

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



UGR Universidad
del Gran Rosario

Semestral / Vol. 1 / Núm. 2 / septiembre 2022

2

ISSN: 2796-986X



Florencia Echevarria - "Naturaleza diseñada"
Estilógrafo sobre papel

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 de Buenos Aires, 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 Nacional de 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

Nota editorial:

Med. Esp. Leonardo Caruana 4

Artículos:

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personas privadas de su libertad alojadas en dos unidades penitenciarias de la provincia de Buenos Aires, Argentina, durante el año 2021 6

María Verónica Grunfeld Baeza; Diego Martín Palomo; Julián Pavicic; Iñaki Arro

Impacto de un programa de entrenamiento intervalado de alta intensidad en una población con enfermedades crónicas no transmisibles adscrita a Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario 17

Romina González; Carlos Cagnone; Melania Musuruana; Sebastián Sánchez; Juan Pedro Bonifazzi; Gabriel Converso

Estudio de situación de la navegación de pacientes oncológicos/as desde la perspectiva de navegadoras y registradoras del Instituto Nacional del Cáncer 29

Judit Marisa Díaz Bazán; Julieta Brunet; Melania Musuruana; Virginia Yanis

Eficacia de los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura intrínseca plantar en población con pie plano. Una revisión sistemática 40

Cristina Molina García; Sabrina Rossi; Andrés López del Amo Lorente; Aitor Pérez Morcillo; Laura Ramos Petersen; Priscila Leal Cano

Aportes del Decreto N° 6.737 de 2009 desde la vista de la frontera de La Corumba/MS al estudio de los Derechos Humanos 52

Vanessa Valadão Gouvêa Gomes da Silva; Lucilene Machado Garcia Arf

Desde la sexualidad centrada en la penetración hacia una sexualidad del goce: aportes para la enseñanza de la medicina 67

Abril Schvval; Lara Maurer Schernenco; Pedro Silberman



Nota editorial

Sobre la reforma del sistema de salud

La fragmentación y segmentación del sistema de salud argentino tiene fuertes explicaciones sociohistóricas. Su mixtura y complejidad –esa que a veces se desdibuja en la teoría– se hace sumamente palpable desde la función de gestión en el ámbito estatal. La multidimensionalidad de la fragmentación atentó siempre contra los objetivos de eficacia y equidad, y por ello son recurrentes las propuestas de reforma, aunque las que lograron visibilidad no han sido las más progresistas. En esa línea, durante los años noventa, el discurso neoliberal impuso una agenda de reforma del Estado que impactó en el campo de la salud, al restringir el alcance del sector público en la provisión de cuidado y atención. Bajo los paradigmas de la gobernanza, la descentralización y la participación de la comunidad, se estableció un rol subsidiario del Estado, que atentó contra la construcción de ciudadanía en salud.

Hoy, en el escenario de la postpandemia, con la experiencia de la necesidad de los sistemas públicos, nuevamente se habla de una reforma que tenga como horizonte la integración del Sistema de Salud. Este es un objetivo general compartido desde distintos sectores políticos e institucionales. Pese a ello, tras cada enunciado es sencillo identificar diferentes posiciones con relación al rol del Estado, su dimensión jurídica, administrativa y territorial, como así

también sobre el modelo de atención subyacente a dichos enunciados. Como decía Mario Testa, las palabras señalan cosas distintas de acuerdo con los contextos desde los cuales son empleadas, porque aquello que las palabras señalan tiene que ver con los intereses que se privilegian y también con el valor que se confiere a ciertos principios. Por este motivo, creo que el riesgo concreto es que, bajo las banderas de una supuesta integración, el poder estatal hoy fortalecido otra vez se pierda en el paisaje.

Considero que un proyecto de integración del sistema de salud argentino debe partir de un horizonte común que, desde una perspectiva de derechos, fortalezca la construcción de ciudadanía en salud. Ello supone que la integración debe estar orientada por ciertos principios –como la universalidad, la equidad, la integralidad– que promuevan un trazado de acciones en el campo sanitario y habiliten el ejercicio del derecho a luchar contra las condiciones que limitan la vida. La integración debe propender al fortalecimiento de la esfera pública en salud, es decir, del Estado y las comunidades con poder de definición sobre lo que es más beneficioso en salud, más allá del mercado y de los intereses particulares de cada sector. También debe orientar las políticas en la búsqueda de la equidad en las respuestas, para lograr acortar las distancias sociales. En definitiva, debe promover el desarrollo de una infraestructura territorial de cuidados desde una perspectiva integral de los derechos.

Las experiencias de este último tiempo nos señalan que las formas de organización adoptadas en las últimas décadas han dejado un vacío en lo que respecta a las herramientas para garantizar coordinación de las acciones, transversalidad de las planificaciones e integralidad de los abordajes. En nuestra provincia, la vigencia de normativas que fragmentan en extremo el sistema de salud –una del gobierno militar de los años sesenta y otra impulsada por el peronismo en la década de 1990– obstaculizan la generación de enlaces y la construcción de acuerdos en el territorio. Un hospital, una ciudad, por sí sola, no puede hacer frente a problemáticas que exceden un territorio y que afectan a la salud, como pueden ser las problemáticas ambientales o la adquisición de determinados insumos y medicamentos. En ese punto, necesitamos de centralidades, de fuertes Estados centrales que articulen y construyan un poder hacer mucho más potente a partir de esas articulaciones. Por otro lado, necesitamos un Estado central que coordine, a fin de alcanzar escalas adecuadas para la prestación de servicios en salud.

Entiendo que estos debates no son debates técnicos. Se resuelven en la dimensión de la política, de la cultura, no entendida en términos de la política partidaria sino de la acción colectiva, aquella en la que definimos escalas de valores y objetivos sociales amplios y a largo plazo. Por eso, no puede ser esta una discusión de los equipos, de los gestores y gestoras, de los partidos. Esta es una discusión ciudadana. Yo vengo de una experiencia colectiva muy rica que acompañó y sostuvo vivo el sueño del sistema único o integrado. En ella, aprendimos que podemos construir normas revolucionarias, entrarle al Estado por sus fisuras con nuevos procesos de institucionalización. Pero, como decía Hermes Binner, para hacer, para transformar hay

que estar: hay que estar como personas singulares, con nuestras fuerzas y nuestros miedos, y fundamentalmente hay que estar como grupo, como entramado de manos que tejen un destino en común. Creo que el camino a transitar para la reforma de las instituciones de salud es largo y complejo. Sin embargo, no concibo otra manera de pensar en un camino exitoso que no sea a través de una convocatoria amplia y democrática a la discusión. Porque no hay más salud sin más democracia, y porque el fortalecimiento de una democracia requiere de instituciones que garanticen el derecho a la salud.

Leonardo Caruana

Médico Especialista en Medicina General y Familiar (UNR)

Secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario, Argentina

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en personas privadas de su libertad alojadas en dos unidades penitenciarias de la provincia de Buenos Aires, Argentina, durante el año 2021

Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in People Deprived of Their Liberty Housed in Two Penitentiary Units in the Province of Buenos Aires, Argentina, During 2021¹

Autores/as

María Verónica Grunfeld Baeza - veronica.grunfeld@uns.edu.ar - Médica. Magíster en epidemiología, gestión y políticas de salud. Secretaria de posgrado y extensión. Departamento de Ciencias de la Salud - Centro de Estudios de Salud Colectiva del Sur, Argentina.

Diego Martín Palomo - diego.palomo@uns.edu.ar - Médico. Magíster en epidemiología, gestión y políticas de salud. Director de Maestría en Salud Colectiva. Departamento de Ciencias de la Salud - Centro de Estudios de Salud Colectiva del Sur, Argentina.

Julián Pavicic - julianpavicic@gmail.com - Médico. Departamento de Ciencias de la Salud. Argentina.

Iñaki Arro - i.arro1993@gmail.com - Médico. Departamento de Ciencias de la Salud, Argentina.

RECIBIDO 08/07/2022

ACEPTADO 12/08/2022

Resumen

Introducción: Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de morbimortalidad en la población general mundial, y se estima que 7 de cada 10 personas mueren por esta causa. En la Argentina, la vigilancia de estas enfermedades se realiza mediante la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), en la cual se miden los factores de riesgo cardiovascular. Esta encuesta no incluye al ámbito penitenciario. Consideramos que la investigación en las unidades penales podría ser el impulso para la producción de conocimientos que permitan fortalecer la planificación de políticas de salud focalizadas en esta población. **Objetivo:** Analizar los factores de riesgo cardiovascular de las personas privadas de su libertad de dos unidades penales de la provincia de Buenos Aires, Argentina, en el año 2021. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Se realizó un muestreo no probabilístico con un error de muestreo de 5%, intervalo de confianza del 95%. Muestra mínima requerida: 75 personas privadas de su libertad. **Resultados:** De 1.812 personas, 246 accedieron a realizar la encuesta. El promedio de edad fue de 36,82; el 98% fueron hombres; el 1%, mujeres; y un 1% estuvo representado por personas no binarias. Un 33%

¹ Esta investigación fue realizada con el apoyo de una Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas (Becas EVC - CIN).

tiene secundario incompleto. En relación con factores cardiovasculares, el sobrepeso se observó en un 49%. El 78% es tabaquista activo. El 65% refirió que le han tomado la tensión arterial al menos una vez. Al 81% nunca le realizaron rastreo de dislipemias. Un 5% refirió tener problemas con valores elevados de glucemia. 44 personas respondieron que casi siempre le agregan sal a las comidas y 67 que siempre usan sal. En relación con la actividad física, 114 manifestaron no cumplir las pautas para no ser personas sedentarias. **Discusión:** Podría existir una subestimación de los factores de riesgo cardiovascular en la población estudiada. Se sugiere la implementación de campañas de detección de factores de riesgo a partir de controles periódicos de salud.

Palabras clave

- Factores de riesgo
- Prisión
- Prevención de enfermedades
- Prevalencia

Summary

Introduction: Noncommunicable diseases (NCDs) are the main cause of morbidity and mortality in the general world population, and it is estimated that 7 out of 10 people die from this cause. In Argentina, surveillance of these diseases is carried out through the National Survey of Risk Factors (ENFR), in which cardiovascular risk factors are measured. This does not

include the prison environment. We believe that research in penal units could be the impetus for the production of knowledge that allows strengthening the planning of health policies focused on this population. **Objective:** To analyze the cardiovascular risk factors of persons deprived of their liberty in two penal units in the province of Buenos Aires, Argentina 2021. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional study. Non-probability sampling was performed with a sampling error of 5%, 95% confidence interval. Minimum sample required: 75 persons deprived of their liberty.

Results: Out of 1812 people, 246 agreed to take the survey. The average age was 36.82, 98% were men, 1% women and 1% non-binary people. 33% have incomplete secondary. In relation to cardiovascular factors, overweight was observed in 49%. 78% are active smokers. 65% reported that they have had their blood pressure taken at least once. 81% were never tracked for dyslipidemia. 5% reported having problems with high blood glucose values. 44 people responded that they almost always add salt to meals and 67 who always use salt. In relation to physical activity, 114 reported not meeting the guidelines for not being sedentary. **Discussion:** There may be an underestimation of cardiovascular risk factors in the population studied. It is suggested the implementation of detection campaigns of these from periodic health checks.

Keywords

- Risk factors
- Prison
- Disease prevention
- Prevalence

Introducción

A principios del siglo XIX surgen las primeras cárceles en el mundo, con el objetivo general de controlar tanto moral como psicológicamente a aquellas personas –en su mayoría hombres– que pudieran causar algún daño a la sociedad en la cual vivían. Esta conceptualización que introdujo Michel Foucault en su libro *Vigilar y Castigar* se enmarca en las sociedades donde la disciplina y el castigo operan como herramientas de poder en espacios de tipo correccional (Foucault, 2002).

Entre los aspectos que debemos reconocer para abordar problemáticas dentro de las cárceles, encontramos la complejidad descrita por Ervin Goffman (2012), quien caracteriza a las instituciones totales como un obstáculo, dado que en dichas instituciones el hecho clave consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisibles.

Entendemos que las cárceles son, de alguna manera, el espejo de las sociedades. Esta idea se encuentra en línea con lo que plantea Kalinsky (2016), quien las define como instituciones sociales en las que se reproducen dinámicas de violencia que son funcionales al sistema de control social. Esta violencia se da cotidianamente y es relativa a las condiciones reales en que viven los/as detenidos/as en las cárceles, donde no suelen respetarse los derechos constitucionales, como es el caso del acceso a la salud. “La cárcel aglutina en un solo espacio geográfico-social al conjunto de violencias propias que se muestran en nuestros días en la sociedad”, y así se demuestra la porosidad que existe en estas instituciones, que siempre se creyeron herméticas (Kalinsky, 2016: 20). Las cárceles son permeables a lo que sucede en la sociedad. De este modo, el problema del acceso a la salud y el derecho a la salud se ve reflejado en

este tipo de instituciones. Es por ello que creemos de importancia vital desarrollar este tipo de investigaciones en cárceles, ya que pueden proporcionar conocimientos sobre determinados aspectos relacionados con la salud y su acceso, al mismo tiempo que permiten su problematización para la acción.

Realizamos este estudio bajo la concepción de que la cárcel actual, que observamos en nuestro medio, está centrada en la lógica del “castigo”, orientada al control y la restricción de todos los aspectos de la vida, más allá de los relacionados con el encierro. Esta institución, a su vez, presenta altos niveles de violencia y los derechos, muchas veces, no son garantizados, cuando no francamente vulnerados. Es desde este marco conceptual que realizamos el presente estudio en dos penales del sudoeste bonaerense, de hombres, con régimen semiabierto y cerrado. Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de morbimortalidad en la población general mundial, y se estima que 7 de cada 10 personas mueren por esta causa (Majid, 2020). La pandemia desatada en el año 2019 en China ha dejado al descubierto las carencias del sistema de salud en el abordaje de las ENT, al mostrar lo vulnerables que son las diferentes poblaciones que tienen algún factor de riesgo cardiovascular, respiratorio o metabólico (Herrick y Reubi, 2021). Por otro lado, en la República Argentina, las enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardiovasculares, respiratorias y oncológicas, representan el 73,4% de las muertes, y afectan a la población más vulnerable (INDEC, 2019). En la Argentina, la vigilancia de estas enfermedades se realiza mediante la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), en la cual se miden los factores de riesgo cardiovascular (INDEC, 2019). Esta encuesta se aplicó a la población general de Argentina en los años 2005, 2009, 2013 y 2018. Una limitación que presenta la ENFR es que

aborda a la población general y no incluye al ámbito penitenciario. Por este motivo, no se encuentran publicaciones de relevancia que aborden la problemática de las enfermedades crónicas no transmisibles, ni tampoco las enfermedades cardiovasculares prevalentes en las personas privadas de su libertad en Argentina. El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, si bien elaboró un informe donde hace referencia a la salud de las personas encarceladas, y a la necesidad de distintos controles de salud, entre ellos los relacionados con las ENT, no presenta información epidemiológica sobre la prevalencia de este tipo de enfermedades (Kreplak *et al.*, 2013). A nivel internacional, existen publicaciones como la de Vera-Remartínez y colaboradores (Vera-Remartínez *et al.*, 2018), que aborda en sus objetivos la descripción de factores de riesgo cardiovascular. También encontramos el artículo de Pessôa da Silva, que realiza una revisión de la literatura en la que hallaron diecisiete publicaciones relacionadas con esta temática a nivel mundial (Da Silva *et al.*, 2020). En otro estudio, se analizaron las causas de mortalidad en un centro penitenciario español. Este estudio mostró que durante los años 2001-2009 las causas de muertes por enfermedades cardiovasculares superan a las infecciones transmisión sexual, como el VIH (García-Guerrero, Vera-Remartínez y Planelles Ramos, 2011). Actualmente, gran parte de la labor de investigación y de los recursos sanitarios van dirigidos a la asistencia y al tratamiento de las enfermedades más que al hecho de prevenirlas. Al centrarnos en la prevención, necesitamos entender la dinámica de los factores de riesgo y de la vulnerabilidad de una población en un momento determinado, para poder planificar políticas de salud orientadas a las particularidades de cada población. Para sustentar ello, la ENFR ha aportado datos que nos permiten tener una idea sobre esta situación y acerca de cómo

las medidas adoptadas mejoran la situación de salud-enfermedad (INDEC, 2019).

En este trabajo, nos planteamos como objetivo analizar la situación de los factores de riesgo cardiovascular y su relación con las características sociodemográficas de las personas privadas de su libertad de dos unidades penales de la provincia de Buenos Aires durante el año 2021.

Consideramos que la investigación en las unidades penales podría ser el impulso inicial para la producción de conocimientos que permitan fortalecer la planificación de políticas de salud focalizadas en esta población y que favorezcan una inversión en prevención de las ENT más eficiente en estas instituciones por parte de los gobiernos.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal, durante el año 2021. La población de estudio fueron las personas privadas de su libertad alojadas en dos unidades penales de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Se realizó un muestreo no probabilístico (Silva, 1997). La muestra se calculó para una población finita, con una proporción de los/as que poseen el atributo y de los/as que no lo poseen desconocida (50%), con un error de muestreo de 5%, intervalo de confianza del 95% y una población total de 1.812 personas privadas de su libertad. Se utilizó la fórmula: $n = \left[\frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q} \right]$. Construcción de la fórmula para el cálculo muestral: n: tamaño de la muestra/ Z: que para un nivel de confianza 95% es 1,96 N: población: 1.812 personas privadas de su libertad en ambas unidades penales/ p: probabilidad de éxito: 50/ 1-p: q o probabilidad de fracaso: 50.e: error de muestreo aceptable: 5% (8,9). La muestra mínima requerida fue de 75 personas privadas de su libertad.

Utilizamos como medida epidemiológica la prevalencia, que es la proporción de personas de una población que presenta la enfermedad en un período determinado (Gordis, 2015) porque, si bien es una representación puntual de las características de una población en un determinado tiempo, es muy útil para comprender aspectos de salud y sus articulaciones sociodemográficas. Es una muy buena medida epidemiológica para comparar con otras publicaciones y otras poblaciones, a la vez que permite comparar distintos períodos de tiempo (Gordis, 2015).

El procedimiento del trabajo de campo se llevó a cabo durante el año 2021. Se aplicó un recorte y adaptación de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (INDEC, 2019). Se utilizó un formulario con un cuestionario autoadministrado. Las encuestas fueron entregadas a las personas privadas de su libertad por personal de la unidad penal, debido a la imposibilidad de ingresar por la pandemia de COVID-19.

Las variables medidas fueron:

- Características sociodemográficas: edad (en años), sexo (masculino y femenino), años de encierro (en meses) y nivel educativo (primario, secundario y universitario). Incorporamos estas variables ya que son aspectos importantes en la determinación del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y, específicamente, en la prevalencia de factores de riesgo y enfermedades asociadas a eventos cardiovasculares.
- Factores de riesgo cardiovascular: peso corporal (en kilogramos), índice de masa corporal (peso corporal/altura al cuadrado) (Molina Alarcón *et al.*, 2006), actividad física (intensidad sumada al tiempo semanal dedicado), tabaquismo (paquete/año), hipertensión arterial (en milímetros de mercurio) y diabetes (conocimiento sobre su padecimiento).

Este trabajo fue realizado bajo la autorización de Salud Penitenciaria dependiente del Ministerio de Justicia de la provincia de Buenos Aires y fue evaluado por el Comité Institucional de Bioética e Investigación del hospital municipal “Dr. R. Cacavo” de la ciudad de Coronel Suárez. A cada una de las personas se le entregó un consentimiento informado que debió ser leído y firmado previamente.

Resultados

Descripción de las variables sociodemográficas

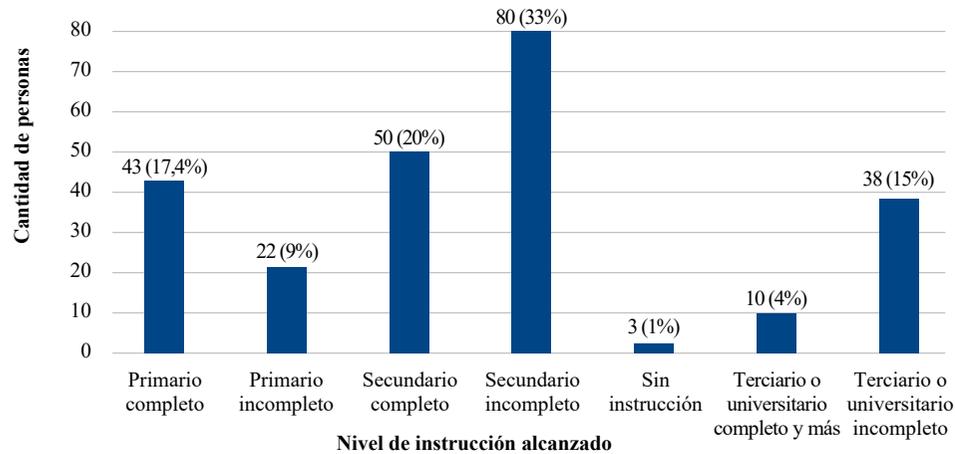
En las dos unidades penales incluidas en este estudio estaban alojadas 1.812 personas privadas de su libertad, de las cuales se tuvo acceso a las respuestas de 246, número necesario para que la muestra sea representativa. En la unidad penal A se obtuvieron 155 respuestas al cuestionario sobre prevalencia² de factores de riesgo cardiovascular (PFRCV) y en la unidad penal B se obtuvieron 91, lo que representa un 63,01% y un 36,99% de las respuestas respectivamente. El promedio de edad de las personas encuestadas fue de 36,82 con un desvío estándar de 10,80 y una mediana de 37. El género masculino representó el 98% de las respuestas dadas, el género femenino el 1% y las personas no binarias el 1% restante.

La distribución y tipo de nivel educativo puede observarse en la Figura 1. Según el análisis en cuanto al nivel educativo, se pudo observar que, a mayor cantidad de meses de encierro, disminuye la cantidad de

² La prevalencia es la proporción de personas de una población que presenta la enfermedad en un período determinado (Gordis, 2015).

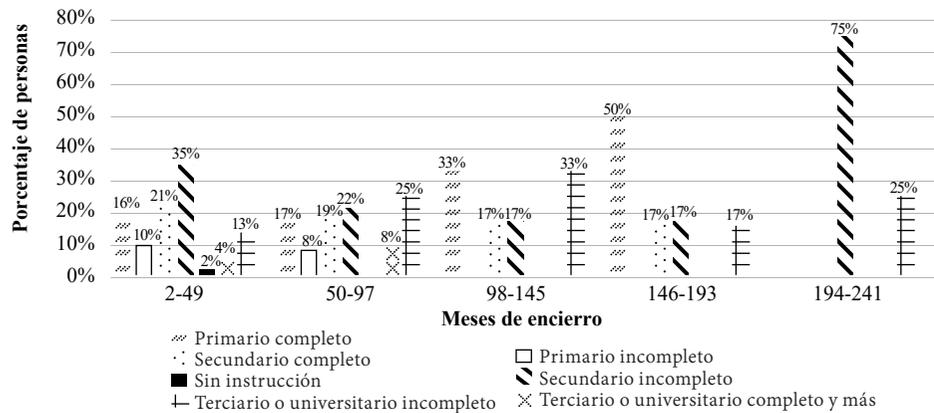
personas con primario incompleto, como lo muestra la Figura 2.

Figura 1. Nivel educativo en números absolutos y relativos alcanzado por las personas privadas de su libertad en dos unidades penales de PBA en el año 2021



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario PFRCV realizado en dos unidades penales de PBA.

Figura 2. Nivel educativo alcanzado según meses de encierro de las personas privadas de su libertad en dos unidades penales de PBA en el año 2021

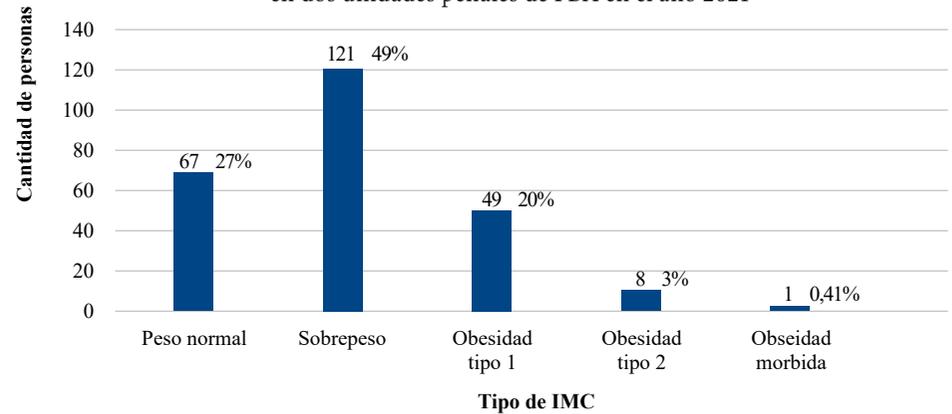


Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario PFRCV realizado en dos unidades penales de PBA.

Descripción de las variables cardiovasculares

En cuanto a las variables cardiovasculares más relevantes, el índice de masa corporal (IMC) con mayor porcentaje fue el sobrepeso (IMC entre 25 - 29,9) con 49%. Se puede observar en la Figura 3 la distribución del índice de masa corporal (IMC). En tanto, la frecuencia absoluta del tiempo del último control de peso de las personas privadas de su libertad fue de más de 2 años en 73 personas y 25 contestaron que nunca se habían pesado, es decir que un 40% de las personas encuestadas no tiene un conocimiento certero de su peso actual. También observamos cómo a los 98 meses de encierro desaparece el porcentaje de personas que tienen un peso normal, y quedan así solo personas que tienen un IMC elevado.

Figura 3. Frecuencia absoluta de IMC de las personas privadas de su libertad en dos unidades penales de PBA en el año 2021



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario PFRCV realizado en dos unidades penales de PBA.

El promedio de IMC es de 27,14 (IC del 95% 26,33 - 27,39), con un desvío estándar de 4,25 y una mediana de 26,76. La prevalencia de

sobrepeso fue 49,18% (IC 95% de 43,38% - 54,99%) y de obesidad 23,57% (IC del 95% de 18,65% - 28,51%).

En cuanto al tabaquismo, un 22% refirió no haber fumado nunca. Respondieron que fuman actualmente el 64%, que han dejado de fumar hace menos de un año 9 personas (5%) y que han dejado de fumar hace más de un año 60 personas (31%). En tanto la edad inicio del consumo tabáquico fue en promedio a los 15,46 años con un IC del 95% 14,49 - 15,53, con un desvío estándar de 4,19 y una mediana de 15. De las personas que fuman, un 77% fuma todos los días, un 19% fuma algunos días y un 5% lo hace en forma esporádica. En cuanto a la contemplación para el cese tabáquico, el 79% de las personas fumadoras informó que consideraban dejar de fumar. En cuanto al tabaquismo pasivo, 177 personas afirmaron que lo padecían (72%).

