudas de nuestro sistema sanitario. Dependemos de una serie de circunstancias indeterminadas para no contraer el virus, y de otras tantas del sistema de salud para recibir –o no– la mejor atención posible. El problema supera lo individual, y los países necesitan sistemas de salud disponibles, accesibles, de calidad, eficientes, articulados y con enfoque de derechos.

La política, la ciencia, las organizaciones sociales y la ciudadanía interrogan al campo de la salud, que adolece de problemas no resueltos, políticas antagónicas, intereses encontrados y reformas inconclusas, que, sumadas a períodos de violencia institucional, cuestionan el sistema de salud y ponen en evidencia la necesidad de modificarlo para reorientarlo en un marco de derechos.

Sobre reformar

Una reflexión que merece ser abordada es la de acordar de qué hablamos cuando hablamos de reforma y, a partir de allí, determinar a qué nos referimos cuando trabajamos el concepto de reforma del sistema de salud.

Reformar es, según la Real Academia Española (RAE, 2021), “volver a formar, rehacer” y también “modificar una cosa o situación en pos de mejorarla”. Cabe preguntarnos si, en términos de los problemas sociales, políticos e históricos, existen posibilidades materiales de volver a formar o siquiera rehacer. Está claro que el pasado es inmodificable y que, en tanto síntesis acumulada, constituye nuestra realidad, sus contradicciones y posibilidades. En este sentido, una reforma sería, entonces, una propuesta que intente superar o confrontar con esa acumulación en la coyuntura actual: acumulación de leyes y regulaciones, de agentes e intereses. Por lo tanto, hablar de reforma significa, por ejemplo, hablar de redefinición de roles entre quienes asumen responsabilidades en la producción de salud en nuestro país.

El concepto de reforma tiene un significado histórico en el campo de la salud. El término “reforma sanitaria” fue usado por primera vez por la reforma sanitaria italiana y fue recuperado en Brasil, en los debates previos a la Octava Conferencia Nacional de Salud (1986), “para referirse al conjunto de ideas que se tenía en relación a los cambios y transformaciones necesarios en salud” (Arouca, s/d). Si bien en la Argentina este término también se asocia a las reformas del Estado regresivas en relación con los derechos –entre ellos el derecho a la salud– que se promovieron en el contexto del consenso de Washington en los años 90 (Duarte, 2002), en este texto retomamos aquella tradición reformista orientada al derecho a la salud, expresada en las reformas sanitarias italiana y brasileña.

Nuestro enfoque no abarca solo las organizaciones y/o centros de salud que categorizamos habitualmente como sistema de salud. Este concepto simplifica la complejidad, en lo relativo al proceso de salud y enfermedad, su atención y cuidado, tanto en términos individuales como

colectivos. La idea del sistema de salud como un “todo”, dividido en un sector público, otro de obras sociales y un tercero privado, no incorpora instancias de atención y cuidado que estén por fuera de la respuesta formal del Estado, que configuran una parte importante de los modos de cuidado de la ciudadanía. Ocultan agentes e intereses que condicionan las políticas en salud y relegan la determinación social de la salud a una categoría analítica, poniéndola “fuera”, como externa y sin relación con las políticas, ni con la gestión de salud. Por esto, proponemos una metodología de abordaje e interpretación desde el concepto de campo de la salud, entendido como

la convergencia de actores y actrices, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli, 2010: 276).

Este concepto nos permite una comprensión amplia en lo referente al derecho a la salud, a partir de que los procesos que se impulsen deben estar orientados a mejorar las condiciones de vida de toda la población, en el marco de los Derechos Humanos. A su vez, permite comprender que el derecho a la salud es interdependiente con el de vivienda, educación o trabajo, entre otros. Por lo tanto, en adelante nos referiremos al “sistema de salud” en relación con la organización formal de servicios de atención y cuidados, para dar cuenta de lo arraigado de este concepto. Por su parte, haremos alusión al “campo de la salud” para interpretar la mirada amplia y compleja en lo relativo a los poderes y agentes en pugna entre la salud como mercancía o como derecho.

Finalmente, pensamos la reforma en el sentido en que lo plantea Carlos Matus, impulsada para centrar la organización en las necesidades y

demandas de la ciudadanía, enmarcadas en el derecho a la salud como arco directriz, pero también una reforma contra el centralismo extremo y la irresponsabilidad en la organización burocrática. Se trata de una reforma que incluya también la discusión y el cambio de las reglas del juego organizativo, y que mejore y adecue la eficacia de los procesos de gestión. Es preciso dotar al país de una política y leyes de salud amplias y centradas en el derecho. Esto debe abordarse con la misma fuerza y es necesario otorgarle la misma importancia que a la construcción de una organización burocrática a la altura de ese proyecto (Matus, 2020).

¿Por qué hacer una reforma?

La intención de una reforma parte necesariamente de la detección de uno o varios problemas y del interés en trabajar sobre ellos desde una determinada posición política e ideológica. Cabe entonces responder a otra pregunta: ¿cuáles serían los problemas del campo de la salud en nuestro país? Empecemos por intentar una primera respuesta a partir de los datos y la información disponible. Para ello, tomamos como referencia, en principio, uno de los indicadores reconocidos universalmente como marcador del nivel de salud de un país: el índice de mortalidad. En función de esta información, podríamos interpretar que, durante la última década, la tasa de mortalidad se ha mantenido estable y que incluso en el último quinquenio ha ido en baja (7,79% en 2010; 7,6% en 2018; y un 7,55% estimado para 2020, sin medir el impacto de la pandemia, es decir, con el país en condiciones sanitarias esperadas). Sin embargo, existen diferencias significativas entre provincias, en problemas claves como la tuberculosis, el VIH-SIDA y la mortalidad materno

infantil (Tobar, 2010; INDEC, 2019a; DEIS, 2020).

Con respecto a la tuberculosis, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), en 2017 la tasa de mortalidad en la provincia de Buenos Aires fue de 1,3%, mientras que las provincias de San Luis y Córdoba registraron los índices más bajos, con una tasa de 0,2% y 0,4%, respectivamente. Por su parte, los índices más altos se registraron en Jujuy (4,4%), Chaco (4,2%) y Formosa (4,1%) (INDEC, 2019a). Para el mismo período, Salta y Formosa presentaron los índices más altos de mortalidad en relación con el SIDA (6,4% y 4,2%, respectivamente). Si observamos otro indicador para nuestro ejemplo –infaltable al momento de hacer referencia al nivel de salud de un país–, la tasa de mortalidad infantil, Formosa tiene una tasa significativamente más alta que el resto de las provincias (16%), seguida por Corrientes, con un 12,8%, y los números más bajos se encuentran en Mendoza (7,8%), provincia de Buenos Aires (6,9%) y Chubut (6,8%). Finalmente, queda decir que la provincia de Formosa, en relación con la mortalidad materna, también presenta la tasa más alta del país, con un 10,4%, frente a una media argentina de 2,9% (INDEC, 2019a).

El índice de mortalidad también presenta diferencias en relación con el estrato socioeconómico de las personas. Es decir, ricos y pobres mueren por diferentes causas, y los perfiles de mortalidad varían dentro de las mismas provincias en función de ese criterio. En los sectores con menos privaciones económicas, prevalecen como causa de muerte las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias, mientras que, en los sectores más desfavorecidos, las principales causas son las enfermedades infecciosas, las mal definidas y las lesiones (Tobar, 2010; INDEC, 2019a).

En principio, entonces, podemos decir que uno de los problemas del sistema de salud argentino consiste en una profunda inequidad en múl-

tiples dimensiones. Un capítulo aparte merecería el estudio de las causas que conducen a esa situación, para poder trabajar en ellas: las diferencias en cuanto a la inversión en salud que realiza cada provincia o territorio, el nivel y tipo de cobertura, la relación entre condiciones de vida y ambientales, y los problemas de salud prevalentes, entre otros.

En un intento de respuesta provisoria y más general, coincidimos con diversos autores y autoras en señalar que la cuestión económica ha prevalecido como la variable a la que más se hace referencia cuando se intenta explicar la ineficiencia, ineficacia e inequidad del sistema. En ese sentido, se comprende el hecho de que los enfoques de las políticas públicas de salud han sido sistemáticamente económicos y se han desviado de satisfacer las verdaderas necesidades de salud de la población (Laurell y Herrera Ronquillo, 2010).

En el mismo orden de cosas, la renombrada “fragmentación” del sistema de salud argentino resulta una de las ideas que con mayor fuerza surgen al momento de analizar los problemas sanitarios. Hablar de un sistema fragmentado y segmentado es un tecnicismo que encierra dos realidades: por un lado, la de los diferentes intereses en juego, donde diversos/as agentes intentan imponer reglas propias a su conveniencia y que, en algunos casos, poca relación tienen con las necesidades de salud de las personas; por otro lado, la deficiente regulación estatal que acompaña esa situación. Hay que comprender que esta fragmentación a la que nos referimos es el resultado de un proceso histórico que alejó de manera paulatina al Estado nacional como regulador del sistema de salud. Así, dejó este complejo campo libre de restricciones para aquellos/as agentes que ven en él una oportunidad para instalar sus negocios (Rovere, 2016). Cuando hablamos de un sistema fragmentado, nos referimos a la ausencia de principios y criterios integradores. La fragmentación debe

entenderse como la disolución de las responsabilidades por los cuidados y la atención de la salud en perjuicio del derecho a la salud. En nuestro sistema de salud, la fragmentación se evidencia en los distintos subsectores que lo conforman: el público, el de las obras sociales y el privado, que se superponen e interrelacionan de forma competitiva. Ejemplo de esto son los subsidios cruzados que se producen, como el que otorga el subsector público a las obras sociales y a la medicina prepaga cada vez que uno/a de sus afiliados/as es atendido/a en el sistema público, o en los casos de doble cobertura, entre otros. Cada vez que se concreta alguno de estos casos, se disuelve la responsabilidad de la salud de la ciudadanía, se afecta el rendimiento de cada subsistema y no se garantiza plenamente el derecho a la salud, para financiar los consumos y prácticas que poca relación tienen con resultados en salud.

Esta fragmentación, expresada en subsectores, no es patrimonio exclusivo del campo de la salud. Se evidencia también en una visión fragmentada de las políticas sociales, donde cada proyecto responde a una lógica propia y es consistente en sí mismo, pero persigue objetivos que pueden o no estar articulados con los de otros proyectos. Si profundizamos un poco más, es la misma fragmentación que se genera producto de una economía basada en argumentos liberales, donde la fragmentación social –consecuencia ineludible de la desigual distribución del ingreso– trae aparejada diferencias sustanciales en los niveles de consumo y bienes de capital (Barillas, 1997).

Por lo tanto, la fragmentación no es una desviación particular del sistema de salud, sino que forma parte de las políticas sociales y las concepciones ideológicas asociadas con el Estado mínimo y con el rol protagónico del mercado como ordenador social que han atravesado parte importante de la historia argentina. Tener esta mirada amplia nos

permite trabajar sobre su determinación, y no reducirla a un mal diseño tecnopolítico del sistema de salud.

Ahora bien, volvamos a la información que nos ayuda a describir el problema que hoy nos convoca a pensar en una reforma del sistema de salud argentino, y analicemos, entonces, un indicador relevante en este tipo de reflexiones: el índice costo/resultado.

La pregunta, en este caso, sería: ¿existe un equilibrio entre costo y resultados? Uno de los obstáculos para responder tiene que ver con las dimensiones o variables que se incluyen en este análisis. A modo de ejemplo, uno de los principales problemas con relación a esta cuestión es la alta participación que el gasto de bolsillo directo de las personas y hogares tiene dentro del costo total de salud en Argentina. En relación con el gasto de bolsillo, en el bienio 2017-2018, los hogares que no tenían adultos/as mayores destinaban el 5,1% del gasto de consumo a salud; los hogares con un/a adulto/a mayor destinaban el 9,5%; y la cifra ascendía a 14,2% cuando había dos o más adultos/as mayores en el hogar (INDEC, 2019b). ¿Por qué vemos en esta cuestión uno de los problemas fundamentales? Justamente, porque en este punto es en donde con mayor claridad se observa la inequidad de un sistema en el que quien más dinero tiene mejor acceso logra. Así como el derecho de la salud no puede estar sujeto a una condición de empleo, tampoco puede estar condicionado por la capacidad de pago.

La inversión en salud en Argentina representó, en el año 2017, el 9,4% del PBI. Se trata de una de las inversiones más elevadas de América Latina. Cuando se desglosa ese número, la inversión pública y de la seguridad social representan un 6,6% (2,7% es de inversión directa del Estado y 3,9% de la seguridad social), mientras que la inversión del sector privado alcanza un 2,8%, con un gasto de bolsillo de 3,46%

(Argentina.gov.ar, 11/11/2019). Alrededor del 67,4% de las personas tiene cobertura con alguna obra social prepaga, mutual y/o servicio de emergencia. Por su parte, el 32,5% posee cobertura médica a través del sistema público (INDEC, 2019b). Un punto crucial es que, en épocas de crisis económica y desempleo, gran parte de ese 67,4% pasa a depender exclusivamente del sistema público. Otro dato interesante a observar es que, a pesar de la inversión pública, las personas particulares, en gran medida, terminan por financiar el sistema, sobre todo en lo referido a la compra de medicamentos y la contratación de servicios que se encuentran por fuera de los ofrecidos por su obra social. Todo esto evidencia una alta dispersión de financiamiento.

Al cuadro de situación descrito deben sumarse múltiples variables, como los cambios demográficos y epidemiológicos; las enfermedades crónicas asociadas a los modos de vida; los sucesivos brotes de dengue; las enfermedades endémicas –por ejemplo, Chagas–; y la reciente pandemia, así como las potenciales futuras. A su vez, es necesario ponderar la tecnología aditiva (no se reemplaza, se acumula nueva tecnología); el ejercicio profesional ultraespecializado, centrado en tecnología con alta concentración de capital y ejercido para grupos privilegiados de la población; el rol pasivo del Estado en el desarrollo y producción de tecnología sanitaria; el incremento en los costos de producción de los servicios; los cuestionamientos a la calidad y seguridad de las prestaciones; y una práctica profesional con acento en el diagnóstico y la terapéutica, sin trabajar en la determinación de los problemas (Silva Paim, 2009). Asimismo, es preciso considerar el creciente aumento del gasto de bolsillo; el desmedido y poco transparente costo de los medicamentos; la poca o nula participación y control por parte de la ciudadanía de las organizaciones sanitarias; y la inviabilidad económico-financiera del modelo sanitario

centrado en la figura del hospital. Todo ello, además de otras tantas variables, termina por configurar un cuadro complejo que requiere desnaturalizarse para poner en agenda y avanzar en propuestas de reforma.

Podríamos concluir que el sistema de salud presenta, por un lado, marcadas inequidades en cuanto a resultados sanitarios (expresados en las diferencias en las tasas de mortalidad que se esconden bajo un promedio nacional aceptable). Por otro lado, muestra profundos problemas de gestión y de financiamiento (evidenciados en las múltiples dependencias administrativas y en las superpuestas fuentes de financiamiento), así como la acumulación de importantes deudas en relación con la realidad epidemiológica de nuestra población. En ese sentido, mantiene y profundiza un modelo de atención centrado en los aspectos biológicos y en la producción de prácticas y servicios que no siempre están ligados a las necesidades de las personas.

El campo de la salud está hegemonizado mayoritariamente por agentes con intereses mercantilistas, y el Estado queda reducido a un agente con poca capacidad de control y regulación. Aún más, termina por subsidiar el sector privado en aquellos aspectos y/o situaciones de escasa rentabilidad.

¿Qué antecedentes de reformas sanitarias reconocemos en nuestra historia?

Reflexionar sobre los antecedentes de reforma nos traslada inmediatamente al año 1945. Ese año ocurrió, probablemente, una de las mayores transformaciones que haya tenido lugar en el sistema de salud. Más precisamente, ocurrió entre 1946 y 1951, durante el gobierno de Juan

Domingo Perón y bajo el mandato de su sanitarista, el Dr. Ramón Carrillo. Tal como ocurrió en cada una de las reformas, el caso al que aludimos tuvo un encuadre social y político específico, presentado con claridad por R. Carrillo en su libro *Teoría del hospital*:

[...] desde que el general Perón afirmó que su programa consistía en asegurar un mínimo de bienestar a los argentinos, y en evitar que en nuestra patria existiesen demasiados ricos y demasiados pobres, desde ese momento quedó colocada la piedra angular de una política médico social argentina, la que es consecuencia lógica y natural de esos enunciados peronistas (Carrillo, 1974: 28).

Esta reforma generó la construcción de 230 establecimientos sanitarios de internación, 50 institutos de salud especializados, 3.000 centros de salud y 2 fábricas nacionales de alta tecnología sanitaria, lo que permitió pasar de 66.300 camas hospitalarias a 134.000. A la par, se impulsó un trabajo para modificar la concepción y el funcionamiento de los hospitales, de “centros de cura, a centros de medicina preventiva y centros de salud” (Carrillo, 1974: 13). Todas las políticas sociosanitarias modificaron de manera sustancial el perfil epidemiológico de la Argentina. La esperanza de vida pasó a ser de 48 a 60 años, y la mortalidad infantil disminuyó drásticamente (Flores, 2007).

Podemos decir que su reforma consistió en construir el sistema de salud argentino allí donde prácticamente no existía, y de este modo se pasó de la beneficencia a la responsabilidad del Estado. Sus políticas permitieron una reorientación hacia un amplio acceso a la atención y cuidado de la salud. Se logró instalar la idea de “la salud como un derecho y por ende responsabilidad del Estado”. El corolario de este proceso fue la Constitución de 1949, que, en lo relativo a la salud, expresamente, establecía en el Capítulo III, titulado “Derechos del trabajador, de la

familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura”, artículo 37, los derechos especiales, que incluía en la sección I (“Del trabajador”), ítem 5, el derecho a la preservación de la salud. Por su parte, en la sección III, relativo a la ancianidad (ítems 5 y 6), postulaba el derecho al cuidado de la salud física y moral.

Otro antecedente lo encontramos en las leyes 16.462 y 16.463, que en conjunto fueron denominadas Ley de medicamentos o Ley Oñativia, justamente durante el período 1963-1965, cuando el Dr. Arturo Oñativia fue ministro de Salud de la Nación. El aporte de Oñativia sería el antecedente de la Ley 26.688 –de julio de 2011–, que tuvo como objeto, por un lado, promover la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos y, por otro, propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública (Roman y Salas, 2020; Ramacciotti y Romero, 2017).

En el tercer gobierno de Perón, en 1973, se propuso la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que en sus fundamentos declaraba la salud como derecho básico de todos/as los/as habitantes de la República Argentina. Asimismo, postulaba al Estado nacional como responsable de hacer efectivo ese derecho, en tanto “financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos” (Medina y Narodowski, 2015: 18). De este modo, se remediaba, por la derogación de la Constitución de 1949 y la ausencia en la de 1853, el vacío legal en torno a la salud como derecho. La propuesta básica se vinculaba entonces con la integración y coordinación de las políticas de salud que articulan a los prestadores públicos, privados y de las obras sociales (Medina y Narodowski, 2015). Fueron solamente cuatro las provincias que adoptaron acciones enmarcadas en el SNIS –Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis–, ya que la

férrea oposición de los Colegios profesionales (sobre todo porque el proyecto planteaba la dedicación exclusiva de los/as médicos/as a la actividad hospitalaria) impidió expandir el proyecto hacia otras jurisdicciones (De Lellis, s/f).

Antes de abordar ciertos hitos durante el retorno de la democracia, no podemos soslayar las “reformas” regresivas que caracterizaron a las diferentes dictaduras, sobre todo la “Revolución Libertadora” de 1955, la dictadura de Onganía de 1966 y el “Proceso de Reorganización Nacional” de 1976 (Medina y Narodowski, 2015).

Durante la autodenominada “Revolución Libertadora”, se logró poner límites al Estado como garante del derecho a la salud. Una de las acciones más representativas fue derogar la Constitución de 1949 (Medina y Narodowski, 2015).

Otro antecedente de reforma regresiva en relación con los derechos lo encontramos en la transferencia hospitalaria a provincias y municipios, que generó espacios para el desarrollo de la medicina privada, a partir de la desfinanciación de la salud pública. Esta situación se dio durante la dictadura de Onganía, quien inició su gestión con el reemplazo del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública por el Ministerio de Bienestar Social. De este modo, desjerarquizó la salud pública a Secretaría, política coherente con la que repetirían dictaduras y gobiernos neoliberales (Medina y Narodowski, 2015).

La última dictadura militar (1976-1983) tuvo consecuencias nefastas en múltiples dimensiones de la salud. La desaparición forzada y muerte de miles de personas ha borrado una generación de jóvenes que lucharon por una sociedad inclusiva, y por mantener los logros en salud en términos de derechos. En aquellos años, la violencia del Estado se constituyó como la primera causa de muerte en jóvenes de entre 20 y 24 años (Spinelli, s/d).

Una de las primeras medidas del gobierno militar fue la eliminación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley 21.902, en 1978. Se retomó la descentralización de los hospitales nacionales, que pasaron a la esfera provincial o municipal. A su vez, se transfirieron los recursos a las provincias, que pasaban a asumir la responsabilidad de financiar los servicios, lo cual configuró distintos sistemas provinciales de salud (Medina y Narodowski, 2015).

Podemos sintetizar que el paso de las dictaduras argentinas permitió la penetración de una reforma social basada en el Estado mínimo, lo que dejó al mercado como el asignador y distribuidor de recursos. Allanaron el camino para la instauración del modelo neoliberal como conductor de políticas, pero, sobre todo, silenciaron con violencia, desaparición y muerte todo intento de transformación social (Rovere, 2016).

Con el retorno de la democracia, durante el gobierno de Raúl Alfonsín emergen nuevas propuestas de mejora. Se promueve la sanción de las leyes 23.660 y 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud. El proyecto, encabezado por Aldo Neri, fue un intento de reforma concebido desde una perspectiva integradora, que otorgaba al Estado las competencias y las herramientas reguladoras para asegurar el cumplimiento del derecho a la salud desde una concepción basada en la universalidad del acceso (Belmartino y Bloch, 1994; Neri, 2001).

En 1988, en el contexto del gobierno peronista de Antonio Cafiero en la provincia de Buenos Aires, su ministro de Salud, Floreal Ferrara, desarrolló el Programa de Atención Ambulatoria de la Salud (ATAMDOS), que significó una profunda reforma, en términos propositivos y simbólicos, del primer nivel de atención. Se conformaron más de cien equipos de salud comunitaria, integrados por un/a médico/a, un/a enfermero/a, un/a trabajador/a social, un/a trabajador/a de salud mental y, cada dos

equipos, un/a odontólogo/a y un/a administrativo/a. Cada equipo tenía 300 familias bajo su responsabilidad. Este programa significó –y significa hoy en día– la posibilidad concreta de pensar la reforma sanitaria desde el nivel comunitario y del primer nivel de atención (Medina y Narodowski, 2015).

Durante los años noventa (1989-1999), se realiza la Reforma del Sector Salud, con una impronta neoliberal y de libre mercado como marco económico-social. La propuesta impulsada se denominó de competencia regulada, basada en la libre elección de la entidad aseguradora por parte del/la afiliado/a o cliente/a. Se implementó un cambio paulatino orientado a la descentralización, la introducción de mecanismos de competencia en el interior de los sistemas, la fijación de un paquete de prestaciones mínimas o básicas y la privatización y tercerización de servicios (Belmartino, 2005).

Estas reformas atomizaron más el sistema, fortalecieron lógicas de mercado y generaron inequidad dentro de los servicios de salud, poco accesibles o accesibles solo para quienes contaran con empleos privilegiados o con la posibilidad de afrontar costosos gastos de bolsillo. De este modo, se desfinanció el sistema público en general (Acuña, 2000).

Entre 2009 y 2015, en consonancia con la revalorización del Estado como garante de derechos, se sancionó un conjunto de leyes que impactó positivamente sobre la salud pública y sobre el acceso a derechos de ciertos subgrupos tradicionalmente excluidos de la protección social. Este período se reconoce como la “década de construcción de un plexo de derechos”, que incorporó las leyes de salud sexual y procreación responsable, de prohibición de impedir la escolaridad de alumnas embarazadas, de salud mental, de producción pública de medicamentos, de derechos del/la paciente, de creación del programa nacional de

educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, de fertilización asistida, entre otras (De Lellis, s/f).

En 2016, en un puente con las reformas de los años noventa, nuevamente con una lógica neoliberal, centrada en la salud como gasto y con el objetivo de recortar la Atención Primaria de la Salud (APS) a una canasta básica de servicios, se propone como reforma, y mediante el Decreto 908/2016, la “Cobertura Universal de Salud”. Estas políticas utilizan herramientas que tienen como metas centrales disminuir costos, orientarse hacia la eficiencia e incorporar a las empresas en la evaluación de los servicios de salud. Se emparentan con un estilo de administración vinculado con la nueva gestión pública de corte neoliberal, con el recorte de derechos y con la responsabilización individual sobre la cobertura de salud y atención ante situaciones de enfermedad (De Lellis, s/f).

¿Cuáles son los fundamentos posibles de una propuesta de reforma?

La propuesta de reforma se orienta y enmarca conceptualmente en reconocer a cada ciudadano/a como titular de derecho, y al Estado como el responsable de garantizarlo. El Estado debe concretar políticas, leyes, reglamentos y programas orientados a hacer concretas y efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por la Constitución, sus tratados, pactos internacionales y leyes (Abramovich, 2006; Ase y Burijovich, 2009). Esto implica incluir los siguientes aspectos, para pensar y analizar como fundamento o marco de la reforma sanitaria:

1. La integración de la determinación social de la salud a las políticas de salud. Esto implica incorporar, desde el análisis, las acciones y el control

de dichas acciones, que tiendan a garantizar la cobertura y acceso a:

- a. agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- b. alimentos aptos para el consumo;
- c. la igualdad de género;
- d. la protección y prevención ante la trata de personas, la violencia por cuestiones de género, los feminicidios, la tortura, penas crueles, tratos inhumanos o degradantes;
- e. vivienda adecuada;
- f. condiciones de trabajo dignas y justas;
- g. cuidado y protección ambiental.

2. La incorporación de los sujetos de derecho en la gestión de las diferentes instancias y organizaciones sanitarias –hospitales, centros de salud, hogares de larga estada, centros de rehabilitación, discapacidad, Secretarías de Salud, regiones sanitarias, Ministerios, entre otras– y su participación en:

- a. el proceso de asignación de recursos a las organizaciones, programas y políticas de salud;
 - b. el proceso de toma de decisiones a nivel de cada organización y comunitario, municipal, provincial y nacional;
 - c. en las instancias de decisión sobre la realización de experimentos e investigaciones sobre los/as usuarios/as de las organizaciones de salud, la comunidad o la población, como modo de garantizar que nadie sea sometido/a a alguna intervención médica sin el propio consentimiento;
 - d. en la evaluación de la gestión de las organizaciones sanitarias.
3. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de protección de la salud ante violencias, accidentes y catástrofes.
4. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de prevención y tratamiento de las enfermedades.

Secretarías de Salud, regiones sanitarias, Ministerios, entre otras– y su participación en:

- a. el proceso de asignación de recursos a las organizaciones, programas y políticas de salud;
 - b. el proceso de toma de decisiones a nivel de cada organización y comunitario, municipal, provincial y nacional;
 - c. en las instancias de decisión sobre la realización de experimentos e investigaciones sobre los/as usuarios/as de las organizaciones de salud, la comunidad o la población, como modo de garantizar que nadie sea sometido/a a alguna intervención médica sin el propio consentimiento;
 - d. en la evaluación de la gestión de las organizaciones sanitarias.
3. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de protección de la salud ante violencias, accidentes y catástrofes.
 4. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de prevención y tratamiento de las enfermedades.
 5. El acceso igual y oportuno a los servicios, tanto de prevención y atención de la enfermedad como de rehabilitación de la salud desde un abordaje centrado en el sujeto y situado en su contexto familiar y comunitario.
 6. Recibir la educación y la información pertinentes sobre cuestiones relacionadas con el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado.
 7. Recibir oportunamente acciones de promoción de salud a nivel poblacional, familiar y comunitario.
 8. Recibir oportunamente acciones de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.
 9. Recibir un tratamiento de las enfermedades eficaz y accesible económica, cultural, geográfica y socialmente.
 10. Tener acceso a medicamentos necesarios, a un costo accesible, con

un control científico eficaz, con información que permita un consumo informado y con transparencia de las relaciones entre laboratorios y prescriptores de medicamentos.

¿Por qué impulsar una reforma en este momento?

El sistema de salud evidencia dificultades no resueltas desde los primeros intentos de reforma, y renueva otras a la luz de cambios socioeconómicos, epidemiológicos, demográficos y geopolíticos, particularmente en el contexto de la pandemia por SARS-CoV2. La pandemia ha provocado al menos dos crisis, que se afectan y profundizan mutuamente. Una es sanitaria; la otra, económica. Ambas amenazan la salud de las personas, como así también la vitalidad del sistema sanitario.

Por otra parte, la pandemia no solo sintetizó los motivos para trabajar hacia una reforma sanitaria, sino que también puso en evidencia la respuesta heterogénea entre jurisdicciones y los subsistemas que la habitan. Para las y los sanitaristas estos problemas existen desde hace mucho tiempo. La ciudadanía los sufre también desde entonces, pero hoy más que nunca toda la población está afectada por la crisis del sistema de salud. Son las personas quienes buscan una respuesta adecuada para los momentos que vivimos. Probablemente, estos sean los años donde más se haya instalado la salud en la agenda política, pero sobre todo en el imaginario colectivo de la población.

Entendemos que un proceso de reforma debe convocar e interpelar a la sociedad, la ciudadanía, las organizaciones sanitarias, los partidos políticos, los sindicatos, las asociaciones profesionales, los/as legislado-

res/as y los Poderes Ejecutivos municipales, provinciales y nacionales. Tenemos claro que debemos generar espacios de debate e intercambio que permitan incorporar todas las visiones e intereses, y dar esta discusión en conjunto con la ciudadanía y sus organizaciones, para que formen parte, no como beneficiarios de la reforma, sino como protagonistas, con decisión y acción en el proceso (Spinelli, 2020).

Una reforma no puede diseñarse en soledad desde un escritorio y resolverse en el Congreso sin legitimación popular. Quizá este sea el mejor argumento de por qué impulsar la reforma en este momento: el involucramiento social y gubernamental en los temas de salud, producto de la pandemia, genera un contexto político, cultural y social permeable para impulsar políticas que promuevan equidad, cobertura y acceso a la atención y cuidado de la salud, en el marco del derecho a la salud de los/as argentinos/as.

Bibliografía

Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, 35-50.

Acuña, C. (2000). Evolución y Reforma de los Sistemas de Protección de la Salud en los países del Mercosur y en Chile. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentiniem/50163.pdf>

Argentina.gob.ar (11 de noviembre 2019). El gasto en salud representó el 9,4% del PBI en el año 2017. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017>

Arouca, S. (s/f). Reforma Sanitaria. Biblioteca virtual Sergio Arouca. Fundación Oswaldo Cruz. <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/reforma-sanitaria/>

Ase, I. y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47.

Barillas, E. (1997). La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(3), 246-249.

Belmartino, S. y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*. Publicación 40. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Belmartino, S. (2005). Una década de la reforma de la atención médica argentina. *Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.

Carrillo, R. (1974). *La teoría del hospital*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

De Lellis, M. (s/d). *Reforma Sanitaria y Seguros de Salud: Apuntes desde una perspectiva de derechos*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/-sitios_ctedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/reforma_sanitaria.pdf

Dirección de estadísticas e información de salud (2020). Indicadores básicos. <http://www.deis.ms.gov.ar>

Duarte, M. (2002). El consenso de Washington y su correlato en la reforma del estado en la Argentina: Los efectos de la privatización. En M. Schorr, A. Castellani, M. Duarte y D. Sánchez, *Más allá del pensamiento único. Hacia una renovación de las ideas económicas en América Latina y el Caribe* (pp. 143-188). Buenos Aires: Clacso.

Flores, M. E. (5 al 9 de noviembre de 2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Carrillo Ramón. Argentina. *VII Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2019a). *Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos. Condiciones de vida*. Buenos Aires: Instituto de Estadísticas y Censos-INDEC, 4(6).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2019b). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018. Resultados preliminares*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INDEC.
- Laurell, A. C. y Herrera Ronquillo, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 6(2), 137-148.
- Matus, C. (2020). *Adiós, señor presidente*. Remedios de Escalada: UNLa.
- Medina, A. y Narodowski, P. (2015). *Estado, integración y salud: La gestión en red de un hospital público*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Neri, A. (2001). La reforma del sistema de salud. *Colección*, 7(11), 135-161. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10107>
- Ramacciotti, K. y Romero, L. (2017). La regulación de medicamentos en la Argentina (1946-2014). *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 12(35), 153-174.
- Real Academia Española [RAE] (2014). *Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario*. <https://dle.rae.es/>
- Roman, V. y Salas, E. (2020). *Arturo Oñativia y la ley de medicamentos*. Cuadernos del Instituto de Ciencias de la Salud, 4. Florencio Varela: Ed. UNAJ.
- Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(12), 23-42.
- Silva Paim, J. (2009). Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva*, 5(1), 121-126.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Spinelli, H. (2020). Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. *Salud Colectiva*, 16, 1-11. <http://doi.org/10.18294/sc.2020.3360>
- Spinelli, H. (s/d). La violencia como problema de salud pública: El terrorismo de Estado en Argentina 1976-1981.
- Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencia de la experiencia internacional y propuestas para Argentina*. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.

María Cecilia Arnaudo, Natalia De Marco, María Verónica Grunfeld Baeza, Emiliano López, Diego Martín Palomo. "Reflexiones sobre una reforma sanitaria argentina". *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Año 1, Número 1, Marzo 2022, pp. 8-21.

Gestión en salud en tiempos de pandemia: la experiencia en una obra social para personas mayores durante el año 2020

Health Management in Times of Pandemic: The Experience of the Social Security Institute for the Elderly During 2020

Autoras

Paola Buedo - paolabuedo@gmail.com -

Médica. Magister. Directora Ejecutiva Local, Unidad de Gestión Local V (UGL V). Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Bahía Blanca, Argentina.

Manuela Salas - manuelasalas@yahoo.com.ar -

Médica. Magister. Coordinadora Ejecutiva Local, Unidad de Gestión Local V (UGL V). Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Bahía Blanca, Argentina.

RECIBIDO 04/11/2021

ACEPTADO 01/12/2021

Resumen

La gestión en salud tiene complejidades propias del campo sanitario, que se vieron maximizadas durante el desarrollo de las medidas tomadas para abordar la pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2. Esto tuvo una alta repercusión en la gestión de una obra social destinada a personas mayores, quienes representan un colectivo especialmente vulnerable a la enfermedad COVID-19. Este artículo describe la experiencia de gestión durante el año 2020 de una de las sedes de la obra social más grande de América Latina, para lo cual se delinearán las medidas tomadas, su justificación, los desafíos y los resultados.

Palabras clave

- gestión en salud
- salud pública
- seguridad social
- servicios de salud para ancianos/as
- pandemias

Summary

Health management has complexities typical of the health field. They were maximized during the development of the measures taken to address the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic. This had high impact in the management of a security social for elderly, who represent a vulnerable group to the COVID-19 disease. This article describes the management experience during 2020 of one of the headquarters of the largest social work in Latin America, outlining the measures taken, their justification, challenges, and results.

Keywords

- health management
- public health
- social security
- health services for the aged
- pandemics

Introducción

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) de Argentina es la obra social más grande de América Latina: posee casi 5 millones –4.870.749 al mes de diciembre de 2020– de personas afiliadas en todo el país, de las cuales un 85% supera los 60 años (INSSJP, 2020). Con este enorme número de personas afiliadas, y en función de la edad que presentan –que implica un mayor uso de los servicios sanitarios y también sociales–, el INSSJP supone un gran desafío de gestión. Este desafío se orienta, por un lado, a poder garantizar el derecho a la salud de sus afiliados/as y, por otro, a que el uso de sus recursos, que son finitos, sea eficiente y de calidad.

El INSSJP territorializa su presencia en todo el país mediante 38 Unidades de Gestión Local (UGL). Este artículo presenta la experiencia de gestión del año 2020 de la UGL V, que tiene a cargo 107 mil personas afiliadas en 14 partidos del sudoeste de la provincia de Buenos Aires, y cuya sede se encuentra en la ciudad de Bahía Blanca.

En cada UGL, y por tanto a nivel nacional, el INSSJP es uno de los principales financiadores del sistema de salud argentino. No obstante, ciertas tramas provocan que, a pesar de las grandes sumas de dinero erogadas mensualmente, estos montos no siempre impliquen una mayor o mejor atención de la salud para la población afiliada. A su vez, esto se vincula con características propias del sistema o campo de la salud. Estas características particulares del campo de la salud hacen que su gestión sea compleja. Una de estas cualidades es que se trabaja en contacto permanente con el padecimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte (Spinelli, 2010). Esto, por un lado, condiciona la emocionalidad

y la subjetividad de quienes están en permanente contacto con estas dimensiones, pero, además, –y lejos de la emocionalidad– proporciona un valor de cambio que resulta difícil de traducir en una tarifa. Otro de los aspectos que le otorga al campo de la salud esa complejidad en términos de gestión es la multiplicidad de agentes que lo conforman. Cada uno/a de estos/as agentes tiene diversos intereses y una gran cantidad de capitales en juego, a lo cual hay que añadir que se trata de un campo que presenta una alta concentración de poder económico (Spinelli, 2010).

La gestión en salud se refiere a la definición de las prioridades: quién toma las decisiones, qué decisiones deben tomarse y cuáles son los valores que guían la toma de las decisiones. El “modelo” de gestión siempre existe, se encuentre o no explicitado. Esto se debe a que siempre se toman decisiones y se definen prioridades en base a valores, a aspectos éticos e ideológicos, a las experiencias e incluso en relación con la especialidad disciplinar de quien las toma (Tobar, 2002). Los problemas son el insumo de la gestión: se entiende por problema la brecha entre la situación actual y la situación deseada. En un campo tan complejo como el descripto, los problemas serán también problemas complejos. Esto obliga a salirse de las respuestas únicas y a buscar, por el contrario, nuevas preguntas, así como a pensar respuestas creativas y situadas. En esta búsqueda, es importante incorporar todas las miradas y voces posibles (Spinelli, 2016).