Al analizar las respuestas sobre tensión arterial (TA), 160 personas dijeron que le habían tomado la presión en alguna oportunidad (65%) y 86 dijeron que nunca le tomaron la TA (35%). En relación con la última toma de TA, 45 personas contestaron que fue hace más de 2 años (18%) y 80 personas no sabían cuándo había sido la última vez que le tomaron la TA (33%), es decir que 51% de las personas encuestadas no tiene certeza de cuánto es su valor de TA actual. En cuanto al último valor conocido de TA, 109 personas no lo sabían (44%), mientras que 44 personas contestaron que era un valor alto de TA (18%). La tasa de prevalencia de la hipertensión arterial fue de 17,88% (IC de 95% 13,44% - 22,34%).

Con relación a los valores de colesterol, a 199 personas nunca le habían realizado algún análisis del perfil lípido (81%) y en aquellos que refieren algún control analítico –192 personas–, se observa que no sabían el último valor de colesterol medido, lo cual corresponde al 78%.

Al analizar las respuestas en relación con el antecedente de valores de

glucemia elevados, se registró que la prevalencia de glucemia elevada fue del 5,28% (IC del 95% de 2,69% - 7,88%).

En cuanto al antecedente de tener familiares de primer grado con enfermedades cardiovasculares –hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, entre otras–, 112 personas presentan estos antecedentes (46%) y 34 personas no sabían (14%).

Del relevamiento con relación a los hábitos saludables, podemos destacar que se evidenció cómo, a medida que avanzan los meses de encierro, desaparecen las personas que nunca agregan sal a las comidas. De la misma forma, se observa cómo el consumo de frutas disminuye según aumentan los meses de encierro. La relación entre las personas que no consumen frutas con las que sí es similar hasta los 145 meses de encierro (Razón 2:1 no/sí), pero a partir de ese momento decrece la cantidad de personas que consumen frutas. En relación con el consumo de fruta, podemos señalar que, conforme las personas pasan más tiempo encerradas, también disminuye el consumo de más de 3 frutas por día. A los 98 meses de encierro, no hay personas que consuman 3 o más frutas por día. Se pueden observar más detalles de los diferentes hábitos saludables en la Tabla 1.

Tabla 1. Hábitos saludables de las personas privadas de su libertad en dos unidades penales de PBA en el año 2021

Variable	Siempre	67
Agregado de sal en comidas	Casi siempre	44
	Muy pocas veces	99
	Nunca	36
	<hr/>	
Consumo de frutas	No consume	168
	Sí consume	78
Consumo de vegetales en el almuerzo	No consume	154
	Sí consume	92
Consumo de vegetales en la cena	No consume	160
	Sí consume	86
Actividad física	No realiza	114
	Sí realiza	132

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario PFRCV realizado en dos unidades penales de PBA.

Otro aspecto analizado fue el sedentarismo. Se encontró una prevalencia de 46,34% (IC de 95% 40,55% - 52,13%). En cuanto al sedentarismo y los meses de encierro, también se puede observar que, a los 98 meses de encierro, el porcentaje de personas que realiza la suficiente actividad física para no ser sedentarias se equipara con el porcentaje de personas que no la realiza.

Discusión

Este trabajo conllevó cierta complejidad debido al contexto de pandemia en el que se desarrolló. A pesar de esto, se cumplieron todos los requisitos metodológicos propuestos, lo cual estuvo favorecido por la relación estable de 10 años de trabajo de nuestro grupo de investigación y extensión en contextos de encierro en estos penales (Grunfeld Baeza *et al.*, 2018; Grunfeld Baeza, Palomo y Arnaldi, 2020). En este apartado, comparamos la información obtenida en este trabajo con publicaciones que abordan la problemática de los factores de riesgo cardiovascular en la población general y también en las personas privadas de su libertad. Se utilizaron estudios del norte global, ya que en nuestra región no existen artículos publicados relacionados con las enfermedades cardiovasculares en las prisiones. Si bien entendemos que las poblaciones comparadas son muy distintas, la referencia general, con la aclaración de esta limitante, nos permite poner en perspectiva los resultados de nuestra encuesta y refuerza la importancia de realizar este tipo de estudios en nuestro medio.

En relación con las características sociodemográficas, observamos en nuestro trabajo un promedio de edad de 36,82, similar a la información

presentada en la publicación de Vera-Remartínez *et al.* (2018). En cuanto al nivel educativo, nuestro estudio mostró mayor porcentaje de personas con secundario incompleto y completo, al igual que en un estudio realizado en Estados Unidos que analizó el impacto del encierro con la obesidad (Gates y Bradford, 2015). Por otro lado, pudimos observar que, en comparación con otro estudio realizado en España, el nivel educativo más frecuente de observar en las personas privadas de su libertad fue el primario (Vera-Remartínez *et al.*, 2018).

Al analizar los factores de riesgo, encontramos que la TA elevada tuvo una prevalencia de 17,88%, en comparación con un 34,6% en la población en general (INDEC, 2019). Al observar la prevalencia de glucemia elevada vemos que fue del 5,28%, en relación con el 12,7% que presenta la población en general. La dislipemia tuvo una prevalencia del 5%, mientras que en la población general es de un 28,9%.

Al comparar las prevalencias de factores de riesgo obtenidas en nuestra investigación con lo publicado en otros estudios en personas privadas de la libertad, destacamos que la prevalencia de hipertensión arterial fue menor; la hiperglucemia mostró una prevalencia similar; y en relación con la obesidad de tipo 1 encontramos una prevalencia de 23,57% en comparación con el 27% encontrada en estos estudios (Vera-Remartínez *et al.*, 2014; Silverman-Retana, *et al.*, 2015). En cuanto a hábitos saludables, también se ven diferencias entre las personas privadas de su libertad con respecto a la población en general. Al analizar el consumo de sal, encontramos que el 45% de las personas privadas de su libertad siempre o casi siempre agrega sal en las comidas, cuando en la población en general solo el 16,4% lo hace (INDEC, 2019). En cuanto al tabaquismo, el 64% fuma actualmente, y es posible observar una mayor prevalencia en comparación con la de la población en general (22,2%).

Sin embargo, esta información resultó similar a lo publicado sobre este factor de riesgo en otros centros penitenciarios (Manterola y Otzen, 2015). El tabaquismo pasivo tiene una prevalencia del 72% en estas unidades penales, mientras que en los hogares de la población en general es del 25,1% (INDEC, 2019).

Los estudios encontrados publicados sobre factores de riesgo muestran un análisis bivariado entre características sociodemográficas y factores de riesgo más prevalentes, como hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, al igual que en nuestro estudio. No obstante, cabe remarcar que no se han comparado en estos trabajos los factores de riesgo con los años de encierro, como se ha presentado en esta investigación.

Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio describen las condiciones sociodemográficas, la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovasculares y los hábitos saludables en dos unidades penales de la provincia de Buenos Aires en el año 2021. La principal limitación de este trabajo está relacionada con el sesgo de recuerdo o de memoria que aparece en trabajos retrospectivos, en los que existe la dificultad de recordar de forma precisa y completa hechos o experiencias previas (Manterola y Otzen, 2015). Se concluye que actualmente existe una subestimación de los factores de riesgo cardiovascular, debido al bajo nivel de rastreo. El 40% de las personas encuestadas no tiene un conocimiento certero de su peso actual; el 51% no refiere controles de la tensión arterial; el 81% del colesterol; y el 80% de la glucemia. Por estos motivos, se sugiere la implementación de campañas de detección de

estos factores de riesgo a partir de controles periódicos de salud.

En relación con los meses de encierro, es muy importante remarcar cómo, a mayor cantidad de tiempo de reclusión, incrementa la prevalencia de algunos factores de riesgo de forma notable. Por ejemplo, con el transcurso de los meses aumenta el número de personas que utilizan sal y las personas sedentarias, a la vez que disminuye el porcentaje de aquellas que consumen frutas.

En función de lo observado en este trabajo, se sugiere el desarrollo de nuevos estudios que evalúen el impacto de los meses de encierro en relación con la incidencia de factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares. También consideramos de importancia las intervenciones contextualizadas que puedan realizarse para generar disminución de los distintos factores de riesgo y evitar mayores muertes por estas causas (Martínez-Delgado y Ramírez-López, 2016).

Bibliografía

Da Silva, G. P.; Coelho Ramalho Vasconcelos Morai, S.; Farias de Queiroz Frazão, C. M.; Takáo Lopes, C.; De Oliveira Manguera, S.; y Pereira Linhares, F. M. (2020). Cardiovascular Risk Factors in People Deprived of Their Liberty: An Integrative Review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190357>

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

García-Guerrero, J.; Vera-Remartínez, E. J. y Planelles Ramos, M. V. (2011). Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev. Esp. Salud Pública*, 85(3), 245-255. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000300003&lng=es

Goffman, E. (2012). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gordis, L. (2015). *Epidemiología*. Barcelona: Editorial Elsevier.

Grunfeld Baeza, M. V.; Palomo, D. M. y Arnaudo, M. C. (2020). Formación de estudiantes de ciencias de la salud en contextos de encierro, ciudad de Bahía Blanca. Buenos Aires, Argentina. *Interface*, 24, 1-13. <https://www.scielo.br/j/icse/a/H3NMFpyMdQTYXBWdTNDgpsz/?lang=es>

Grunfeld Baeza, M. V.; Palomo, D. M.; Arnaudo, M. C.; Arena, M. C.; D'Annuncio, V. y Troccoli, M. (2018). Formar promotores de salud en contextos penitenciarios: una experiencia de la labor extensionista universitaria. *Edumecentro*, 10(1), 1-18. <http://www.revedumecentro.sld-cu/index.php/edumc/article/view/1046>

Herrick, C. y Reubi, D. (2021). The future of the global noncommunicable disease agenda after Covid-19. *Health and Place*, 71, 102672. DOI: 10.1016/j.healthplace.2021.102672

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Kalinsky, B. (2016). La cárcel hoy. Un estudio de caso en Argentina. *Revista de Historia de las Prisiones*, 3, 19-34.

Kreplak, N.; Larrabide, J.; Giorgi, S. y Kohan, P. (2013). *Atención y cuidado de la salud de personas privadas de su libertad: Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015*. Buenos Aires: Infojus.

Gates, M. L. y Bradford, R. K. (2015). The Impact of Incarceration on Obesity: Are Prisoners with Chronic Diseases Becoming Overweight and Obese during Their Confinement. *Journal of Obesity*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/532468>

Majid, E. (2020). MRC NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3. *The Lancet*, 39, 918-34.

Manterola, C. y Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *Int. J. Morphol*, 33(3),1156-1164.

Martínez-Delgado, M. M. y Ramírez-López, C. (2016). Cardiovascular health education intervention in the Prison of Soria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(1), 10-17. <https://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202016000100002>

Molina Alarcón, M.; García Alcaraz, F.; Hernández Martínez, A. y Alfaro Espín, A. (2006). Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(5), 232-236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617616006>

Silva, L. C. (1997). *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Madrid: Ediciones Diaz Del Santo.

Silverman-Retana, O; López-Ridaura, R; Servan-Mori, E; Bautista-Arredondo, S. y Bertozzi, S. M. (2015). Cross-Sectional Association between Length of Incarceration and Selected Risk Factors for NonCommunicable Chronic Diseases in Two Male Prisons of Mexico City. *PLoS ONE*, 10(9), 1-10. e0138063. DOI: 10.1371/journal.pone.0138063

Vera-Remartínez, E. J.; Lázaro Monge, R.; Granero Chinesta S.; Sánchez-Alcón Rodríguez, D. y Planelles Ramos, M. V. (2018). Factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de un centro penitenciario. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201807037.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100416&lng=es.

Vera-Remartínez, E. J.; Borraz-Fernández, J. R.; Domínguez-Zamorano, J. A.; Mora-Parra, L. M.; Casado-Hoces, S. V.; González-Gómez, J. A.; Blanco-Quiroga, A.; Armenteros-López, B. y Garcés-Pina, E. (2014). Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 16(2), 38-47. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000200003

Impacto de un programa de entrenamiento intervalado de alta intensidad en una población con enfermedades crónicas no transmisibles adscrita a Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario

Impact of High Intensity Interval Training Program in a Population with Non-Communicable Chronic Diseases Assigned to Primary Health Care Centers Rosario City

Autores/as

Romina González - rgonzalez@ugr.edu.ar -

Magíster - Directora Espacio de Deporte y Ciencias del Ejercicio. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Carlos Cagnone - ccagnone@ugr.edu.ar -

Doctor - Director Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Melania Musuruana - mmusuruana@ugr.edu.ar -

Psicóloga - Directora Centro de Estudios Sociales en Salud. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Sebastián Sánchez - sebastian_sanchez@hotmail.com -

Licenciado - Profesor Titular Prácticas Hospitalarias I. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Juan Pedro Bonifazzi - subregionnortesalud@gmail.com -

Médico - Coordinador de Subregión Norte de Centros de Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Argentina.

Gabriel Converso - gconverso@ugr.edu.ar -

Licenciado- Profesor Titular Metodología de la Investigación en Cs. de la Salud. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

RECIBIDO 06/07/2022

ACEPTADO 16/08/2022

Resumen

Introducción: El relevamiento mundial del sedentarismo, que impacta notablemente sobre diversas enfermedades crónicas asociadas, promueve la necesidad de generar políticas públicas y programas que atiendan eficientemente esta problemática. Se implementó un programa de entrenamiento intervalado de alta intensidad en el primer nivel de atención de la salud de barrios periféricos de Rosario, Santa Fe, Argentina. **Objetivo:** Evaluar el impacto del programa, en personas adscritas a seis Centros de Atención Primaria de la Salud que presentaban enfermedades crónicas no transmisibles, considerando variables funcionales y antropométricas. **Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo y longitudinal para analizar resultados de pruebas de consumo máximo de oxígeno y seis variables antropométricas. **Resultados:** Se observaron cambios significativos en el consumo máximo de oxígeno, así como también en la composición corporal, lo cual se correlaciona con mejoras en la salud. **Conclusión:** El programa presentó diversos efectos positivos sobre las variables analizadas; mostró ser efectivo para aumentar el VO₂ máx, disminuir el peso corporal, reducir el porcentaje de tejido adiposo y aumentar el porcentaje muscular. Además, se debe enunciar que los resultados observados son dependientes de la carga y fueron superiores para los grupos de alto cumplimiento.

Palabras clave

- Ejercicio físico
- Conducta sedentaria
- Atención Primaria de Salud
- Entrenamiento intervalado de alta intensidad
- Factores de riesgo

Summary

Introduction: Sedentary lifestyle has a remarkable impact on a great number of associated chronic diseases encouraging the development of public policies and strategic agenda to efficiently attend to this problem. A high intensity interval training program (HIIT) was implemented at primary health care level in outlying districts from Rosario, Santa Fe, Argentina. **Objective:** To evaluate the impact of a training program in the population assigned to six primary health care centers diagnosed with chronic noncommunicable diseases taking into consideration several functional and anthropometric variables. **Methods:** A longitudinal prospective study was conducted to analyze the results of maximal oxygen uptake tests and other six anthropometric variables. **Results:** Significant changes were found in maximal oxygen uptake as well as in body composition and also correlated with improvements in overall health. **Conclusion:** This program presented various positive effects on the analyzed variables; showing to be effective in increasing VO2 max, decreasing body weight, reducing the percentage of adipose

tissue and increasing the percentage of muscle tissue. Furthermore, the observed results were load-dependent and were better for the groups with high compliance.

Keywords

- Exercise
- Sedentary Behavior
- Primary Health Care
- High-Intensity Interval Training
- Risk Factors

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce en el documento *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud* la importancia fundamental de vincular la actividad física con los beneficios en la salud (OMS, 2010: 10). En función de esto, plantea la necesidad de generar políticas públicas que faciliten la actividad física a nivel poblacional desde la estrategia de Atención Primaria. Asimismo, existen múltiples publicaciones científicas provenientes de países centrales desarrollados acerca del lugar primordial que ocupa el problema del sedentarismo como factor de riesgo modificable y el impacto que tiene sobre las enfermedades asociadas a él en la agenda de Salud Pública (Jung, Bourne y Little, 2014; Pedersen y Saltin, 2015).

El comportamiento sedentario es frecuente en la población que utiliza los servicios de salud públicos y es el sedentarismo el factor común que está presente en los/as pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. De hecho, los resultados de la cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizados en Argentina en 2018 muestran diversas cifras alarmantes. A su vez, la prevalencia de actividad física baja aumentó significativamente respecto de la ENFR 2013 y alcanza a 6 de cada 10 individuos (INDEC, 2019).

En este sentido, la incorporación de un programa de actividad física en efectores públicos de salud sería una herramienta novedosa, ya que en los ámbitos de la salud no se imparten acciones de tratamiento mediante el entrenamiento a pacientes con enfermedades crónicas. El Entrenamiento Intervalado de Alta Intensidad (HIIT, por sus siglas en inglés) es una intervención primaria clínicamente probada y rentable que retrasa y, en muchos casos, previene las cargas de salud asociadas con muchas enfermedades crónicas.

Objetivo

El objetivo general de este estudio fue evaluar los efectos de un programa de entrenamiento intervalado de alta intensidad, en personas usuarias del primer nivel de atención que presentan enfermedades crónicas no transmisibles, considerando variables antropométricas y funcionales.

Métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental, prospectivo y longitudinal en el que se incluyeron personas mayores de 18 años que presentaron al menos una ECNT, usuarias de los Centros de Salud de la Provincia de Santa Fe pertenecientes a la Región IV-Nodo Rosario. Se excluyeron de este estudio personas que presentaban alguna limitación motriz o cognitiva que les impidiera realizar actividad física. El reclutamiento de los y las participantes se efectuó a través de la derivación del/la médico/a de su Centro de Salud de pertenencia. Se incluyeron personas con alguna de las siguientes ECNT: obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión y/o EPOC.

Se implementó un programa de entrenamiento intervalado de alta intensidad durante veinte semanas, con una frecuencia de tres veces por semana. Se realizaron sesiones de trabajo con una duración total de 30 minutos, organizadas de la siguiente manera:

- Entrada en calor (5 minutos): movilidad articular, ejercicios de activación según el circuito de la semana. Progresar con el ritmo para elevar la FC a la zona de trabajo.
- Circuito de entrenamiento intervalado de alta intensidad (21 minutos): se seleccionó un circuito diferente para desarrollar en cada semana. Cada circuito constó de siete estaciones de ejercicios de 30" de duración por 30" de recuperación. El/la paciente debió realizar la mayor cantidad de repeticiones posibles en ese tiempo. Se realizaron tres vueltas completas al circuito. Se estableció un esquema de mesociclos y microciclos con las variantes de ejercicios para cada caso (ver Anexo 1).
- Vuelta a la calma (4 minutos): estiramientos de los principales grupos musculares.

Los datos fueron analizados según el grado de asistencia a las sesiones de entrenamiento, de modo que se conformaron dos grupos de participantes de acuerdo al siguiente criterio:

a) En la primera etapa del entrenamiento (semana 1 a la 12), se categorizó como Grupo A a quienes asistieron a 24 sesiones o más; el Grupo B estuvo constituido por quienes asistieron a entre 12 y 23 sesiones; y el Grupo C, por quienes asistieron a menos de 12 sesiones (este grupo fue considerado únicamente para la descripción del hábito de actividad física antes del inicio del programa).

b) En la segunda etapa del entrenamiento (semanas 13 a la 20), se categorizó como Grupo A a quienes asistieron a 16 sesiones o más, y como Grupo B a quienes asistieron entre 8 y 15 sesiones.

Se evaluó como variable funcional el consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx) con el Chester Step Test (CST) y como variables antropométricas el peso (balanza digital OMRON Hbf-514c, China), la altura (cinta métrica metálica), IMC, perímetro de cintura (cinta métrica metálica marca LUFKIN®, Ohio, USA), sumatoria de 6 pliegues, (plicómetro marca Harpenden, USA), porcentaje de masa grasa y porcentaje de tejido adiposo (calculado con *software* Bodymetrix). (Ver Anexo 2.)

Se realizaron evaluaciones de las variables mencionadas en tres momentos de la investigación: previo al inicio (semana 0), durante el desarrollo (semana 12) y al finalizar el programa (semana 20).

Las comparaciones se realizaron mediante la aplicación de pruebas estadísticas paramétricas en las variables cuantitativas con distribución normal (t de Student), y pruebas no paramétricas en las variables cuantitativas asimétricas (prueba de rangos con signo de Wilcoxon), así como en las categóricas (Chi cuadrado)(Hulley *et al.*, 2014).

Para evaluar la normalidad de la distribución de las variables cuantitati-

vas se aplicó el test no paramétrico de Kolmogorov-Smirnov (Escurra, 1998). En todos los casos, se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23.

El proyecto se realizó en el marco de la normativa ética vigente para la investigación en salud con seres humanos. Cuenta con la evaluación y el dictamen favorable del Comité Provincial de Bioética de la provincia de Santa Fe (Registro Nro.: 749). Todos/as los/as participantes ingresaron al proyecto en forma voluntaria luego de haber firmado un consentimiento informado.

Resultados

Ingresó al estudio un total de 103 participantes, de los cuales 94 (91,3%) eran mujeres. Las edades de los casos incluidos fueron de entre 18 y 69 años, promedio 42,47 años (DE=12,65).

Al finalizar la primera etapa del programa se observó que, en el Grupo A, un 92,3% (24/26) de las personas aumentaron al menos un nivel en el Chester Step Test. Lo mismo sucedió con el 66,7% de los casos del Grupo B (4/6). Diferencia entre grupos $p=0,150$ (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos que aumentaron al menos 1 nivel en el Chester Step Test durante la primera etapa del programa

	Grupo A fr** (%)	Grupo B fr** (%)	p***
Aumentaron 1 nivel* o más	24 (92,3)	4 (66,7)	0,150
No aumentaron nivel*	2 (7,7)	2 (33,3)	
Total	26 (100)	6 (100)	

* Nivel de consumo de O₂ según el Chester Step Test. **Fr: Frecuencia. ***P: Prueba de Chi cuadrado.

Al finalizar la segunda etapa del programa, se observó que, en el Grupo A, un 50% aumentó al menos un nivel en el Chester Step Test. Lo mismo sucedió en el 41,2% de los casos en el Grupo B. Diferencia entre grupos $p=0,725$ (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos que aumentaron al menos 1 nivel en el Chester Step Test durante la segunda etapa del programa

	Grupo A	Grupo B	P***
Aumentaron 1 nivel* o más	7 (50)	7 (41,2)	0,725
No aumentaron nivel*	7 (50)	10 (58,8)	
Total	14 (100)	17 (100)	

* Nivel de consumo de O₂ según el Chester Step Test. **Fr: Frecuencia. ***P: Prueba de Chi cuadrado.

En cuanto a las comparaciones intragrupo de la evolución de la variable peso en cada etapa del programa, fueron estadísticamente significativas para ambos grupos en la primera etapa (Grupo A, $p=0,002$; Grupo B $p=0,028$). Durante la segunda etapa, solo el Grupo A mostró cambios estadísticamente significativos ($p=0,024$) (Tabla 3).

Respecto al IMC, la comparación intragrupo presentó cambios estadísticamente significativos solamente al finalizar la primera etapa (Grupo A, $p=0,002$; Grupo B $p=0,023$).

Tabla 3. Comparaciones intragrupo en las Etapas 1 y 2 según nivel de cumplimiento

Variables (media±DE)	Etapa 1						Etapa 2					
	Grupo A (n=28)			Grupo B (n=22)			Grupo A (n=15)			Grupo B (n=20)		
	Pre	Pos	p									
Peso	88,41 ±19,65	85,13 ±17,05	0,002 (t=3,454)	81,64 ±16,38	80,39 ±15,72	0,028 (t=2,363)	88,96 ±15,54	86,94 ±15,02	0,024 (t=2,531)	83,15 ±12,91	83,44 ±13,60	0,723 (Z=-0,355)
IMC	35,58 ±8,68	34,32± 7,95	0,002 (t=3,349)	33,36 ±6,85	32,82 ±6,37	0,023 (t=2,444)	36,16 ±8,62	34,10 ±6,27	0,143 (t=1,554)	33,54 ±6,13	33,67 ±6,47	0,737 (Z=-0,336)
Sumatoria de 6 pliegues	223,29 ±55,72	194,89 ±42,46	<0,001 (t=4,831)	206,84 ±47,21	178,97 ±32,61	<0,001 (t=5,648)	201,70 ±42,31	203,89 ±46,49	0,67 (Z=-0,426)	191,16 ±33,24	199,67 ±31,00	0,062 (t=-1,982)
Perímetro de cintura	94,71 ±12,09	92,39 ±11,31	0,009 (t=2,838)	94,44 ±12,34	92,03 ±10,47	0,005 (t=3,132)	94,92 ±10,77	92,77 ±10,29	0,011 (t=2,944)	91,90 ±10,38	91,59 ±10,17	0,606 (t=0,524)
% de Masa muscular	35,75 ±3,96	37,83 ±3,83	0,009 (Z=-2,596)	36,19 ±3,15	38,94 ±2,35	<0,001 (t=5,115)	38,11 ±3,56	37,99 ±5,73	0,914 (t=0,110)	36,66 ±7,27	36,93 ±2,38	0,108 (Z=-1,605)
% de Masa grasa	38,46 ±4,76	35,41 ±4,92	<0,001 (t=3,988)	37,52 ±5,11	33,96 ±3,55	<0,001 (t=5,259)	34,98 ±4,88	36,85 ±6,89	0,152 (t=-1,514)	36,41 ±4,18	37,12 ±3,21	0,497 (t=-0,692)

Tabla 3. Etapa 1: semanas 1 a 12 del programa; Etapa 2: semanas 12 a 20 del programa.
Grupo A: cumplimiento alto; Grupo B: cumplimiento medio. t: t de Student;
Z: prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

En la comparación intragrupo de la sumatoria de 6 pliegues presentó cambios estadísticamente significativos solamente al finalizar la primera etapa (Grupo A, $p= <0,001$; Grupo B $p= <0,001$).

En la comparación intragrupo de la evolución de la variable perímetro de cintura en cada etapa del programa fueron estadísticamente significativas para ambos grupos en la primera etapa (Grupo A, $p=0,009$; Grupo B $p=0,005$). Durante la segunda etapa, solo el Grupo A mostró cambios estadísticamente significativos ($p=0,011$).

En la comparación intragrupo del porcentaje de masa muscular y porcentaje de masa grasa se presentaron cambios estadísticamente significativos solamente al finalizar la primera etapa tanto para el Grupo A como el B.

Discusión

En el presente estudio, el Consumo Máximo de Oxígeno valorado a través del Chester Step Test (CST) mostró cambios clínicamente significativos en el ascenso de nivel entre las diferentes etapas del programa de entrenamiento. Al inicio de la etapa 1, el 52% del total de los/as participantes presentaron valores de VO₂ máx inferiores a 21mlO₂/kg/min, considerados de riesgo cardiovascular. Al final de dicha etapa solo el 2% de los/as participantes quedó en este nivel de riesgo, mientras que, al final del programa, el 32,3% alcanzó valores de VO₂ excelentes (más de 32 mlO₂/kg/min). Resulta importante destacar que para realizar actividades de la vida diaria se requieren al menos 17,5 mlO₂/kg/min (McAuley *et al.*, 2010). Aumentar un nivel en el CST implica haber ganado más de 3,5 mlO₂/kg/min en el VO₂ máx. Respecto de la relevancia del ascenso en el nivel del CST, un estudio que ha investigado el impacto de la aptitud cardiorrespiratoria en la mortalidad por todas las causas y los eventos cardiovasculares reveló que un aumento en el VO₂ máx en más de 3,5 mlO₂/kg/min está correlacionado con una reducción del 13% de la mortalidad por todas las causas, así como con una disminución del 15% en el riesgo de enfermedad cardiovascular (Kodama *et al.*, 2009). Los/as autores/as sugirieron que los efectos del aumento de al menos 3,5 mlO₂/kg/min en el VO₂ máx son comparables a las influencias correspondientes de una disminución de perímetro de cintura (-7 cm), presión arterial sistólica (-5 mmHg), triglicéridos (-88 mg / dl), así como a los aumentos en HDL-C (+7.72 mg / dl), respectivamente.

En cuanto al IMC, indicador frecuentemente utilizado en salud, demostró que al inicio del programa la muestra presentaba obesidad grado 1 y esta clasificación no varió al final del programa (ver valores en Tabla 3). Este hecho

demuestra los límites del IMC como herramienta de control del cambio en la composición corporal, ya que las modificaciones respecto del porcentaje de tejido muscular y del porcentaje de masa grasa presentaron cambios estadísticamente significativos en ambos grupos en la primera etapa.

El perímetro de cintura se correlaciona con la grasa abdominal y se considera un predictor independiente de enfermedad cardiovascular. Por cada ganancia de 1 cm en el perímetro de cintura, aumenta el 2% en el riesgo de enfermedad cardiovascular (Kinnafock *et al.*, 2018). En relación con este trabajo, encontramos que el perímetro de cintura se redujo al menos 2 cm al final de la Etapa 1 en ambos grupos, mientras que en la Etapa 2 solo se redujo en el Grupo A.

La ganancia de masa muscular se traduce en un aumento en la tasa metabólica en reposo (Biddle y Batterham, 2015). Solamente en la etapa 1 ambos grupos presentaron cambios estadísticamente significativos en esta variable. Vale aclarar que el HIIT es un método de entrenamiento cardiovascular, sin embargo, las ganancias descritas en la masa muscular podrían corresponder a una respuesta fisiológica frente al entrenamiento de alta intensidad en poblaciones sedentarias, como las de nuestro estudio. Para continuar aumentando este tipo de tejido se requeriría la modificación de las cargas de trabajo en función de la hipertrofia muscular.

Respecto de la sumatoria de pliegues, una reducción de 20 mm, como se observa en promedio en este estudio en la Etapa 1, representa una disminución significativa del tejido adiposo, lo que, sumado al incremento de masa muscular hallado, se convierte en un gran avance en la calidad metabólica de la persona.

Conclusiones

Se concluye que el programa de entrenamiento implementado mostró ser efectivo para aumentar el VO₂ máx, disminuir el peso corporal, reducir el porcentaje de tejido adiposo, aumentar el porcentaje muscular y variables antropométricas. Además, los cambios cardiometabólicos observados dejan en evidencia las limitaciones del IMC como herramienta para el control de las adaptaciones físicas al entrenamiento. Por otra parte, se debe enunciar que los resultados observados son dependientes de la carga y fueron superiores para los grupos de alto cumplimiento.

El Entrenamiento Intervalado de Alta Intensidad es una estrategia de intervención válida para mejorar la aptitud aeróbica y promover cambios positivos en la composición corporal. Este tipo de programas se ha promovido como un método de entrenamiento eficaz para mejorar los parámetros relacionados con la salud y el estado físico, lo cual es una ventaja notable en el desarrollo de un ejercicio estratégico habitual para prevenir y tratar las ECNT.

Se plantea la necesidad de considerar en el *screening* de pacientes con ECNT pruebas de condición física como el CST, que es de bajo costo, gran reproducibilidad y aporta de manera fiel un panorama del estado cardiometabólico. Para finalizar, se pudo ofrecer y probar la implementación de un programa de alto impacto en la salud en CAPS, en poblaciones que de otra manera no podrían acceder a estas intervenciones, fundamentalmente por sus recursos económicos.

Declaración de conflicto de intereses

Los/as autores/as no declaran conflicto de intereses.

Fuentes de financiamiento: Fundación MAPRFE (Ayudas a la investigación Ignacio H. De Larramendi. Año 2018).

Bibliografía

Australian Sports Commission (1996). *Anthropometrica: A Textbook of Body Measurement for Sports and Health Courses*. Sidney. Editor UNSW Press.

Bennett, H.; Parfitt, G.; Davison, K. y Eston, R. (2016). Validity of Submaximal Step Tests to Estimate Maximal Oxygen Uptake in Healthy Adults. *Sports Med.*, 46, 737-750.

Biddle, S. J. y Batterham, A. M. (2015). High-intensity interval exercise training for public health: a big HIT or shall we HIT it on the head. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 12(95), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0254-9>

Bodymetrix. Samper Design. <http://www.bodymetrix.com.ar>

Buckley, J. P.; Sim, J.; Eston, R. G.; Hession, R. y Fox, R. (2004). Reliability and validity of measures taken during the Chester step test to predict aerobic power and to prescribe aerobic exercise. *Br J Sports Med.*, 38, 197-205. <https://doi.org/10.1136/bjism.2003.005389>

Escurra, L. M. (1998). Siegel, S. & Castellan, N. J. (1995). Estadística no paramétrica, aplicada a las ciencias de la conducta. 4a. edición. México: Editorial Trillas. Persona, 001, 195-197. <https://doi.org/10.26439/persona1998.n001.1715>

Hulley, S. B.; Cummings, S. R.; Browner, W. S.; Grady, D. y Newman, T. B. (2014). *Diseño de investigaciones clínicas*. Barcelona: Wolters Kluwer Health.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. https://www.indec.gov.ar/f-tp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

Jung, M. E.; Bourne, J. E. y Little, J. P. (2014). Where Does HIT Fit? An Examination of the Affective Response to High-Intensity Intervals in Comparison to Continuous Moderate- and Continuous Vigorous-Intensity Exercise in the Exercise Intensity-Affect Continuum. *PloS one*, 9(12), e114541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114541>

Kinnafick, F. E.; Thøgersen-Ntoumani, C.; Shepherd, S. O.; Wilson, O. J.; Wagenmakers, A. y Shaw, C. S. (2018). In It Together: A Qualitative Evaluation of Participant Experiences of a 10-Week, Group-Based, Workplace HIIT Program for Insufficiently Active Adults. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 40(1), 10-19. <https://doi.org/10.1123/jsep.2017-0306>

Kodama, S.; Saito, K.; Tanaka, S.; Maki, M.; Yachi, Y.; Asumi, M.; Sugawara, A.; Totsuka, K.; Shimano, H.; Ohashi, Y.; Yamada, N. y Sone, H. (2009). Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events in Healthy Men and Women: A Meta-Analysis. *JAMA*, 301(19), 2024-2035. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.681>

McAuley, P. A.; Kokkinos, P. F.; Oliveira, R. B.; Emerson, B. T. y Myers, J. N. (2010). Obesity Paradox and Cardiorespiratory Fitness in 12,417 Male Veterans Aged 40 to 70 Years. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(2), 115-121. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0562>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf;jsessionid=55E0C1EA64257FF26E8FCFFA9203-BA8E?sequence=1

Pedersen, B. K. y Saltin, B. (2015). Exercise as Medicine - Evidence for Prescribing Exercise as Therapy in 26 Different Chronic Diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25(3), 1-72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>

Robergs, R. y Landwehr, R. (2002). The Surprising History of The “HR-max=220-age” Equation. *Journal of Exercise Physiology Online*, 5, 1-10.

Sykes, K. y Roberts, A. (2004). The Chester step test—a simple yet effective tool for the prediction of aerobic capacity. *Elsevier, Physiotherapy*, 90, 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.03.008>

Anexo 1

Tabla 4. Plan de entrenamiento de los mesociclos 1, 2 y 3

Microciclo 1	Microciclo 2	Microciclo 3	Microciclo 4
1. Sentadillas libres	1. Sentadillas con banda	1. Subidas al banco	1. Vitalizaciones con mancuerna
2. Bíceps + Elevación de hombro	2. Boxeo	2. Bíceps con banda	2. Rotaciones de tronco con banda en bipedestación
3. Puente lateral (15" de cada lado)	3. Puente prono llevando rodillas al pecho	3. Puente glúteo	3. Puente prono con elevación de mano
4. Estocadas posteriores	4. Saltos en minitramp	4. Lanzamiento de medicine ball contra la pared	4. Sentadillas con elevación de pierna
5. Remo con banda	5. Pectorales con banda en bipedestación	5. Sentadillas libres con brazos en alto	5. Puente prono llevando rodilla contraria al codo
6. Puente glúteo	6. Lumbares sobre fitball	6. Bird Dog en cuadrupedia	6. Remo con mancuerna
7. Push up o pectorales con mancuerna	7. Desplazamiento lateral en 5m tocando la línea	7. Burpee caminando con las manos	7. Subidas al banco

Tabla 5. Plan de entrenamiento de los mesociclos 4 y 5

Microciclo 1	Microciclo 2	Microciclo 3	Microciclo 4
1. Sentadillas libres	1. Sentadillas con banda	1. Subidas al banco	1. Swing ruso
2. Bíceps + Pushpress	2. Wall ball	2. Push up	2. Puente prono con elevación de mano
3. Puente lateral (15" de cada lado)	3. Puente prono alto llevando rodillas al pecho	3. Lanzamiento de medicine ball contra la pared con pique	3. Subidas al banco
4. Estocadas posteriores	4. Lumbares sobre fitball	4. Sentadillas con disco o kettlebell	4. Walkout
5. Remo sentado con banda en los pies	5. Push up o pectorales con mancuerna	5. Sit ups	5. Sentadillas con elevación de pierna
6. Saltos en minitramp	6. Sit ups	6. Remo parado con banda en los pies o con mancuernas	6. Wall ball
7. Puente glúteo	7. Desplazamiento lateral en 5m tocando la línea	7. Saltos en minitramp	7. Saltos a cada lado del cono

Anexo 2

Variables Funcionales y Antropométricas

· Chester Step Test

El consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx) se mide comúnmente durante las pruebas de ejercicio graduadas para evaluar la aptitud cardiorrespiratoria, prescribir la intensidad del ejercicio y/o evaluar los efectos del entrenamiento. La prueba Chester Step Test (CST) fue desarrollada originalmente por Kevin Sykes en la Universidad de Chester para evaluar la aptitud aeróbica al predecir la potencia aeróbica máxima. Esta prueba se correlaciona altamente con el estándar de oro médico, que es la Ergoespirometría ($r=0.92$; $p < 0.001$) (Sykes y Roberts, 2004).

El procedimiento de la prueba se realizó sobre la base de las pautas generales del CST. Se utilizó una aplicación digital para teléfonos móviles que reproduce un metrónomo para regular los ritmos de paso (Metrónomo Beats, Stonekiks, Play Store). Después de una breve sesión informativa, el sujeto debía sincronizar sus pasos con pulsos de metrónomo a velocidades progresivas de 15; 20; 25; 30 y 35 ciclos por minuto por cada dos minutos consecutivos (un ciclo corresponde a cuatro pasos, dos para subir al step de 30cm de alto y dos para bajar).

La frecuencia cardíaca se controló al final de cada etapa mediante un oxímetro de pulso (Silfab, Arg.). Al final de cada etapa, se registraron la frecuencia cardíaca y la calificación del esfuerzo percibido (RPE). Como lo indican las reglas de detención de la prueba, el procedimiento continuó mientras el sujeto no mostrara signos de agotamiento excesivo (RPE <7 en la escala modificada de 1-10 de Borg) o frecuencia cardíaca no superior al

80% del máximo de la fórmula de Robinson (Robergs y Landwehr, 2002) (100% = 220- edad). La duración total de la prueba fue de 10 minutos (Buckley *et al.*, 2004). El VO₂ máx se calcula según la siguiente tabla:

Tabla 6. Etapas de la prueba y estimación del consumo máximo de oxígeno

ETAPA	I	II	III	IV	V
Ciclos/min	15	20	25	30	35
VO ₂ ml/kg/min	16	21	27	32	37

Las 5 etapas de la prueba y la estimación del VO₂ máx según los ciclos por minutos de cada instancia en un step de 30cm (Buckley *et al.*, 2004).

El CST es una prueba submáxima que estima la tasa de VO₂ máx en ml por kg de peso corporal por minuto, de acuerdo con ecuaciones matemáticas validadas (Bennett *et al.*, 2016).

· Antropometría

Las mediciones antropométricas incluyen una serie de mediciones cuantitativas que fraccionan al cuerpo en 5 componentes: músculo, hueso, piel, masa residual y el tejido adiposo. Normalmente, se utilizan para evaluar la composición corporal del sujeto. Los elementos centrales de la antropometría son la altura, el peso, el índice de masa corporal (IMC), las circunferencias corporales, el grosor del pliegue de la piel y el diámetro de los huesos. Estas medidas son importantes porque representan criterios de diagnóstico para la obesidad, lo que aumenta significativamente el riesgo de afecciones como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus y otras ECNT. Además, las mediciones antropométricas se pueden utilizar como punto de partida para la aptitud física y para medir

el progreso del entrenamiento.

Se evaluaron un total de 32 variables antropométricas por cada sujeto, entre ellas se encontraban:

- las variables básicas: peso corporal (kg), envergadura, talla sentado/a y talla de pie (cm);
- diámetros óseos: biacromial, tórax transverso, tórax anteroposterior, biiliocrestídeo, humeral, femoral muñeca y tobillo;
- perímetros corporales: cabeza, cuello, brazo relajado, brazo flexionado en tensión, antebrazo, muñeca, tórax mesoesternal, cintura, cadera, muslo máximo, pantorrilla y tobillo;
- pliegues cutáneos: bíceps, tríceps, subescapular, cresta ilíaca, supraespi-nal, abdominal, muslo frontal y pierna medial.

Para obtener el registro de las medidas anteriormente señaladas, se utilizaron los protocolos propuestos por la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK) (Australian Sports Commission, 1996). Los profesionales antropometristas que participaron de las mediciones son certificados por ISAK Nivel 2.

Respecto de los instrumentos utilizados durante las evaluaciones, se utilizó para medir el peso corporal una balanza digital (OMROM Hbf-514c, China) con precisión de 100 gramos. La talla corporal, sentado/a y de pie, fue medida con cinta métrica adherida a la pared, donde los/as evaluados/as debían estar descalzos/as y se registró al final de la inspiración. Para la talla sentada se utilizó un cajón de 50 centímetros de alto. Para la marcación de los puntos antropométricos se utilizó un lápiz dermatográfico de color negro. Los diámetros óseos fueron medidos con un antropómetro corto y uno largo del kit de antropometría (Calibres Argentinos). Para la medición de los perímetros se utilizó una cinta métrica metálica marca LUFKIN® (Ohio, USA) con precisión de 1 milímetro. Por último, en la

medición de los pliegues cutáneos se utilizó un plicómetro marca Harpenden (USA) con precisión de 0,20 milímetros.

En cuanto a la determinación de los 5 componentes del fraccionamiento de la masa corporal (muscular, adiposo, óseo, residual y piel), se utilizó el método propuesto por Kerr, cuyos resultados fueron interpretados por medio del *software* Bodymetrix.

De todas las variables utilizamos para el análisis las siguientes:

- peso;
- altura;
- IMC;
- sumatoria de 6 pliegues: tríceps, subescapular, supraespinal, abdominal, muslo, pantorrilla;
- perímetro de cintura;
- porcentaje de masa muscular;
- porcentaje de masa grasa.

Estudio de situación de la navegación de pacientes oncológicos/as desde la perspectiva de navegadoras y registradoras del Instituto Nacional del Cáncer

Study of the Situation of Oncological Patient Navigation from the Perspective of the National Cancer Institute Navigators and Registrars

Autores/as

Judit Marisa Díaz Bazán - jdiazbazan@ugr.edu.ar -

MD, MPH. Asesora de la Universidad del Gran Rosario. Asesora de Salud y Políticas Públicas. Cámara de Diputados de la Nación, Argentina.

Julieta Brunet - psp.julietabrunet@gmail.com -

Psicopedagoga. Centro de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Melania Musuruana - mmusuruana@urg.edu.ar -

Psicóloga. Directora del Centro de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Virginia Yanis - virginiayanis@gmail.com -

Licenciada en Terapia Ocupacional. Centro de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Gran Rosario.

RECIBIDO 19/06/2022

ACEPTADO 19/07/2022

Resumen

El siguiente estudio se propuso ofrecer un recorrido de la función y construcción histórica de la navegación de pacientes, desde sus orígenes hasta el estado de situación actual en Argentina. Los datos se recolectaron en el marco de un Seminario de Actualización Disciplinar en Navegación Oncológica destinado a trabajadoras/as del Instituto Nacional del Cáncer, a partir de relatos de participantes y de una encuesta elaborada para tal fin. Los resultados permitieron identificar un perfil laboral actual feminizado; así como características acerca del rol de navegadoras y registradoras; de la gestión, organización y modalidad laboral; de las percepciones sobre el presente y desafíos futuros; de los factores vinculados a su salud y técnicas de abordaje más frecuentes. Para concluir, se reflexionó sobre aspectos, necesidades y expectativas emergentes, como la importancia de delimitar las tareas y el rol, en vías de proyectar nuevas oportunidades de investigación y formación.

Palabras clave

- Navegación de pacientes
- Sistemas de salud
- Atención oncológica

Summary

The following study is aimed at showing the purpose and the historical construction of patient navigation, from its origin up to its present situation in Argentina. Data was collected within the framework of a Disciplinary Update Seminar on Oncological Navigation set aside for The National Cancer Institute collaborators, from the participant's experience and a survey created for that purpose. Results allowed the identification of a current feminized job profile; characteristics of the role of navigators and registrars, work methods, management and organization; perceptions about the present and future challenges; health factors and the most frequent approaching techniques. In conclusion, emerging aspects, needs and expectations are taken into consideration, such as the importance of delimiting tasks and roles, with a view to create new investigation and training opportunities.

Keywords

- Patient navigation
- Health systems
- Cancer care

Introducción

El presente estudio se desarrolló a partir de un Seminario de Actualización Disciplinar en Navegación Oncológica llevado a cabo durante los meses de noviembre y diciembre de 2021, a través de un convenio marco entre el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y la Universidad del Gran Rosario (UGR). Las destinatarias de dicho espacio formativo fueron navegadoras de pacientes (NP) y registradoras de pacientes (RP) del INC. Los aportes que se propusieron desde la UGR fueron generalidades del proceso salud-enfermedad-atención, el acompañamiento terapéutico y la configuración del sistema de salud. La modalidad adoptada consistió en una serie de encuentros virtuales sincrónicos intensivos, en formato conversatorio, con un segmento expositivo y otro participativo. La activa participación de navegadoras y registradoras aportó información sustancial acerca de sus respectivos roles y funciones.

En la planificación del seminario, se mantuvieron reuniones con referentes de programas del INC, quienes compartieron conocimientos acerca de la navegación oncológica.

Historia de la navegación oncológica de pacientes

El proceso de navegación de pacientes se presenta como un modo innovador y necesario para la atención de personas con dolencias crónicas que deben transitar tratamientos complejos, cuya clave de éxito radica en la optimización de los tiempos. Es importante historizar este abordaje:

La navegación de pacientes es un proceso en el que un individuo, llamado navegador del paciente, guía a las personas diagnosticadas o sospechosas de tener una enfermedad crónica, ayudándolas a “navegar” a través del sistema y los servicios de salud (Esparza, 2013; Smith, 2014, citado en Pautasso *et al.*, 2020: 2).

En la tarea de navegación se cuentan acciones como acompañar, orientar o aconsejar sobre el proceso de atención, con la intención de identificar y eliminar las barreras que pudieran limitar el acceso. Según los aportes de autores/as pioneros/as en navegación oncológica:

Un programa de navegación es una fusión entre el proceso de navegación –navegadores– acciones, que comprenden los procesos de asistencia y administrativos de un determinado servicio y sistema de salud. (...) Es un enfoque ampliamente promovido para aumentar la probabilidad de que los pacientes tengan una adherencia efectiva al tratamiento recomendado, reduciendo las barreras socioeconómicas, raciales y étnicas para la atención (Freeman, 2012; Smith, 2013, citado en Pautasso *et al.*, 2020: 2).

El primer autor mencionado, como resultado de más de veinte años de experiencia, propone nueve principios que apuntalan la estrategia, a saber:

1. La NP es un servicio de salud cuyo modelo está centrado en el paciente y se enfoca en hacer que el movimiento del paciente a través del sistema de salud sea suave y oportuno durante la secuencia de la atención;
2. El NP sirve para facilitar el acceso de los pacientes a la atención a través de la integración de sistemas de salud fragmentados, creando un flujo continuo de atención a lo largo de la secuencia de la atención;
3. La función principal de la navegación es eliminar las barreras

que impiden el acceso a los servicios de salud y, para ser eficaz, es necesario establecer una relación estrecha entre el paciente y el navegador;

4. El alcance de los programas de NP debe ser claro y bien definido en relación con su práctica y lo que distingue los roles y responsabilidades, por lo tanto, los navegadores deben integrarse en el equipo multiprofesional;
 5. La prestación del servicio de navegación debe ser rentable y proporcional a la capacitación y las habilidades necesarias para navegar por los pacientes;
 6. La determinación de qué tipo de navegador llevará a cabo el proceso debe basarse en el nivel de conocimiento y habilidades necesarias para cada fase de la trayectoria de atención de los pacientes;
 7. Es esencial determinar en qué punto de asistencia debe comenzar la navegación y cuándo debe finalizar;
 8. El proceso de navegación debe proporcionar la conexión de sistemas de salud desconectados;
 9. El sistema NP necesita coordinación.
- (Esparza, 2013; Smith, 2014, citado en Pautasso *et al.*, 2020: 2).

Por otra parte, desde una dimensión histórica, los orígenes de la estrategia de navegación se ubican en Estados Unidos, a fines de la década de 1980. Cabe destacar que en dicha oportunidad se hace espacio en el sistema de salud para un rol definido, el de acompañar y facilitar el acceso de las personas hacia los servicios de salud:

En 1989, la American Cancer Society (ACS) realizó un relevamiento de testimonios de personas diagnosticadas con cáncer, pertene-

cientes a sectores vulnerables de siete ciudades de Estados Unidos. Esos testimonios permitieron identificar desigualdades en el acceso a la salud, que implicaban para estas personas un mayor esfuerzo para obtener atención para el cáncer y, además, experiencias de mayor dolor debido a un diagnóstico y tratamiento tardío (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018; American Cancer Society, 1989, citado en Arrossi, *et al.*, 2019: 17).

Como resultado de ese reporte, la ACS implementó en 1990 el primer programa de navegadoras en el Hospital Central de Harlem, ubicado en Nueva York (Freeman, 2006, citado en Arrossi *et al.*, 2019: 17).

La implementación de esta intervención en Harlem durante el período 1995-2000 fue evaluada en el marco de un estudio liderado por el Dr. Freeman. Sus resultados mostraron un incremento en el diagnóstico temprano de las mujeres que desarrollaron cáncer de mama y un gran incremento en la tasa de supervivencia (Oluwole, 2003, citado en Arrossi *et al.*, 2019: 18).

Posteriormente a la intervención en Harlem, los programas de navegación se expandieron con rapidez en Estados Unidos, y de este modo materializaron, en la organización sanitaria, ese rol definido anteriormente.

En la actualidad, la estrategia también se implementa en otros países para mejorar el acceso y adherencia a la atención del cáncer de mama, colorrectal, cervicouterino, pediátrico, de pulmón, cabeza y cuello u otros en los que se requiere la aplicación de radioterapia y cuidados paliativos (Arrossi *et al.*, 2019: 18).

En lo que refiere a Latinoamérica, se destaca la vasta trayectoria de Brasil: Desde los años 90, el Ministerio de Salud (MS) ha invertido esfuerzos para enfrentar la creciente demanda de tratamiento contra el

cáncer (...), entre las principales medidas ya establecidas se encuentran el registro y la organización de una red jerárquica de establecimientos definidos como Centros de Alta Complejidad en Oncología (CACON) (...) hasta la actual Política Nacional para la Prevención y Control del Cáncer en la Red de Atención a la Salud de Personas con Enfermedades Crónicas (Teixeira, Porto y Habib, 2012; Silva y Giardinetto, 2012, citado en Pautasso *et al.*, 2020: 2).

En Argentina, la experiencia se desarrolla en el sistema público, en el marco de los Ministerios de Salud nacional y provinciales, con anclaje en hospitales y centros de salud.

Historia de la navegación de pacientes en Argentina

La historia de la navegación en Argentina que se expone a continuación se reconstruyó en el Seminario en base a la participación de referentes/coordinadores, navegadoras y registradoras, que expusieron acerca del surgimiento y consolidación de la estrategia.

Una integrante del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino sitúa los orígenes en 2008, cuando referentes del INC viajan a un congreso internacional de mujeres en Beijing (China) y escuchan las experiencias de navegación oncológica en Estados Unidos.

Al regresar al país, se comenzó a investigar sobre la temática y, en consecuencia, se adaptó la estrategia. Una de las referentes del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Mama describió estudios realizados entre los años 2008 y 2013, a cargo de un equipo liderado por las Dras. Silvina Arrossi y Melisa Paolino, que demostraron la importancia del diseño e implementación

de la estrategia de navegación para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de personas con sospecha o confirmación de lesiones precancerosas.