En función de las complejidades del campo sanitario y las singularidades del INSSJP, se ideó un proyecto de gestión de la UGL V que, sin dudas, se vio modificado al inicio de la pandemia. Los principales problemas que se identificaban al inicio de la gestión –y, por tanto, antes de la pandemia– tenían que ver, en primer lugar, con la organiza-

ción general y la optimización de los procesos de trabajos internos; en segundo lugar, con el fortalecimiento de los diferentes niveles de atención y su articulación; por último, con la generación de espacios de socialización especialmente destinados a personas mayores. Con este insumo, y su detalle, se reelaboró un proyecto de gestión anual para el año 2020.

Líneas de gestión y justificación

En línea con la Dirección Nacional del INSSJP, se establecieron las siguientes prioridades:

- a. acceso a la atención de primer nivel a las personas mayores, una de las poblaciones más vulnerables a la enfermedad COVID-19;
- b. disponibilidad de camas hospitalarias y unidades de aislamiento garantizado a personas afiliadas;
- c. soporte social en situación de aislamiento a personas mayores;
- d. facilitación de trámites propios del INSSJP;
- e. mantener la UGL abierta y en funcionamiento.

Para trabajar sobre estas prioridades, se definieron también dimensiones que formarían parte de la concreción de las prioridades:

- acompañar el trabajo comprometido por parte de los/as trabajadores/as del INSSJP;
- considerar la perspectiva de género;
- cuidar el medio ambiente;
- mancomunar esfuerzos con instituciones y organizaciones sanitarias y no sanitarias para el logro de prioridades;

- evaluar los procesos y resultados.

Durante el inicio de la pandemia, las recomendaciones del INSSJP, en sintonía con las del Ministerio de Salud de la Nación, aconsejaron postergar la atención de aquellas situaciones que podían ser pospuestas sin conllevar un riesgo para la salud de las personas, y a su vez, garantizar el pleno acceso a las prestaciones médicas y sociales de urgencia y emergencia. Esta recomendación tenía un fundamento lógico: se esperaba que la tasa de uso de los hospitales aumentara drásticamente, por lo cual el campo sanitario tenía que estar preparado para ello. La preparación significaba, fundamentalmente, contar con disponibilidad de camas para la atención prioritaria de casos por enfermedad COVID-19, así como de urgencias y emergencias (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Esta situación presentaba otro problema: ¿quién definía la urgencia? Las personas no tienen por qué saber cuándo una situación de salud amerita una atención urgente en cualquier contexto, pero aquí suponía, además, un riesgo que afectaba sin duda la accesibilidad al sistema sanitario.

La accesibilidad es definida de distintas maneras. Puede definirse como el vínculo construido entre los sujetos y los servicios. En este caso, se trata de un vínculo que surge de una combinación entre las condiciones y los discursos de los servicios y las condiciones y las representaciones de los sujetos. Este vínculo se manifiesta en el modo particular que adquiere la utilización de los servicios (Garbus, Solitario y Stolkiner, 2007). Starfield (2002), por su parte, diferencia entre el concepto de accesibilidad y el de acceso. Define la accesibilidad en relación con las características de la estructura de los servicios de salud, que fortalece la capacidad de las personas para lograr la atención necesaria. El acceso, en cambio, tiene que ver con las percepciones y experiencias de las perso-

nas que facilitan el ingreso al sistema. Es decir, es la forma en que cada persona vivencia esas características del campo de la salud y que influyen a la hora de buscar o lograr asistencia.

Si tenemos en cuenta estas definiciones, es probable que, en el contexto pandémico, hayan surgido no solo nuevas barreras en la accesibilidad, sino también en el acceso. En cuanto al acceso, muchas personas mayores, conscientes de que pertenecen al grupo de alto riesgo, o bien por temor al contagio, se han autoimpuesto barreras, al posponer consultas que sí debían ser realizadas, ya que su demora implica un mayor riesgo. El aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), una de las intervenciones mundialmente realizadas para mitigar la circulación del virus, ha limitado el contacto social. Por supuesto, ese ha sido el objetivo, pero también significó otras barreras en términos de acceso y accesibilidad. Se sumó a esto que el ASPO potenciaba el riesgo de la soledad, un fuerte condicionante de la salud en la población general, pero sobre todo en personas mayores. Además, el ASPO dificultaba *a priori* el traslado físico a los lugares de atención del INSSJP para la realización de trámites que facilitan las prestaciones. Esto se debía a que, muchas veces, trasladarse implicaba deambular por la ciudad o localidad a lo largo de varias cuadras, con la exposición que ello significa para esta población. Los Centros de Jubilados/as y Pensionados/as (CJyP) –organizaciones sociales de personas mayores que se encuentran ubicadas en los distintos barrios– muchas veces actúan como facilitadores en varias de las dimensiones que se han mencionado. Esta acción se relaciona con los vínculos sociales que se crean en los CJyP entre quienes asisten y participan de las actividades, así como mediante la creación de vínculos entre las autoridades del CJyP y los/as trabajadores/as del INSSJP.

Además, resulta relevante debido a que son una fuente de información en cuanto a las prestaciones sanitarias y sociales del INSSJP, los derechos de las personas mayores y la manera de acceder (Salas, 2016).

Acciones realizadas

En función de las cinco prioridades planteadas, se desarrolla aquí el plan de trabajo propuesto para alcanzar el cumplimiento de cada una de ellas por parte del INSSJP UGL V, y su ejecución.

a. Acceso a la atención de primer nivel a las personas mayores, una de las poblaciones más vulnerables a la enfermedad COVID-19

a.1. La puerta de entrada al sistema prestacional es el/la médico/a de cabecera. Cuando iniciamos las actividades en la gestión de la UGL, había más de cuatro mil personas sin cobertura en este punto. Esta falta significaba no solo una restricción clara de estas personas al acceso a la atención, sino que también implicaba el carácter de cautivo/a de quienes sí tenían asignado/a un/a médico/a pero no podían cambiarse, en caso de desearlo o necesitarlo. Además, nos propusimos como objetivo trabajar fuertemente sobre el modelo de atención, con el objetivo de que sea centrado en la persona afiliada, con tiempo y espacio para consultas, entrevistas, examen físico y explicaciones entendibles. Se logró incorporar a 16 profesionales médicos/as en toda la UGL, y al día de hoy se continúa con la incorporación de médicos/as. Además del objetivo de sumar más profesionales médicos/as, también se asumió el com-

promiso de fortalecer el modelo de atención, mediante el acompañamiento a médicos/as con actividades formativas y de actualización, encuestas a personas afiliadas y auditorías en consultorio. Las actividades formativas para médicos/as se organizaron en conjunto con el Colegio de Médicos/as local, fundaciones científicas y referentes de sectores del INSSJP, locales o nacionales. Por otro lado, resultaba necesario pensar formatos de atención que no requirieran de la presencialidad, para salvaguardar la seguridad de las personas mayores, pero que contaran con efectiva atención en caso de que fuese necesaria. Es por ello que se trabajó en telemedicina, que puede ser definida como medicina a distancia. Utiliza medios tecnológicos, e incluye todas las instancias de la medicina: promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Prados Castillo, 2013). Esta estrategia de atención remota se desarrolla hace años, pero tuvo su auge durante la pandemia (Vásquez Rojas, Bonilla Díaz y Barrera Castro, 2020). No solo se creó una plataforma institucional específica para ello, sino que se alentó a los/as médicos/as que tuvieran un celular a disposición, así como correos electrónicos y teléfonos fijos, y que estas vías de contacto fueran informadas a la UGL y a sus afiliados/as. En esta línea, era importante trabajar sobre otra cuestión fundamental: si había una indicación farmacológica, también tenía que ser adquirida de manera sencilla, y aquí es cuando se puso en plena vigencia la receta electrónica. Se trata de una receta que realiza el/la médico/a de cabecera y que puede ser recuperada por cualquier farmacia, sin que haya que retirar un papel por un consultorio.

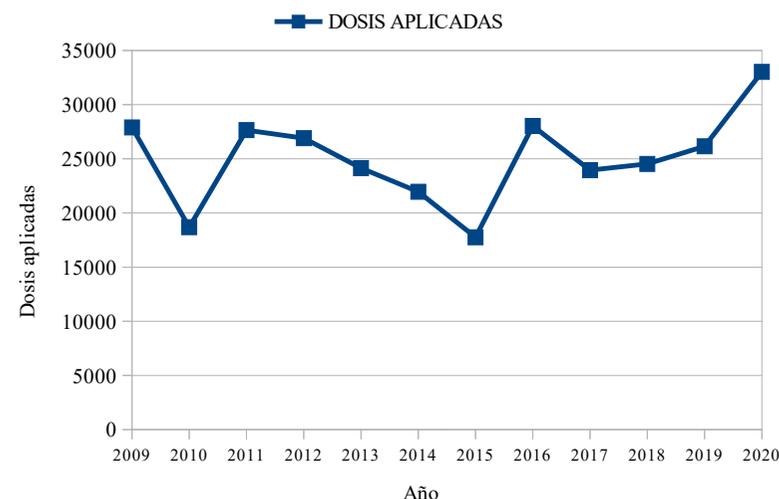
a.2. El acceso a la medicación, muchas veces, es una complicación debido a los costos. Por este motivo, en base a evidencia nacional respecto de los fármacos más usados en términos de prevalencia de

enfermedades, el INSSJP definió, en 2020, que 170 principios activos fueran gratuitos para las personas afiliadas. Así, 4 de cada 10 personas afiliadas reciben todos sus medicamentos de manera gratuita, y 5 de cada 10 reciben 2 o más medicamentos gratuitos. En la provincia de Buenos Aires, 1.462.517 personas accedieron gratuitamente a sus medicamentos, y esto implicó para el Instituto una inversión de 54.300 millones de pesos. Además, el INSSJP continúa con los porcentajes de cobertura del 40 al 80% en los medicamentos que están por fuera de este nuevo vademécum gratuito.

a.3. La población mayor de 65 años corre alto riesgo de sufrir complicaciones ante la infección por el virus de la gripe. En ese sentido, las tasas de hospitalización asociadas con esta enfermedad son máximas en el grupo de 65 años o más. La vacunación antigripal supone una importante intervención preventiva propia de primer nivel de atención para la población afiliada, ya que se trata de la principal medida para evitar la gripe y sus complicaciones (Mato Chain *et al.*, 2011). Por este motivo, se acompañó la vacunación en farmacias con: i) entrega de vacunas a instituciones que reciben o cuidan a personas de alto riesgo, tales como residencias de larga estadía, instituciones de salud mental, centros de diálisis, entre otras; ii) vacunación en domicilio dirigida a personas postradas o que, por diversas condiciones de salud, no pueden movilizarse fuera de su domicilio; y iii) campañas de vacunación localizadas en barrios económicamente vulnerables o localidades alejadas de farmacias. Esto fue posible gracias a un trabajo articulado entre la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional del Sur, desde donde colaboraron de manera voluntaria 16 estudiantes técnicas junto con una coordinadora docente, y la Agencia Nacional de Seguridad

Vial, que puso móviles y choferes a disposición. Se colocó un total de 33.017 dosis de vacuna antigripal, y se alcanzó la cobertura de vacunación más alta de los últimos 11 años, según los registros estadísticos de la institución (Gráfico 1).

Gráfico 1: Cantidad de dosis aplicadas de vacuna antigripal por año en la UGL V



Fuente: Elaboración propia.

a.4. Para garantizar el acceso a la información acerca de la bioseguridad, se realizaron intervenciones barriales en conjunto con municipios. Por ejemplo, se realizaron capacitaciones sobre la correcta dilución y utilización de los desinfectantes, así como acerca de la distribución de estos productos. Asimismo, se llevó a cabo un relevamiento de situaciones sanitarias también localizadas, para luego proponer estrategias de abordaje focalizadas según las necesidades relevadas.

a.5. Se actualizó la entrega de elementos de ayuda externa, que tienen alta demanda entre la población afiliada. Además, se desarrolló un trabajo interinstitucional con la Unidad Penitenciaria Local Nro. 4 de Villa Floresta y la Universidad Tecnológica Nacional Regional Bahía Blanca para el arreglo de 60 sillas de ruedas y 20 camas ortopédicas que estaban abandonadas en el depósito (Imagen 1).

Imagen 1: Internos de la Unidad Penitenciaria Local Nro. 4 trabajan en la reparación de camas ortopédicas



Fuente: Fotografía tomada por personal de la Unidad Penitenciaria Local Nro. 4, enviada para su divulgación.

a.6. Se realizaron también altas de nuevos prestadores odontológicos, oftalmológicos, de internación domiciliaria, ópticas. Además, se actualizaron valores y se facilitaron requisitos de reintegros, se sancionó a prestadores que cobran a personas afiliadas, y se implementaron controles internos para el acceso prestacional eficiente.

b. Disponibilidad de camas hospitalarias y unidades de aislamiento garantizado a personas afiliadas

b.1. Se gestionó una Unidad de Aislamiento Transitorio (UAT) destinada a la atención de personas con diversos grados de dependencia que presentaran síntomas leves de COVID-19. Esto fue muy importante, porque las unidades de aislamiento que existían en la ciudad (UCMAs) no estaban preparadas para recibir a personas con necesidades más específicas. La UAT tiene una capacidad para albergar a veinte personas. Contribuyó y contribuye a descomprimir la presión sobre el sistema de salud público y privado. La UAT funciona coordinadamente, tanto con los hospitales de la ciudad y la región como con los servicios de ambulancias, que en conjunto evalúan los criterios de ingreso y derivación.

b.2. Se elaboraron protocolos de atención hospitalaria en pandemia para dar lugar a las prioridades, y se gestionaron formatos de interacción entre agentes del sistema prestacional. Por ejemplo, se articuló entre hospitales y empresas de internación domiciliaria (Buedo y Salas, 2019) para lograr la pronta externación de las personas afiliadas que tuvieran criterio de alta y garantizar la continuidad del tratamiento en sus domicilios; entre el sistema de emergencias público y privado; entre los/as médicos/as de cabecera y el sistema de ambulancias prestador; entre las empresas en internación domiciliaria y los proveedores de oxígeno, entre otros, para poder dinamizar el uso del recurso hospitalario.

b.3. Se realizaron aportes materiales y económicos a los hospitales locales y regionales, tales como donaciones de camas ortopédicas. Por ejemplo, se donaron 17 camas ortopédicas al Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero de Bahía Blanca (es decir, al hospital público munici-

pal de la ciudad). Se sostuvo el pago en momentos de pocas o nulas prestaciones ambulatorias y pagos extras por personas afiliadas atendidas por COVID-19 positivo.

b.4. En tanto las Residencias de Adultos/as Mayores (RAM) son lugares de riesgo para el contagio del virus en cuestión, representan entre el 40% y el 80% de las muertes por la COVID-19 en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 30/09/2020). Por lo tanto, su abordaje resultaba fundamental, no solo para evitar muertes sino para evitar una ocupación masiva en los hospitales. Por este motivo, se trabajó en varias dimensiones. Con las RAM que son prestadoras del INSSJP se aplicaron protocolos estrictos, se efectuaron pagos extras para equipamiento y reorganización de las instituciones, se aumentó el valor per cápita por persona afiliada por mes, se realizaron y realizan actividades de seguimiento y se elaboró la estrategia “burbuja” particular para cada RAM, que consideraba las particularidades que presentaba en caso de que alguna persona residente diera positivo para COVID-19. Por otro lado, con las RAM no prestadoras del INSSJP se elaboraron estrategias burbujas para la ciudad que fueron consensuadas con el Municipio de Bahía Blanca en varias oportunidades y, asimismo, con Región Sanitaria I. A su vez, colaboramos activamente para evacuaciones iniciales y para la ejecución de las burbujas cuando fueron necesarias, las cuales resultaron exitosas en tanto se contuvo el brote hacia el interior de la RAM.

c. Soporte social a personas mayores

Es conocido que las relaciones sociales tienen una fuerte asociación con

la salud de las personas, tanto en su dimensión física como mental. El aislamiento social y la soledad son determinantes de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, se ha descrito la importancia de incorporar instancias de participación de personas mayores que promuevan el derecho a envejecer en la propia comunidad (Gené-Badia *et al.*, 2016; Parenti y Ceminari, 2013). Entendemos que el ASPO es una política de cuidado necesaria para evitar la propagación del virus, y que ha demostrado ser la medida más eficiente para ese fin. Aun así, puede tener un impacto negativo en la salud. Esta medida implicó la suspensión de todas las actividades grupales que realizaban las personas mayores, lo que limitó, así, sus contactos sociales. En este contexto, en el que se sumaban además los temores y ansiedades propias de la situación, se consideró fundamental el hecho de poder mantener actividades recreativas y de promoción de la salud, para un mejor aprovechamiento de su tiempo ocioso, que necesariamente debía adoptar nuevos formatos ante la imposibilidad de la presencialidad. Por otro lado, también se consideró fundamental poder realizar acompañamiento a las personas mayores, sobre todo a aquellas que cursaban el aislamiento en soledad.

c.1. Programa de Acompañamiento a Personas Mayores: en conjunto con la carrera de Acompañamiento Terapéutico de la Universidad Nacional del Sur y el área de Extensión de la misma universidad, se organizó un sistema de llamados telefónicos diarios a personas que viven solas. A su vez, se organizó un sistema de sostén material para aquellas que necesitaban realizar trámites o compras, para que no tuvieran que salir de sus casas. Participaron más de cien personas afiliadas en distintos momentos, y hubo cincuenta personas voluntarias

que trabajaron de manera activa en el programa.

c.2. Subsidios económicos: se otorgaron subsidios económicos extraordinarios en función de la necesidad de las personas mayores.

c.3. Programa Alimentario: se ejecutó la entrega de bolsones de alimentos a domicilio y, posteriormente, se otorgó la misma prestación por recibo de sueldo, con lo cual se reemplazó la entrega de bolsón por la erogación mensual de una suma de dinero.

c.4. UPAMI: desde el año 2005, se desarrolla en la ciudad el programa Universidad para Personas Mayores. Este año se ha rediseñado, en conjunto con las universidades locales, para que se lleve a cabo de manera virtual. El programa facilitó la participación en los cursos de personas que residen en otras localidades donde no hay sede de la universidad, y que años anteriores no habían podido hacerlo. Se realizó a través del convenio con las tres universidades públicas que funcionan en la ciudad: la Universidad Nacional del Sur (UNS), la Universidad Tecnológica Nacional (UTN) y la Universidad Provincial del Sudoeste (UPSO) (Tabla 1).

Tabla 1: Cantidad de inscriptos por universidad y por año

2020	UNS	UTN	UPSO
	994	524	174

Fuente: Elaboración propia.

c.5. Se otorgaron Sostenimientos Económicos de Emergencia a Centros de Jubilados/as y Pensionados/as.

c.6. Libro colectivo: en conjunto con el Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional del Sur, se realizó una convocatoria y,

posteriormente, un taller literario virtual para la elaboración de un libro colectivo, escrito por personas mayores, sobre diferentes aspectos de la vejez. Participaron de este proyecto 12 tutoras voluntarias de la Universidad Nacional del Sur, instituciones de personas mayores y 34 personas mayores de distintas localidades de la UGL. Es de destacar la participación, incluso, de personas institucionalizadas en una Residencia de Personas Mayores, que habitualmente tienen menos acceso a las actividades de promoción social.

c.7. Ciudades amigables: las ciudades sustentables son aquellas que proveen estructuras y servicios que sostienen el bienestar y la productividad de sus habitantes. Dentro de estos esquemas, las personas mayores requieren entornos de vida que contribuyan a compensar los cambios propios del envejecimiento. Se trabajó sobre proyectos de ordenanza en las diferentes localidades de la UGL V –Bahía Blanca, Punta Alta, Tres Arroyos, Tornquist– para que las ciudades adhieran al concepto de “ciudad amigable con las personas mayores” de la Organización Panamericana de la Salud. Esta noción implica adecuación no solo física, sino que incluye muchas más iniciativas para colaborar con un envejecimiento activo y que promueva sociedades más inclusivas (OPS, 30/09/2020).

c.8. Género y vejez: se conformó un grupo de mujeres mayores para trabajar cuestiones de género en la vejez, tema que, por lo general, es postergado. El grupo permitió reivindicar aquellas estrategias, elaboradas por las mujeres mayores en su juventud, que representaban un ejercicio de la autonomía. El objetivo era que este grupo, a su vez, sea formado por sus pares coetarias. Participaron aproximadamente 12 mujeres mayores, 4 estudiantes de la Universidad Nacional del Sur y 3 trabajadoras de PAMI, quienes se reunieron de forma virtual una vez por semana.

c.9. Se realizaron encuentros periódicos con Centros de Jubilados/as y Pensionados/as en formato virtual para mantener canales de comunicación abiertos, disipar dudas, miedos y para tener la voz de las personas afiliadas siempre presente en el cotidiano de la gestión.

c.10. En conjunto con los museos de la localidad portuaria Ingeniero White, se iniciaron actividades virtuales para la confección de una sala para el museo, que recupere la historia de la localidad en la voz de las personas mayores que viven allí.

c.11. Se conformó un equipo de apoyo psicológico para personas afiliadas residentes de RAM y sus familias, con quienes se trabajó de forma continua y amena cuando surgían situaciones críticas en las RAM.

c.12. Se comenzó con el rastreo de poblaciones vulnerables mediante una encuesta socio-sanitaria y su posterior evaluación.

c.13. Como actividad solidaria, se organizó un “Tejetón”, que consistió en tejer cuadrados de lana con los que, posteriormente, se confeccionaron frazadas que fueron destinadas a personas mayores de escasos recursos económicos. Las actividades de voluntariado han crecido mucho dentro de las diversas formas de participación social de las personas mayores. El hacer una actividad productiva, destinada a colaborar con otras personas, tiene efectos beneficiosos para la autoestima, la salud y el bienestar de las personas mayores (Montero García y Bedmar Moreno, 2010).

c.14. Se organizó una campaña de donación de celulares para aquellas personas afiliadas que no disponían de formas de comunicación. Se recibieron 112 celulares, y se gestionó la donación del mismo número de líneas prepagas por parte de una empresa de telecomunicaciones.

d. Facilitación de trámites propios del INSSJP

d.1. Se digitalizaron y simplificaron circuitos de trámites internos en dos etapas. En la primera etapa, prepandémica, se analizaron los motivos de concurrencia de personas afiliadas. En función del resultado del análisis, se elaboraron estrategias de comunicación entre los prestadores y la UGL, para evitar que la persona realice varias visitas a las instituciones. Esto se trabajó, en especial, en el sector de oncología, imágenes y prestaciones hospitalarias. En la etapa pandémica, se sumó la elaboración de protocolos para renovación no presencial de internación domiciliaria, subsidios sociales y medicación especial. Además, se sumaron más de 25 trámites que pueden realizarse a través de la web o la aplicación para celular del INSSJP. En ese sentido, se ordena y controla la atención presencial por turnos web, y de este modo se logra que ya no haya una gran cantidad de personas que esperen en el salón (esta cifra ascendía a más de 120 en el mes de enero de 2020, en el mismo momento y lugar).

d.2. Se incorporó el llamado telefónico luego de la finalización del trámite que ingresa por web o por aplicación de celular, y también llamados a algunos/as de quienes sacan turno, para evitarles la concurrencia en caso de que el trámite se pueda resolver de manera telefónica.

d.3. Se inició el programa PAMI en el Barrio, con más de 40 puntos de atención en toda la UGL (Mapa 1), entre los que se destacan aquellos lugares con baja conectividad o difícil acceso a la tecnología. De este modo, se pudo facilitar la realización de trámites y disminuir la necesidad de que la población adulta mayor, la más vulnerable, circule largas distancias.

Mapa 1: Puntos de atención de PAMI. En color bordó se observan los puntos de atención institucional; en color amarillo, los puntos de atención de PAMI en el Barrio.



Fuente: Elaboración propia.

d.4. La facilitación de trámites tiene mucho que ver con la disposición de los/as trabajadores/as. Por eso, también se realizaron cursos sobre buen trato, se trabajó en recuperar la historia de los/as trabajadores/as de la UGL, se les acercó formación para el uso de Equipos de Protección Personal y pautas de bioseguridad –estos dos últimos dictados por la Región Sanitaria I– y se realizaron ciclos de encuentros virtuales temáticos con jefes/as de agencia, además de que, en agencias, se comenzó a certificar el modelo institucional de atención al público.

Es importante destacar que estas estrategias han disminuido el uso de papel. Por su parte, el papel que se usa y se descarta, luego se dona. Otro aspecto importante es que hemos registrado el histórico de resolución de trámites más efectivo hasta el momento.

e. Mantener a la UGL abierta y en funcionamiento

Mantener la UGL abierta y en funcionamiento es una prioridad, en tanto se trata de una institución esencial. Ahora bien, esto debía realizarse de acuerdo con una protocolización del formato de trabajo. A su vez, debía considerarse la creación de estrategias de cuidado para cada persona trabajadora y para cada persona afiliada que concurría a la UGL. En este sentido, se diseñaron diversas estrategias para cumplir con este objetivo.

e.1. Se procedía a la toma de temperatura corporal mediante termómetro infrarrojo de todas las personas al momento de ingresar a la UGL.

e.2. Se trabajó según un diagrama de grupos y días alternos para disminuir la circulación de personas.

e.3. Se crearon estrategias de trabajo remotas.

e.4. Se apeló al uso obligatorio de barbijos o máscaras, a las dispensas de alcohol en gel en toda la UGL y a la limitación de circulación de personas afiliadas a otros pisos: la atención de todas las áreas pasó a la planta baja. Se reorganizó ese sector para tal fin: la línea frontal se utilizó para trámites; la línea lateral, para atención de otras áreas. Toda la línea de atención al público pasó a contar con mamparas protectoras.

e.5. Se estableció un protocolo de denuncia de contactos estrechos y casos sospechosos.

e.6. Se llegó a un acuerdo con empresas de limpieza sobre la metodología de higienización apropiada para este contexto.

e.7. En varias oportunidades, la Policía Ecológica desinfectó la UGL.

e.8. Se readecuaron las salas de espera, con menor cantidad de sillas y mayor separación entre ellas.

Conclusión

El año 2020 quedará particularmente grabado en la memoria de todas las personas, por lo que significó en términos de cambios en los modos de vida. Ello tuvo un impacto directo sobre la gestión, sobre las prioridades, las formas de ejecutar y la manera misma de gestionar. La gestión, pensada como la organización del espacio cotidiano de trabajo, es el escenario de la micropolítica, en el que se ponen en juego todos los aspectos relacionados con lo vincular: lo individual y lo colectivo, lo racional y lo pasional, entre otros. En este contexto, articular la complejidad del campo de la salud, las particularidades del INSSJP como institución y las dificultades nuevas impuestas por la pandemia resulta imprescindible en el juego de la micropolítica. De esta manera, en sintonía con la propuesta del soporte PAIDEIA (Cunha y De Souza Campos, 2010; De Souza Campos, 2005), de la cogestión, se propone recuperar lo colectivo frente a la soledad y el individualismo que, por lo general, envuelven la tarea del/la gestor/a. Esto fue lo que se hizo para cumplir con los ejes de gestión. Siempre se consideró la misión del INSSJP, la humanización, la centralidad de las personas afiliadas, la calidad en la atención y la eficiencia en el uso de los recursos.

En 2020, se conformó un equipo de gestión de la UGL V que reconoce estas complejidades, tiene conocimiento técnico y compromiso político para el desarrollo del trabajo. Sin duda, esto fue lo que hizo posible no solo sostener el funcionamiento pleno en una situación crítica, sino cumplir con objetivos históricos.

Agradecimientos

A esos/as trabajadores/as de la UGL V que saben que su trabajo es invaluable para las personas mayores, y por eso lo hacen con amor, compromiso y responsabilidad. Gracias por atravesar con nosotras, codo a codo, el momento crítico que significó la pandemia –sobre todo los primeros seis meses–, por abrazar las incertidumbres y seguir adelante. También queremos agradecer especialmente a las personas afiliadas, que con todas las dificultades que podían existir nos deslumbraron con su rápido aprendizaje de lo digital, y nos acompañaron en cada instancia. Gracias por caminar con nosotras.

Bibliografía

Buedo, P. y Salas, M. (2019). Atención de la salud en domicilio: desafíos éticos. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 27(37-2), 9-18. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3619>

Cunha, G. y De Souza Campos, G. (2010). Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Revista Organizações & Democracia*, 11(1), 31-46. <https://doi.org/10.36311/1519-0110.2010.v11n1.468>

Garbus, P.; Solitario R. y Stolkiner, A. (2007). Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: Articulaciones con la Accesibilidad Simbólica a los Servicios. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 17(3), 56-59.

Gené-Badia, J.; Ruiz-Sánchez, M.; Obiols-Masó, N.; Oliveras Puig, L. y Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Revista Atención Primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados [INSSJP]. (2020) Información general. www.pami.org.ar

Mato Chain, G.; Lazaro, A.; Alcudia Pérez, F. y Verdejo Bravo, C. (2011). Vacunación antigripal en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.003>

Ministerio de Salud de la Nación (2020). Consulta médica programada en el contexto de la pandemia por Covid-19. Recomendaciones. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/consulta-medica-programada-en-contexto-de-pandemia>

Montero García, I. y Bedmar Moreno, M. (2010). Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Revista Polis*, 9(26), 61-84. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682010000200004>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (30 de septiembre de 2020). Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>

Parenti, M. y Ceminari, Y. (27 al 30 de noviembre de 2013). Club de día para adultos mayores: promoviendo el derecho a envejecer con dignidad en la propia comunidad. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Prados Castillo, J. A. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Revista Atención Primaria*, 45(3), 129-132. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.006>

Salas, M. (2016). Representaciones sociales sobre acceso a las prestaciones del PAMI en el período 2013-2014 en el barrio Bajo Rondeau Bahía Blanca. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26(1), 9-15.

Souza Campos, G. (2005). Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *Revista Salud Colectiva*, 1(1), 59-67.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Revista Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Revista Salud Colectiva*, 12(2), 149-171.

Starfield, B. (2002). Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. En B. Starfield (Ed.), *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* (pp. 207-246). Brasilia: UNESCO.

Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud

Vásquez Rojas, M.; Bonilla Díaz, E. y Barrera Castro, S. (2020). Telemedicina una alternativa de atención durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(S1), 155-161. <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v30spa12>

Paola Buedo, Manuela Salas. “Gestión en salud en tiempos de pandemia: la experiencia en una obra social para personas mayores durante el año 2020”. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Año 1, Número 1, Marzo 2022, pp. 22-35.

Cultura escrita y lectura en contextos universitarios

La lectura como vía de acceso al conocimiento

Written Culture and Reading in University Contexts

Reading as a Way to Access Knowledge

Autores/as

Félix Temporetti - fetempore@gmail.com -
Carrera de Psicopedagogía. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Beatriz Nicolau - bnicolau@ugr.edu.ar -
Carrera de Psicopedagogía. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Facundo Corvalán - facundocorvalan83@gmail.com -
Carrera de Psicopedagogía. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Mercedes Gasparri - mgasparri@ugr.edu.ar -
Carrera de Psicopedagogía. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

RECIBIDO 23/11/2021

ACEPTADO 19/12/2021

Resumen

El presente artículo informa sobre los avances de una investigación que indaga en torno a algunos de los componentes, mecanismos y procedimientos institucionales que organizan, ponen en funcionamiento y habilitan los procesos de lectura o interpretación de textos escritos considerados relevantes en la formación de profesionales en tres carreras universitarias: la Licenciatura en Ciencias de la Educación, la carrera de Psicología (Universidad Nacional de Rosario) y la Licenciatura en Psicopedagogía (Universidad del Gran Rosario). El posicionamiento metodológico asumido puede calificarse como hermenéutico crítico, dialéctico y analógico. En sintonía con esta estrategia, se tomaron los Planes de Estudios y Programas específicos de asignaturas como documentos que aportan sentidos significativos en relación con el entramado cultural de cada institución. Existen diferentes lógicas en el modo en el que las instituciones estudiadas organizan los contenidos, configuran las propuestas de enseñanza, disponen de los tiempos para los procesos de lectura y socializan los materiales para acceder al conocimiento. A partir de este trabajo, se puede comprender cómo los Planes de Estudios y los Programas configuran unidades de estudio de una cultura institucional singular. Esta cultura escrita, simbólica y material, organiza modos de leer y de interpretar en el campo de la educación superior universitaria.

Palabras clave

- cultura escrita
- lectura
- conocimiento
- universidad

Summary

This article reports on the progress of a research that investigates some of the components, mechanisms and institutional procedures that organize, put into operation and enable the processes of reading or interpreting written texts, considered relevant in the training of professionals in three university careers: Bachelor of Science in Education and in Psychology (Universidad Nacional de Rosario) and Bachelor in Psychopedagogy (Universidad del Gran Rosario). The methodological positioning chosen can be qualified as hermeneutical, critical, dialectical and analogical. According to this strategy, the curricula and specific programs of subjects were taken as documents that give significant sense in relation to the cultural framework of each Institution. There are different strategies in the way in which the studied institutions organize the contents, configure the teaching proposals, used the time for the reading processes and socialize the materials in order to reach knowledge. From this work, it is possible to understand, how the curricula and programs configured study units of a singular institutional culture. This,

symbolic and material, written culture, organizes reading and interpreting ways in the field of university higher education.

Keywords

- written culture
- reading
- knowledge
- university

Introducción: planteo del problema y conjeturas iniciales

El presente artículo pretende dar cuenta de una investigación que llevamos adelante desde la Secretaría de Investigaciones de la Universidad del Gran Rosario, bajo el título “Cultura escrita y lectura en contextos de enseñanza superior. La lectura como acceso al conocimiento”. Plantearemos, de manera sintética, sus fundamentos y alcances, al tiempo que informaremos acerca de los avances y logros más significativos obtenidos hasta el momento.¹

Desde los inicios de la modernidad europea, y en forma más sistemática

¹ Proyecto de Investigación de Cátedra/Desarrollo, titulado “Cultura escrita y lectura en contextos de enseñanza superior. La lectura como acceso al conocimiento”, acreditado por Resolución Rectoral UGR Nro. 192/2018. Además de los/as autores/as de este artículo, integran el equipo y han participado en la producción de la investigación María Delfina Tognoli, Juliana Rossi y Romina Bravo.

desde el siglo XIX, los textos impresos y sus prácticas asociadas constituyen tanto objetos privilegiados como actividades esenciales en las diversas instituciones que se ocupan de la educación formal en los distintos niveles en que se ha organizado (Sirvent *et al.*, 2006). En la actualidad, la lectura académica en los contextos de la educación universitaria es, sin lugar a dudas, una herramienta principal para acceder a la información y al complejo proceso de construcción y apropiación de conocimientos.

En investigaciones anteriores, hemos podido comprobar que los procedimientos de lectura-interpretación puestos en juego por los y las estudiantes en este tipo de instituciones educativas, como así también los tipos de comprensión que se logran, no solo dependen de sus creencias, capacidades y habilidades cognitivas individuales, sino que aparecen estrechamente relacionados con las trayectorias educativas y con las propuestas pedagógicas y didácticas institucionales.² De este modo, se configuró con mayor precisión un objeto de estudio complejo, donde se entrecruzan e interrelacionan al menos tres componentes principales: quienes leen (estudiantes), quienes enseñan a leer (docentes) y quienes regulan, organizan y gestionan el acceso a la lectura en las instituciones universitarias (normativas, organismos y autoridades).

En continuidad con dichas indagaciones, se propuso una nueva investigación, cuyo objetivo principal es, por un lado, conocer con más detalles

² Dos investigaciones preceden a la actual: Las actividades de interpretación de textos académicos y científicos que realizan estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Psicopedagogía de la UNSAM-Rosario. Temporetti, Nicolau *et al.* (2008-2011); La importancia de los conocimientos científicos y lingüísticos en la comprensión de los textos científicos académicos en la educación superior. Estudio centrado en la Carrera de Licenciatura en Psicopedagogía del IUGR. Temporetti, Nicolau, Corvalán *et al.* (2012-2014).

algunas de las características y dinámicas particulares de la cultura escrita o cultura letrada (Chartier, 1994; Olson, 1994; Avendaño, 2005) de las instituciones universitarias y, por otro, ponderar las relaciones entre algunos componentes esenciales de dicha cultura institucional y los procesos de lectura y comprensión de textos académicos que promueven.

Se conjetura que el tratamiento de la escritura, así como los modos de lectura y comprensión están asociados con la cultura institucional en la cual habitan. La cultura escrita –singular en cada institución universitaria– está siempre presente y es compartida de un modo u otro entre letrados/as expertos/as y letrados/as que se inician en una formación superior. Esto ocurre tanto a través de diversas actividades, espacios, soportes y portadores de textos (Marín, 2013) como de normativas y regulaciones sobre la enseñanza, el aprendizaje, la adquisición de significados, la evaluación y la validación de conocimientos, muy acordes con el tipo de *estructura académica* adoptada por cada institución. Una parte importante de esta actividad académica, pedagógica y docente queda objetivada en una serie de documentos, entre los que destacan el Plan de Estudios de cada Carrera y los Programas de las asignaturas. Tanto el Plan de Estudios como los Programas, componentes esenciales de la cultura académica institucional, tienen el carácter de una norma o prescripción académica administrativa documental.³ A su vez, el Programa constituye una herramienta pedagógica didáctica, un tipo de texto académico singular que, entre sus funciones, tiene la de proponer, orientar, regular, evaluar y validar procesos de lectura y comprensión.

³ Norma en el sentido jurídico de una prescripción dirigida a la ordenación del comportamiento, prescrita por una autoridad académica (Consejos Directivos y Superior, Ministerio de Educación), cuyo incumplimiento puede conducir a algún tipo de sanción y, al mismo tiempo, que impone deberes y confiere derechos.