En dichas investigaciones, los objetivos giraron en torno a identificar determinantes, momentos y motivos del abandono en el continuo de cuidados, desde las perspectivas de las mujeres. En los resultados se observó que más del 50% de los abandonos ocurrían luego de que las mujeres accedían a los resultados de tamizaje. Los principales motivos que reportaron eran la organización y funcionamiento del sistema de salud, la ausencia de turnos, la demora en la entrega de resultados o medicación, factores subjetivos como miedo, desigualdad de género y económica (como la postergación del propio cuidado).

En este sentido, las barreras institucionales y subjetivas podrían ser un factor para que las mujeres abandonen el proceso de atención para la prevención de cáncer cervicouterino, mientras que la acción de los/las profesionales de contactar a las mujeres para entregarles los resultados y usar redes informales para acortar los tiempos de espera podrían ser facilitadores para que continúen con este proceso (Arrossi *et al.*, 2019: 13). Como refirió una de las navegadoras: “muchas veces, en la atención en el centro de salud, la paciente suele sentirse poco acompañada”.

La integrante del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino continuó explicando que, a diferencia de otros países que implementaron la estrategia para el tamizaje¹, en Argentina se incorporó para el diagnóstico y tratamiento. Varias participantes destacaron que el INC ha sido pionero² en América Latina a partir de la incorporación de la navegación como política pública, lo cual generó un antecedente que no se ve en otros lugares del mundo, incluido Estados Unidos, donde las estrategias son hospitalarias.

¹ Las pruebas de tamizaje, o pruebas de diagnóstico, son mediciones que se emplean desde la medicina para identificar algunas enfermedades, en cualquier momento de la vida de un ser humano.

² Brasil es otro de los países que, a través del Instituto Nacional del Cáncer, ha invertido esfuerzos para enfrentar la demanda de tratamiento contra el cáncer dentro del alcance del Sistema Único de Salud (SUS). Puede encontrarse mayor información al respecto en Pautasso *et al.* (2020).

Una referente del INC afirmó que: “(...) los caminos históricos del desarrollo de los programas fueron diferentes. En orden cervicouterino, mamas, colorrectal y oncopediatria”. El primer lanzamiento de programa de estrategia de navegación fue de cáncer cervicouterino, en 2010. Las primeras provincias en incorporarlo fueron Misiones, Jujuy y Chaco y, en 2012, Santiago del Estero. Progresivamente, se instaló la estrategia de navegación a nivel nacional.³ La provincia de Buenos Aires también cuenta con esta estrategia dentro del Programa Provincial de Cáncer.

En 2021, un total de 14 provincias y 6 jurisdicciones de provincia de Buenos Aires se encontraban implementando la estrategia. En la actualidad, en el país hay un total de 29 navegadoras y registradoras. Algunas de ellas cumplen ambas funciones.

En Argentina, la integración de las navegadoras al sistema público de salud se caracteriza por su incorporación en los equipos de los programas de prevención de cáncer dentro de los establecimientos de salud donde los/as pacientes oncológicos/as reciben sus tratamientos. Los/as referentes son quienes llevarán adelante la tarea de coordinación.

Según una referente del programa de prevención de cáncer de mama, desde la creación de la estrategia, los principales problemas detectados fueron la delimitación del rol y la dificultad para evaluar el impacto debido a la diversidad de modos de implementación en cada provincia/municipio.

³ Desde el INC, se valora la reunión entre los miembros de los Programas en un espacio como el Seminario. Patricia Gallardo* expresa: “me parecen importantes estos momentos de encuentros de manera federal. Agradezco la participación que está teniendo todo el personal del INC, en comprometerlos y poner en palabras, revalorizar el trabajo a lo largo del país, porque a veces uno cree que solo se registra o se acompaña en las barreras de acceso de una persona y sabemos que es un trabajo mucho más fuerte, (...) un montón de otras situaciones con determinantes sociales que son muy importantes. (...) Es una misión y visión desde el Ministerio de Salud, abarcar las acciones de forma federal. (...) Agradezco el ofrecimiento de la UGR sin otro interés que generar un momento de encuentro, participación, compromiso y poner en valor el trabajo que se está haciendo (...)”.

*Médica recibida en la Universidad Nacional de Tucumán, especialista en gastroenterología. También es hepatóloga y cursó la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Directora del INC durante el período 08/2020 a 11/2021.

El INC, desde sus inicios, tiene un rol activo en el fortalecimiento de la estrategia. Se han incorporado provincias y se realizan encuentros nacionales y provinciales de capacitación, donde las participantes comparten experiencias, lo cual permite armar instructivos de trabajos y análisis de indicadores.

Además, el INC se ocupa de gestionar la implementación de recursos informáticos para facilitar el trabajo. En la actualidad, gran parte de las tareas desempeñadas por las navegadoras y registradoras son favorecidas por el uso del Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) y el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), ambos desarrollados y actualizados de modo permanente por el INC (Arrossi *et al.*, 2019: 9).

En lo que respecta a las tareas realizadas por las navegadoras en Argentina, si bien la especificidad de cada tumor puede implicar diferentes formas de navegación, se mencionan las principales a continuación:

- identificar la población destinataria a través de los registros informáticos disponibles;
- realizar el seguimiento de los casos;
- registrar los contactos realizados en los sistemas informáticos;
- identificar barreras de acceso a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento que tienen las personas con sospecha y/o confirmación de lesiones de alto grado y cáncer (Arrossi *et al.*, 2019: 21).

En este sentido, la incorporación de la estrategia en los programas de prevención implicó la reducción en los tiempos de acceso al diagnóstico y tratamiento, principalmente entre la población de bajo nivel de ingresos, con barreras culturales, geográficas y/u otras dificultades de acceso. Como manifestó una navegadora: “se acortaron los tiempos con la presencia de las navegadoras porque pueden hacerle un seguimiento y acompañamiento a las pacientes”.

A su vez, algunos programas cuentan con protocolos⁴, en los cuales se sistematiza la evidencia científica, se presentan criterios programáticos para la implementación y se delimitan los lineamientos de trabajo y tareas a desarrollar por parte de las navegadoras, la población destinataria, el inicio y la finalización de la estrategia. En palabras de una navegadora: “este protocolo tiene delimitadas las tareas, incumbencias, y hasta dónde podemos llegar y hasta dónde no”.

Medios de obtención de datos para el análisis de situación actual

En el marco del Seminario, se relevó información acerca de la situación laboral y rol en el sistema de salud de navegadoras y registradoras. Por un lado, el intercambio desarrollado durante los encuentros permitió obtener representaciones testimoniales de las protagonistas del proceso, desde un enfoque cualitativo. Se estableció una muestra intencionada, cuyo criterio de selección respondió a quienes daban cuenta del proceso de historización de la navegación de pacientes oncológicos/as. Los testimonios se utilizaron con preservación del anonimato. Por otro lado, se propuso la realización de una única encuesta online, anónima y voluntaria. Para su elaboración se aplicó el software REDCap⁵, aplicación web para construcción y manejo de bases de datos *online*, de multiacceso y uso libre para el Ministerio de Salud de Argentina. Si bien se centró en el rol de navegadoras, el formato admitió también la participación de regis-

⁴ Según la Resolución 1674-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación, los protocolos son síntesis de los procedimientos necesarios para la atención de una condición específica de salud, en un grupo de pacientes delimitado.

⁵ Research Electronic Data Capture.

tradoras. El esquema constaba de 33 preguntas (30 cerradas y 3 abiertas). Las preguntas se agruparon en las siguientes categorías:

1-Edad; sexo.

2-Educación: nivel educativo alcanzado; cursó estudios universitarios en los últimos 5 años; los estudios se vinculan a su tarea actual; completó los estudios y obtuvo título.

3-Modalidad laboral: lugar donde desempeña su tarea; dependencia; modalidad de relación laboral; tiempo dedicado; comparte su función de NP con otras tareas; con qué otra área comparte tarea, especifique; horas semanales que dedica a NV.

4-Desempeño: tiene manual de instrucciones para el desempeño de sus tareas; considera claras las normas de recepción y derivación de pacientes; recibe instrucciones sobre el tema que trabaja; las particularidades de cada paciente lo afectan emocionalmente.

5-Salud del/la trabajador/a de la salud: tiene usted según su edad los tamizajes preventivos para detección de cáncer; conoce cuáles son los controles de salud que debería realizarse; tiene esquema de vacunación de HBV completo.

6-Importancia de su rol como NP: defina en cuánto identifica que su participación como NP ayuda a resolver positivamente la navegación del paciente; cuáles considera que son las barreras en su labor cotidiana; considera que la información con la que cuenta es suficiente para la tarea diaria; usualmente qué técnicas de abordaje utiliza; le gustaría ser capacitado/a sobre un tema en particular; describa cuáles.

De la implementación de la encuesta se obtuvo un total de 52 respuestas.

Resultados

Los datos que proveen las encuestas permiten esbozar un perfil actual. El 88,5% de las personas encuestadas son trabajadoras mujeres, mientras que el 9,6% son varones, con una mediana de 40 años de edad. El porcentaje elevado de mujeres⁶ se encuentra en sintonía con la feminización del trabajo en las tareas de cuidado⁷ y con la “feminización profesionalizada” en el campo de la salud⁸ y de esta función en particular. En cuanto a las trayectorias educativas, un 5,8% cuenta con secundario completo; el 3,8% presenta nivel terciario incompleto; un 26,9% terciario completo; 30,8% universitario incompleto; y 32,7% universitario completo. Cabe destacar que el 61,5% de las personas encuestadas manifiestan vinculación entre sus estudios y su rol laboral actual.

Por otro lado, en cuanto a la gestión y organización del trabajo, se detecta una dificultad en la delimitación del rol. Al decir de una navegadora: “el trabajo de navegación es muy amplio y a veces es difícil encontrar o saber nuestros límites”.

Los puestos de trabajo se organizan en registradoras que se ocupan de la carga de datos (38,5%), navegadoras que realizan acompañamiento (36,5%) y personal que ejerce ambas tareas (25,0%).

En cuanto al primer rol, según indican participantes del Seminario:

⁶ Esta producción se redacta con un lenguaje de acuerdo al género de la mayoría de las trabajadoras que caracteriza esta tarea de cuidado. Cabe destacar que, al mismo tiempo que se identifica la feminización en dicha labor, se valoriza la participación masculina.

⁷ Para profundizar sobre la temática, Rodríguez Enríquez (2015) remite al concepto de economía del cuidado desarrollado por la corriente de pensamiento de la economía feminista, desde la cual se visibiliza el rol sistémico del trabajo de cuidado en la dinámica económica, en el marco de sociedades capitalistas, y las implicancias que tiene la manera en que se organiza el cuidado para la vida económica de las mujeres. La evidencia muestra que el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y, dentro de los hogares, por las mujeres.

⁸ Un estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018) describe la mayor presencia de mujeres profesionales en el sector salud.

“(…) ayuda a que estén todos los datos para que la navegadora se dé cuenta de qué está pasando y podamos derivar, porque se salvan o mejoran muchas oportunidades de vida”. Además, resaltan “(…) la responsabilidad de la actualización constante de datos, para facilitar el contacto entre pacientes y navegadoras/es”.

En lo que refiere a la modalidad laboral, las trabajadoras llevan a cabo sus funciones en dependencias provinciales (62,7%), nacionales (39,2%) y municipales (5,9%). En su desempeño laboral, el 84,0% considera claras las normativas de recepción y derivación de pacientes. Asimismo, 88,2% recibe instrucciones sobre el tema en el que trabaja, así como también asesoramiento o ayuda cuando lo requiere. Por otro lado, 68,6% cuenta con manuales de instrucciones y considera que la información con la que cuenta para realizar su trabajo es suficiente.

Las condiciones laborales demuestran que el 82,7% cuenta con contrato y 17,3% son trabajadores de planta. En relación con sus actividades laborales, el 42,3% le dedica un tiempo parcial a la navegación oncológica, mientras que un 57,7% se aboca tiempo completo, con una mediana de 20 horas semanales. En esta línea, 14,0% se dedica a la navegación, en tanto que el 86,0% de las personas encuestadas se encuentran involucradas en otras tareas: 60,8% en áreas administrativas; 21,6% en áreas asistenciales; y 17,6% en otras áreas.

Al indagar acerca de las percepciones y la importancia de su rol, destacaron la escasa articulación de trabajo en redes como la principal barrera (66,0%). En relación con esto, durante el Seminario, las navegadoras expresaron los beneficios cuando este aspecto se encuentra presente: “las redes son fundamentales en nuestro trabajo, a veces navegamos pacientes que llegan a tratamientos exitosos solo a través de redes y nunca se enteran de nuestra participación”. Además:

(…) el hecho de marcar los límites de nuestras funciones es armar-nos una red de contacto con otros profesionales que tienen incumbencias con las distintas necesidades de las pacientes. Si bien yo recibo la demanda, sé que no estoy formada para resolverla y ahí es cuando hago ese contacto para que otra persona la absorba.

Asimismo, otras barreras identificadas por las participantes fueron: falta de herramientas, por ejemplo para turnos (64,0%), falta de conocimiento del sistema de salud (26,0%) y de las patologías (16,0%).

A la vez, 88,2% expresan sentirse fortalecidas para aconsejar a las personas en la detección temprana del cáncer. En dicha función de consejería, se enfatiza el vínculo y la función de gestión al facilitar la comunicación con pacientes, al ofrecer un espacio de confianza para traducir el lenguaje médico, con la posibilidad de repreguntar las veces que sea necesario hasta llegar a una explicación satisfactoria, y así tomar decisiones.⁹ Según una navegadora, “es muy importante el vínculo que se genera con la paciente y cómo nos ve a los navegadores como referentes. El vínculo con la paciente y con todo el entorno familiar”. Sin embargo, no debe pasarse por alto que al 58,8% de las participantes las situaciones particulares de cada paciente las afectan emocionalmente. Un ejemplo es el manifestado por una navegadora:

En la pandemia se profundizaron cuestiones complejas como la violencia de género y las mujeres no sabían a dónde recurrir, entonces empezaron a llamarme y pedirme ayuda, que si bien no tenía nada que ver, no podía dejar de asistirlos.

⁹ Esto se vincula con el principio rector de política pública que coloca a la persona en el centro, y con el concepto de escucha activa a lo que exponen las personas en procesos de atención.

En este sentido, otra navegadora resalta: “entre los desafíos futuros, se encuentra trabajar en torno al apoyo emocional a las navegadoras; apoyarlas en la creación de redes, otorgarles herramientas que les permitan no ‘quemarse’”.¹⁰

En cuanto a factores vinculados a su salud, en relación con la enfermedad oncológica, un 74,5% respondió que ellas o familiares cercanos/as padecieron o padecen alguna patología de cáncer. La mirada en torno a las respuestas del servicio de salud varió entre quienes consideraron que recibieron buena atención (59,5%) y quienes la catalogaron de regular (40,5%). En cuanto al sistema de salud, de quienes se atendieron, el 40,5% lo hizo en el ámbito público-hospitales; 43,2% en el ámbito privado-seguridad social; y 29,7% en el ámbito privado-medicina prepaga. Asimismo, el 92,2% de las personas encuestadas recibió esquema completo de vacunación de Hepatitis B. En relación con los controles de salud según la edad para tamizajes preventivos de cáncer, 92,2% expresó efectuarlos.

En las tareas de navegación, las técnicas de abordaje utilizadas fueron los encuentros y acompañamientos presenciales, la comunicación por celular y el contacto con efectores y profesionales. En la tarea de registro, se precisó la carga de datos en plataformas y sistemas de las instituciones, por ejemplo el SITAM o el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA).

Por último, al indagar si quisieran capacitarse sobre algún tema en particular, 64,0% respondió afirmativamente. Entre los intereses se mencionaron, entre otros: psicooncología, cuidados paliativos, acompañamiento de pacientes que se niegan a seguir realizando estudios, apoyo psicosocial

para pacientes y navegadoras, efectos de la soledad y problemáticas de índole psicológica en la incidencia de cáncer y rol de la navegación oncológica en equipos de salud.

Consideraciones finales

Los resultados de la encuesta y los testimonios durante el seminario permitieron conocer aspectos, necesidades y expectativas de la navegación oncológica desde la perspectiva de las trabajadoras del sistema de salud que se desempeñan en dicha función. A continuación, se desprenden algunas observaciones.

En el Seminario fue recurrente el debate sobre la necesidad de aclarar y definir los contornos del rol de la navegación en dos líneas:

1. Por un lado, en relación con el equipo de trabajo y con la red de actores con la cual interactúan. Como expresa una navegadora acerca de la figura de navegación de pacientes: “para mí es un desafío lograr incorporar al sistema de salud la figura con una definición clara y que al resto del equipo le quede claro también”.

Esto deriva en ciertos obstáculos, como lo expone una referente del programa de prevención de cáncer de mama:

Una de las dificultades que surge en la implementación de la estrategia tiene que ver con problemas en la delimitación del rol de las navegadoras, que conllevaba una sobrecarga de trabajo, ya que les eran asignadas ciertas tareas que no tenían que ver con el rol de la navegadora.

Este emergente proviene de los orígenes de la estrategia, como postula

¹⁰ Al respecto, Vita Escardó (2016) presenta contextos, características e intervenciones posibles referidas al cuidado de quienes trabajan en la atención o acompañamiento de personas en situación de vulnerabilidad, sufrimiento y/o riesgo.

Freeman en el principio 4: “El alcance de los programas de NP debe ser claro y bien definido en relación con su práctica y lo que distingue los roles y responsabilidades, por lo tanto, los navegadores deben integrarse en el equipo multiprofesional” (Esparza, 2013; Smith, 2014, citado en Pautasso *et al.*, 2020: 2).

El desempeño eficaz del equipo requiere de la cooperación entre sus miembros en la consecución de un objetivo común. Para ello, es necesaria la comunicación, los recursos, la organización y el reconocimiento compartido de las funciones y habilidades de los miembros participantes. 2. Por otro lado, el reconocimiento y la ponderación de la labor que llevan adelante como colectivo de trabajadoras. En el decir de una navegadora y registradora:

Somos un nexo y un eslabón importante, necesario y complementario. No venimos a reemplazar a nadie. Somos las que contienen, guían y ayudan a que la paciente pueda llegar a tratamiento lo antes posible, y sea lo mejor para ella y su familia.

En este sentido, se puede destacar que la navegación se constituye como un gran apoyo y una valiosa herramienta para las personas que requieren de cuidados, así como para familias, integrantes de servicios de salud y profesionales tratantes. De aquí se desprenden posibles líneas de investigación que permiten continuar la indagación en torno a los efectos positivos de su función, desde la perspectiva de múltiples actores.

Mientras persisten diversos desafíos, lo que resulta alentador son los progresos realizados, y en esa línea se detecta una oportunidad de continuar con la formación. El sistema de salud en su conjunto se vería beneficiado con la expansión de la estrategia de navegación. Dicha estrategia podría extenderse a otras enfermedades no transmisibles/crónicas no transmi-

bles (ENT/ECNT) con el fin de favorecer la continuidad de cuidados necesaria para la eficacia del tratamiento y la eficiencia del sistema.

La pandemia de COVID-19 dejó al descubierto dicha necesidad, al demostrar la importancia de identificar la estructura actual en la respuesta desde la salud comunitaria para incorporar a pacientes al *screening* oportuno para diagnóstico/tratamiento/rehabilitación de estas patologías. Asimismo, como apoyo para recorrer la ruta asistencial de ENT/ECNT en los niveles de atención y provisión de servicios de salud de complejidad creciente:

- A. Mejorar la estrategia de detección y medición de impacto en las acciones basadas en la evidencia del acceso a la red asistencial a enfermedades oncológicas y/o ENT.
- B. Identificar barreras y facilidades para acceder a la red asistencial ENT/cáncer.
- C. Identificar el desempeño del Primer nivel en la red asistencial de ENT/cáncer.
- D. Identificar presencia de Agentes Facilitadores: Navegadores/as en oncología; Asistente de Atención de Pacientes con ECNT.

Agradecimientos

Agradecemos a Luciana Negroni por la traducción y a Sandra Paz por acompañar el proceso del estudio.

Bibliografía

Arrossi, S.; Curotto, M; Zalacaín Colombo, J.; Thouyaret, L. y Laudi, R. (2019). *Prevención del cáncer cervicouterino: protocolo para implementar la estrategia navegadoras en contexto programático*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.

Escardó, V. (2016). *Síndrome de Burnout. Cuidado de cuidadores. Dispositivos grupales y técnicas de intervención*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Pautasso, F. F.; Lobo, T. C.; Flores, C. D. y Aquino Caregnato, R. C. (2020). Nurse Navigator: development of a program for Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3275. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275>.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2018). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. Buenos Aires, Argentina.

Resolución 1674-E/2017 (2 de octubre de 2017). Boletín Oficial de la República Argentina.

Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 256, 30-44.

Eficacia de los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura intrínseca plantar en población con pie plano. Una revisión sistemática

Efficacy of Exercises to Strengthen the Plantar Intrinsic Muscles in a Population with Flat Feet. A Systematic Review.

Autores/as

Cristina Molina García - cmolina799@ucam.edu -

Graduada en Fisioterapia y Podología. Máster en Podología Clínica y Deportiva. Docente en Universidad Católica San Antonio de Murcia, España. Health Sciences PhD Program, Universidad Católica de Murcia (UCAM), Murcia, Spain.

Sabrina Rossi - srossi@ugr.edu.ar -

Licenciada en Podología. Directora Licenciatura en Podología. Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Andrés López del Amo Lorente - alopez@ucam.edu -

Graduado en Podología y Fisioterapia. Máster en Investigación en Atención Primaria, Alicante, España. Subdirector del Grado en Podología en Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.

Aitor Pérez Morcillo - aperez7@ucam.edu -

Graduado en Podología. Máster en Podología Deportiva, Barcelona, España. Secretario académico en Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.

Laura Ramos Petersen - lrpetersen@ucam.edu -

Graduada en Podología. Máster en Nuevas Técnicas en Ciencias de la Salud en la Universidad de Málaga, España. Docente en Universidad Católica San Antonio de Murcia, España.

Priscila Leal Cano - lprisci_leal_cano@hotmail.com -

Graduada en Enfermería y Podología. Máster en Podología Pediátrica. Práctica Clínica pública y privada, Murcia, España.

RECIBIDO 21/07/2022

ACEPTADO 17/08/2022

Resumen

Introducción: el pie plano es una alteración de la anatomía estructural normal del pie. La prevalencia gira en torno al 25% de la población. Puede presentarse desde el nacimiento (pie plano congénito) o desarrollarse en la edad adulta (pie plano adulto adquirido). La incidencia disminuye con el aumento de edad. Aproximadamente, un 15% de la población adulta con pie plano adquirido no presenta síntomas, pero existe un 7 - 15% que desarrolla síntomas y necesita tratamiento.

Objetivos: como objetivo principal se plantea identificar qué efectos produce el fortalecimiento de la musculatura intrínseca plantar en adultos con pie plano o pronado.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la evidencia científica de los últimos 6 años. La estrategia de búsqueda se ha realizado en las bases de datos Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, Ebsco y PEDro. La búsqueda fue efectuada durante los meses de junio y julio de 2022. La selección de los artículos se ha llevado a cabo según la normativa de la declaración PRISMA. Se incluyó aquellos artículos que cumplían nuestros criterios de elegibilidad.

Resultados: se seleccionó un total de 6 artículos. El tratamiento más empleado fue el ejercicio de pie corto solo o combinado con estimulación eléctrica neuromuscular. Las variables más analiza-

das fueron el *foot posture index* y el *navicular drop*. En todos los artículos hubo una mejora significativa de las mediciones estudiadas.

Conclusión: el fortalecimiento de la musculatura intrínseca plantar mejora principalmente la cinética y cinemática de la marcha. Se actúa sobre la alineación del pie y, además, se disminuye la pronación, el dolor y la discapacidad en sujetos diagnosticados de pie plano.

Palabras clave

- Pronación
- Pie plano
- Terapia por ejercicio

Summary

Introduction: Flat feet is a change in the normal structural anatomy of the foot. The prevalence is around 25% of the population. It can be present from birth (congenital flatfoot) or develop in adulthood (adult acquired flatfoot). The incidence decreases with increasing age. Approximately 15% of the adult population with acquired flat feet have no symptoms, but there is a 7-15% who develop symptoms and need treatment.

Objectives: The main objective is to identify what effects are produced by the strengthening of the plantar intrinsic muscles in adults with flat or pronated feet.

Methodology: A systematic review of the scientific evidence of the last 6 years has been carried out. The search strategy has been carried out in the

Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, Ebsco and PEDro databases. The search was carried out in the months of June and July 2022. The selection during the articles has been carried out following the regulations of the PRISMA declaration, including those articles that met our eligibility criteria.

Results: A total of 6 articles were selected. The most used treatment was short foot exercise alone or combined with neuromuscular electrical stimulation. The most analyzed variables were the foot posture index and the scaphoid drop. In all the articles there was a significant improvement of the studied measurements.

Conclusion: The strengthening of the plantar intrinsic muscles mainly improves the kinetics and kinematics of walking. Acting on the alignment of the foot and, in addition, reducing pronation, pain and disability in subjects diagnosed with flat feet.

Keywords

- Pronation
- Flat Feet
- Exercise Therapy

Introducción

El pie plano (PP) es una modificación de la anatomía estructural normal del pie que puede darse de manera unilateral bilateral (Kodithuwakku Arachchige, Chander y Knight, 2019). Se trata de una preocupación común por parte de los/as pacientes y de los/as propios/as sanitarios/as (Flores *et al.*, 2019).

Varios artículos de la literatura coinciden al señalar las distintas variables cinéticas y cinemáticas que se dan en los pies planos, como la eversión del retropié, eversión del antepié, mayor abducción del antepié, mayor rotación interna tibial y eversión de la articulación subastragalina (Kodithuwakku Arachchige, Chander y Knight, 2019; Flores *et al.*, 2019; Arbab *et al.*, 2020). Estas alteraciones, junto a un arco medial disminuido de manera parcial o total, conducen a una disfunción de la marcha por la incapacidad del pie de adaptarse al terreno durante las distintas fases de la marcha (Flores *et al.*, 2019; Toullec, 2015).

El PP se asocia con un mayor número de lesiones en las extremidades inferiores de la población (Kodithuwakku Arachchige, Chander y Knight, 2019). Según estudios anteriores, la prevalencia de PP gira en torno al 25% de la población (Kodithuwakku Arachchige, Chander y Knight, 2019), aunque existen otros estudios que muestran alrededor del 15 - 19% o incluso hasta un 26,5% (Flores *et al.*, 2019; Pita-Fernández *et al.*, 2017).

Se considera al PP como una de las patologías más frecuentes en el pie (Maynou *et al.*, 2019). La aparición de PP puede ser multifactorial. Puede presentarse desde el nacimiento (PP congénito) o desarrollarse en la edad adulta (PP adulto adquirido) (Kodithuwakku Arachchige, Chander y Knight, 2019).