El enfoque metodológico

El presente estudio se sostiene en un proceder metodológico hermenéutico crítico, dialéctico y analógico (Gadamer, 1998; Ricoeur, 1965 y 1975; Beuchot, 2017). Desde este enfoque, se aprecian y ponderan aspectos relevantes de las políticas, objetos y prácticas situadas en relación con la lectura, la interpretación y la construcción de significados. En las instituciones educativas, el Plan de Estudios y los Programas constituyen organizadores primigenios de sentido y significación de los contenidos seleccionados para la formación académica y profesional. Proveen importantes indicios sobre la orientación que pueden tomar los procesos de interpretación y comprensión. Se considera que ambos constituyen, en sí, una interpretación, explicitada en un documento institucional. La interpretación que realizamos toma como punto de partida lo literal, es decir, lo que figura escrito, tal como aparece o conforme a la letra del texto. En este proceso interpretativo, se hacen explícitas y se resignifican las tramas o lógicas subyacentes en torno al campo disciplinar, al conocimiento, a su transmisión y apropiación, evidenciados en los documentos institucionales. Este proceder metódico nos ha permitido avanzar en la consolidación de una hipótesis relevante, según la cual la cultura académica institucional –a través de los Planes de Estudios y de los Programas– orienta y regula de manera apreciable los sentidos y la construcción de significados de los contenidos fundamentales propuestos en la formación profesional en Psicología, Psicopedagogía y Ciencias de la Educación, en universidades situadas en el litoral argentino, en las décadas iniciales del siglo XXI.

En esta oportunidad, el *corpus* documental con el cual se trabajó estuvo constituido por tres Planes de Estudios correspondientes a tres carreras universitarias: la Licenciatura en Ciencias de la Educación, la Carrera de Psicología (ambas de la Universidad Nacional de Rosario) y la Licenciatura en Psicopedagogía (Universidad del Gran Rosario). A su vez, se consideraron seis Programas de asignaturas, dos por cada Plan, uno correspondiente al primer año y otro a años cercanos a la finalización del cursado.

PLAN DE ESTUDIOS Carrera	PROGRAMA DE ASIGNATURAS	
Psicopedagogía	Pedagogía (1er año)	Psicomotricidad (5to año)
Psicología	Desarrollos Psicológicos Contemporáneos (1er año)	Intervenciones en Niñez y Adolescencia (6to año)
Ciencias de la Educación	Problemática del Saber (1er año)	Área del Sujeto II (4to año)

Las tres carreras seleccionadas se ubican en el campo de las ciencias sociales o humanas. Asimismo, los Programas seleccionados para el análisis se corresponden con espacios curriculares o asignaturas asociadas con la enseñanza y adquisición de un conocimiento proposicional, en los cuales la exposición didáctica y la lectura de textos académicos argumentativos son prácticas inherentes (Bruner, 2014: 76).

Al trabajar con información documental, se tiene en cuenta la diferencia entre lo que se denomina el *currículo prescripto* y el *currículo en acción* (Camilloni, 2016). En la investigación, se considera el currículo, plan o programa prescripto, escrito y validado institucionalmente como documento vigente en el momento de la indagación. Asimismo, tanto los Planes como los Programas son considerados documentos con una doble condición o función: jurídica administrativa y pedagógica didáctica. En el primer sentido, los documentos siguen pautas preestablecidas acordes a criterios generales, a estándares de acreditación y a un procedimiento de legalización que se ajusta a normas establecidas, a decisiones acordadas y a instancias de validación institucional (autoridades de dirección, gestión, de evaluación y acreditación). En el segundo sentido, se considera que los documentos no solo presentan, proyectan y anticipan la formación profesional, sino que se constituyen –de manera especial en el caso del Programa– en un mapa que orienta, guía, marca, indica, en tanto enseña el rumbo como el trayecto que se les propone seguir para el logro de los objetivos o de las metas que se buscan alcanzar.

Consideramos como guía de lectura las hipótesis de trabajo relacionadas con la conjetura fundamental. En esa línea, también, se han analizado hasta el momento los siguientes componentes del Plan de Estudios:

- La estructura curricular es: a) por asignaturas; b) por disciplinas; c) por grupos de asignaturas; d) por ciclos; e) por columnas.
- ¿Cómo se piensa el conocimiento, su organización, transmisión y construcción? En este sentido, en la estructura del Plan de Estudios se puede inferir: a) un modelo tradicional de transmisión y de formación,

donde predomina un enfoque más directivo y expositivo por parte de los/as docentes y una actitud más receptiva y de repetición por parte del estudiantado; b) un modelo alternativo que propone espacios curriculares con la intención de promover o habilitar una mayor participación del estudiantado; c) una mezcla de modelos que conviven.

- Los nombres propuestos en la organización de contenidos por Núcleos, Áreas o Asignaturas. Se considera que el nombre propuesto aporta información sobre la naturaleza de los contenidos.
- Los currículos universitarios oscilan entre una mayor o menor estandarización y flexibilización. ¿Es posible diferenciar si se adecua a pautas de estandarización o si, por el contrario, presenta pautas de flexibilización? En este último caso, ¿el Plan de Estudios habilita una construcción dinámica y singular del currículo que se produce en la acción concreta y situada?
- Apreciar si el Plan de Estudios permite la formación de profesionales e investigadores/as capaces de abordar la problemática central de la profesión desde distintos enfoques teóricos y prácticos; de interrogarse sobre el valor científico y social de sus conocimientos; de proponer prácticas frente a situaciones diversas y ámbitos emergentes; que estén dispuestos/as a considerar su profesión como una tarea de formación y actualización permanente; y que sean rigurosos/as en el cumplimiento de los principios y normas de la ética profesional.

Análisis de los Planes

En el Plan, quedan establecidos los fundamentos de la formación y los perfiles profesionales que la orientan. No obstante, también da cuenta de la estructura curricular adoptada, de las lógicas y formatos propuestos para la enseñanza y/o transmisión de los conocimientos.⁴

El Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicopedagogía se organiza en unidades curriculares de distinto tipo: asignaturas, seminarios, trabajos de campo, prácticas profesionales y taller. Se estructura en grupos de asignaturas, que constituyen bloques, y en ciclos. Avanza progresivamente hacia una formación profesional específica y evidencia una intención integradora.⁵ Esta intención integradora de conocimientos se vislumbra con mayor claridad en las asignaturas denominadas Seminarios de Profundización y Seminarios Optativos (I y II), Análisis de Casos (I, II y III) y Trabajos de Campo (I, II y III), que se desarrollan desde segundo hasta quinto año. Según se expresa en el documento, estas asignaturas se centran, por un lado, en profundizar los conocimientos en problemáticas diversas, referidas a aspectos que se consideren pertinentes y relevantes. Por otro lado, se enfocan en comprender y analizar, a partir del análisis de casos, la confrontación de marcos teóricos y la construcción de estrategias de intervención. Por último, apelan a reconocer y analizar los diferentes dispositivos de intervención en el campo específico, así como la

⁴ Hemos tomado como referencia importante en el análisis de los Planes la sistematización propuesta por Alicia Camilloni (2016) sobre los formatos en el currículo universitario.

⁵ Plan de Estudios Licenciatura en Psicopedagogía. Resolución Nro. 072/2020 IUGR.

selección y sistematización de información relevante en el campo de abordaje en cada año. Con respecto a las tres Prácticas Profesionales, al tener como objetivo la resignificación de categorías conceptuales en contexto, se apoya *per se* en lo aprendido con anterioridad, y propone la articulación e integración de contenidos.

Las diferentes variantes de espacios curriculares –asignaturas, seminarios, trabajos de campo, prácticas preprofesionales, talleres, entre otros– ponen en evidencia la convivencia y confluencia de un modelo tradicional de transmisión del conocimiento y de formación con un modelo alternativo que promueve una mayor participación del estudiantado en la construcción del conocimiento.

La organización de los contenidos sigue un orden de formulación según distintos ejes: un orden de complejización progresiva, como el caso de los Seminarios; un orden marcado por una progresión del desarrollo humano que destaque la construcción subjetiva –como el caso de Psicología del Desarrollo I y II–; un orden marcado por posicionamientos teóricos –en el caso de Teoría e Interpretación del Proceso Diagnóstico I y II–; y un orden marcado por los ámbitos de intervención, tal como se presenta en las Prácticas Profesionales I, II y III y en los Trabajos de Campo I, II y III.

Todo esto otorga a la oferta académica cierta flexibilidad. Permite la adecuación e incorporación de temáticas y problemáticas ligadas a demandas contextuales: territoriales, de las instituciones asociadas para el desarrollo de la extensión, actualizaciones disciplinares, entre otras. La flexibilidad a la que se alude encuentra su límite en el régimen de correlatividades, que marca la trayectoria que el/la estudiante debe realizar. El Plan de la Licenciatura en Ciencias de la Educación plantea, desde la

forma que adopta como estructura curricular, un diseño que escapa a los determinantes más tradicionales. Propone una mayor flexibilidad, evidenciada en las estrategias pedagógicas didácticas, en la carga horaria, en los contenidos y en su articulación a lo largo de los ciclos.⁶ En todo momento, y en forma explícita, en el documento se destaca el carácter integral e interdisciplinario de la formación. Consta de tres Núcleos y tres Áreas, cada uno de los cuales se organiza en unidades didácticas. Los Núcleos constituyen puntos de partida para las Áreas. Estas últimas son más amplias, y abarcan un campo integrado por aspectos convergentes –temas o unidades– en donde prima el trabajo pluridisciplinario. Las unidades didácticas responden a diversas temáticas que se actualizan en forma permanente y configuran distintos modelos de diseño. Cada una de ellas constituye en sí misma un “pequeño proyecto de investigación”⁷ de corte bibliográfico, experimental, de campo, o de otro tipo. Por consiguiente, cada uno de ellos demanda una particular metodología pedagógica que ponga la mira en la participación activa y comprometida de quienes estudian. El primer año (Ciclo Básico) consta de cinco espacios curriculares: Análisis del Texto, Problemática Histórica, Problemática del Saber, Problemática Antropológica y Problemática Psicológica, que se proponen estimular en el estudiantado el uso de una metodología basada en el planteo de problemas enfocados desde una perspectiva multidisciplinaria. También se hace evidente una cierta flexibilidad en los horarios, ya que cada Núcleo y cada Área abarca una carga horaria de cuatro horas semanales básicas, además de horarios complementarios

⁶ Plan de Estudios de la Licenciatura en Ciencias de la Educación - Resolución Nro. 2.785.

⁷ Plan de Estudios de la Licenciatura en Ciencias de la Educación - Resolución Nro 2785.

para otras actividades que planifiquen las cátedras, como Seminarios o Talleres, y que significan, aproximadamente, una dedicación horaria de otras cuatro horas semanales.

La unidad que conforma el Plan de Estudios de la Carrera de Psicología es la de Asignaturas agrupadas en Áreas. Los contenidos curriculares se organizan en treinta Asignaturas que se integran en ocho Áreas. Incluye, además, dos Seminarios electivos, un Espacio de Prácticas de Investigación –también de carácter electivo– y una Práctica Profesional Supervisada (P.P.S.), incluida en el tramo final de la formación profesional, y cuyo objetivo es “integrar los contenidos y la práctica formativa recorrida en los años anteriores”. El requisito final para la obtención del título es la elaboración de un Trabajo Integrador Final (T.I.F.), cuyos objetivos, descripción o modalidad de realización no aparecen expresados en el Plan.⁸

Las Áreas –Social-comunitaria, Psicoanálisis, Desarrollo y psicoterapias, Histórica epistemológica, Socio-educativa, Investigaciones, Seminarios y Prácticas–, según lo expresado en el Plan de Estudios, “constituyen unidades de integración temática, escenario de construcción de conocimientos y de líneas de investigación” que permiten la organización e integración de los contenidos, y hacen visible su gradualidad. En el análisis realizado, se infiere que los criterios utilizados para la organización y nominación de las Áreas son diversos. Al no estar explicitados con una adecuada claridad, se promueve la ambigüedad, y puede entenderse de distintos modos, lo cual da lugar a dudas o incertidumbres.

⁸ Plan de Estudios de la Carrera de Psicología. Resolución Nro. 140/2014 CD. Facultad de Psicología UNR. Se lo considera una modificación del Plan de Estudios de la Carrera de Psicología aprobado por Resolución Consejo Directivo 031/96 y Resolución Consejo Superior 215/96.

En este sentido, y en función de los objetivos de la investigación, se considera relevante destacar que, en la formación profesional, en Psicología, tienen mayor relevancia “los abordajes teóricos de las diversas escuelas y enfoques psicoanalíticos y la práctica clínica”.⁹ En la selección y organización de los contenidos se aprecia una tajante diferenciación entre los contenidos provenientes del campo de la psicología y aquellos que provienen del campo del psicoanálisis, el cual se entiende como un espacio de conocimiento diferente al psicológico. Asimismo, en el documento aparecen indicadas tres Áreas: de Formación Básica, de Formación General y Complementaria y de Formación Profesional. No están contempladas en la estructura curricular del Plan y refieren a los Contenidos Curriculares Básicos, vinculados a la Resolución 343/09 del Ministerio de Educación. Esta Resolución aprueba contenidos curriculares básicos, carga horaria, criterios de intensidad de la formación práctica y establece los estándares para la acreditación de las carreras correspondientes a los títulos de Psicólogo/a y Licenciado/a en Psicología.

Conclusión

El análisis realizado hasta el momento de los Planes de Estudios de las tres carreras estudiadas –Licenciatura en Psicopedagogía (UGR), Licenciatura en Ciencias de la Educación (UNR) y Psicología (UNR)– pone en evidencia tres formatos curriculares diferenciados y tres modalidades diferentes de organizar la formación profesional respectiva, con mayor o

⁹ Idem.

menor grado de coherencia interna. Asimismo, se infiere que, en cada Plan, la selección y secuenciación de los contenidos, así como la participación esperada por parte de los y las estudiantes en el estudio y apropiación de los conocimientos es diferente. En los Planes de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía, la organización de los contenidos refleja una adecuada coherencia interna, y aspira a promover una participación activa del estudiantado. En el Plan de Psicología, la coherencia interna es menor –se aprecian repeticiones de contenidos e imprecisiones en los criterios de selección y ordenación– y la participación activa de quienes van a estudiar queda desdibujada. Se asemeja más a un inventario de contenidos a aprender.

Los Planes estudiados oscilan entre una mayor o menor estandarización y flexibilización. El Plan de la Carrera de Psicología sí se adecua a pautas de estandarización. Por el contrario, los Planes de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía presentan pautas de flexibilización que habilitan una construcción dinámica y singular de los Programas y, posiblemente, al desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje que se produce en la acción.

En general, los Planes están escritos para la administración como requisito formal de validación y acreditación. Transformar los Planes y Programas en una herramienta pedagógico-didáctica a ser utilizada de manera significativa en el proceso de enseñanza y de aprendizaje académico constituye una decisión reciente en muchas instituciones de educación superior. Nos referimos a elaborar y redactar los documentos institucionales pensando no solo en quienes los validarán, sino también en quienes van a estudiar y aprender con dicho documento. En la investigación, tal como se ha indicado anteriormente, consideramos los documentos en la

doble función administrativa y pedagógica –explícita o implícita– y como parte de la organización del significado de la Asignatura.

Recordemos que la búsqueda de conocimientos sobre los fundamentos, finalidades, estructura y organización de los Planes de Estudios estuvo orientada por una conjetura principal: considerar el Plan de Estudios de una carrera como un primer nivel de organización institucional que, en cierta medida y en diferentes modalidades, con un mayor o menor grado de explicitación, condiciona los procesos de lectura –interpretación– y escritura en las propuestas que se reformulan cuando se elaboran los Programas. En cada Plan, acorde a las finalidades y objetivos que se persiguen en la formación, subyacen conjeturas básicas que orientan la selección y jerarquización de los textos que se van a proponer, así como el tipo de participación previsto para quienes van a leer, acceder a la información y al conocimiento a través de la interpretación y comprensión de textos.

Bibliografía

Avendaño, F. (2005). *La cultura escrita ya no es lo que era*. Rosario: HomoSapiens.

Beuchot, M. (2017). Epistemología de la analogía: Conocimiento, sociedad y expresión. *Sociología y Tecnociencia*, 7(2), 1-12.

Bruner, J. (2014). *La educación, puerta de la cultura*. Madrid: Machado.

Camilloni, A. (2016). Tendencias y formatos en el currículo universitario. *Itinerarios educativos*, 9, 59-87.

Chartier, R. (1994). *El orden de los libros: lectores, autores, bibliotecas en Europa entre los siglos XIV y XVIII*. Barcelona: Gedisa.

Gadamer, H-G. (1998). Texto e interpretación. En A. Gómez Ramos (Coord.), *Cuaderno Gris, Diálogo y deconstrucción: los límites del encuentro entre Gadamer y Derrida*, Época III, 3 (pp.17-41). Madrid: UAM.

Marín, M. (2013). *Lingüística y enseñanza de la lengua*. Buenos Aires: Aique.

Olson, D. (1994). La representación de la mente: los orígenes de la subjetividad y La constitución de la mente letrada. En D. Olson *El mundo sobre el papel. El impacto de la escritura y la lectura en la estructura del conocimiento* (pp. 261-311). Barcelona: Gedisa.

Ricoeur, P. (1975 [1980]). *La metáfora viva*. Madrid: Aurora.

Ricoeur, P. (1965 [1990]) *Freud: una interpretación de la cultura*. Ciudad de México: Siglo XXI.

Sirvent, M. T. *et al.* (2006). Revisión del concepto de Educación No Formal. En AA. VV. *Educación no formal. Fundamentos para una política educativa* (pp. 32-52). Montevideo: UNEVOC & Ministerio de Educación y Cultura.

Documentos consultados

Plan de Estudios Licenciatura en Psicopedagogía. Resolución Nro. 072/2020 IUGR.

Plan de Estudios de la Licenciatura en Ciencias de la Educación. Resolución N° 2.785, FHyA – UNR.

Plan de Estudios de la Carrera de Psicología. Resolución N° 140/2014 CD. Facultad de Psicología UNR.

Resolución 343/09-ME - EDUCACION SUPERIOR - Aprueba contenidos curriculares básicos, carga horaria, criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de las carreras correspondientes a los títulos de Psicólogo y Licenciado en Psicología.

Félix Temporetti, Beatriz Nicolau, Facundo Corvalán, Mercedes Gasparri. “Cultura escrita y lectura en contextos universitarios. La lectura como vía de acceso al conocimiento”. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Año 1, Número 1, Marzo 2022, pp. 36-45.

La construcción de espacios de diálogo entre docentes y psicopedagogos/as en el campo de la alfabetización inicial en contextos escolares

The Construction of Places for Dialogue Between Teachers and Educational Psychologists in the Field of Initial Literacy in School Contexts

Autoras

Mónica O. Baez - monica.baez@unr.edu.ar -

Doctora en Ciencias en la Especialidad Investigaciones Educativas. Psicolingüista. Profesora e investigadora, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

María Eugenia D'Ottavio - medottavio@gmail.com -

Licenciada en Psicopedagogía. Profesora e investigadora, Universidad del Gran Rosario, Argentina.

RECIBIDO 17/11/2021

ACEPTADO 01/03/2022

Resumen

Una de las dimensiones del quehacer psicopedagógico se refiere a la atención de niños/as que, en el ámbito escolar, son designados/as por sus docentes como estudiantes con “problemas de aprendizaje”, en particular durante el proceso de alfabetización inicial. Esta situación interroga los parámetros de salud y de patología, las nociones de aprendizaje, de lectura y de escritura en las que docentes y psicopedagogos/as fundan sus modos de intervención. En este sentido, esa etapa de escolaridad inicial suele ser objeto de diagnósticos y pronósticos que estigmatizan tempranamente, de algún modo, la trayectoria escolar futura de esos/as estudiantes derivados/as a la atención de profesionales de la salud, sobre todo psicopedagogos/as. De allí la importancia de crear las condiciones para que docentes y psicopedagogos/as produzcan un diálogo centrado en los saberes y modos de significación de los/as estudiantes antes que en sus carencias. A través de una indagación de carácter cualitativo, exploratoria, descriptiva y transversal, en este artículo se procuró la interpretación de las teorías que atraviesan los quehaceres de docentes y de psicopedagogos/as respecto de las prácticas escolares en el campo de la alfabetización.

Para ello, se seleccionó una muestra de docentes a cargo del primer ciclo en escuelas de Rosario (Argentina) y otra de estudiantes de 4to y 5to año de la Licenciatura en Psicopedagogía

(Universidad del Gran Rosario [UGR], Argentina). Se observa en la muestra de docentes –y en menor medida en la de psicopedagogos/as– que la presencia de “fragmentos cristalizados” de aportes teóricos recientes, en coexistencia paradójica con conceptos de base conductista o tradicional, incide en la persistencia de una mirada patologizante sobre los procesos que desarrollan los/as estudiantes. Este estudio procura alentar la construcción de herramientas conceptuales que promuevan la inserción del/la profesional psicopedagogo/a en la escuela, desde una perspectiva de diálogo y cooperación con los/as maestros/as a cargo de la enseñanza del lenguaje escrito.

Palabras clave

- alfabetización
- escolaridad
- problema de aprendizaje
- docentes
- psicopedagogos/as

Summary

One of the dimensions of psycho-pedagogical work refers to treating children who are classified by their teachers at school as having “learning problems”, particularly during the initial literacy process. This

situation puts into question the parameters of health and pathology, and the notions of learning, reading and writing on which teachers and educational psychologists base their modes of intervention. In this sense, the preschool stage is usually subject to diagnoses and prognoses that somehow stigmatize quite early the academic future of these students at school as they are referred to the care of health professionals, particularly educational psychologists. Hence, the importance of creating the conditions for a dialogue between teachers and educational psychologists focused on students' knowledge and modes of signifying rather than their deficiencies. Through a qualitative, exploratory, descriptive and transversal inquiry, an interpretation was carried out of the theories that influence the work of teachers and education psychologists regarding school practices in the field of literacy.

To this end, we selected a research sample of teachers in charge of the first grades in schools in Rosario (Argentina) and another of students in the 4th and 5th years of the Educational Psychology career (Universidad del Gran Rosario, Argentina). The sample of teachers and to a lesser extent educational psychologists showed that the presence of “crystallized fragments” of recent theoretical contributions in paradoxical coexistence with behaviourism or other traditional concepts favours the persistence of a pathologizing view on students' processes. This study seeks to encourage the construction of conceptual tools that promote the inclusion of professional educational psychologists in school from a perspective of dialogue and cooperation with the teachers in charge of teaching written language.

Keywords

- literacy
- schooling
- learning problems
- teachers
- educational psychologists

1. Introducción

Este trabajo surge de un proyecto de investigación desarrollado en el marco de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad del Gran Rosario (Argentina), a través del cual se aborda el rol de los/as psicopedagogos/as en el ámbito escolar, en diálogo con los decires y quehaceres de los/as docentes del primer ciclo de la escolaridad primaria. Entendemos ese espacio como un objeto de estudio en sí mismo, que ofrece, a la vez, las posibilidades de pensar la Psicopedagogía y a los/as psicopedagogos/as como intérpretes y acompañantes de los/as docentes, en un campo tan fundamental en la vida escolar del/la niño/a como es el de la alfabetización inicial. Dada la complejidad del campo de estudio, se constituyó un equipo de investigación interdisciplinar e intercátedra. La complejidad del objeto de estudio asumido exige, a lo largo del desarrollo del proceso de indagación, recortes metodológicos que sucesivamente atienden y atenderán a las concepciones que manifiestan los/as estudiantes, futuros/as psicopedagogos/as, respecto de la lectura y de la escritura en tanto prácticas que atraviesan su formación y son, a la vez,

objetos de análisis teóricos y de enseñanza escolar. En la etapa a la que nos referiremos, nos centramos en una muestra de estudiantes de la Licenciatura en Psicopedagogía de la Universidad del Gran Rosario (Argentina). Dentro del marco general de la epistemología genética, la teoría de los sistemas complejos (García, 2002) y el interaccionismo discursivo (Bronckart, 2015), se parte de la hipótesis de que tanto el conocimiento teórico como la experiencia vivencial de la escritura y de la lectura atraviesan las prácticas de los/as docentes, y que ambos aspectos incidirán en las de los/as futuros/as psicopedagogos/as. A través de este estudio, se procura explorar y describir la articulación entre saberes teóricos y prácticos en torno a la lectura y la escritura en tanto aprendizajes escolares y, a su vez, como campo de intervención psicopedagógica.

¿Según qué conceptualizaciones acerca de qué, cómo y quién aprende evaluamos hoy los aprendizajes? Si tenemos en cuenta, por una parte, la centralidad de la concepción del aprendizaje frente a la definición de trastornos o problemas que indican la necesidad de una intervención clínica o educativa y, por otra, el notable incremento de niños/as derivados/as a la intervención de profesionales de la salud, particularmente a partir de la promulgación de la ley argentina sobre Dificultades Específicas del Aprendizaje (Ley N° 27.306 de 2016)¹, la investigación se vuelve una actividad necesaria para afrontar los desafíos que la realidad propone, en particular, a las prácticas psicopedagógicas y educativas.

¹ Honorable Congreso de la Nación Argentina (2016, 4 de noviembre). Ley Nro. 27.306. De Interés Nacional del abordaje integral e interdisciplinario de los sujetos que presentan Dificultades Específicas del Aprendizaje. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/153296/20161104>

La temática que abordamos constituye una “realidad compleja”, en tanto la interdefinibilidad de los elementos que la componen impide que sean estudiados aisladamente. Por ello, ha resultado indispensable la constitución de un equipo interdisciplinario aun antes del punto de partida, así como una metodología pasible de reajustes y de revisión permanentes, para comprender los problemas delimitados sin simplificarlos. En este sentido, García señala que:

lo que integra a un equipo interdisciplinario es un marco conceptual y metodológico común, derivado de una concepción compartida de la relación ciencia-sociedad, que permitirá definir la problemática a estudiar bajo un mismo enfoque, resultado de la especialización de cada uno de los miembros del equipo de investigación (2006: 35).

El equipo que lleva adelante esta iniciativa está constituido por un grupo de psicopedagogos/as –estudiantes y egresados/as–, de fonoaudiólogas, una científica de la educación y una psicolingüista, todas docentes e investigadoras de la Licenciatura en Psicopedagogía de la UGR. La diversidad de formaciones y de experiencias halla coherencia en la construcción de un marco interpretativo común, basado en los aportes de la epistemología y la psicolingüística de base psicogenética y sociocultural. Se previeron dos líneas de acción desarrolladas a lo largo de 2018 y 2019. La primera de ellas estuvo enfocada en la constitución de un equipo intercátedra e interdisciplinario, en el marco de la Licenciatura en Psicopedagogía. La segunda línea de acción, en coexistencia con la anterior, supuso la indagación de los conceptos y saberes de que disponen estudiantes de 4to y 5to año de la Licenciatura en Psicopedagogía, con miras a su formación como intérpretes y acompañantes de las

situaciones educativas relativas a la alfabetización inicial. A la par, se realizaron entrevistas a docentes en actividad, a cargo de estudiantes que cursan el primer ciclo de la escolaridad primaria. Se plantea esta línea de acción como una alternativa de prevención ante los índices –actualmente agravados por el fenómeno de la pandemia– de deserción y el fracaso escolar. Ambas líneas de acción se han centrado en la reflexión y el análisis de algunos de los programas oficiales de capacitación destinados a docentes de 1er y 2do grado de escuelas de Nivel Primario, y en el relevamiento de experiencias educativas.

Contribuir a una mejor calidad en alfabetización y a la construcción de una escuela inclusiva implica la formación de profesionales capaces de generar y orientar acciones destinadas a posibilitar el acceso –y permanencia– de más individuos a la cultura letrada, y con ello incidir en los parámetros de desarrollo social y económico. En este sentido, se estima que este proyecto se orienta a cubrir un área de vacancia en la formación de psicopedagogos/as tradicionalmente insertos/as solo en un paradigma de salud.

1.1. Puntos de partida

El acceso a la escolaridad para muchos/as niños/as significa la oportunidad para constituirse en partícipes activos/as de una cultura crecientemente letrada, informada e informatizada. Sin embargo, para otros/as tantos/as implica afrontar el fracaso y la marginación. Es en los primeros años de la escolaridad primaria, y particularmente a partir de las primeras escrituras realizadas en ese contexto, que se determinan las posibilidades futuras de esos/as niños/as. No es casual que el mayor

índice de fracaso escolar y de derivación de niños/as a intervenciones terapéuticas o a instituciones especiales se focalice en esa primera etapa. Pese a ello, es necesario precisar que un problema de aprendizaje no es un concepto que pueda definirse *per se*. Si en el campo de la alfabetización entendemos que el aprendizaje se sostiene en un método de enseñanza que promueve la sucesión acumulativa de retazos de saber que, de manera transparente, son transmitidos, y se espera que de igual manera sean reproducidos, más allá de la mediación psicológica del sujeto que aprende y de la incidencia de las condiciones culturales y didácticas que atraviesan tanto a la enseñanza como al aprendizaje, entonces los errores de los/as estudiantes solo pueden categorizarse como fallas –clínicas o sociales– suyas y/o de sus familias. Sin embargo, ya Piaget nos mostró la originalidad y pertinencia de la actividad lógica y constructiva que desarrollan los/as niños/as para reconstruir el mundo, así como la distancia compleja que media entre la enseñanza y el aprendizaje.

En este sentido, las investigaciones respecto de cómo aprenden los/as niños/as a leer y a escribir, llevadas a cabo por Emilia Ferreiro y sus discípulos/as a lo largo de más de treinta años (Ferreiro y Teberosky, [1979] 1999; Ferreiro, 1982, 1985, 1986a, 1986b, 1987 y 2012; Ferreiro y Baez, 2013), así como los aportes de la investigación desarrollada desde distintas disciplinas, entre ellas la de una didáctica de la lectura y de la escritura fundada en los procesos conceptuales de un sujeto en desarrollo (Kaufman *et al.*, 1989; Lerner, 2001), permitieron reconocer el valor y el significado de producciones y argumentos que desde el punto de vista de los/as adultos/as alfabetizados/as pueden constituir errores, pero que desde el punto de vista del/la niño/a son necesarios para la

reinención conceptual de un objeto social, histórico y lingüístico complejo: la escritura. La reconceptualización del aprendizaje como un proceso reconstructivo de un objeto lingüístico, social y cultural, como la escritura y el lenguaje escrito, permite otorgar nuevos sentidos a los conceptos de error y de saber.

Pese a todo ese conocimiento de carácter interdisciplinar para interpretar los argumentos y producciones no convencionales que necesariamente sostienen los/as niños/as al aprender a leer y escribir, en las instituciones escolares se produce, últimamente, un fenómeno reivindicatorio de modelos didácticos de base asociacionista que creíamos en vías de extinción. Se trata de modelos que se han visto revitalizados por la profusión de productos editoriales y de políticas que, bajo nuevos nombres, vuelven a reivindicar el aprestamiento, los ejercicios caligráficos y la fonetización por encima del valor significativo que justifica la existencia social de prácticas y objetos escritos.

Los modelos didácticos fundados en el etiquetamiento surgen como una necesidad de ordenar y controlar lo no interpretable, en búsqueda de un ideal de homogeneización siempre inalcanzable. En el caso de la alfabetización, las nuevas etiquetas procuran domesticar de algún modo la complejidad conceptual de la escritura, la lógica de las diferencias de saberes y de modos de aprender y la incidencia de las prácticas didácticas en esos modos de aprender. Así, la escuela se ve impulsada a abandonar su lugar esencial en la formación de ciudadanos/as críticos/as para apropiarse de etiquetas clínicas, detrás de las cuales el/la alumno/a como interlocutor/a intelectual válido/a (Ferreiro, 2012) queda elidido/a.

El problema radica en que, desde estos paradigmas, se naturaliza la

acción misma de etiquetar, pues enseñar se propone como sinónimo de corregir y controlar. Con ello, las etiquetas se vuelven categorías naturalizadas y también indiscutibles.

No se nos escapa, sin embargo, la complejidad del hecho educativo y la de los contextos escolares en su singularidad y entramado particular de significaciones basadas en normas explícitas e implícitas, en rituales y tradiciones.

El modelo curricular que sustenta la actividad escolar –y con él los paradigmas de interpretación de los procesos de aprendizaje sobre campos de conocimiento particulares– implica parámetros conceptuales que se materializan en las decisiones concretas que la escuela asume respecto de sus miembros (estudiantes, docentes, estilo didáctico, selección de contenidos).

Esos paradigmas están condicionados, a menudo, por las dificultades que plantea otro diálogo difícil: el de la teoría y la práctica. En este sentido, la persistencia de criterios “aplicacionistas” ha distorsionado objetivos y metodologías propios de la investigación en propósitos y decisiones didácticas, y a la inversa.

La diversidad de factores que interjuegan en los procesos de aprendizaje en el medio escolar obliga a precisar el rol de la tarea didáctica. Al definir ese rol, como ha señalado Brousseau (1994), hay que admitir una cierta reorganización didáctica del saber, que cambia su sentido. Asimismo, hay que admitir –al menos a título transitorio– una cierta dosis de errores y contrasentidos, no solo del lado de los/as estudiantes, sino también del lado de la enseñanza.

Resulta necesario, entonces, rescatar el significado que poseen los haceres y quehaceres de los/as maestros/as y de los/as niños/as en torno al lenguaje escrito. A su vez, es preciso validar –o no– estrategias de inter-

vención que permitan acompañamientos, desafíos y guías, a través de los procesos de aprendizaje de unos/as y de otros/as, incluidos/as los/as profesionales que también intervienen en la acción educativa.

A la vez, se vuelve necesario, desde la óptica de la psicopedagogía, reinstalar la singularidad del sujeto que aprende en los procesos de diagnóstico. Señala Carretero, respecto del constructivismo:

Básicamente puede decirse que es la idea que mantiene que el individuo –tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos– no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores. En consecuencia, según la posición constructivista, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano. ¿Con qué instrumentos realiza la persona dicha construcción? Fundamentalmente con los esquemas que ya posee, es decir, con lo que ya construyó en su relación con el medio que le rodea. Esta construcción que realizamos todos los días y en casi todos los contextos en los que se desarrolla nuestra actividad (1999: 4).

Proponemos, en ese sentido, por un lado, volver la mirada al/la niño/a, en tanto sujeto de conocimiento y, en términos piagetianos, interlocutor/a intelectual válido/a; por otro lado, a los/as maestros/as y psicopedagogos/as que los/as acompañan y orientan en dichos procesos, en tanto guías e interpretantes, es decir, constructores/as de sentido y de alternativas de saber para los/as estudiantes.

2. Nuestro estudio: itinerarios

2.1. Objetivos:

- Indagar las concepciones de lectura y de escritura que sustentan las decisiones de docentes de primer ciclo de la escolaridad primaria de escuelas de Rosario (Argentina) al solicitar la atención psicopedagógica respecto del proceso de alfabetización.
- Identificar y analizar las nociones y los argumentos que explicitan los/as estudiantes de 4to y 5to año de la Licenciatura en Psicopedagogía (UGR) acerca del rol profesional del/la psicopedagogo/a en el campo de la alfabetización.

2.2. Decisiones metodológicas

El diseño metodológico se formuló desde un enfoque cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo. A su vez, es de corte transversal. Esta investigación, según las hipótesis tratadas, es de carácter exploratorio, ya que pretende brindar una visión general y solo aproximada de los objetos de estudio. También posee un carácter descriptivo, debido a que se recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones y componentes del fenómeno a investigar para realizar un acercamiento al conocimiento que tienen los/as docentes sobre la temática planteada. A su vez, es de corte transversal, ya que esto permite recolectar información en un solo momento, en un momento único. El propósito es, entonces, construir categorías en función de las variables inda-

gadas, previstas o no. La información obtenida se analizó e interpretó desde un método cualitativo, que busca comprender y profundizar los fenómenos, al explorarlos desde la perspectiva de los/as participantes. Es inductivo, abierto, expansivo. En ese sentido, de manera paulatina se hace foco en conceptos, de acuerdo a la evolución del estudio. Se trata de un abordaje no direccionado en su inicio (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 1991).

Dado el marco de la epistemología genética que hemos asumido, entendemos, como García, que “el conocimiento no es un estado invariante, sino un proceso cuyo devenir es necesario analizar con la mayor exactitud posible” (2000: 60). Por ello, este enfoque requiere de la utilización de diversas estrategias metodológicas que pretenden focalizarse en la indagación de los sistemas de creencias y/o de las teorías implícitas de los/las docentes y futuros/as psicopedagogos/as. Por esto, recurrimos a tres técnicas, aplicadas de manera individual a los/as participantes de las dos muestras (docentes y estudiantes de Psicopedagogía): un cuestionario inicial, entrevistas en profundidad y una situación experimental de análisis de escrituras de niños/as en proceso de alfabetización.

El cuestionario constituyó un insumo útil para detectar temas y problemas generales, pasibles de ser considerados en las entrevistas en profundidad. Dicho cuestionario comprendió una serie de preguntas abiertas, cuyos ejes giraron en torno a consideraciones personales y vivencias acerca de la lectura y la escritura; de la importancia de la enseñanza y aprendizaje de la lectura y escritura; de factores que favorecen o que dificultan el aprendizaje de la lectura y escritura; y acerca del rol del/la psicopedagogo/a en el proceso de alfabetización.

Las entrevistas en profundidad se caracterizaron por proponer a los/as

participantes una conversación guiada por las investigadoras. Se tomaron los cuidados necesarios para no interrumpir ni coartar el pensamiento que manifiesta cada sujeto entrevistado sobre el objeto de conocimiento delimitado (Castorina, Lenzi y Fernández, 1984). La dinámica de la conversación con el sujeto se caracteriza fundamentalmente por el hecho de que quien investiga orienta la marcha del interrogatorio, y es dirigido/a por las respuestas del sujeto. Entonces, será mediante un movimiento dialéctico que las respuestas a las preguntas darán lugar a nuevos interrogantes, a los fines de complejizar la comprensión de la información que permita testear las hipótesis que subyacen al decir de los/as entrevistados/as. La ventaja de este instrumento es que son los/as mismos/as agentes sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, aptitudes y expectativas (Behar Rivero, 2008). Los principales ejes de las entrevistas fueron: concepciones acerca de la enseñanza y el aprendizaje de la lectura y la escritura, concepciones acerca de las escrituras no convencionales y los posibles hechos causales en su producción.