La alteración a nivel de la musculatura intrínseca y extrínseca es un factor

causal (Kodithuwakku Arachchige, Chander y Knight, 2019) pero un gran número de artículos de la literatura hacen referencia a la degeneración del tendón tibial posterior (TTP) como principal causa de PP adquirido (Arbab *et al.*, 2020; Smyth *et al.*, 2017; Richie, 2020).

Un pie mal alineado inicialmente es flexible, pero se vuelve rígido a medida que el trastorno evoluciona. La disfunción del tendón tibial posterior (DTTP) supone un daño del ligamento de resorte y ligamentos talocalcáneos, y se asocia a lesión del ligamento deltoideo, de la fascia plantar y partes blandas. El fallo de varios estabilizadores es considerado consecuencia de la deformidad de PP adquirido (Flores *et al.*, 2019).

La deformidad leve del PP se trata de manera conservadora. El tratamiento quirúrgico resulta necesario en un estadio avanzado de la enfermedad (Flores *et al.*, 2019).

El término *foot core* se asemeja al entrenamiento del *core* del tronco. Se trabajan los estabilizadores locales, globales y el sistema neural para lograr una estabilidad y movilidad necesarias para las actividades diarias (Fourchet y Gojanovic, 2016).

El ejercicio terapéutico de los músculos intrínsecos del pie se origina durante los ejercicios que producen flexión de los dedos, como son los rizados de toalla y la recogida de canicas (McKeon *et al.*, 2015). Actualmente, se ha descrito el “ejercicio de pie corto” como principal ejercicio en el entrenamiento de la musculatura intrínseca del pie. En este ejercicio, el pie se acorta con el uso de la musculatura intrínseca al tirar de la primera articulación metatarsofalángica hacia el calcáneo y elevar como resultado el ALI. Este ejercicio también se denomina “abombamiento del pie” (McKeon, 2015; Robinson *et al.*, 2020). Caminar y correr con pies descalzos o calzado mínimo es una herramienta eficaz para el fortalecimiento de la musculatura intrínseca del pie (McKeon *et al.*, 2015).

Otro tipo de ejercicio para trabajar la musculatura intrínseca del pie es el llamado “yoga de los dedos”. En este ejercicio, se le pide al/la paciente que extienda el dedo gordo del pie mientras mantiene el resto de dedos pegados al suelo y, viceversa, levanta los dedos pequeños y mantiene el gordo pegado al suelo. La abducción/aducción de los dedos es otro ejercicio que consiste en separar los dedos y volver a juntarlos (Robinson *et al.*, 2020). Otra alternativa para el fortalecimiento de la musculatura intrínseca es la estimulación eléctrica neuromuscular (EENM) de la musculatura intrínseca. Esta técnica activa de manera involuntaria los músculos intrínsecos y permite que el/la paciente comprenda la biomecánica del pie, de modo tal que permite mejorar la postura del pie (Hodges, 2003). A modo de justificación: estudios sobre la carrera y la marcha han demostrado que los individuos con pie plano son más susceptibles de sufrir lesiones. Hay una gran prevalencia de pies planos en el/la adulto/a. Muchos de estos pies planos pueden llegar a alterar las actividades de la vida diaria, así como provocar lesiones o interferir en el rendimiento deportivo, principalmente cuando estos pies planos cursan con dolor. Una de las características anatómicas principales del pie plano es el descenso del arco longitudinal interno. Este arco es sustentado por la musculatura intrínseca plantar considerada estabilizadora del pie. Entre las ventajas de incluir un programa de ejercicios como tratamiento conservador, predominan la falta de complicaciones secundarias a procedimientos quirúrgicos y los beneficios económicos tanto a nivel social como individual, ya que se trata de un protocolo terapéutico que el/la paciente puede realizar en su domicilio.

Objetivos

El objetivo principal fue identificar qué efectos produce el fortalecimiento de la musculatura intrínseca plantar en el pie plano o pronado adulto. Como objetivos específicos se planteó determinar la pauta de ejercicios más efectiva para la mejoría del pie plano o pronación y comparar los efectos del *foot core* respecto de otros tratamientos conservadores.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía publicada en los seis últimos años de acuerdo con las recomendaciones *preferred reported items of systematic reviews and metaanalysis* (PRISMA) (Urrútia y Bonfill, 2010) con el objetivo de minimizar el riesgo de sesgo de publicación y de selección, y para asegurar el correcto procedimiento metodológico. Se consultaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Web of Science (WoS), Cochrane Library, Ebsco y PEDro, así como el buscador científico Google Scholar. Además, fueron consultadas las referencias bibliográficas de los artículos rescatados de dichas bases de datos, como búsqueda en abanico. El análisis de los resultados será de tipo descriptivo. La selección y análisis fue realizada por pares revisores/as.

Para formular nuestra pregunta de investigación se aplicó la estructura PICOS, que consiste en: *Patient* (paciente con pie plano adquirido), *Intervention* (entrenamiento de la musculatura intrínseca plantar), *Comparison* (otros tratamientos conservadores), *Outcome* (control del arco longitudinal interno) y *Study Design* (ensayos clínicos controlados aleatorizados).

Los Descriptores Médicos (DeCs) empleados en las distintas bases de datos fueron *pronation*, *flatfoot* y *exercise therapy*. En la búsqueda también se incluyeron los sinónimos *exercise*, *muscle strength* y *pronated foot*. La combinación de dichas palabras se realizó utilizando los operadores booleanos “AND” y “OR”.

La estrategia de búsqueda principal fue: (((“flatfoot”[MeSH Terms])OR(pronated foot[MeSH Terms]))OR(pronation[MeSH Terms]))AND((muscle strength OR exercise OR exercise therapy)[MeSH Terms]).

Se incluyeron ensayos clínicos que estudiaran el resultado del fortalecimiento o activación de la musculatura intrínseca plantar como tratamiento en el pie plano o pronado adulto, sin patología previa. Los/as pacientes con pie plano rígido, con patología de tipo sistémica o neurodegenerativa en el momento de la intervención o sometidos/as previamente a cirugía del miembro inferior fueron excluidos/as.

El riesgo de sesgo de los artículos seleccionados fue evaluado con la escala Risk of Bias de Cochrane (RoB 2) (Higgins, 2012).

Resultados y discusión

Se identificaron 134 artículos. Tras la eliminación de duplicados (84), se procedió a la lectura del título de los artículos recuperados, y se excluyeron 19 artículos. De los 65 restantes, una vez leído el resumen, fueron descartados 51 artículos.

Posteriormente, se realizó una lectura completa de los 14 artículos seleccionados para evaluar el cumplimiento de los criterios de elegibilidad y se eliminaron 7 artículos por no cumplir los criterios de inclusión determinados. Tras este proceso, fueron seleccionados para esta revisión sistemá-

tica un total de 6 artículos (Kim y Kim, 2016; Ünver, Erdem y Akbaş, 2019; Namsawang *et al.*, 2019; Okamura *et al.*, 2019; Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2020; Pabón-Carrasco *et al.*, 2020).

A través de la escala Risk of Bias de Cochrane (Rob2) (Higgins, 2012), un 43% de nuestros artículos obtuvieron la máxima puntuación de valoración (7/7) y el 57% restante obtuvo una puntuación de 5/7.

Las características de los estudios están reflejadas en la Tabla 1. Las características de la muestra quedan resumidas en la Tabla 2, mientras que las características de la intervención están reflejadas en la Tabla 3. Por último, las características de los resultados se encuentran en la Tabla 4 (todas en el apartado de anexos).

Los estudios seleccionados incluyeron un total de 232 participantes. De los/as 232 participantes incluidos/as, un 59,92% se corresponde al sexo femenino y un 40,8% al sexo masculino. La edad media de todos los estudios fue de 21,34 años. La altura media fue de 165,80 cm. La media del peso fue de 61,20 kg y la del IMC fue de 22,51 kg/m². Todos/as los/as autores/as coincidieron en las variables necesarias para evaluar un pie como plano o pronado: el *navicular drop* (ND) y el *foot posture index* (FPI).

La intervención más frecuente fue comprobar el efecto del ejercicio de pie corto. Todos/as los/as autores/as dividieron la muestra en dos grupos (experimental y control). En los artículos seleccionados, la mayoría de los/as autores/as consideró que el grupo control no debía realizar ninguna intervención o realizar ejercicios sin función biomecánica.

La evidencia científica revisada muestra que activar la musculatura intrínseca plantar produce beneficios terapéuticos en la patología de pie plano adulto, ya que se encuentran mejorías en las variables estudiadas y una mejora tanto en la alineación del pie como en la cinemática durante la marcha.

Para comprobar la eficacia de la intervención, se evaluaron el FPI, el ND, la altura del navicular, el grosor muscular, la actividad muscular, el equilibrio, el dolor y la discapacidad. El FPI es evaluado por 4 artículos (Kim y Kim, 2016; Ünver, Erdem y Akbaş, 2019; Namsawang *et al.*, 2019; Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2020). Mejora más de 1 punto en los sujetos que realizan el ejercicio de pie corto y ejercicios de la musculatura intrínseca y extrínseca respecto del grupo control. Dos estudios tienen en cuenta las modificaciones musculares para comprobar la efectividad de la intervención y son los únicos que combinan el ejercicio de pie corto con EENM. La diferencia radica en que, en el estudio de Okamura *et al.* (2019) se mide el grosor muscular de varios músculos mientras que en el de Namsawang *et al.* (2019) se mide el área transversal del músculo AbdH. El primero no encuentra mejoría, pero el segundo sí. La explicación de este suceso radica en que se pueden producir modificaciones en el área transversal del músculo AbdH pero no en el grosor muscular, como ya se demostró en un ensayo clínico sobre pacientes de pie plano (Jung *et al.*, 2011).

En todos los estudios predomina el ejercicio de pie corto a realizar por el grupo experimental, excepto en Sánchez-Rodríguez *et al.* (2020), que incluyen un conjunto de ejercicios donde se trabaja tanto musculatura intrínseca como extrínseca. Se ha demostrado que trabajar la musculatura extrínseca puede aportar grandes beneficios a la estabilidad de las extremidades inferiores. De esta manera, un fortalecimiento de los músculos rotadores de la cadera puede frenar la rotación interna de la extremidad inferior, y así evitar el valgo de rodilla y la consecuente pronación (Sulowska *et al.*, 2016; De Blaiser *et al.*, 2019).

La literatura afirma que el ejercicio de pie corto aumenta la actividad de músculo AbdH más que otros ejercicios, como pueden ser el ejercicio de risser o el rizo de toalla (Zhang *et al.*, 2019).

En relación con la pauta de tratamiento, se han encontrado variaciones entre los/as autores/as. Si hacemos referencia a la duración de la intervención, en Sánchez-Rodríguez *et al.* (2020) encontramos la programación de la actividad durante más tiempo. Se trata de un protocolo de ejercicios de 9 semanas. Por su parte, Pabón-Carrasco *et al.* (2020) solamente lo lleva a cabo durante 4 semanas. Este dato puede ser llamativo y hacernos pensar en una duración escasa, pero hemos de tener en cuenta varios aspectos: el número de sesiones por semana, la duración del ejercicio y si ha sido combinado o no con otras terapias. De esta manera, Ünver, Erdem y Akbaş (2019) son quienes más sesiones realizan en su ensayo, con un total de cuarenta y dos. Sin embargo, no especifican el tiempo invertido en cada sesión. Sánchez-Rodríguez *et al.* (2020) y Kim y Kim (2016) son los que realizan menos sesiones, con un total de dieciocho sesiones de cuarenta y treinta minutos respectivamente. Pabón-Carrasco *et al.* (2020) y Namsawang *et al.* (2019) realizan un total de veintiocho sesiones durante su ensayo. Aun si se tiene en cuenta estos datos, tampoco tienen poder comparativo, ya que no todos/as realizan solamente el ejercicio de pie corto, sino que algunos/as de ellos/as, como es el caso de Okamura *et al.* (2019) y Namsawang *et al.* (2019), lo combinan con EENM.

Todos/as los/as autores/as inician el ejercicio en posición sentada con tobillo y rodilla flexionados 90°. Solamente Kim y Kim (2016) mantienen al sujeto en esta posición durante todo el ensayo. El resto de los/as autores/as progresa hacia la bipedestación, por lo que el nivel de dificultad para la ejecución de la técnica aumenta, y esto puede dar como resultado una mayor efectividad sobre la musculatura intrínseca plantar. Namsawang *et al.* (2019) no progresa al realizar el ejercicio de pie corto, pero sí aplica la EENM con el sujeto de pie.

La evidencia científica recomienda realizar el ejercicio de pie corto de

manera bilateral. Solamente cuatro autores/as reflejan el pie utilizado en el ejercicio. Kim y Kim (2016) y Okamura *et al.* (2019) lo realizan unilateral, pie dominante y pie con mayor FPI respectivamente. Esto conlleva el no poder comparar la efectividad entre los dos pies y deriva en un sesgo en los resultados. Ünver, Erdem y Akbaş (2019) y Pabón-Carrasco *et al.* (2020) realizan el ejercicio bilateral, y este último estudio encontró mejora del ND solamente en el pie derecho, lo que nos confirma la hipótesis de que se pueden dar resultados distintos entre los pies.

Todos/as los/as autores/as coinciden en que no hay un protocolo unificado para la realización del ejercicio de pie corto. En general, se realizan programas de 4-8 semanas (Sulowska *et al.*, 2016), lo que supone que cada uno bajo su criterio opte por un tiempo específico en base a estudios anteriores. Tras los hallazgos encontrados en estos estudios, no podemos comparar el efecto del *foot core* sobre otros tratamientos conservadores, ya que solamente Kim y Kim (2016) comparan el ejercicio de pie corto con el uso de órtesis como tratamiento conservador para pie plano o pie pronado y concluye que las variables estudiadas mejoran en el grupo de ejercicio. La efectividad de la órtesis plantar es directamente proporcional a su uso, y su efecto en adultos/as es preventivo, no correctivo, lo que provoca que los datos no sean comparables.

Conclusiones

- 1-El fortalecimiento de la musculatura intrínseca plantar mejora la cinética y cinemática de la marcha. Actúa sobre la alineación del pie y disminuye la pronación, el dolor y la discapacidad en sujetos diagnosticados de pie plano.
- 2-El ejercicio de pie corto se considera el tratamiento más efectivo para el

fortalecimiento de la musculatura intrínseca plantar; no se ha establecido aún un protocolo unificado, pero la literatura contempla un período de 4-6 semanas.

3-El ejercicio de pie corto ha demostrado ser más efectivo que otros tratamientos conservadores, como el uso de órtesis plantares. La combinación de ambas terapias potencia los resultados, y mantiene la alineación normal del pie.

Bibliografía

Arbab, D.; Lüring, C.; Mutschler, M.; Gutteck, N. y Bouillon, B. (2020). Der erworbene Plattfuß des Erwachsenen - Operative Therapie der flexiblen Deformität im frühen Stadium. *Orthopade*, 49(11), 954-961.

De Blaiser, C.; De Ridder, R.; Willems, T.; Vanden Bossche, L.; Danneels, L. y Roosen, P. (2019). Impaired Core Stability as a Risk Factor for the Development of Lower Extremity Overuse Injuries: A Prospective Cohort Study. *Am J Sports Med.*, 47(7),1713-1721.

Flores, D. V.; Gómez, C. M.; Hernando, M. F.; Davis, M. A. y Pathria, M. N. (2019). Adult acquired flatfoot deformity: Anatomy, biomechanics, staging, and imaging findings. *Radiographics*, 39(5),1437-1460.

Fourchet, F. y Gojanovic, B. (2016). Foot core strengthening: Relevance in injury prevention and rehabilitation for runners. *Schweizerische Zeitschrift fur Sport und Sport*, 64(1), 26-30.

Jung, D. Y.; Kim, M. H.; Koh, E. K.; Kwon, O. Y.; Cynn, H. S. y Lee, W. H. (2011). A comparison in the muscle activity of the abductor hallucis and the medial longitudinal arch angle during toe curl and short foot exercises. *Phys Ther Sport*, 12(1), 30-35.

Higgins, J. (2012). *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0.*

Hodges, P. W. (2003). Core stability exercise in chronic low back pain. *Orthop Clin North Am.*, 34(2), 245-254.

Kim, E. K. y Kim, J. S. (2016). The effects of short foot exercises and arch support insoles on improvement in the medial longitudinal arch and dynamic balance of flexible flatfoot patients. *J Phys Ther Sci.*, 28(11), 3136-3139.

Kodithuwakku Arachchige, S. N. K.; Chander, H. y Knight, A. (2019). Flat feet: Biomechanical implications, assessment and management. *Foot*, 38, 81-85.

Maynou, C.; Naudi, S.; Staquet, V.; Parent, S. y Boniface, O. (2019). Pie plano valgo estático del adulto (incluidas las sinostosis congénitas). *EMC - Apar Locomot.*, 43(2), 1-13.

McKeon, P. O.; Hertel, J.; Bramble, D. y Davis, I. (2015). The foot core system: A new paradigm for understanding intrinsic foot muscle function. *Br J Sports Med*, 49(5), 290.

McKeon, P. O. (2015). Freeing the Foot Integrating the Foot Core System into Rehabilitation for Lower Extremity Injuries. *Clin Sport Med.*, 34, 347-361.

Namsawang, J.; Eungpinichpong, W.; Vichiansiri, R. y Rattanathongkom, S. (2019). Effects of the Short Foot Exercise With Neuromuscular Electrical Stimulation on Navicular Height in Flexible Flatfoot in Thailand: A Randomized Controlled Trial. *J Prev Med Public Health*, 52(4), 250-257.

Okamura, K.; Kanai, S.; Fukuda, K.; Tanaka, S.; Ono, T. y Oki, S. (2019). The effect of additional activation of the plantar intrinsic foot muscles on

foot kinematics in flat-footed subjects. *Foot*, 38, 19–23.

Pabón-Carrasco, M.; Castro-Méndez, A.; Vilar-Palomo, S.; Jiménez-Cebrián, A. M.; García-Paya, I. y Palomo-Toucedo, I. C. (2020). Randomized clinical trial: The effect of exercise of the intrinsic muscle on foot pronation. *Int J Environ Res Public Health*, 17(13), 1-11.

Pita-Fernández, S.; González-Martín, C.; Alonso-Tajes, F.; Seoane-Pillado, T.; Pertega-Díaz, S.; Pérez-García, S.; Seijo-Bestilleiro, R. y Balboa-Barreiro, V. (2017). Flat foot in a random population and its impact on quality of life and functionality. *J Clin Diagnostic Res.*, 11(4), 22-27.

Sánchez-Rodríguez, R.; Valle-Estévez, S.; Fraile-García, P. A.; Martínez-Nova, A.; Gómez-Martín, B. y Escamilla-Martínez E. (2020). Modification of pronated foot posture after a program of therapeutic exercises. *Int J Environ Res Public Health*, 17(22), 1-8.

Smyth, N.A.; Aiyer, A. A.; Kaplan, J. R.; Carmody, C.A. y Kadakia, A. R. (2017). Adult-acquired flatfoot deformity. *Eur J Orthop Surg Traumatol.*, 27(4), 433-439.

Richie, D. (2020). Biomechanics and Orthotic Treatment of the Adult Acquired Flatfoot. *Clin Pod Med Surg.*, 37, 71-89.

Robinson, D.; Mitchkash, M.; Wasserman, L. y Tenforde, A. S. (2020). Nonsurgical Approach in Management of Tibialis Posterior Tendinopathy With Combined Radial Shockwave and Foot Core Exercises: A Case Series. *J Foot Ankle Surg.*, 59(5), 1058-1061.

Toullec, E. (2015). Adult flatfoot. *ScienceDirect*, 101, 0-6.

Sulowska, I.; Oleksy, Ł.; Mika, A.; Bylina, D. y Sołtan, J. (2016). The influence of plantar short foot muscle exercises on foot posture and fundamental movement patterns in long-distance runners, a non-randomized, non-blinded clinical trial. *PLoS One*, 11(6), 1-12.

Ünver, B.; Erdem, E. U. y Akbaş, E. (2019). Effects of Short-Foot Exercises on Foot Posture, Pain, Disability and Plantar Pressure in Pes Planus. *J Sport Rehabil.*, 29,436-440.

Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135, 507-511.

Zhang, X.; Pael, R.; Deschamps, K.; Jonkers, I. y Vanwanseele, B. (2019). Differences in foot muscle morphology and foot kinematics between symptomatic and asymptomatic pronated feet. *Scand J Med Sci Sport*, 29(11), 1766-1773.

Anexo

Tabla 1. Características generales de los estudios y criterios de inclusión y exclusión

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO				CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN		
AUTORES/AS	TÍTULO	AÑO	DISEÑO DE ESTUDIO	PAÍS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Kim y Kim	The effects of short foot exercises and arch support insoles on improvement in the medial longitudinal arch and dynamic balance of flexible flatfoot patients	2016	ECA	Corea	ND ≥ 10 mm	Realizar ejercicios de las extremidades inferiores por separado, hipoestesia del pie, fractura, luxación, enfermedad cutánea, enfermedad vascular
Ünver <i>et al.</i>	Effects of short-foot exercises on foot posture, pain, disability and plantar pressure in pes planus	2019	EC no aleatorizado	Turquía	Edad entre 18 y 25 años, pie plano bilateral, FPI de 6	Pie plano rígido, hallux valgus, espolón calcáneo, problemas sistémicos, neurológicos u ortopédicos, cirugía previa de extremidades inferiores
Namsawang <i>et al.</i>	Effect of the short foot exercise with neuromuscular electrical stimulation on navicular height in flexible flatfoot in Thailand: a randomized controlled trial	2019	ECA	Tailandia	Pacientes diagnosticados de pie plano flexible	Pacientes con antecedentes de pie y tobillo, dolor, anteversión femoral, DTTP, genu valgum, disimetrías, acortamiento de gastrocnemios, diabetes mellitus, artritis reumatoide, articulación hipermóvil, menopausia, uso de marcapasos cardíaco, trastorno neurológico en los últimos 6 meses
Okamura <i>et al.</i>	Effects of plantar intrinsic fppt muscle strengthening exercise on static and dynamic foot Kinematics: A pilot randomized controlled single-blind trial in individuals with pes planus	2019	ECA	Japón	Puntuación FPI > 6	Dolor en miembros inferiores, enfermedad neurológica, haber realizado ejercicios de pie corto previamente, convulsiones y uso de marcapasos
Pabón-Carrasco <i>et al.</i>	Randomized Clinical Trial: The effect of exercise of the intrinsic muscle on foot pronation	2020	ECA	España	N/A	Puntuación FPI < 6, dolor en miembros inferiores, tratamiento ortopédico actual, enfermedades graves, hiperlaxitud ligamentosa, cirugía osteoarticular, embarazo, haber realizado previamente ejercicios de pie corto
Sánchez Rodríguez <i>et al.</i>	Modification of pronated foot posture after a program of therapeutic exercises	2020	ECA	España	Pacientes con pie pronado, edad entre 18-40 años	Tratamiento con soportes plantares, cirugía previa en extremidades inferiores, realización actual de algún tipo de ejercicios con fines terapéuticos

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado; EC: Ensayo Clínico; N/A: No Aparece; ND: Navicular Drop; FPI: Foot Posture Index - Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Características de la muestra

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA					
AUTOR/A, AÑO, PAÍS	MUESTRA	SEXO (H/M)	ALTURA (cm) "SD"	PESO/IMC (Kg/Kg/m2) "SD"	ESCALAS DE MEDIDA DIAGNÓSTICO PIE PLANO
Kim y Kim, 2016, Corea	GE=7 GC=7	GE=6/1 GC=4/3	GE=172,2 "6,9" GC=167 "6,7"	GE: 68,2 "12,9"/N/A GC=63,3 "17,6"/N/A	ND>10 mm
Ünver <i>et al.</i> , 2019, Turquía	GE=21 GC=20	GE=5/16 GC=11/9	GE=N/A GC=N/A	GE=NA/22,94 "3,30" GC=N/A/23,13 "1,92"	ND>10mm FPI≥6 Dolor Discapacidad Presión plantar
Namsawang <i>et al.</i> , 2019, Tailandia	GE=18 GC=18	GE=8/10 GC=4/14	GE=164,17 "7,70" GC=168,78 "6,15"	GE=58,17 "5,99"/21,57 "1,50" GC=60,83 "5,39"/21,35 "1,41"	Altura navicular Grosor músculo AbdH
Okamura <i>et al.</i> , 2019, Japón	GE=10 GC=10	GE=1/9 GC=2/8	GE=158,6 "6,1" GC=159,5 8,8"	GE=49,7 "4,5"/19,7 "0,9" GC=53,7 "7,7"/21,1 "2,1"	ND FPI Grosor músculos intrínsecos y extrínsecos Fuerza reacción suelo
Pabón-Carrasco <i>et al.</i> , 2020, España	GE=42 GC=43	GE=24/18 GC=18/25	GE=N/A GC=N/A	GE=N/A/24,13 "4,16" B=N/A/21,65 "3,35"	ND>10 mm FPI>6
Sánchez-Rodríguez <i>et al.</i> , 2020, España	GE=18 GC=18	GE=7/11 GC=8/10	GE=N/A GC=N/A	GE= N/A/23,2 "3,2" GC= N/A/23,9 "2,6"	FPI

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado; EC: Ensayo Clínico; GE: Grupo Experimental; GC: Grupo Control; N/A: No Aparece; H: Hombres; M: mujeres; IMC: Índice de Masa Corporal; Kg: Kilogramos; m2: metro cuadrado; ND: Navicular Drop; FPI: Foot Posture Index; Músculo AbdH: Músculo Abductor del Hallux Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Características de la intervención

AUTOR/A	INTERVENCIÓN	BILATERAL O UNILATERAL	FRECUENCIA DEL EJERCICIO	PROCEDIMIENTO	SEGUIMIENTO
Kim y Kim (2016)	GE: Ejercicios de pie corto GC: Caminar con plantillas de soporte del arco	Pie dominante	GE: 30/3 veces por semana GC: 30/3 veces por semana	GE: Sujeto sentado con cadera, rodilla y tobillo a 90° Mantenimiento del ALI 20 segundos GC: Plantillas termoplásticas de 3,2 mm de grosor. ALI con altura 15mm.	6 semanas
Ünver <i>et al.</i> (2019)	GE: Ejercicio progresivo de pie corto + estimulación neuromuscular con motivo de aprendizaje GC: Ninguna intervención	Bilateral	GE: 3 series (15 repeticiones) 2 días/semana (supervisión) 5 días/semana (en casa) GC: Ninguna intervención	GE: Semana 1ª-2ª: posición sentada. Semana 3ª-4ª: en bipedestación (apoyo bipodal) Semana 5ª-6ª: en bipedestación (apoyo unipodal) GC: Ninguna intervención	6 semanas
Namsawang <i>et al.</i> (2019)	GE: Ejercicio de pie corto + estimulación neuromuscular en músc. AbdH GC: Ejercicio pie corto + estimulación neuromuscular tipo placebo en músc. AbdH	N/A	GE: Series N/A, 30 repeticiones + 30 minutos de estimulación neuromuscular en músc. AbdH (85Hz) GC: Series N/A (30 repeticiones) + 30 minutos de estimulación neuromuscular en músc. AbdH (intensidad: 0 mA)	GE: Sujeto sentado, 5 segundos de contracción del ALI cada repetición. Bipedestación en apoyo bipodal durante la estimulación eléctrica neuromuscular GC: Sujeto sentado durante el ejercicio, 5 segundos de contracción del ALI cada repetición. Bipedestación con apoyo bipodal durante la estimulación eléctrica neuromuscular	8 semanas
Okamura <i>et al.</i> (2019)	GE: Ejercicio progresivo de pie corto GC: Ninguna intervención	Unilateral (pie con puntuación más alta de FPI)	GE: 3 series (10 repeticiones) 3 veces/semana GC: Ninguna intervención	GE: Primero, sujeto sentado y progreso hacia bipedestación bipodal y posteriormente unipodal. 5 segundos de contracción del ALI cada repetición GC: Ninguna intervención	8 semanas
Pabón Carrasco <i>et al.</i> (2020)	GE: Ejercicio de pie corto GC: Ejercicio de función no biomecánica	Bilateral	GE: 5 series (repeticiones NE) 7 veces/semana GC: 5 series (repeticiones NE) 7 veces/semana	GE: Semana 1ª: sentado sin carga. Semana 2ª: sentado con carga. Semana 3ª: bipedestación y apoyo bipodal. Semana 4ª: bipedestación y apoyo unipodal. 30 segundos de contracción del ALI. 10 segundos de descanso entre series. GC: Sujeto sentado, rodilla a 90°, pie en descarga, movimientos de FD y FP articulaciones metatarsofalángicas. 30 segundos cada serie. 10 segundos de descanso entre series.	4 semanas
Sánchez Rodríguez <i>et al.</i> (2020)	GE: Protocolo de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura intrínseca y extrínseca GC: Ninguna intervención	Bilateral	GE: 2 sesiones a la semana (repeticiones N/A) 1:30 minuto por extremidad 3 minutos para músculos lumbopélvicos GC: Ninguna intervención	GE: 11 ejercicios activos-resistidos: caminar con el talón y el antepie, caminar sobre el borde medial y lateral del pie, recogida de pequeños objetos con los dedos, inversión/eversión con banda elástica, abducción de la cadera, fuerza erectores espinales, fuerza abdomen, fuerza oblicuos abdomen, pelota en las piernas, equilibrio sobre base inestable y desestabilización GC: Ninguna intervención	9 semanas

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo Control; N/A: No Aparece; Músculo AbdH: Músculo Abductor del Hallux; ALI: Arco Longitudinal Interno; FD: Flexión Dorsal; FP: Flexión Plantar; mA: miliamperios
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Características de los resultados

VARIABLES MEDIDAS						
AUTOR/A	EVALUACIÓN	ND (mm) "SD"	EQUILIBRIO % "SD"	RESULTADOS	CONCLUSIONES	
Kim y Kim (2016)	Pre	GE	11,4 "1,6"	74,3 "8,3"	ND disminuyó en GE>GC Equilibrio aumento en GE>GC	Mejora del ALI y del equilibrio dinámico tanto con el uso de plantillas como con la realización del ejercicio. Ejercicio de pie corto más eficaz que el tratamiento conservador
		GC	12,2 "1,8"	72,4 "7,1"		
	Post	GE	7,7 "1,1"	82,4 "7,4"		
		GC	10,5 "1,7"	74,2 "7,2"		

ND: Navicular Drop; GC: Grupo Control; GE: Grupo Experimental; mm: milímetros; SD: Desviación Estándar; %: por ciento

VARIABLES MEDIDAS								
AUTOR/A	EVALUACIÓN	ND (mm) "SD"	FPI "SD"	DOLOR	DISCAPACIDAD	RESULTADOS	CONCLUSIONES	
Ünver <i>et al.</i> (2019)	Pre	GE	PD:16,47 "5,45" PI:17,38 "5,85"	PD:8,95 "1,46" PI:8,76 "1,84"	12,23 "11,9"	7,80 "6,9"	Las puntuaciones de FPI, ND, dolor y discapacidad disminuyeron en el GE, en el GC no se apreciaron cambios significativos	El ejercicio de pie corto durante 6 semanas fue eficaz para disminuir el FPI, el ND, el dolor, la discapacidad y aumentar la fuerza plantar en medio pie. En el grupo control, estos parámetros no cambiaron tras las 6 semanas.
		GC	PD:17,25 "5,31" PI:16,30 "4,97"	PD:8,40 "1,95" PI:8,10 "1,61"	7,20 "10,3"	4,05 "7,5"		
	Post	GE	PD:10,85 "5,92" PI:11,57 "4,41"	PD:7,33 "2,15" PI:7,09 "2,44"	7,85 "8,78"	3,95 "4,5"		
		GC	PD:16,90 "5,90" PI:16,45 "5,59"	PD:8,50 "2,03" PI:8,25 "1,48"	5,00 "6,31"	3,55 "5,7"		

GC: Grupo Control; GE: Grupo Experimental; ND: Navicular Drop; mm: milímetros; FPI: Foot Posture Index; SD: Desviación Estándar; PD: Pie Derecho; PI: Pie Izquierdo

AUTOR/A	EVALUACIÓN	ND (mm) "SD"	FPI "SD"	GROSOR MUSCULAR (mm) "SD"	RESULTADOS	CONCLUSIONES	
Okamura <i>et al.</i> (2019)	Pre	GE	9,7 "1,9"	12,5 "3,3"	AbdH:12,3 "2,4" FCH:13,9 "1,6" FCD:7,3 "1" FLH:22 "3,5" FLD:13,3 "2,6" PLL:11,7 "2,1"	Tiempo para que la altura del navicular alcance su valor mínimo: GE disminuye, GC mantenido igual La fuerza de reacción medial al suelo disminuye en el GE La puntuación FPI mejoró en los dos grupos No se pudo confirmar un aumento del grosor de la musculatura intrínseca en ambos grupos	El ejercicio de pie corto modificó los parámetros de la cinemática del pie durante la marcha. El FPI y el ND suelen tener gran riesgo de sesgo en su medición.
		GC	9 "2,1"	10,9 "2,9"	AbdH:12,2 "1,7" FCH:14,3 "1,4" FCD:7,7 "1,7" FLH:22,8 "3,4" FLD:11,4 "2,8" PLL:12,8 "1,9"		
	Post	GE	6,2 "1,5"	8,5 "N/A"	AbdH:13,4 "3,7" FCH:14 "1,3" FCD:7,1 "1,1" FLH:22,9 "3,2" FLD:14,1 "2,3" PLL:12 "1,8"		
		GC	5,4 "2,5"	7,5 "N/A"	AbdH:13,2 "2,1" FCH:14,7 "1,1" FCD:7,6 "1,6" FLH:23,2 "2,9" FLD:11,8 "2,8" PLL:12,9 "1,8"		

GC: Grupo Control; GE: Grupo Experimental; ND: Navicular Drop; mm: milímetros; FPI: Foot Posture Index; SD: Desviación Estándar; AbdH: Abductor del Hallux; FCH: Flexor Hallucis Corto del Hallux; FCD: Flexor Corto de los Dedos; FLH: Flexor Largo del Hallux; FLD: Flexor Largo de los Dedos; PLL: Peroneo Lateral Largo

VARIABLES MEDIDAS							
AUTOR/A	EVALUACIÓN		Altura navicular (mm) "SD"	Actividad músculo AbdH %	CSA transversal músculo AbdH (mm2) "SD"	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Namsawang <i>et al.</i> (2019)	Pre	GE	32,02 "4,1"	65,33 "11,28"	218,66 "53,23"	Poco aumento de la altura del navicular en ambos grupos. Aumento del CSA transversal del músc. AbdH en ambos grupos, en el GE aumentó el doble respecto al GC. Aumento de la fuerza muscular en ambos grupos.	El ejercicio de pie corto combinado con EENM fue más eficaz para aumentar la fuerza del músculo AbdH que el ejercicio de pie corto sin EENM. La altura del navicular no se vio modificada.
		GC	32,7 "4,1"	65,29 "12,89"	256,96 "N/A"		
	Post	GE	32,14 "N/A"	81,42 "N/A"	225,97 "64,10"		
		GC	32,81 "N/A"	73,94 "N/A"	244,36 "N/A"		

GC: Grupo Control; GE: Grupo Experimental; mm: milímetros; mm2: Milímetros Cuadrados; SD: Desviación Estándar; Músculo AbdH: Músculo Abductor del Hallux; EENM: Estimulación Eléctrica Neuromuscular

VARIABLES MEDIDAS						
AUTOR/A	EVALUACIÓN		ND (mm) "SD"	FPI "SD"	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Pabón-Carrasco <i>et al.</i> (2020)	Pre	GE	PD:0,79 "0,08"	PD:6,77 "0,62"	Mejora de FPI en ambos grupos. El ND solamente mejoró en el pie derecho.	No hubo una diferencia significativa en la pronación del pie entre ambos grupos. Tendencia a una postura más neutra del pie y una disminución del ND en todos los sujetos.
			PI:0,70 "0,06"	PI:6,94 "0,52"		
		GC	PD:0,67 "0,06"	PD:6,35 "0,31"		
			PI:0,65 "0,07"	PI:6,27 "0,22"		
	Post	GE	PD:0,63 "0,06"	PD:5,37 "0,63"		
			PI:0,49 "0,32"	PI:5,09 "0,66"		
GC	PD:0,59 "0,54"	PD:5,43 "0,44"				
	PI:0,59 "0,06"	PI:5,19 "0,42"				

GC: Grupo Control; GE: Grupo Experimental; ND: Navicular Drop; FPI: Foot Posture Index; mm: Milímetros; SD: Desviación Estándar; PD: Pie Derecho; PI: Pie Izquierdo

VARIABLES MEDIDAS					
AUTOR/A	EVALUACIÓN		FPI "SD"	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Sánchez Rodríguez <i>et al.</i> (2020)	Pre	GE	8,3 "1,7"	El FPI en el GE disminuyó significativamente respecto al GC, que se mantuvo igual.	La realización de un protocolo de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura intrínseca y extrínseca durante 9 semanas mejoró la hiperpronación. La postura del pie se fue acercando a la neutralidad.
		GC	7,7 "1,4"		
	Post	GE	7 "2,3"	Del total de la muestra, 6 sujetos alcanzaron la posición neutra del pie, 11 mantuvieron la pronación, pero con menor puntuación FPI y 1 sujeto siguió con una postura del pie muy pronada.	
		GC	7,7 "1,4"		

GC: Grupo Control; GE: Grupo Experimental; FPI: Foot Posture Index; SD: Desviación Estándar

Aportes del Decreto N° 6.737 de 2009 desde la vista de la frontera de La Corumba/MS al estudio de los Derechos Humanos

Contributions of the Decree N° 6.737 of 2009 from the View of the Border of La Corumba/MS to the Study of Human Rights

Autores/as

Vanessa Valadão Gouvêa Gomes da Silva - vanessa.valadao@ufms.br -
Estudiante en Programa de Posgrado en Estudios Fronterizos de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Pantanal. Bolsista FUNDECT, Brasil.

Lucilene Machado Garcia ARF - lucilene.arf@ufms.br -
Profesora del Programa de Maestría en Estudios Fronterizos de la Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

RECIBIDO 26/05/2022

ACEPTADO 14/07/2022

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la perspectiva del acuerdo de cooperación bilateral establecido entre Brasil y Bolivia en la ciudad de Santa Cruz de La Sierra, promulgado por el Decreto N° 6.737 del 12 de enero de 2009, que ratifica el permiso para que residentes bolivianos/as y brasileños/as limítrofes en localidades vecinas tengan acceso al estudio, al empleo y a la vivienda. El acuerdo entre los firmantes otorga el Documento Especial de Fronteras (DEF), que respalda el tránsito de la movilidad fronteriza a los/as nacionales, en ambos lados de la frontera. Con el apoyo de aportes de Albuquerque (2018), Dias e Costa (2011), Fernandes (2015), Flandoli y Leão (2009), buscaremos comprender las peculiaridades y dinámicas presentes detrás del Decreto, como las razones que llevaron a brasileños/as y bolivianos/as a cruzar la frontera todos los días, lo que contribuyó a la intensificación de la presencia boliviana en el municipio de Corumbá, que ascendió a la constitución de una nueva identidad y, al mismo tiempo, promovió la integración regional en la frontera de Corumbá y Puerto Suárez-Puerto Quijarro. Así, a través de la perspectiva de Moraes (2005) y Sayad (2004), se aspira a comprender la situación de los/as inmigrantes indocumentados/as en la zona fronteriza.- De esta forma, la investigación pretende reflejar el concepto de

ciudadanía en la perspectiva de importantes autores/as en el campo, como Bobbio (1991), Covre (1999) y Marshall (1967), además de apoyarse en importantes documentos internacionales, como la Declaración de Derechos Humanos y Ciudadanía de 1789. El artículo, a su vez, busca sustento en juristas como Dallari (2008) y Saladini (2010), así como en la comprensión del concepto de frontera, necesaria en la comprensión del Decreto según la concepción de Machado (1998), Raffestin (1993), Foucher (2016). Desde ese ángulo, el Decreto N° 6.737/2009 fue un importante instrumento basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos para la transformación de la realidad social en el entorno fronterizo de la región de Corumbá.

Palabras clave

- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Ciudadanía
- Frontera
- Corumbá
- Decreto N° 6.737/2009

Summary

This article aims to analyze the Universal Declaration of Human Rights from the standpoint of the bilateral cooperation agreement established between Brazil and Bolivia in the city of Santa Cruz de La Sierra, promulgated by Decree No. 6.737 of January 12, 2009, which ratifies the permis-

sion to Bolivian and Brazilian border residents in neighboring areas access to study, employment and housing. The agreement between the signatories grants the Special Border Document (DEF), which supports the transit of border mobility to nationals, on both sides of the border. With the support of the contributions of Albuquerque (2018), Dias and Costa (2011), Fernandes (2015), Flandoli and Leão (2009), we will seek to understand the peculiarities and dynamics present behind the decree, such as the reasons that led to Brazilians and Bolivians cross the border every day, which contributed to the intensification of the Bolivian presence in the municipality of Corumbá, ascending to the constitution of a new identity, as well as boosting regional integration on the borders of Corumbá and Puerto Suarez - Puerto Quijarro. Thus, through the perspective of the authors Moraes (2005), Sayad (2004), understand the situation of undocumented immigrants in the border area. Thus, the research intends to reflect the concept of citizenship in the strand of important authors in the field such as Bobbio (1991), Covre (1999), Marshall (1967), in addition to relying on the help of important international documents such as the Declaration of Human Rights and the Citizen of 1789 and support from jurists such as Dallari (2008) and Saladini (2010). As well as, the understanding of the concept of border that is necessary in the understanding of the decree in the conception of Machado (1998), Raffestin (1993), Foucher (2016). From this angle, Decree No. 6.737/2009 was an important instrument based on the Universal Declaration of Human Rights to transform the social reality in the frontier environment in the region of Corumbá.

Keywords

- Universal Declaration of Human Rights
- Citizenship
- Border
- Corumbá
- Decree N° 6.737/2009

Introducción

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) es el documento utilizado como principal referencia para los tratados y acuerdos internacionales. Su importancia, aunque sea subjetiva en el abordaje de muchos acuerdos, se solidifica sobre la base del pilar de los Derechos Humanos, especialmente en zonas limítrofes donde hay falta de trato a la persona del/la inmigrante, en las que la presencia del documento DUDH es vital para garantizar los derechos de los/as ciudadanos/as. En las últimas décadas, fue posible observar la realización de muchos actos internacionales de gran valor entre Brasil y los países vecinos signatarios en relación con el contenido de las fronteras. La mayoría de estos acuerdos tenían como objetivo crear políticas públicas sobre problemas recurrentes en la frontera.

Dicho esto, este artículo busca comprender la perspectiva del acuerdo firmado el 8 de julio de 2004, que luego fue promulgado por el Decreto N° 6.737/2009, entre Brasil y Bolivia en sus trenzas fronterizas. Sin embargo, esta investigación delimitará la frontera de Corumbá en el

estado de Mato Grosso do Sul y Puerto Suárez-Puerto Quijarro en la provincia de Germán Busch, al este del departamento de Santa Cruz. Uno de los objetivos de este acuerdo fue fortalecer la integración regional fronteriza entre los Estados.

Además, el Decreto pretendía fortalecer los lazos a través de la inmersión cultural, mediante las relaciones sociales en el trabajo, en la educación y en la vida cotidiana entre los/as fronterizos/as de ambos lados de la frontera. El acuerdo también estableció un documento para que los derechos fundamentales de los/as ciudadanos/as migrantes pudieran ser reconocidos por la sociedad durante su movilidad transfronteriza. La constitución de este acuerdo marca la apertura de un constructivismo social orientado hacia la construcción de una nueva identidad fronteriza.

Este trabajo es un extracto de una investigación más amplia, desarrollada en el nivel de posgrado *stricto sensu*, en el Programa de Posgrado en Estudios Fronterizos de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul. Metodológicamente, el diseño de esta investigación fue exploratorio y descriptivo. La fase exploratoria cubrió aspectos del acuerdo dentro del ámbito de la cooperación fronteriza bilateral, con excepciones a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Ley de inmigrantes. El enfoque descriptivo destacó las particularidades de la ciudad de Corumbá, mediante la descripción de las características intrínsecas inherentes que rodean a la región fronteriza como un entorno único de elección para los/as inmigrantes bolivianos/as en la construcción de un nuevo capítulo de su historia marcado por una nueva identidad.

La investigación tuvo un enfoque cualitativo desde el punto de vista analítico de la interpretación del escenario actual a través de los datos recolectados. Así, los medios de investigación para llevar a cabo este estudio tuvieron un carácter bibliográfico y documental. La parte bibliográfi-

ca como herramienta de análisis incluyó material de fuentes primarias, como libros, artículos, tesis y revistas científicas. En cuanto a la parte documental, el estudio hizo uso de documentos legales que incluyeron extractos de la Constitución Federal de 1988, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Ley de Migración N° 13.445/2017 como objeto de análisis complementario, y el Decreto N° 6.737/2009, que se analizó para comprender cómo el acuerdo firmado transformó la realidad social de los/as inmigrantes bolivianos/as.

Papel de los Derechos Humanos en la ciudadanía

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.” Estas palabras aparecieron por primera vez en la historia en 1789, con el advenimiento de la Revolución Francesa, que instauró la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. Este hito consolidó los pasos en la defensa de la ciudadanía a nivel mundial. Un siglo y medio después, estas mismas palabras estuvieron presentes en la constitución de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Para Bobbio, en *El tiempo de los derechos* (1991), el contexto detrás de la historia de las declaraciones de derecho puede ser dividida en tres etapas. La primera etapa consistiría en que todos los enunciados son de origen puramente filosófico, el contenido de los enunciados debe ser de base teórico-filosófica. El segundo momento implicaría el traslado del pensamiento a su realización, es decir, el tránsito de la teoría filosófica a la práctica. En este acto, se fortalecen los derechos de los hombres a la vez que se pierde su universalización. La última etapa es la consolidación de los derechos fundamentales como universales, porque no se centran solo en un único

Estado-nación, sino que tienen una amplitud global y positiva debido a que están siempre en un proceso continuo de movimiento que termina con la proclamación de los derechos ciudadanos. Los derechos no solo son un ideal a ser reconocidos, sino protegidos incluso contra violaciones por parte del Estado.

Para el jurista Dallari, en *Derechos humanos: sesenta años de conquista* (2008), se abre un nuevo capítulo en la historia de los Derechos Humanos con la liberación del Antiguo Régimen francés. La premisa de la Declaración Universal de los Derechos Humanos es la garantía de los derechos naturales, que son fundamentales para los/as ciudadanos/as en la lucha por el compromiso de su ciudadanía. En sus notas, Bobbio (1991) describe que la Declaración Universal de los Derechos Humanos simboliza la protesta de la singular confirmación de que un conjunto de principios es susceptible de ser consagrado altruistamente dentro de su constitución. Esto hace que la magnitud del documento sea única, esta evidencia es la aprobación ecuménica de su eficacia. En su primer artículo, la DUDH presenta la importancia de la libertad y la dignidad de la persona humana. La Constitución Federal de Brasil (1988 : 11) en su artículo primero también reconoce que los cimientos del Estado Democrático de Derecho se construyen sobre algunos de estos pilares y que cada ciudadano/a juega un papel importante en la representación del poder.

La socióloga Covre, en su obra *O que é cidadania?* (1999), entiende que la Constitución es un instrumento poderoso para el/la ciudadano/a y que es necesario saber utilizarla en la lucha por obtener un progreso más igualitario. Al respecto, tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos como la Constitución Federal establecen que todos/as son iguales sin distinción de naturaleza o especie. Covre también afirma que “ser ciudadano significa tener derechos y deberes, ser súbdito y ser soberano”

(1999: 9, nuestra traducción).¹ Para Saladini (2010), la ciudadanía es la cualidad del/la ciudadano/a, ya sea en el ejercicio de su poder en el Estado a través del goce de sus derechos fundamentales, o en la manifestación de sus obligaciones para con él. De esta forma, la ciudadanía se conjetura por una relación de intercambio recíproco entre derechos y deberes reflejados entre el/la nacional y su Estado.

El sociólogo británico Thomas Humphrey Marshall (1967) caracteriza el perfil de la ciudadanía desde tres ángulos diferentes. El primero se enfoca desde una perspectiva civil, al componer los derechos esenciales en garantía de la libertad individual. El segundo ángulo está vinculado a la vida política, en la que hay una acción activa del/la ciudadano/a en el ejercicio del poder político. Por su parte, la perspectiva social encarnaría un tercer paso en la definición de ciudadanía, al abarcar todos los ámbitos de la vida social del/la ciudadano/a en los que está insertado/a. En esta perspectiva, Dallari (2008) expresa que el pronombre indefinido “todos” que inicia el artículo primero de la DUDH es la línea de desacato total a cualquier tipo de prejuicio, dado que la ley es de todos/as y para todos/as. Sin embargo, el autor destaca que el individualismo presente en la sociedad, en la aspiración a los intereses personales, aún es una de las principales causas de repudio de los valores humanos plasmados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Todavía existen resistencias a su aplicación efectiva, pero la sola existencia de esta Declaración ha servido como apoyo significativo para las luchas libradas por medios pacíficos y para las denuncias y reclamos que buscan implementar cambios en las Constituciones, en la organización de las sociedades y en las prácticas de la convi-

vencia humana constitucional, tendientes a eliminar la discriminación e implementar la justicia social (Dallari, 2008: 9, nuestra traducción).²

Desde su vigencia tras la aprobación de la ONU en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha enfrentado resistencias en su completa implementación, visiblemente perceptibles por guerras entre Estados-nación, una hambruna devastadora en varias partes del mundo, alarmas de enfermedades pandémicas, entre otras. En medio de todo este caos, Covre (1999) argumenta que los/as ciudadanos/as necesitan reclamar sus derechos, ya sea en posesión de una propiedad o de algún espacio que encaje dentro de sus derechos. Solo así se fortalecería la existencia de la ciudadanía en la vigencia de su eficacia. Para el autor, la sociedad no se inclinaría a considerar la ciudadanía solo como una ganancia, sin tener en cuenta que el/la ciudadano/a es el/la gran motivador/a de la ciudadanía. La lucha ciudadana es cotidiana en el acceso y reconocimiento de los derechos que son legítimos, naturales, propios de toda persona humana aun antes de su nacimiento. “Es necesario crear espacios para reclamar derechos, pero también es necesario extender el conocimiento a todos, para que conozcan la posibilidad de reclamar” (Covre, 1999: 66, nuestra traducción)³. Es importante que los/as ciudadanos/as sean conscientes de sus derechos como participantes de la vida activa en sociedad. Enseñar ciudadanía a través de la educación es crucial para aprender los dere-

¹ En el original: “ser cidadão significa ter direitos e deveres, ser súdito e ser soberano”.

² En el original: “Existem ainda resistências à sua efetiva aplicação, mas a simples existência dessa Declaração tem servido de apoio significativo para lutas travadas por meios pacíficos e para denúncias e reivindicações buscando a concretização de mudanças nas Constituições, na organização das sociedades e nas práticas da convivência humana constitucionais, visando à eliminação das discriminações e a implantação da justiça social”.

³ En el original: “Existem ainda resistências à sua efetiva aplicação, mas a simples existência dessa Declaração tem servido de apoio significativo para lutas travadas por meios pacíficos e para denúncias e reivindicações buscando a concretização de mudanças nas Constituições, na organização das sociedades e nas práticas da convivência humana constitucionais, visando à eliminação das discriminações e a implantação da justiça social”.

chos y obligaciones de la vida en sociedad. La propia DUDH prevé la importancia de la educación ciudadana en su preámbulo. La universalización del aprendizaje a todas las naciones es vital para que los/as ciudadanos/as protejan y aseguren sus derechos civiles y políticos como personas en sociedad. La ciudadanía y la democracia deben ir de la mano para el avance de los Derechos Humanos.

Papel de los Derechos Humanos en la frontera

La frontera configura un espacio regional donde es posible encontrar diferentes identidades fronterizas construidas a lo largo de la movilidad del tráfico migratorio entre fronteras. Conocer el interior de la proliferación de la frontera y todo lo que puede ofrecer implica comprender sus diversas dimensiones que no pueden ser vistas como un espacio menor. Es necesario comprender el concepto de frontera en la expresión de la palabra misma. “La frontera va mucho más allá del hecho geográfico que realmente es, porque no es solo eso. Para entenderlo es necesario volver a la expresión ‘regere fines’, que significa trazar las fronteras, los límites en línea recta” (Raffestin, 2005: 10, nuestra traducción).⁴ La geógrafa Lia Osório Machado (1998) destaca que las palabras límite y frontera tienen un significado similar, pero el origen del término frontera en la historia se refiere a todo lo que es opuesto. Sin embargo, Machado explica el contexto histórico de la conceptualización de la palabra frontera mediante la siguiente afirmación:

El origen histórico de la palabra muestra que su uso no estaba asociado a ningún concepto jurídico y que no se trataba de un

⁴ En el original: “A fronteira vai muito mais além do fato geográfico que ela realmente é, pois ela não é só isso. Para compreendê-la, é preciso retornar à expressão ‘regere fines’ que significa traçar em linha reta as fronteiras, os limites”.

concepto esencialmente político o intelectual. Nació como un fenómeno de la vida social espontánea, señalando el margen del mundo habitado. A medida que los patrones de civilización se desarrollaron por encima del nivel de subsistencia, las fronteras entre ecúmenes se convirtieron en lugares de comunicación y, en consecuencia, adquirieron un carácter político. Aun así, no tenía la connotación de un área o zona que marcara el límite o fin definido de una unidad política. En realidad, el sentido de frontera no era el fin sino el comienzo del Estado, el lugar donde tendía a expandirse (Machado, 1998: 41-42, nuestra traducción).⁵

Para el geógrafo suizo Raffestin (1993), durante mucho tiempo las fronteras fueron malinterpretadas en cuanto a su definición, esporádicamente bien definidas y no delimitadas con precisión.