Por medio de estos ejes, pretendimos profundizar en las bases teóricas y epistemológicas que sostenían la posición acerca de los procesos de adquisición del lenguaje escrito los/as integrantes de la muestra, así como las teorías implícitas que podían atravesarlos. Es pertinente recordar, brevemente, que las teorías implícitas (TI) surgen de experiencias individuales caracterizadas por pautas socioculturales, y se encuentran definidas por una práctica y un formato correspondiente a las interacciones sociales. De esta manera, las experiencias socioculturales son la materia prima para la inducción personal de las TI, ya que la información de origen cultural es procesada cognitivamente. La

construcción de estas teorías se lleva adelante en el espacio cultural que asigna restricciones al contenido que se elabora y a la propia actividad cognitiva. Esta perspectiva incluye en el proceso de construcción de las TI dos aspectos de carácter invariante: por un lado, las capacidades de cooperación y negociación con las cuales nacen los sujetos, que les permiten conectarse afectiva e intelectualmente a los/as otros/as; y por otro, los escenarios participativos donde las personas efectúan intercambios y construyen conocimiento (Rodrigo, 1997).

Por su parte, Castorina, Barreiro y Toscano (2005) indican que las TI son inaccesibles a la conciencia individual, es decir, su formato representacional no puede ser explicitado por los/as individuos/as. En otros términos, no se trata de formulaciones verbales sistemáticas, porque los argumentos que contienen son tácitos y sin especificar. El hecho de utilizar tales interpretaciones y no poder formularlas de manera explícita las vincula con un saber hacer. Se trata de un conocimiento destinado a adecuarse a la exigencia de tomar decisiones para la acción. Por esto, se apeló a tres tipos de técnicas para lograr una aproximación a los modos de saber de los/as participantes acerca del campo delimitado.

En una sesión siguiente, se les presentó a los/as docentes y a los/as futuros/as psicopedagogos/as tres imágenes de escrituras no convencionales, que simulaban una situación experimental. El objetivo de este procedimiento fue vehiculizar el pensamiento y los supuestos de los/as participantes, frente a estas producciones alejadas de la convencionalidad del sistema dominado por los/as adultos/as letrados/as.

Con la información obtenida a partir del registro de las entrevistas, se procedió a estudiar la información. En esta instancia, se agrupó la información en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas

similares descubiertos por los/as investigadores/as. Luego, se analizó la información reunida a través de las diferentes técnicas para construir categorías en relación con y a partir de los fundamentos y propósitos de la investigación.

La muestra consistió, por una parte, en un grupo de 24 estudiantes que cursan 4to y 5to año de la Licenciatura en Psicopedagogía (UGR); por otra, en un grupo de 15 docentes de Nivel Primario de la educación básica que dictaran o hubieran dictado clases desde primer a tercer grado (primer ciclo) en dos instituciones privadas de la ciudad de Rosario.

3. Resultados

Los resultados de esta investigación contribuyen al reconocimiento de las teorías y saberes que orientan las prácticas de derivación a tratamiento específico por parte de los/as docentes.

En líneas generales, y de acuerdo con la categorización de Vernon (1996) sobre los enfoques más difundidos en la enseñanza inicial de la lengua escrita, tanto en los/as docentes de Nivel Primario como en los/as estudiantes avanzados/as de Psicopedagogía, predomina un enfoque constructivista sobre los sistemas de lectura y de escritura, enfatizado en la posibilidad de construir sentidos a partir de las exploraciones activas que realizan los/as niños/as desde antes de su ingreso a la escolaridad. Por otra parte, en un número restringido de la muestra, en ambos grupos, se manifiesta la vigencia de una perspectiva asociacionista en torno a la lectura y la escritura. Es decir, la lectura y la escritura son entendidas como una simple asociación de sonidos y grafías.

Se enfatiza, así, la primacía de la conciencia fonológica, y se ubica al/la niño/a como un sujeto pasivo que no reflexiona sobre la escritura sino que meramente replica una técnica.

Que el sujeto lea y escriba implica que piense, revise, diferencie, clasifique, seleccione, decida, imagine, formule hipótesis, confronte con hipótesis anteriores y con datos de la realidad que se construyen como observables (Ferreiro, 1985; Brousseau, 1994). Cuando escriben, los/as chicos/as no dibujan letras, sino que elaboran intelectualmente estrategias para convertirse en usuarios/as autónomos/as del lenguaje.

Pese a que, según los/as maestros/as entrevistados/as, la conceptualización de los procesos de adquisición se presenta con claridad, al momento de analizar sus experiencias de prácticas alfabetizadoras, y frente a las posibles problemáticas que se presentan en sus estudiantes, se ponen de manifiesto confusiones y contradicciones entre las diferentes perspectivas teóricas que las sustentan, las teorías implícitas que atraviesan sus prácticas y sus bases epistémicas.

Toda representación del/la niño/a y del/la estudiante se encuentra atravesada por teorías implícitas que son relativas a un momento histórico singular, a políticas educativas y sociales particulares y a interpretaciones ideológicas determinadas (Vernon, 1996). Es decir, cada teoría o modelo explicativo sustenta una determinada concepción sobre el sujeto que aprende, sobre el objeto de conocimiento y sobre el sujeto en posición de enseñante. Filidoro (2011) afirma que toda representación de alumno/a, así como toda representación de escuela, es relativa a un tiempo histórico, a un espacio geográfico, a un contexto social y político, a una interpretación ideológica. Sostiene que se opera con representaciones “científicas”, neutras, teóricas, cuando en realidad no se hace

más que imponer una representación como si fuese la verdadera.

Surgen en los discursos de los/as estudiantes de Psicopedagogía, entonces, características “estereotipadas” en cuanto a la comprensión e interpretación del fenómeno de la alfabetización. Estas estereotipias (*sui generis*) teórico-epistemológicas se entienden como elaboraciones personales, que surgen de experiencias individuales caracterizadas por pautas socio-culturales y se encuentran definidas por una práctica y un formato correspondientes a las interacciones sociales (Rodrigo, 1997).

Esto se desprende en el discurso de gran parte de los/as docentes entrevistados/as, al considerar que el aprendizaje de la lectura y de la escritura estaría garantizado por procesos madurativos y motivacionales vehiculizados por el/la docente y la familia del/la niño/a. Predomina, entonces, una concepción de los/as niños/as como individuos/as pasivos/as dependientes de la motivación y la maduración. De este modo, se reducen y desestiman las características de los objetos constitutivos de la lectura y la escritura, así como los procesos de exploración e hipótesis conceptuales que realizan los/as niños/as en los momentos en que intentan construir sentidos que les permitan reinventar el sistema de escritura, con el objetivo de comprender su verdadera naturaleza.

Tanto los/as estudiantes como los/as docentes sobre quienes se indagó consideran fundamental el contexto familiar y social, además de la implementación de situaciones significativas en el aula que le permitan al/la niño/a vivenciar sus aprendizajes. En ese sentido, Ferreiro y Teberosky ([1979] 1999) entienden la alfabetización como un largo proceso que comienza mucho antes del ingreso a la escuela y que continúa mucho más allá de la educación formal y obligatoria. En consonancia, Filidoro (2009) entiende el aprendizaje como un proceso de construcción y apropiación

del conocimiento que se da por la interacción entre los saberes previos del sujeto y ciertas particularidades del objeto, que tiene lugar en situación de interacción social con pares, y con la intervención de un/a otro/a como mediador/a del saber enseñar.

Sin embargo, se observa particularmente que algunos/as de los/as docentes entrevistados/as entienden que las dificultades que se presentan en la adquisición de los sistemas de lo escrito son intrínsecas al sujeto y su contexto familiar, con lo cual eximen a la práctica docente de una posible injerencia. Con el foco puesto en esta cuestión, Ferreiro (1975) considera que, desde una mirada tradicional del aprendizaje, el/la maestro/a es el/la único/a que sabe y puede, que corrige y sanciona. Es el/la depositario/a de un saber concebido como inmutable, compuesto de objetos para ser admirados y de nociones para ser repetidas. Es dentro de este marco, entonces, que el/la niño/a permanece ubicado/a en el “no saber” y el “no poder”, e invadido/a por el raciocinio de la intervención adulta. Recibe, entonces, un saber ajeno sin comprender sus mecanismos de producción, sin poder recrear la cultura que se le transmite.

En lo que respecta a las dificultades que pueden presentarse en la adquisición de la lectura y de la escritura, los/as estudiantes avanzados/as entienden que esas dificultades tienen un origen multifactorial: el grado de acompañamiento familiar; un contexto que favorezca u obture al sujeto en el acceso a los objetos de conocimiento; las cuestiones ligadas a la modalidad de enseñanza; y, en relación con las características actuales, el uso de TICs en las escuelas. En consonancia, Fusca (2019) analiza, en relación con la lectura y la escritura, que los/as niños/as de hoy crecen en un escenario de profunda transformación, en el que han cambiado las formas de vida, de socialización y de crianza.

Por esto, el impacto de los diversos cambios y de las tecnologías ha transformado los modos de aprender.

En cuanto al rol profesional y las bases teórico-conceptuales que sustentan las intervenciones en los procesos de adquisición del lenguaje escrito, los/as estudiantes de Psicopedagogía entienden al/la psicopedagogo/a como un/a resolutor/a de problemas que acompaña en el proceso de aprendizaje del sujeto. Los/as psicopedagogos/as que trabajan en instituciones escolares, en muchas ocasiones, deben soportar la exigencia continua para resolver puntualmente los que suelen denominarse “casos problema”. Dentro de ese marco, el/la psicopedagogo/a se encuentra limitado/a para actuar sobre las causas estructurales que ocasionan los síntomas y, simultáneamente, es solicitado/a para resolver sus efectos, lo que resulta imposible desde esta situación atrapante y paradójica (Amengual, 1997).

Asimismo, mencionan el diagnóstico como parte de la labor psicopedagógica, que permitiría una visión integral de los procesos de aprendizaje de la lectura y la escritura, ya sea para responder a la dificultad como para realizar intervenciones preventivas. Por lo tanto, cualquier diagnóstico psicopedagógico al respecto estaría precedido por una teoría que sustenta cómo considera cada profesional el proceso de aprendizaje, la especificidad de los conocimientos escolares y las características del sujeto que aprende, así como la identificación de la dificultad, si la hubiera, y las posibles estrategias de intervención. Entonces, en función del posicionamiento del/la profesional, el diagnóstico tendrá vestigios de patologización o será utilizado como una herramienta que permita considerar las múltiples variables que intervienen en el aprendizaje de un/a niño/a.

Desde la perspectiva de los/as docentes, en términos de la articulación de su trabajo con el/la psicopedagogo/a en el campo de la alfabetización, ven también a dicho/a profesional como un/a resolutor/a de problemas. Lo/a consideran como un/a asesor/a cuya presencia favorecería el trabajo en equipo. Para estos/as docentes, la presencia del/la profesional psicopedagogo/a es productiva cuando se requiere otra mirada, una resolución o una orientación. Sin embargo, manifiestan que la intervención psicopedagógica se requiere cuando surge una dificultad frente a un determinado contenido, o cuando aparece un obstáculo particular en los aprendizajes de un/a niño/a. Esta percepción supone la formulación de un prediagnóstico fundado en lo que el/la docente interpreta como normalidad o patología, y en la percepción del/la psicopedagogo/a como un/a diagnosticador/a que corroborará o no ese predictamen. El riesgo de estigmatización del/la niño/a que supone esta alianza basada en la dificultad indica la importancia de indagar la trama dialógica que se teje entre estos/as profesionales, sin divorciar el discurso de unos/as del de los/as otros/as.

En base a ello, se hace necesario especificar que la Psicopedagogía se ocupa de las características del aprendizaje humano, tanto desde un ángulo subjetivo e individual como desde la problemática educativa, en la medida en que hace conocer las demandas humanas para que se produzca el aprendizaje, para lo cual señala sus obstáculos y sus condiciones facilitadoras (Müller, 2001). Asimismo, Fernández (2010) analiza que si el/la psicopedagogo/a acepta colocarse en el lugar de poder resolver todo lo que se le solicita, entonces estará aceptando limitar su lugar. Consentir que puede lo que no puede derivará en desconocer aquello que sí puede. Por ello, para esta autora, es necesario indagar e

intervenir sobre las problemáticas del aprendizaje desde una construcción interdisciplinaria, lo que permitirá enfatizar la labor en la producción y construcción de sentidos para arribar a una interpretación compleja de dichos problemas. Así, se consolidará un posicionamiento que reconozca la heterogeneidad de las variables puestas en juego a la hora de comprender los procesos de lectura y de escritura, en este caso particular.

Por último, el análisis de los criterios y argumentos de los/as entrevistados/as frente a las escrituras no convencionales producidas por los/as niños/as se realizó con el objetivo de comprender en qué medida la mirada que se tenga de esas producciones orienta un determinado posicionamiento respecto del/la estudiante. Con relación a la situación experimental ofrecida, en ambos grupos de la muestra (docentes de primaria y estudiantes de Psicopedagogía) se observó que no presentaron una mirada patologizante sobre dichas producciones. La mayoría enfatizó que las escrituras eran convencionalmente adaptadas para esa edad. Con respecto a las escrituras no convencionales, Ferreiro (1997) sostiene que son muy difíciles de interpretar porque exigen, por parte del/la adulto/a, un real esfuerzo cognitivo, ya que las respuestas que se aparten de los modos de organización considerados “normales” pueden ser juzgadas como desviantes y desorganizadas. No obstante, en realidad, se desarrollan procesos cognitivos en los que, desde el planteo de hipótesis, los/as niños/as intentan comprender la lógica de los sistemas de lo escrito. Cada instancia se caracterizará por esquemas conceptuales particulares que permitirán al/la niño/a comprender paulatinamente la naturaleza del sistema de escritura. Esos esquemas implican siempre un proceso constructivo, en el cual los/as niños/as toman en cuenta parte de la información dada e introducen algo de lo propio. Como

resultado, producen construcciones extrañas, no convencionales, que son difíciles de interpretar y parecen caóticas o patológicas al ojo del/la observador/a. Sin embargo, será en esos intentos y momentos fundantes de reinención, cuando se originen escrituras no convencionales que den cuenta de los procesos cognitivos que se encuentran transitando y que son necesarios y esperables para la comprensión del sistema convencional (Ferreiro, 1997).

Conclusión

En base a los resultados obtenidos y a los objetivos planteados en esta investigación, se puede sostener que, si los/as profesionales involucrados/as en los procesos de alfabetización –docente y psicopedagogo/a– conciben el aprendizaje de la lectura y de la escritura como procesos de reinención del sistema alfabético y de los modos que el lenguaje escrito adopta según los diferentes géneros y discursos, las escrituras no convencionales, es decir aquellas que se desvían de la norma, serán interpretadas como momentos y secuencias esperables en el desarrollo de la alfabetización, en función de la naturaleza compleja del lenguaje escrito. En el caso de encontrarse dificultades reales en relación con estos procesos, el diagnóstico construido por el/la profesional será planteado desde un lugar diferente. En ese sentido, se correrá de la patologización del sujeto de la lectura y de la escritura; pondrá el énfasis en los saberes y modos de interpretación que revelan los “errores”. De este modo, se atendería no solo a la gran variedad de factores que podrían obstaculizar el aprendizaje, sino, fundamentalmente, a los modos de saber y a los

conocimientos disponibles que revelan esos argumentos y/o producciones no convencionales. En este sentido, el punto de partida de las intervenciones profesionales se define en el saber y no en la falta. De allí la necesidad de elucidar también en y con los/as profesionales los modos de conceptualizar el error y el conocimiento. Al respecto, se puede observar que en ambos grupos indagados surgen teorías implícitas. Es decir, se presentan posturas teóricas contrastantes sobre las conceptualizaciones acerca de la lectura y la escritura como objetos de conocimiento, así como sobre los procesos que conllevan su aprendizaje. A su vez, emergen distintas posiciones respecto de las posibles intervenciones en tanto docentes o psicopedagogos/as. De este modo, se generan características estereotipadas en la interpretación y comprensión del fenómeno de alfabetización.

También se pone de manifiesto la necesidad de abrir espacios de escucha e intercambio entre docentes y psicopedagogos/as, para que ambos sectores puedan cuestionarse y reflexionar sobre qué implica leer y escribir y cómo se arriba a la construcción de ambos procesos.

Para ello, es de suma importancia el trabajo en conjunto con las instituciones, con el fin de poder intervenir de modo preventivo ante posibles dificultades de aprendizaje, en cuyo caso el/la psicopedagogo/a pueda acompañar y ofrecer una nueva mirada al/la docente y a lo acontecido. Esta lectura conjunta favorecería la resignificación del prediagnóstico escolar, en un intento por pensar alternativas para poder definir las posibles problemáticas específicas del aprendizaje del sistema y lenguaje escrito, los cuales en ocasiones suelen ser solo interpretaciones de los/as docentes que se encuentran atravesadas por conceptualizaciones y perspectivas teóricas, poniendo en discusión la noción de normalidad y/o patología.

Se estima que los resultados obtenidos, entonces, contribuyen a transformar y a ampliar los sentidos de los procesos de formación y prácticas de docentes y psicopedagogos/as. Esto se debe a que del análisis de los datos surge la necesidad de generar espacios interdisciplinarios de escucha y reflexión comunes entre ellos/as. Se demostró, además, la necesidad de que la intervención psicopedagógica se sustente en el conocimiento de los procesos didácticos y de los procesos psicolingüísticos que supone el aprendizaje del lenguaje escrito, para poder acompañar al/la docente e interpretar adecuadamente al/la alumno/a en el proceso de alfabetización.

Agradecimientos

A los/as integrantes del equipo de investigación que, bajo nuestra coordinación, han acompañado el proceso de relevamiento de los datos y el análisis de los resultados obtenidos de las investigaciones realizadas en la Universidad del Gran Rosario (Resoluciones Rectorales N° 005/2017 y N° 031/2019): Florencia Cuneo, Marcela Gentile, Victoria Ballesterio, Bárbara Gallegos, Sol Duarte McMaster, Agustín Soria y Noelia Romero.

Bibliografía

Amengual, R. (1997). El psicopedagogo en las instituciones escolares. Un lugar para reflexionar. *Aprendizaje Hoy*, 7(36), 45-51.

Behar Rivero, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Shalom.

Bronckart, J. P. (2015). La enseñanza de las lenguas desde una perspectiva discursiva. En C. Lomas (Coord.), *Fundamentos para una enseñanza comunicativa del lenguaje* (pp. 95-119). Barcelona: Graó Editores.

Brousseau, G. (1994) Los diferentes roles del maestro. En C. Parra e I. Saiz (Comps.), *Didáctica de Matemáticas. Aportes y Reflexiones* (pp. 65-94). Buenos Aires: Paidós.

Carretero, M. (1999) *Constructivismo y educación*. México D. F.: Progreso.

Castorina, J. A.; Lenzi, A. M. y Fernández, S. (1984). Alcances del método de exploración crítica en psicología genética. En J. A. Castorina et al., *Psicología Genética. Aspectos metodológicos e implicancias pedagógicas* (pp. 83-118). Buenos Aires: Miño y Dávila.

Castorina, J. A., Barreiro, A. y Toscano, A. G. (2005). Las representaciones sociales y las teorías implícitas: una comparación crítica. *Educação & Realidade*, 30(1), 201-222. <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/download/23016/13298>

Fernández, A. (2010). *Los idiomas del aprendiente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ferreiro, E. (1975). Trastornos de aprendizaje producidos por la escuela. En E. Ferreiro, *Problemas de Psicología Educacional*. Buenos Aires: Producciones Editoriales IPSE.