Por otro lado, mientras la frontera puede ser un factor de integración, en tanto es una zona de interpenetración mutua y constante manipulación de distintas estructuras sociales, políticas y culturales, el límite es un factor de separación, al separar unidades políticas soberanas, y permanece como un obstáculo fijo, independientemente de la presencia de ciertos factores físico-geográficos o culturales comunes (Machado, 1998: 42, nuestra traducción).⁶

⁵ En el original: “A origem histórica da palavra mostra que seu uso não estava associado a nenhum conceito legal e que não era um conceito essencialmente político ou intelectual. Nasceu como um fenômeno da vida social espontânea, indicando a margem do mundo habitado. Na medida que os padrões de civilização foram se desenvolvendo acima do nível de subsistência, as fronteiras entre ecúmenes tornaram-se lugares de comunicação e, por conseguinte, adquiriram um caráter político. Mesmo assim, não tinha a conotação de uma área ou zona que marcasse o limite definido ou fim de uma unidade política. Na realidade, o sentido de fronteira era não de fim mas do começo do Estado, o lugar para onde ele tendia a se expandir”.

⁶ En el original: “Por outro lado, enquanto a fronteira pode ser um fator de integração, na medida que for uma zona de interpenetração mútua e de constante manipulação de estruturas sociais, políticas e culturais distintas, o limite é um fator de separação, pois separa unidades políticas soberanas e permanece como um obstáculo fixo, não importando a presença de certos fatores comuns, físico-geográficos ou culturais”.

Si bien el concepto de frontera no estaba vinculado a ninguna dimensión preestablecida que fortaleciera el significado de la palabra, la frontera a lo largo del tiempo fue dinamizada por las interacciones sociales, lo cual daba indicios del progreso civilizatorio que había comenzado a desarrollarse a través del tránsito migratorio y la inmersión entre culturas.

Foucher señala que “las fronteras son discontinuidades que separan y conectan, y las sociedades humanas localizadas necesitan de ambos lados. Un mundo sin fronteras no sería habitable (2016: 14, nuestra traducción)”⁷. Las fronteras en su conjunto son la afirmación de las redes de comunicación entre los pueblos. Sus interacciones conducen al desarrollo de la integración fronteriza regional en la medida en que se fomenta el constructivismo de las relaciones sociales. Por otra parte, la dinámica de estas redes de comunicación solo es posible a través de las redes de circulación que se dan en la frontera. Esta red de circulación migratoria favorece una inmersión de los intercambios a través del intercambio cultural en el acto de la movilidad fronteriza y posibilita la construcción de nuevas identidades, además de fortalecer la integración regional en la zona fronteriza.

El artículo decimotercero de la Declaración Universal de los Derechos Humanos fortalece el asunto del derecho del/la ciudadano/a a transitar a través de las fronteras. El artículo expone el derecho del/la ciudadano/a a transitar a través de las fronteras. En ese sentido, puede residir permanentemente dentro de los límites de cada Estado-nación como inmigrante extranjero/a o simplemente retirarse de cualquier Estado, incluido el propio de origen, y poder así regresar en cualquier momento, en tanto migrante internacional en tránsito: “Todo ser humano tiene derecho a la libertad de circulación y residencia dentro de las fronteras de cada Estado.

⁷ En el original: “Les frontières sont des discontinuités, qui séparent et relient, et les sociétés humaines localisées ont besoin de ces deux versants. Un monde sans frontières ne serait pas vivable”.

Todo ser humano tiene derecho a salir de cualquier país, incluido el propio, y a regresar a él” (DUDH, 1948, art. XIII inc. I e II, nuestra traducción).⁸ Por otra parte, en la Constitución Federal se lee: “XV – la circulación dentro del territorio nacional es libre en tiempos de paz, pudiendo cualquier persona, en los términos de la ley, entrar, permanecer o salir de él con sus bienes” (Brasil, CF, 1988: 13, art. 5º inc. XV, nuestra traducción).⁹

Dentro de este enfoque, la libertad de locomoción fronteriza territorial prevista por la declaratoria también puede verse en el artículo 5, inciso XV, de la Constitución Federal, con la garantía fundamental que asegura la movilidad de los/as ciudadanos/as dentro y fuera del territorio nacional, incluyendo la salvaguardia de sus activos. Sin demora, el artículo VI de la Declaración Universal de los Derechos Humanos fortalece el artículo XIII de la propia Declaración, cuando reconoce el derecho de un/a ciudadano/a a ser ciudadano/a ante la ley en cualquier lugar sin hacer distinción alguna. Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, en su artículo duodécimo, consolida el derecho del/la ciudadano/a a circular y residir en cualquier territorio de los Estados miembros adherentes al pacto, así como también establece que el/la ciudadano/a es libre de salir del país en cualquier momento si lo desea.

Artículo 12 — 1. Toda persona que se encuentre legalmente en el territorio de un Estado tendrá derecho a circular libremente dentro de él y a elegir su residencia. 2. Toda persona tiene derecho a salir libremente de cualquier país, incluso de su propio país. 3. Los derechos antes mencionados no pueden ser objeto de restricciones, a menos que estén previstas por la ley y con el fin de proteger la segu-

⁸ En el original: “Todo ser humano tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado. Todo ser humano tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regresar”.

⁹ En el original: “XV – é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens”.

ridad nacional y el orden público, la salud o la moral, así como los derechos y libertades de otras personas, y que sean compatibles con los demás derechos reconocidos en el presente Pacto. 4. Nadie puede ser privado arbitrariamente del derecho a entrar en su propio país (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966, art. 12, nuestra traducción).¹⁰

Dentro de esta perspectiva, el tránsito entre las fronteras de los Estados nacionales en expresión de los Derechos Humanos se encuentra amparado por importantes convenios internacionales que aseguran la movilidad de los/as ciudadanos/as para transitar libremente entre territorios. La garantía de los derechos civiles y políticos en esta acción fue fundamental en la protección y seguridad de la ciudadanía. La Ley de migración brasileña N° 13.445/2017 refuerza los ideales presentes en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y es un ejemplo simple de los principios y garantías de la ciudadanía del/la inmigrante fronterizo/a. El artículo 3 de esta Ley, inciso XV, destaca el tema de la cooperación internacional entre los Estados en el acto de garantizar los Derechos Humanos de los/as inmigrantes durante su movilidad desde su lugar de origen, a partir del traslado, hasta su llegada a destino. La cooperación entre los Estados que se propone en este apartado fomenta el desarrollo de la integración regional encaminada a proteger y garantizar los derechos de los/as residentes fronterizos/as.

XV - la cooperación internacional con los Estados de origen, tránsito y destino de los movimientos migratorios, a fin de garantizar la

¹⁰ En el original: “Artigo 12 — 1. Toda pessoa que se encontre legalmente no território de um Estado terá o direito de nele livremente circular e escolher sua residência. 2. Toda pessoa terá o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive de seu próprio país. 3. Os direitos supracitados não poderão constituir objeto de restrições, a menos que estejam previstas em lei e no intuito de proteger a segurança nacional e a ordem, saúde ou moral públicas, bem como os direitos e liberdades das demais pessoas, e que sejam compatíveis com os outros direitos reconhecidos no presente Pacto. 4. Ninguém poderá ser privado arbitrariamente do direito de entrar em seu próprio país”.

protección efectiva de los derechos humanos de los migrantes; XVI - integración y desarrollo de las regiones fronterizas y articulación de políticas públicas regionales capaces de garantizar la efectividad de los derechos de los fronterizos (Ley N° 13.445/2017, art. 3° inc. XV y XVI, nuestra traducción).¹¹

Además, el artículo 4 prevé los derechos y deberes fundamentales presentes en el artículo 5 de la Constitución, así como, en la fracción XV, destaca el tema de salir y regresar al territorio aunque el/la ciudadano/a esté esperando un documento para residir en suelo nacional.

XV - derecho de salida, permanencia y reingreso al territorio nacional, incluso estando en trámite la solicitud de permiso de residencia, prórroga de estadía o transformación de visa en permiso de residencia (Ley N° 13.445/2017, artículo 4, inciso XV, nuestra traducción).¹²

Es evidente la importancia de la presencia de la frontera en la vida del/la ciudadano/a, en el disfrute de su plena ciudadanía. De esta forma, las fronteras tienen una gran representación desde la perspectiva de los Derechos Humanos. En este escenario cultural híbrido, es necesario proteger los derechos del/la ciudadano/a que transita o incluso reside en este espacio. Así, la protección del/la ciudadano/a en el derecho de ir y venir, garantizado por importantes documentos que estaban en vigor en acuerdos y tratados

¹¹ En el original: “XV - cooperação internacional com Estados de origem, de trânsito e de destino de movimentos migratórios, a fim de garantir efetiva proteção aos direitos humanos do migrante; XVI - integração e desenvolvimento das regiões de fronteira e articulação de políticas públicas regionais capazes de garantir efetividade aos direitos do residente fronteiriço”.

¹² En el original: “XV - direito de sair, de permanecer e de reingressar em território nacional, mesmo enquanto pendente pedido de autorização de residência, de prorrogação de estada ou de transformação de visto em autorização de residência”.

internacionales, permite transformar la realidad social del individuo en garantía de compromiso con la democracia. Además, permite avanzar hacia una integración regional fronteriza a través de interacciones sociales que permeen la construcción de nuevas identidades.

El papel de los Derechos Humanos en el Decreto N° 6.737/2009

La cooperación internacional es uno de los principales elementos presentes que fortalece la celebración de acuerdos entre los Estados-nación. El párrafo 4, inciso IX, de la Constitución Federal prevé la cooperación entre las naciones para el desarrollo de los pueblos. En este avance continuo, se destaca la importancia de los tratados y acuerdos de cooperación internacional, especialmente en las áreas vecinas. Brasil expresa su gran interés en la cooperación mutua con sus países vecinos de América del Sur. En ese marco, se firmaron importantes acuerdos con la intención de fortalecer los lazos en la dinámica de la integración regional. La mayoría de estos acuerdos tenía un enfoque bilateral en términos de reciprocidad y garantía de intereses entre los países que establecieron el tratado.

A partir de una serie de acuerdos bilaterales, Brasil viene estableciendo las bases jurídicas para la mejora de las relaciones con los países vecinos de la zona fronteriza, en el sentido de promover una mayor integración económica y social, así como el desarrollo de la región (Brasil, 2005: 185, nuestra traducción).¹³

¹³ En el original: "A partir de uma série de acordos bilaterais, o Brasil vem estabelecendo as bases jurídicas para o aperfeiçoamento das relações com os países vizinhos na zona de fronteira, no sentido de promover uma maior integração econômica e social e o desenvolvimento da região."

La firma de la mayoría de los acuerdos bilaterales en lugares fronterizos tiene como objetivo promover la integración regional en ambos lados de la frontera, además de promover la ciudadanía fronteriza en la garantía de los Derechos Humanos.

Un relevamiento realizado sobre leyes, medidas provisionales, decretos-leyes y decretos referentes a la frontera y la franja fronteriza apuntan a temas relacionados con la seguridad, protección y control de fronteras, pero ya se puede abordar un número creciente de temas relacionados con la integración y la ciudadanía (Brasil, 2005: 178, nuestra traducción).¹⁴

En ese sentido, el artículo 5, fracción LXXVIII, inciso 3, abrió espacio para la Reforma Constitucional N° 45/2004, que dispone que el proceso de tramitación de los acuerdos en el enfoque de Derechos Humanos se realice en un corto plazo de forma ágil y sea aprobado por las tres quintas partes de los votos en dos vueltas en el Congreso Nacional.

Artículo 5 Inc. LXXVIII - a todos, en el ámbito judicial y administrativo, se les asegura la duración razonable del proceso y los medios que garanticen la celeridad de su tramitación. § 3° Los tratados y convenciones internacionales sobre derechos humanos que sean aprobados, en cada Cámara del Congreso Nacional, en dos turnos, por las tres quintas partes de los votos de los respectivos miembros, equivaldrán a las reformas constitucionales (Constituição Federal, 1988: 17, nuestra traducción).¹⁵

¹⁴ En el original: "Levantamento realizado sobre leis, medidas provisórias, decretos-lei e decretos referentes à fronteira e a faixa de fronteira apontam para temas relacionados à segurança, proteção e controle de fronteiras, porém já se percebe um crescente número de temas ligados à integração e à cidadania."

¹⁵ En el original: "Art. 5º inc. LXXVIII - a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação. § 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais".

Brasil, en función de la importancia de los Derechos Humanos para la promoción de la ciudadanía, ha firmado varios acuerdos y tratados con sus países vecinos del cono sur, que comprenden ciudades gemelas en áreas vecinas. El arco central, que comprende los estados de Rondônia, Mato Grosso y Mato Grosso do Sul, fue uno de los escenarios para la celebración de estos importantes tratados. En esa perspectiva, el 8 de julio de 2004, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, entre Brasil y Bolivia, se estableció un convenio que establece permisos de residencia, estudio y trabajo para los/as nacionales residentes en la frontera. El acuerdo representó un hito en las relaciones limítrofes, que se extendieron a las ciudades de Brasiléia y Cobija, Guajará-Mirim y Guayaramerín, Cáceres y San Matías, Corumbá y Puerto Suárez. Así, sin dejar de lado las características peculiares de cada una de estas regiones, el estudio estuvo atento a los aspectos presentes en el límite Corumbá-Puerto Suárez. Luego de su constitución en 2004, el convenio fue sancionado el 12 de enero de 2009 mediante el Decreto N° 6.737.

A pesar de tener un carácter local, el Decreto creó un ambiente favorable y fue considerado un hito en las relaciones fronterizas bilaterales Brasil-Bolivia. La oportunidad de viajar a través de las fronteras trajo una nueva perspectiva a los/as ciudadanos/as brasileños/as y bolivianos/as. La interacción entre culturas se intensificó en este espacio único, al tiempo que permitió potenciar la ciudadanía, con el énfasis puesto en los temas de la vida cotidiana en la frontera. Es importante resaltar que un acuerdo de esta dimensión genera muchas expectativas, en relación con los Estados signatarios, en cuanto al interés común que comprende un proceso de regionalización. En términos de las expectativas de bolivianos/as y brasileños/as, se refiere a todo un bagaje de vida, a rasgos culturales, a las costumbres y tradiciones que los/las acompañan a lo largo de sus trayectorias y que no pueden ser olvidados en este proceso de transición hacia la formación de una nueva identidad.

La identidad fronteriza es, por tanto, una forma de identificación que se diferencia de otros habitantes de la nación que viven lejos de la zona fronteriza y se acerca a la cultura del país vecino. (...) Estas experiencias de identificaciones fronterizas no significan que las identidades nacionales desaparezcan o se debiliten frente a estas identificaciones locales (Albuquerque, 2018: 289, nuestra traducción).¹⁶

La institución del Decreto N° 6.737/2009 reconoció la proximidad entre las fronteras y dio la oportunidad a los/as bolivianos/as de transformar su realidad social y vivir con dignidad, al posibilitar, a través de la movilidad entre territorios, apuntar a un futuro mejor. Para Fernandes,

el tránsito de bolivianos en Corumbá/MS es facilitado por varios factores, que van desde acuerdos bilaterales que permiten a los bolivianos residir, trabajar y estudiar en Brasil hasta el hecho de que los inmigrantes han encontrado innumerables posibilidades en el mercado de trabajo y acceso a los servicios públicos (2015: 55, nuestra traducción).¹⁷

Dias y Costa (2011) entienden que cuando los individuos se encuentran en una situación de vulnerabilidad y necesitan establecer metas de supervivencia en la búsqueda de un mejor destino, como un mero cambio de ubicación, todos estos actos se caracterizan por territorialidades. Además, luego de la promulgación del Decreto, la intensificación de la presencia boliviana en Corumbá creció considerablemente. El hecho que corrobora el flujo creciente es que la capital del Pantanal está formada por un vasto pasaje de culturas

¹⁶ En el original: "A identidade de fronteira é, portanto, uma forma de identificação que se diferencia dos demais habitantes da nação que vivem longe da zona fronteiriça e se aproxima da cultura do país vizinho. (...) Essas experiências de identificações fronteiriças não significam que as identidades nacionais desapareçam ou se enfraqueçam diante dessas identificações locais".

¹⁷ En el original: "o trânsito de bolivianos em Corumbá/MS é facilitado por vários fatores, que vão desde os acordos bilaterais que permitem aos bolivianos residir, trabalhar e estudar no Brasil até ao fato dos imigrantes terem encontrado inúmeras possibilidades frente ao mercado de trabalho e acesso aos serviços públicos".

y etnias que han marcado la historia del lugar. La oportunidad de poder transitar la frontera con la garantía de los Derechos Humanos garantizados por el Documento Especial de Fronteras, establecido por el Decreto, reconoce jurídicamente al/la nacional fronterizo/a como ciudadano/a con derechos y deberes en el disfrute de su libertad sin distinción alguna, según lo previsto en el artículo 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

1 - Todo ser humano tiene capacidad para disfrutar de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, riqueza, nacimiento, o cualquier otro estado. 2 - Tampoco se hará distinción en función de la condición política, jurídica o internacional del país o territorio a que pertenezca una persona, ya se trate de un territorio independiente, bajo tutela, sin gobierno propio, o sujeto a cualquier otra limitación de soberanía (DUDH, 1948, art. II, nuestra traducción).¹⁸

El sociólogo Abdelmalek Sayad (2004), en su obra *The Suffering of the Immigrant*, explica la importancia de la documentación en la vida del/la ciudadano/a inmigrante que, una vez indocumentado/a, tiene una presencia ilegítima y cualquier error, por pequeño que sea, sería sancionado. Es necesario naturalizar este ser desnaturalizado. “Las formas subjetivas de identificación local y nacional no siempre se corresponden con las expresiones objetivas de los documentos de nacionalidad que operan los fronterizos en las fronteras entre territorios nacionales” (Albuquerque, 2018: 290, nuestra traduc-

¹⁸ En el original: “1 - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. 2 - Não será também feita nenhuma distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania”.

ción).¹⁹ La jurista Ana Luisa Zago de Moraes describe el prejuicio que enfrentan

los inmigrantes indocumentados, clandestinos o ilegales, según la expresión que se adopte, quienes sufren una doble discriminación: por un lado, sus facultades jurídicas son muy escasas; por otro lado, su vulnerabilidad social hace que sea casi imposible luchar por la efectividad de sus derechos y es común la impunidad por las violaciones de estos derechos (2015: 1, nuestra traducción).²⁰

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo VI, prevé el reconocimiento de los/as ciudadanos/as ante la ley, garantizando su derecho a estar en todas partes sin distinción. La Declaración también garantiza, en su artículo XI, que, aunque el/la ciudadano/a sea acusado/a de un delito, en un principio se le asegura el derecho a la inocencia hasta que se prueben efectivamente las acciones del delito. Por tanto, Albuquerque (2018) señala que existe una división entre el afecto por la relación con el lugar y el registro del reconocimiento del/la ciudadano/a ante la ley por parte del gobierno central.

1. Todo ser humano acusado de un hecho delictivo tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley, en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa. 2. Nadie puede ser culpable de ningún acto u omisión que, en ese momento, no constituya un delito según el derecho nacional o internacional. Tampoco se

¹⁹ En el original: “As formas subjetivas de identificação local e nacional nem sempre correspondem com as expressões objetivas dos documentos de nacionalidade que os moradores fronteiriços operam nas fronteiras entre territórios nacionais”.

²⁰ En el original: “os imigrantes indocumentados, clandestinos ou ilegais, conforme a expressão adotada, sofrem dupla discriminação: de uma parte, seus poderes jurídicos são muito escassos; de outra, sua vulnerabilidade social faz quase impossível a luta pela efetividade de seus direitos e é comum a impunidade das violações a esses direitos”.

impondrá pena mayor que la que, al tiempo de la comisión, era aplicable al hecho delictivo (DUDH, 1948, art. XI, nuestra traducción).²¹

En esta frontera (Brasil-Bolivia), se nota que existe un intenso contacto entre las fronteras, ya sea por conveniencia comercial o por intercambios en el sentido más amplio de la palabra. Por lo tanto, la proximidad de los bolivianos residentes en Corumbá a sus compatriotas en Bolivia (alrededor de 5 km para algunos) puede señalar positivamente su permanencia y valoración emocional del lugar de residencia. Este sentimiento de “pertenencia” a un determinado lugar es un proceso gradual e implica, en primer lugar, la necesidad de conocer el lugar y acostumbrarse a este nuevo contexto, para luego promover su socialización con el entorno y reconocer las posibilidades que lo nuevo tiene que cumplir con sus expectativas. Así, se elaboran las nuevas territorialidades de estos migrantes (Dias y Costa, 2015: 228, nuestra traducción).²²

Para Dias y Costa (2011), una de las razones que lleva a una persona a trasladarse de un lugar a otro suele estar ligada al sentimiento de satisfacer necesidades fisiológicas, así como la satisfacción personal en la realización de un sueño. Estas motivaciones son una fuerza que impulsa la búsqueda

²¹ En el original: “1. Todo ser humano acusado de um ato delituoso tem o direito de ser presumido inocente até que a sua culpabilidade tenha sido provada de acordo com a lei, em julgamento público no qual lhe tenham sido asseguradas todas as garantias necessárias à sua defesa. 2. Ninguém poderá ser culpado por qualquer ação ou omissão que, no momento, não constituía delito perante o direito nacional ou internacional. Também não será imposta pena mais forte do que aquela que, no momento da prática, era aplicável ao ato delituoso”.

²² En el original: “Nota-se, nessa fronteira (Brasil-Bolívia), que existe um intenso contato entre os fronteiriços, seja pela conveniência comercial ou pelas trocas no sentido lato da palavra. Logo, a proximidade dos bolivianos residentes em Corumbá dos compatriotas na Bolívia (cerca de 5 km para alguns) pode acenar positivamente para sua permanência e valorização emocional do local de moradia. Esse sentimento de “pertencer” a um determinado lugar é um processo gradativo e perpassa, primeiramente, pela premência de se conhecer o lugar e de se acostumar a esse novo contexto, para então promover sua socialização com o ambiente e reconhecer as possibilidades que o novo possui de corresponder as suas expectativas. Assim, são elaboradas as novas territorialidades desses migrantes”.

de nuevas conquistas. La facilidad de movimiento propuesta por el Decreto, el deseo de los/as bolivianos/as de venir a Corumbá puede verse como un acto de supervivencia, en la lucha por una mejor calidad de vida que era posible a través del acceso al trabajo. Así, además del empleo como factor preponderante en el acto de minimizar las desigualdades sociales presentes ante los problemas fronterizos, la predilección de los/as bolivianos/as por la Ciudad Blanca puede estar ligada a elementos que van desde lo cultural hasta lo socioeconómico y político.

Además, la educación es otro punto importante en la toma de decisiones de los/as bolivianos/as para cruzar la frontera todos los días. No solo se trata de conseguir un trabajo, sino de estar calificado/a para ello, para competir lealmente o simplemente brindar a sus hijos/as una educación de calidad de la que carecieron durante la infancia, así como un hogar seguro. El Decreto permitió a los/as inmigrantes bolivianos/as tener una perspectiva de futuro en Corumbá, porque ahora no estarían viviendo para sí mismos/as, sino para un ideal de familia, el crisol sobre el que se forma la sociedad. Por ello, en su artículo decimosexto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos testimonia la importancia de la familia como base de la sociedad constituida por el matrimonio, con derecho a ser asegurada y protegida por la sociedad civil y el gobierno central.

El número de niños bolivianos que estudian en escuelas brasileñas es grande y desconocido; el número de bolivianos que trabajan en Brasil es grande y desconocido. También se desconoce el número de brasileños que trabajan en Bolivia, así como el número de brasileños que estudian allí. Los niños bolivianos estudian en escuelas en Brasil, mientras que, irónicamente, se establece una universidad en el lado boliviano de la frontera para atender a los estudiantes brasileños. Brasileños y bolivianos cruzan la frontera para comprar, estu-

diar, trabajar y vivir (Fandoli y Leão, 2009: 2, nuestra traducción).²³

Lógicamente, los puntos clave en estas dinámicas de peso transaccional migratorio serán los aspectos socioeconómicos, políticos y culturales. Así, no solo se trata del empleo o el aprendizaje que moverá este proceso migratorio entre los límites de Corumbá y Puerto Suárez-Puerto Quijarro, sino que también incidirán los intercambios culturales. Las costumbres y tradiciones propias de los/as bolivianos/as traídas en su equipaje de vida, y a través de la vivienda fija sumada a las vivencias cotidianas en el municipio de Corumbá, serán parte de este proceso en la interacción y difusión cultural entre corumbaenses/as y bolivianos/as, encendiendo una nueva identidad en este ambiente de pura hibridez.

Consideraciones finales

Comprender el concepto de Derechos Humanos y su importancia en la representación de la historia de la ciudadanía es crucial en la lucha por un sistema democrático más justo. Los treinta artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 representan generaciones a las que les quitaron la vida por la violación de sus derechos, pero que al final ganaron el derecho a ser libres, iguales y reconocidos/as en todo el mundo como ciudadanos/as. De esta forma, la frontera también fue, y aún es, escenario de grandes conflictos y enfrentamientos de Derechos

Humanos. Comprender la frontera en toda su dinámica en este entorno híbrido ayuda a comprender la fuerte presencia de la Declaración Universal en la garantía del derecho de ir y venir, así como en la protección de los derechos de los ciudadanos/as fronterizos/as. Todo este flujo migratorio que circula en la zona de frontera busca las garantías fundamentales de sus derechos, asegurando la dignidad de la persona humana.