Ferreiro, E. (1982). Los procesos constructivos de apropiación de la escritura. En E. Ferreiro y M. Gómez Palacio (Eds.), *Nuevas perspectivas sobre los procesos de lectura y escritura* (pp. 128-154). México D. F.: Siglo XXI.

Ferreiro, E. (1985) The Relationship between Oral and Written Language: The Children's Viewpoints. En M. Clark (Ed.), *New Directions in the Study of Reading* (pp. 83-93). Sussex: Falmer Press.

Ferreiro, E. (1986a) The Interplay between Information and Assimilation in Beginning Literacy. En W. Teale y E. Sulzby (Eds.), *Emergent Literacy* (pp.15-49). New York: Ablex.

Ferreiro, E. (1986b). La complejidad conceptual de la escritura. En L. F. Lara y F. Garrido (Eds.), *Escritura y alfabetización* (pp. 60-81). México D. F.: Editorial del Ermitaño.

Ferreiro, E. (1987). El aprendizaje en el niño y los aprendizajes escolares. En N. Elichiry (Ed.), *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 15-35). Buenos Aires: Nueva Visión.

Ferreiro, E. (1997). *Alfabetización: Teoría y práctica*. México D. F.: Siglo XXI.

- Ferreiro, E. (2012). Comprensión del sistema alfabético de escritura. En M. Carretero y J. A. Castorina (Comps.), *Desarrollo cognitivo y educación II. Procesos del conocimiento y contenidos específicos* (pp. 243-266). Buenos Aires: Paidós.
- Ferreiro, E. y Baez, M. (2013). Los niños como editores de un texto publicitario. En E. Ferreiro, *El ingreso a la escritura y a las culturas de lo escrito* (pp. 244-258). México D. F.: Siglo XXI.
- Ferreiro, E. y Teberosky A. ([1979] 1999). *Los sistemas de escritura en el niño*. México D. F.: Siglo XXI.
- Filidoro, N. (2009). Hacia una conceptualización de la práctica psicopedagógica. En N. Filidoro, *Psicopedagogía: conceptos y problemas* (pp.13-50). Buenos Aires: Biblos.
- Filidoro, N. (2011). Ética y Psicopedagogía. *Revista Pilquen*, 7, 1-6. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3774002.pdf>
- Fusca, C. (2019). La escucha en la escuela. Un desafío en estos tiempos. En M. A. Tollo (Comp.), *Escuchar las infancias. Alojar singularidades y restituir derechos en tiempos de arrasamientos subjetivos* (pp. 99-109). Buenos Aires: Noveduc.
- García, R. (2000). *El conocimiento en construcción: de las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos*. Barcelona: Gedisa.
- García, R. (2002). *El conocimiento en construcción*. Barcelona: Gedisa.
- García, R. (2006). *La epistemología genética y la ciencia contemporánea. Homenaje a Jean Piaget en su centenario*. Barcelona: Gedisa.
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México D. F.: Mcgraw-Hill.
- Kaufman, A.; Castedo, M.; Teruggi, L. y Molinari, C. (1989). *Alfabetización de niños: Construcción e intercambio*. Buenos Aires: Aiqué.
- Lerner, D. (2001) *Leer y escribir en la escuela: lo real, lo posible y lo necesario*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Müller, M. (2001). *La psicopedagogía y los psicopedagogos. Aprender para ser*. Buenos Aires: Bonum.
- Rodrigo, M. J. (1997). El hombre de la calle, el científico y el alumno ¿un solo constructivismo o tres? *Novedades Educativas*, 76, 59-61.
- Vernon, S. (1996). Tres distintos enfoques en las propuestas de alfabetización inicial. *Básica. Revista de la escuela y el maestro*, 9, 63-70. <https://nayeliriverasanchez.files.wordpress.com/2013/06/tres-distintos-enfoques-en-las-propuesta-de-alfabetizacion-inicial.pdf>

Mónica O. Baez, María Eugenia D'Ottavio. "La construcción de espacios de diálogo entre docentes y psicopedagogos/as en el campo de la alfabetización inicial en contextos escolares". *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Año 1, Número 1, Marzo 2022, pp. 46-60.

Normas de estilo y directrices para autores/as

La revista *Salud, Educación y Sociedad* recibirá manuscritos en las siguientes secciones: Artículos, Reseñas, Política y Gestión y Cartas. Para todas las secciones se aceptarán únicamente trabajos originales e inéditos redactados en lengua castellana (no se aceptarán trabajos presentados en otros idiomas). Estos trabajos no deberán estar en vías de evaluación en otra publicación, ni tampoco podrán ser enviados a otras revistas hasta tanto los/as evaluadores/as no se pronuncien –favorablemente o no– en relación con la aceptación del material. Los envíos deben respetar los formatos establecidos, y no se recibirán trabajos que no se adecúen a las normativas expresadas en esta guía. Se presentarán con interlineado 1,5, con tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, márgenes de 3 cm y con el texto justificado, en hoja ISO A4, en formato .doc o .docx (Microsoft Word).

Sección “Artículos” y “Reseñas”

Los trabajos deberán seguir el siguiente orden para su encabezado: título del trabajo –en castellano y en inglés–, nombre/s y apellido/s de autor/es y autor/as, título de grado, último título de posgrado, cargo actual e institución y correo electrónico de cada autor y/o autora. A continuación, deberán consignar un resumen (estructurado: I-O-M-R-C¹) y palabras clave en castellano e inglés (ver condiciones de envío más abajo).

Sección “Cartas”

Para ambas secciones los documentos deberán ser preparados según las indicaciones de formato que se indican más arriba. Al igual que los Artículos y Reseñas, se consignarán los nombre/s y apellido/s de autor/es y autora/s, título de grado, último título de posgrado, cargo actual e institución y correo electrónico de cada autor y/o autora. No deberán incluir resumen ni palabras clave. Ambas secciones ajustarán la bibliografía citada según lo estipulado en el punto Referencias Bibliográficas (ver abajo). El material deberá enviarse acompañado de la *Declaración de aspectos éticos y conflicto de intereses, y de Originalidad y derechos de reproducción*.

Sección “Política y Gestión”

Se recibirán artículos que sean trabajos analíticos, críticos o propositivos originales e inéditos sobre las bases, fundamentos y propósitos del campo de la salud. Estos trabajos comprenderán las dimensiones de Gobierno y la Gestión en las organizaciones de salud. La extensión máxima será de hasta 5.000 palabras. No deben haber sido publicados en otra revista, remitidos simultáneamente a otra publicación y tampoco podrán encontrarse en proceso de evaluación en otra publicación al momento de ser presentados.

¹ Introducción-Objetivos-Metodología-Resultados-Conclusión.

Aspectos generales

Autoría

Las personas designadas como autores/as deben poder asumir públicamente la responsabilidad por su contenido, por lo tanto, la calificación como autor debe suponer: 1) una contribución sustancial en la concepción y/o diseño, la adquisición, análisis y/o interpretación de los datos; 2) la redacción o revisión crítica del artículo; 3) la aprobación de la versión final que será publicada.

Todos los colaboradores que no cumplan con los criterios de autoría deberán aparecer en el apartado *Agradecimientos*.

Resumen

Los artículos deberán incluir un resumen en castellano, con su correspondiente traducción al inglés. Este resumen sintetizará de forma clara los objetivos, la metodología, los resultados más relevantes y las principales conclusiones. Deberá ser estructurado en apartados, con un máximo de 12 líneas o 300 palabras. Cuando un artículo es ingresado a los servicios de indización en línea, el resumen es separado del cuerpo del texto, por lo que no deberá contener citas, llamadas o notas al pie.

Palabras clave

Para una correcta indización de los artículos en las bases de datos en línea, se deben incluir de tres a cinco términos en español e inglés que sintetizen el contenido del trabajo, los que deberán ser seleccionados del índice de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) coordinado por BIREME.

Ilustraciones

Se aceptará hasta un máximo de cuatro tablas, cuadros o figuras. Los mapas, los gráficos, las fotografías y los documentos escaneados llevarán la denominación común de figuras. En todos los casos deberán ser mencionados en el texto. Se presentarán en hojas aparte, y se indicará de qué figura se trata. Incluirán:

- Numeración arábica (tablas, cuadros y figuras numeradas correlativamente en series independientes).
- Título descriptivo que especifique el alcance geográfico y temporal de los datos presentados.
- En todos los casos se hará mención a la fuente.

Aclaraciones sobre la fuente

Si la tabla, el cuadro y/o la figura incluidos en el trabajo no fueron publicados previamente y los datos no fueron tomados de ninguna fuente externa, se indicará "Elaboración propia".

Si se reproduce una ilustración tal como fue publicada, debe mencionarse la fuente original y contar con la autorización del propietario de los derechos autorales para reproducir el material. El permiso es necesario excepto en el caso de documentos de dominio público o publicados bajo licencias que permitan su reproducción (Licencias Creative Commons).

Resolución de las imágenes:

Los autores deberán enviar las imágenes según los siguientes requerimientos solicitados por la revista para su correcta reproducción:

Gráficos: para gráficos realizados en Excel, se deberá enviar el archivo original (sin exportar).

Imágenes digitales: deberán ser enviadas en formato JPEG de máxima calidad, con una resolución mínima de 300 dpi.

Agradecimientos

Todos/as los/as colaboradores/as que no cumplan con los criterios de autoría mencionados (ver más arriba) deberán ser incluidos en el apartado Agradecimientos. Se incluirán además las ayudas económicas y materiales. Para ello, se indicará el nombre de la/s entidad/es otorgante/s como así también el nombre y número o código del proyecto.

Conflicto de intereses

La mención de conflicto de intereses no implica el rechazo del artículo.

Cualquier conflicto de interés real o potencial, cualquier compromiso por parte del o los autores con las fuentes de financiamiento o cualquier tipo de vínculo o rivalidad que pueda ser entendido como un conflicto de intereses, debe ser explicitado. La no existencia de conflicto también debe ser declarada. En el caso que los autores o los editores lo consideren conveniente, se publicará esta información en el apartado correspondiente.

Investigaciones con seres humanos

La publicación de artículos que contengan resultados de investigaciones sobre seres humanos deberán constar en un párrafo en la metodología que especifique la obtención del consentimiento informado de los participantes en el reporte de investigación y la aprobación del protocolo de investigación por parte del Comité de Ética correspondiente.

Referencias bibliográficas

Citas en el texto

Las referencias serán citadas en el texto entre paréntesis según el siguiente formato: (apellido, año: número de página). Para las paráfrasis y referencias a conceptos, nociones o categorías más generales, se utilizará el formato (Autor, año). Cuando se citen varias páginas de una referencia, se consignarán de la siguiente manera: si las páginas son consecutivas se utilizará guion (Foucault, 1976: 14-, 1,7), mientras que

para las páginas no consecutivas se utilizará punto y coma (Foucault, 1976: 14; 30). Debe tenerse en cuenta que si el nombre del/la autor/a se encuentra mencionado inmediatamente antes no debe repetirse (ver ejemplos *infra*).

Para las citas con más de hasta tres autores/as deben incluirse todos los nombres. En cambio, para las citas con más de tres autores/as se consignará solo el primer nombre seguido de *et al.*, aunque en la bibliografía final deban consignarse todos los nombres (ver ejemplos *infra*). De este modo, por ejemplo:

Hasta tres autores/as: Kaipl y Rísolo (2020) / Hernández, Fili y Vega Mayor (2019).

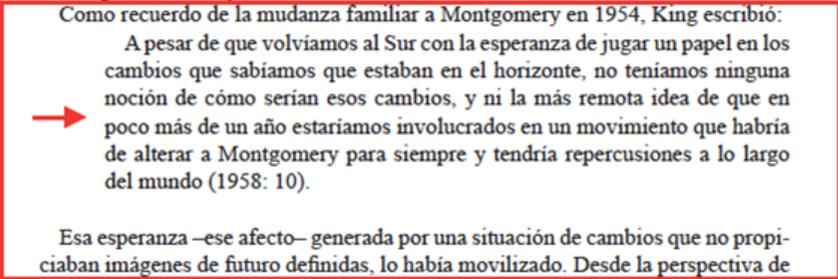
Tres autores/as o más: Mussetta *et al.* (2019).

Cita directa: “Estos ‘observatorios’ tienen un modelo casi ideal: el campamento militar” (Foucault, 1976: 176).

Nótese que, en caso de que la cita contenga palabras entrecomilladas, las comillas deben ser simples.

Las citas extensas que superen las 40 palabras deben colocarse fuera del cuerpo del texto, sin entrecomillar, y la referencia debe incluirse al final de la cita. El punto final debe colocarse luego de la referencia. En este caso, si la cita original incluyera comillas, deben mantenerse las comillas dobles. El formato deberá respetar una sangría izquierda de 1 cm y

dejar una línea en blanco al concluir:



Como recuerdo de la mudanza familiar a Montgomery en 1954, King escribió:
A pesar de que volvíamos al Sur con la esperanza de jugar un papel en los cambios que sabíamos que estaban en el horizonte, no teníamos ninguna noción de cómo serían esos cambios, y ni la más remota idea de que en poco más de un año estaríamos involucrados en un movimiento que habría de alterar a Montgomery para siempre y tendría repercusiones a lo largo del mundo (1958: 10).

Esa esperanza—ese afecto—generada por una situación de cambios que no propiciaban imágenes de futuro definidas, lo había movilizado. Desde la perspectiva de

Ejemplo tomado de Gatto, E. (2020). “Tenemos que inventar, tenemos que hacer descubrimientos”. *El futuro en el pensamiento de Martin Luther King Jr.* Temas y Debates, 24(40), 61-86.

Paráfrasis o alusión a ideas generales de un texto: Como sostiene Foucault (1976), el modelo casi ideal...

En caso de que se omita parte de una cita, deberán utilizarse tres puntos entre corchetes [...] para señalar la omisión. A su vez, si hubiese agregados a la cita, del tipo aclarativo, correctivo u otros, se añadirán entre corchetes.

Si se citasen dos obras o más del/la mismo/a autor/a editadas en el mismo año, deben distinguirse mediante el uso de una letra para cada una (Pérez, 2020a; Pérez, 2020b). Del mismo modo se consignarán en la bibliografía final.

Listado de Referencias Bibliográficas

Las referencias bibliográficas se numerarán conforme al orden de

aparición de las citas en el texto. Se presentarán en un listado estandarizado que contenga todos los documentos citados en el texto, independientemente del soporte en que se encuentren. A continuación, se muestran ejemplos para cada caso.

Artículos

Artículos científicos:

Apellido, N. (Año de edición). Título del artículo. *Título de la publicación*, Volúmen(Número), p. de inicio-p. de fin. URL

Viera, I. A. (2020). Recurrencia de infecciones de COVID-19. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas*. Universidad Nacional De Rosario, 1, 79–85. <https://fcmcientifica.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/23>

Zavala Arciniega, L.; Barrientos Gutiérrez, I.; Arillo Santillán, E.; Gallegos Carrillo, K; Rodríguez Bolaños, R. y Thrasher, J. F. (2021). Profile and Patterns of Dual Use of E-Cigarettes and Combustible Cigarettes Among Mexican Adults. *Salud pública de México*, 63(5), 641-652. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12365/12138>

Artículos periodísticos:

Con autor/a:

Apellido, N. (Fecha de publicación completa). Título del artículo. *Nombre del periódico o diario*. URL

Mazzola, R. (31 de octubre de 2021). Desigualdad, covid y crisis social. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/377624-desigualdad-covid-y-crisis-social>

Sin autor/a:

Título del artículo (Fecha de publicación completa). *Nombre del periódico o diario*. URL

Advierten que muchas aves modifican su cuerpo para adaptarse al cambio climático (01 de noviembre de 2021). *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/378656-advierten-que-muchas-aves-modifican-su-cuerpo-para-adaptarse>

Libros

Libro completo:

Apellido, N. (Año de edición). *Título del libro*. Ciudad de edición: Editorial.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Obra colectiva completa:

Apellido, N. (coord./comp./ed.) (Año de edición). *Título del libro*. Ciudad de edición: Editorial.

Fajardo Dolci, G. (coord.) (2018). *Ritmo y rumbo de la salud en México. Conversaciones con los Secretarios de Salud 1982-2018*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Obra de autor corporativo:

Nombre de la institución (Acrónimo). (Año de edición). *Título de la obra*. URL

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2019). *Informe de Gestión 2019*. https://www.icbf.gov.co/sites/default/informe_de_gestion_2019_icbf.pdf

Capítulo de libro:

Apellido, N. (Año de edición). Título del capítulo. En N. Apellido (coord./comp./ed.) *Título del libro* (p. de inicio-p. de fin). Ciudad de edición: Editorial.

Camps, V. (1993). El derecho a la diferencia. En L. Olivé (comp.) *Ética y diversidad cultural* (pp.71-84). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Ponencias o participaciones en congresos, simposios, talleres, jornadas, conferencias:

Apellido, N. (Fecha completa del evento). Título de la ponencia, conferencia, discurso. *Nombre del evento*. Institución organizadora. Ciudad de realización, país.

Abelaira, P. y Arleo, S. (22, 23 y 24 de agosto de 2019). La articulación interdisciplinaria como brújula para las buenas prácticas en salud mental. *I Congreso Internacional de Salud Mental Comunitaria*. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina.

Bases de datos:

Entidad o Institución (Acrónimo). (Año). Título del informe. URL

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2011). Prevalencia de vida, del último año y del último mes de consumo de fármacos por sexo, grupo de edad, nivel de instrucción y región. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/e030223.xls>

Publicaciones en redes sociales (Facebook, Twitter, entre otras):

Nombre de persona, grupo, entidad [usuario]. (Fecha completa). *Primeras veinte palabras de la publicación*. Nombre de la red social. URL

Diputados Argentina [@DiputadosAR]. (27 de octubre de 2021). *Con 198 votos afirmativos, 0 votos negativos y 0 abstenciones, se aprobó el proyecto de Alivio fiscal para fortalecer la*. Twitter. <https://twitter.com/DiputadosAR/status/1453310423206350848>

Video de YouTube:

Nombre del autor o del canal [Nombre de usuario/a en YouTube] (Fecha de publicación). Título del video. YouTube. URL

Universidad del Gran Rosario [Universidad del Gran Rosario] (25 de junio de 2021). Introducción al programa de cannabis en Argentina. https://youtu.be/PVvf_XgUkVY

Envío de manuscritos

Los/as autores/as podrán enviar sus contribuciones a través del sistema en línea. Para hacerlo, es necesario registrarse e identificarse para poder enviar artículos online y para comprobar el estado de los envíos.

Asimismo, es posible enviar un trabajo mediante correo electrónico. Para ello, se debe cumplir con los requisitos que se especifican a continuación:

Se deben enviar dos archivos diferentes. Uno de ellos debe contener el título, el resumen –en castellano e inglés–, las palabras clave y el cuerpo del texto. El otro debe consignar el título del manuscrito, nombre, apellido, dirección de e-mail y filiación institucional de cada autor/a.

Ambos archivos deben enviarse a la siguiente dirección de correo electrónico: revistaseys@ugr.edu.ar

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



UGR

Universidad del
Gran Rosario