Se ha corroborado la importancia de los Derechos Humanos en las fronteras para ayudar al/la inmigrante en este proceso de transición entre las bandas de zonas fronterizas en las ciudades gemelas, como es el caso de Corumbá y Puerto Suárez-Puerto Quijarro. Además, por un lado, garantizar el reconocimiento nacional del/la ciudadano/a a través de la Constitución Federal de 1988, en la seguridad de un Estado Democrático de Derecho, y, por otro lado, el reconocimiento del/la ciudadano/a en el escenario internacional a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que ha servido como base para la creación de legislaciones, como la Ley de Inmigración N° 13.445/2017, y decretos, como el N° 6.737/2009 de Permisos de Residencia, Estudio y Trabajo para Nacionales Fronterizos brasileños/as y bolivianos/as, permite que los/as ciudadanos/as vivan con la protección de las libertades e igualdad sin distinción de naturaleza de ninguna clase.

²³ En el original: “É grande e desconhecido o número de crianças bolivianas estudando nas escolas brasileiras; é grande e desconhecido o número de bolivianos trabalhando no Brasil. Também permanece incógnito o número de brasileiros que trabalham na Bolívia, assim como o de brasileiros que lá estudam. Crianças bolivianas estudam em escolas do Brasil, enquanto, ironicamente, instala-se no lado boliviano da fronteira uma universidade para atender estudantes brasileiros. Brasileiros e bolivianos atravessam a fronteira para comprar, para estudar, para trabalhar e para viver”.

Bibliografía

Albuquerque, J. L. C. (2018). Identidades em territórios de fronteira: Os casos de Ceuta e Gibraltar na fronteira entre a África e a Europa. Dossiê: Mundialização, regionalização e fronteiras. *Civitas*, 18(2), 285-302.

Bobbio, N. (1991). *El tiempo de los derechos*. Madrid: Sistemas.

Brasil (2005). Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programa Regionais. Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília, DF: MIN.

Constituição Federal (1988). *Dispõe sobre a Constituição da República Federativa do Brasil*.

Costa, E. A. y Dias, R.T.R. (2015). Lugar e territorialidades dos bolivianos em Corumbá-MS. *Cadernos de Estudos Culturais*, 7, 33-46.

Covre, M. L. M. (1999). *O que é cidadania?* São Paulo: Brasiliense.

Dallari, D. A. (2008). Direitos humanos: sessenta anos de conquistas. *Revista de Direitos Humanos*, 1, 8-11. http://www.dhnet.org.br/dados/revistas/a_pdf/revista_sedh_dh_01.pdf

Dias, R. T. R, y Costa, E. A. (2011). Territorialidades e a produção da moradia dos bolivianos na cidade de Corumbá-MS, Brasil. *Revista Ateliê Geográfico*, 5(3), 127-149.

DUDH. (10 de dezembro de 1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. <https://www.sigas.pe.gov.br/files/04092019102510declaracao.universla.dos.direitos.hmanos.pdf>.

Declaração dos direitos do homem e do cidadão (26 de agosto de 1789). https://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/mia_MA_19926.pdf.

Decreto Nº 6.737 (12 enero de 2009). Dispõe sobre o acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Bolívia para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Bolivianos. <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D6737.htm>

Fernandes, R. M. S. (2015). Vivendo na Bolívia, contudo trabalhando no Brasil: uma discussão acerca de convivência(s) e migrações na Zona de Fronteira Brasil/Bolívia. *Revista Cantareira*, 21, 48-65.

Flandoli, B. R. G. X. y Leão, I. B. (30 y 31 de octubre; 01 y 02 de noviembre de 2009). A relação educação e trabalho na fronteira Brasil- Bolívia em Corumbá. *XV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Faculdade Integrada Tiradentes (FITS). Maceió, Brasil.

Foucher, M. (2016). À quoi servent les frontières? Justifications, séparations, transitions et passages. *Dossier le réveil des frontières. Questions internationales*, 79-80, 14-21.

Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017. (2017). Institui a Lei de Migração. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2017/lei/l13445.htm

Machado, L. O. (1998). Limites, fronteiras e redes. En T. M. Strohaecker, A. Damiani, N. O. Schaffer, N. Bauth y V. S. Dutra (Orgs.), *Fronteiras e Espaço Global* (pp. 41-49). Porto Alegre: AGB-Porto Alegre.

Marshall, T. H. (1967). *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar.

Moraes, A. L. Z. (2015). Migrações e Refúgio - A Criminologia da Mobilidade Humana e a Atuação da Defensoria Pública da União na Defesa do “Crimigrante”. *Jornal da escola superior da defensoria pública da união*, 3(1), 1-2.

Pacto internacional sobre direitos civis e políticos (16 de diciembre de 1966). <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20Direitos%20Civis%20e%20Pol%C3%ADticos.pdf>

Raffestin, C. (2005). Prefácio: A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. En T. C. M. Oliveira (Org.), *Território sem limites: um estudo sobre fronteiras* (pp. 9-15). Campo Grande: Ed. UFMS.

Raffestin, C. (1993). *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática.

Saladini, A. P. S. (13-16 de octubre 2010). Direitos Humanos, Cidadania e o Trabalhador Imigrante Ilegal no Brasil. XIX CONPEDI - *Congresso Nacional de Pós-Graduação em Direito*. Florianópolis, Brasil.

Sayad, A. (2004). *The Suffering of the Immigrant*. Cambridge: Polity.

Desde la sexualidad centrada en la penetración hacia una sexualidad del goce: aportes para la enseñanza de la medicina

From Sexuality Centered on Penetration Towards a Sexuality Based on Pleasure: Contributions to the Teaching of Medicine

Autores/as

Abril Schvval - abrilschvval@gmail.com -

Estudiante de 6° año de Medicina en la Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Lara Maurer Schernenco - laramaurers@gmail.com -

Estudiante de 6° año de Medicina en la Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Pedro Silberman - psilberman@uns.edu.ar -

Magister en Salud Pública. Profesor Asociado de Medicina. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur, Argentina.

RECIBIDO 23/06/2022

ACEPTADO 12/07/2022

Resumen

Introducción. Desde su inicio, pero especialmente en la actualidad, el modelo médico hegemónico (MMH), conocido por su ahistoricidad, asociabilidad y biologicismo, muestra de manera constante sus limitaciones a la hora de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas (PSEAC) y, en particular, aquellos procesos que se vinculan con la salud sexual. Además, sus efectores/as de salud se reconocen carentes de habilidades para enfrentar estos tópicos. Una vez reconocido este problema, la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur propone una estrategia de enseñanza-aprendizaje basada en ofrecer cuidados longitudinales, desde una mirada integral de la salud y las personas. A partir de un caso real sobre una disfunción sexual postratamiento oncológico en un hombre de 57 años, se ofrece una mirada ampliada sobre la sexualidad y se propone un nuevo modelo. **Discusión.** El MMH invisibiliza la sexualidad de las personas, o bien la encara desde una perspectiva cisheteropatriarcal, excluyente de otras identidades no cis, orientaciones sexuales no hetero, personas con diversidad funcional, adultos/as mayores y personas con enfermedades crónicas. La sexualidad es reducida al coito y se proveen soluciones insuficientes basadas en el fármaco. **Reflexión y propuesta.** Emerge la propuesta de la “sexualidad del goce”, enmarcada en una perspectiva de derechos

y de género, a su vez coherente con la corriente de la Salud Colectiva y la clínica ampliada (CA). Este modelo plantea partir de una definición de sexualidad ampliada que la reconozca en su extensión y singularidad, y que explore sus micro y macro determinaciones, para así construir con los/as pacientes proyectos terapéuticos singulares (PTS) y longitudinales, junto a y con los/as usuarios/as de salud en sus propios contextos, instrumentalizando así la CA y enmarcando a la salud sexual como un derecho que debe ser atendido de acuerdo a las necesidades emergentes de cada sujeto de atención y de cada colectivo.

Palabras clave

- Sexualidad
- Modelo médico hegemónico
- Salud colectiva
- Género
- Enseñanza de la medicina

Summary

Introduction. Since its inception, but especially today, the hegemonic medical model (HMM), known for its ahistoricity, associability and biologicism, constantly shows its limitations when it comes to addressing the health-disease-attention-care processes of people (HDACP) and, in particular, those related to sexual health. Also, its health effectors are considered lacking in abilities to deal with these topics. Having recogni-

zed this problem, Medicine career at the Universidad Nacional del Sur proposes a teaching-learning strategy based on providing longitudinal care, from a comprehensive perspective of health and people. Starting from a real case of a post-cancer treatment sexual dysfunction in a 57-year-old man, an expanded view of sexuality is offered and a new model is proposed. **Discussion.** The MMH ignores people's sexuality or approaches it from a cis-heteropatriarchal perspective, excluding other non-cis identities, non-hetero sexual orientations, people with functional diversity, older adults and people with chronic diseases; reducing it to intercourse and providing insufficient drug-based solutions. **Considerations and proposal.** The proposal of the "sexuality based on pleasure" emerges, framed in a rights and gender perspective, in turn, consistent with the Collective Health movement and the amplified clinic (AC). This model proposes starting from an amplified definition of sexuality that recognizes it in its extension and singularity, exploring its micro and macro determinations, in order to build singular and longitudinal therapeutic projects (LTP) together with the health users in their own contexts, thus instrumentalizing the AC and framing sexual health as a right that must be attended according to the emerging needs of each subject of care and collectives.

Keywords

- Sexuality
- Hegemonic medical model
- Collective health
- Medical education

Introducción

Es conocido que el modelo médico hegemónico (MMH), desarrollado desde fines del siglo XVIII junto a la denominada medicina científica, se caracteriza por su ahistoricidad, asociabilidad y biologicismo a la hora de explicar y abordar los problemas de salud de las personas, las cuales son definidas en términos de enfermedad y reducidas a meros diagnósticos. Si bien en su auge, en el contexto de una predominancia de enfermedades infectocontagiosas, logró su legitimidad, prontamente, y aún más en la actualidad, demuestra día a día incontables limitaciones que dificultan la atención integral del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de los sujetos, el cual solo piensa en términos uni o multicausales (Menéndez, 1988 y 2020).

Aún más, este modelo, que domina la enseñanza de la medicina, no solo ha configurado la práctica médica, sino que ha instalado sentidos en el imaginario común y provee a sus usuarios/as de respuestas estandarizadas y universales, a modo de recetas invariables. Asimismo, a la hora de explicar los problemas de salud, tiende a invisibilizar temáticas complejas a las que no logra dar respuesta, tales como las problemáticas relacionadas con la sexualidad. Para lograr un adecuado abordaje de estas problemáticas es necesario comprender los procesos biológicos, socioculturales y psicológicos que, en constante interrelación, hacen a la sexualidad de los sujetos, y posibilitan u obstaculizan su derecho a gozar de una salud sexual plena (Murillo, Bellver Pérez y Guarino Gil, 2019).

En este sentido, la imposición del MMH no solo afecta negativamente a sus usuarios/as, sino también a los/as médicos/as, quienes en muchos casos se reconocen carentes de habilidades para enfrentar estos tópicos en su práctica profesional (Salinas Urdina y Jurillo, 2013; Silberman,

Buedo y Burgos, 2016). Del mismo modo, cabe señalar que el MMH se inserta dentro de una estructura social en la cual en términos históricos ha predominado un paradigma bigénero y androcéntrico. Por ello, quienes sí abordan la temática lo hacen desde una perspectiva que recorta la sexualidad al acto sexual, y a este último lo limita a la penetración. De esta manera, da al problema una respuesta heterocispatriarcal e insuficiente.

Tras reconocer el problema al cual nos enfrentamos, la carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Sur propone una estrategia de enseñanza-aprendizaje, la de cuidados longitudinales, que adhiere a una clínica médica ampliada, con una mirada integral de la persona y sus sufrimientos (Silberman y Buedo, 2015 y 2019).

El propósito del artículo es describir y reflexionar en torno a un caso clínico real, que formó parte de la actividad curricular, donde se desarrollaron estrategias para el abordaje de la sexualidad en el contexto de la medicina ambulatoria, desde un punto de vista interdisciplinario, a partir de una perspectiva de género y de Derechos Humanos.

Caso clínico

Se realizó un seguimiento clínico a un hombre cis de 57 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo II (DM2), hipertensión arterial (HTA), artrosis de cadera y cáncer de ano tratado con cirugía y quimiorradioterapia. A consecuencia de este último, el paciente describe pérdida de sensibilidad en la zona perineal y disfunción sexual, referida como dificultades para lograr y mantener la erección, de 3 años de evolución. Asimismo, presenta incontinencia fecal (IF) a causa del mismo tratamiento. Tras varias entrevistas, se le plantea cuál es su prioridad en

cuanto a sus problemas y allí refiere la necesidad de abordar la disfunción sexual. Se destaca que el paciente refiere no haber consultado por este motivo y también hace hincapié en la falta de información sobre el impacto que le produjeron en su salud sexual los tratamientos recibidos. Cuando el sujeto decide concurrir finalmente a un encuentro con su médico de cabecera y le comenta su dificultad, este último le prescribe taladafilo como tratamiento.

Para complementar la terapéutica, dentro del seguimiento de este paciente realizamos un encuentro destinado a abordar la sexualidad desde una mirada ampliada y generar un espacio de escucha sobre las implicancias que el problema tenía sobre su calidad de vida, así como las comorbilidades asociadas. Además, se visualizaron en conjunto con el sujeto dos videos que analizaban las normas sociales y culturales impuestas a la sexualidad de una forma amena y accesible a la población general, con un posterior espacio de reflexión para debatir conceptos tales como masculinidad y normalidad, que estaban fuertemente asociados a las creencias del sujeto y, en este caso, hacían aún más angustiante su padecer. Se utilizaron preguntas y consignas disparadoras para el debate, como: “¿qué es para mí la sexualidad?”, “mencionar cinco palabras que asocio a la sexualidad”, “¿me siento identificado en algún aspecto con el video?”. A su vez, se recurrió a una pregunta destinada a evaluar la comprensión y el deseo de continuar con el abordaje de la temática en posteriores encuentros. Luego, se le suministró al paciente y a su esposa dos preguntas para propiciar un diálogo íntimo entre uno y otra sobre los videos vistos. Estas preguntas eran: “¿cuáles son las partes de mi cuerpo, aparte de mis genitales, que me generan placer al tocarlas?”; “¿qué cosas, fuera de la penetración, me gustan del encuentro sexual?”. En un posterior encuentro, tanto el paciente como su esposa se mostraron satisfechos con la actividad.

Discusión

Las nociones de salud sexual y sexualidad han variado a lo largo del tiempo y en las diferentes sociedades. Por lo tanto, no constituyen conceptos estáticos ni unívocos, sino que se trata más bien de construcciones sociales que, como tales, se hallan impregnadas de sentidos. Si nos referimos a la Organización Mundial de la Salud (OMS), este ente definió la salud sexual como aquel “estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar” (OMS, 2018). Asimismo, señala que la salud sexual “requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales”, para lo cual necesariamente los derechos sexuales de las personas deben respetarse, protegerse y satisfacerse (OMS, 2018).

La sexualidad, por su parte, fue definida como “un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción” (OMS, 2018). Podemos entender entonces que la salud sexual y la sexualidad abarcan una serie de dimensiones que no solo responden a una categoría biológica del funcionamiento de los cuerpos, sino que son determinadas por atravesamientos psicológicos, sociohistóricos, culturales, políticos, religiosos legales, entre otros. En última instancia, se expresan en comportamientos, sensaciones, formas de relacionarse, valores, creencias, etcétera, que esconden detrás una particular configuración de todas esas determinaciones. Se hace necesario, entonces, pensar en términos de diferentes categorías que ayuden a comprender, de una forma amplia, problemáticas de salud de esta índole para darles un abordaje singularizado a cada sujeto de atención. A continuación, desarrollaremos algunas de ellas, surgidas a partir del caso citado.

La categoría inicial que propondremos para analizar las problemáticas en torno a la sexualidad, y que aparece en función de esta situación clínica, será la perspectiva de género y los roles socialmente atribuidos a los cuerpos sexuados y la vivencia de la sexualidad.

Al entrevistar a este sujeto, podíamos identificar a una persona que había desarrollado su proyecto de vida alrededor de la representación del varón hegemónico –adulto, joven, trabajador, proveedor, cisheterosexual, viril– sostenida por el patriarcado (Anchel y Velasco, 2008; Opezzi y Ramírez, 2018). En este sujeto, por un lado, la enfermedad y la discapacidad secundaria le suponían, por un lado, romper con el mandato del hombre provisor, al encontrarse imposibilitado de trabajar. Por otro lado, la dificultad en la erección le significaba el incumplimiento de la función atribuida al hombre durante el encuentro sexual desde esta mirada androcentrista, esto es, la penetración. En resumen, las concepciones en torno a la sexualidad centrada en la penetración y la noción de la relación sexual ligada a la procreación –y no al placer– contribuyen a la problemática, al alimentar la ansiedad y desesperanza en torno a su resolución, y empeorar asimismo la “impotencia” sexual. Aún más, la solución acotada a la farmacología (taladafilo), como única respuesta, no logra sino perpetuar la noción de rendimiento asociada al varón hegemónico (Anchel y Velasco, 2008; Bonillo, 2020; Ledón Llanes, 2011).

En relación con esto último, la falta o dificultad en la erección es categorizada como “enfermedad” en la medicina occidental, que incluso la denomina “impotencia sexual”. Lo que ejerce el/la médico/a en este acto es la función de legitimar la condición de enfermo/a en alguien que no satisface sus roles, supuestamente, habituales, a través de la colocación de una “etiqueta” que no es sino una construcción social (Lejarraga, 2004).

A este respecto, introducimos la siguiente categoría de análisis, la de la

medicina como normativizadora de la salud y, en específico, de la sexualidad de las personas, al ejercer lo que Foucault denomina “biopoder” a través de técnicas disciplinarias “anatomopolíticas”. En términos sencillos, los/as médicos/as salud tienen el “poder” de definir un comportamiento como “saludable” dentro de la salud sexual, y categorizar a otros/as como “anormales” o “no saludables”, para luego universalizar esta normalidad. Esto trae como consecuencia personas que se autoetiquetan como no saludables o no normales y ponen en juego preconceptos sobre sí e, inclusive, cuestionan su identidad (Gervas Pérez, 2005; Yuing, 2013; Planella, 2006; Bacarlett y Lechuga, 2009).

Esta función normalizadora de la sexualidad, a su vez, recae en la invisibilización de la salud sexual de aquellas personas que, en teoría, no entran en la “norma”, como las personas con otras elecciones sexuales, ancianas, con diversidad funcional o con patologías crónicas, como el paciente del caso. En realidad, contrario a lo que se cree socialmente, sus condiciones no constituyen situaciones que de manera necesaria imposibiliten prácticas sexo-afectivas que van más allá del coito, o el coito en sí. Por el contrario, la desatención por parte de los/as profesionales sobre este aspecto de la salud de estos grupos es un hecho que repercute tanto o más en su satisfacción sexual y calidad de vida como las mismas condiciones que la originan (Cruz Pérez, 2004; Olmeda García *et al.*, 2010; Park, Norris y Bober, 2009).

En particular, y en relación con el caso relatado, en los/as pacientes con cáncer y aquellos/as en tratamiento o postratamiento, la disfunción sexual es uno de los problemas de carácter más prevalente, que puede abarcar desde la pérdida de deseo y la modificación de la imagen corporal hasta reacciones adversas o complicaciones de tratamientos quirúrgicos, quimioterápicos y radiantes. A su vez, es uno de los aspectos que más

influyen en el deterioro de la calidad de vida de estas personas. Sin embargo, los/as médicos/as no abordan esta situación por desconocimiento, subestimación y/o prejuicios. La no aparición en la agenda de consulta por parte del/la paciente tiene que ver con sentimientos relacionados con la vergüenza o con creencias equívocas sobre la inexistencia de tratamientos eficaces, o bien con que este tipo de dificultades no corresponde discutirlos con un/a profesional médico/a. Esto conduce a una doble barrera y al silencio de ambas partes sobre la problemática, que impide la atención integral de los sujetos (Murillo, Bellver Pérez y Guarino Gil, 2019; Silberman, Buedo y Burgos, 2016; Olmeda García *et al.*, 2010; Park, Norris y Bober, 2009; Kalra, Subramanyam y Pinto, 2011; Sadovsky *et al.*, 2010; Vasconcelos *et al.*, 2017; Vassão *et al.*, 2018).

Finalmente, como otra arista a analizar, cabe destacar la influencia del relato histórico-cultural que separa al erotismo de la vejez y de la enfermedad como entidades opuestas, donde solo los/as jóvenes son sujetos de deseo y con deseo. Este discurso repercute en el accionar de los/as profesionales, quienes ignoran la posibilidad de una actividad sexual regular en adultos/as mayores, pero también en el de los/as propios/as pacientes, tanto así que muchos/as adultos/as acaban por asimilar una decadencia asignada socialmente a la ancianidad. Por fortuna, la realidad dista de esta creencia popular y son muchos/as los/as adultos/as mayores que tienen una sexualidad activa y son capaces de disfrutar de ella, de modo tal que la edad no resulta un factor determinante en el abandono de las relaciones sexuales (Iacub, 2004; Arias y Iacub, 2013).

Reflexión y propuesta

Como hemos mencionado, el actual enfoque en la salud sexual y la sexualidad propuesto por el MMH se aboca a pensar las problemáticas en torno a la salud sexual desde un punto de vista organicista y normalizante. En consonancia con la hipermedicalización de la vida cotidiana que se adosa a este modelo, se aportan soluciones predominantemente basadas en la farmacopea, que, si bien pueden constituir una porción del abordaje, no siempre son suficientes o siquiera necesarias, al no considerar los múltiples aspectos que atraviesan la sexualidad señalados con anterioridad.

Por esto, cuestionamos este paradigma hegemónico que reduce la sexualidad al acto de la penetración y la aborda desde un enfoque patriarcal, heterocisnormado e hipermedicalizado que, a todas luces, resulta insuficiente y excluyente. En ese sentido, debemos repensar y aprehender la sexualidad desde un nuevo modelo, que parta de reconocer su papel central en el desarrollo humano en tanto seres sexuados, su identidad y su rol fundamental de la salud integral de las personas (Opezzi y Ramírez, 2018). En esta línea, emerge la propuesta de la “sexualidad del goce”.

La sexualidad del goce, enmarcada en una perspectiva de derechos y de género, es a su vez una propuesta coherente con la corriente de la Salud Colectiva y la clínica ampliada (CA) (De Sousa Campos, 1996-1997), en la cual se busca reivindicar a la persona, que pasa de ser un/a paciente a un sujeto de derechos, con capacidad y autonomía para producir acciones destinadas al cuidado de sí. A su vez, plantea ampliar la mirada más allá de la enfermedad, aunque sin dejar de abordarla, al explorar las determinaciones micro y macro de los padeceres de las personas. Tiene como objeto el cuidado y la producción de salud (De Sousa Campos, 1996-1997; Breilh, 2013).

Esta propuesta plantea, entonces, partir de una definición de sexualidad ampliada, que reconozca como parte de sí no solo la actividad sexual y los órganos genitales, sino sus expresiones en términos de contacto físico –acariciarse, tocarse, abrazarse y la ternura implicada en esos actos–; la necesidad tanto de comunicación como de comprensión y de crear conciencia de uno/a y de los/as otros/as como seres humanos independientes y libres; la autoexploración, la autoestima, la imagen corporal, el placer y el autocuidado; el conocimiento de la identidad propia y el reconocimiento de la otredad; la educación en salud sexual integral para lograr el pleno desarrollo y funcionamiento como seres sexuados/as a cada edad y momento vital; y el respeto, la empatía y el consentimiento como pilares básicos de la relación con los/as otros/as. De esto se desprende la necesidad de comprender la singularidad de cada sujeto y explorar sus micro y macro determinaciones, ya que la sexualidad es única y refleja la historia de cada persona, así como también se construye con los/as otros/as en cada encuentro.

Tal enfoque resulta superador debido a que incluye identidades no binarias y personas con diversidad funcional. A su vez, reconoce la existencia de otras orientaciones sexuales aparte de la heterosexualidad y afirma que la sexualidad es transversal a todas las etapas del ciclo vital, desde la infancia hasta la vejez. Por otra parte, enmarca la salud sexual como un derecho que debe ser atendido de acuerdo con las necesidades emergentes de cada sujeto de atención y cada colectivo.

En tal sentido, es importante remarcar la urgente necesidad de la formación de especialistas de medicina ambulatoria y atención primaria en estas temáticas. Es preciso analizarlas desde este nuevo enfoque, e incluso también incluirlas en las currículas de las futuras generaciones de profesionales de la salud, con el fin de proveer herramientas y promover

la adquisición de competencias para el abordaje de la sexualidad y los problemas de salud sexual de los sujetos desde una mirada ampliada, para poder construir proyectos terapéuticos singulares (PTS) y longitudinales junto a y con los/as usuarios/as de salud en sus propios contextos, e instrumentalizar así la CA. Asimismo, como parte de este nuevo enfoque, se propone reflexionar acerca de la importancia del deseo y el placer como eventos productores de vida de las personas, quitando el foco únicamente de la “enfermedad” y promoviendo la salud (Franco y Mehry, 2011).

Bibliografía

Anchel, J. y Velasco, J. (2008). Género, imagen y representación del cuerpo. *Index de Enfermería*, 17(1), 39-43. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100009.

Arias, C. y Iacub, R. (2013). ¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. *Ciencias Humanas, Lingüística y Arte*, 21(2), 271-281. <https://revistas.uepg.br/index.php/humanas/article/view/6123>

Bacarlett, M. y Lechuga, A. (2009). Canguilhem y Foucault: de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis*, 17(31), 65-85. http://ludus-vitalis.org/html/textos/31/31-04_bacarlett_lechuga.pdf

Bonillo, M. (2020). Sexualidad en pacientes con cáncer. *Área humana*. <https://www.areahumana.es/sexualidad-en-pacientes-con-cancer/>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27. <http://www.scielo.org-co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

Cruz Pérez, M. P. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura*, 22, 147-160. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n22/n22a08.pdf>

De Sousa Campos, G. W. (1996-1997). La clínica del Sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Franco, T. y Mehry, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(11), 9-20. <https://www.profesores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/12//produccion-subjetiva-cuidado.pdf>

Gervas Pérez, J. (2005). La normalidad como referente de salud sexual: ¿y si adoptáramos la actitud profesional habitual? *SEMERGEN*, 31(2), 51-52. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13071708>

Iacub, R. (2004). Erotismo y vejez en la cultura greco-latina. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2(2) 84-103. https://www.researchgate.net/publication/289251583_Erotica_o_antierotica_de_la_vejez_grecolatina

Kalra, G.; Subramanyam, A. y Pinto, C. (2011). Sexuality: desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 300-306. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22303037/>

Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2011.v37n4/488-499>

Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(4), 271-276. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n4/v102n4a07.pdf>

Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2615/1591>

Menéndez, E. (30 de abril al 7 de mayo de 1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Asociación de Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud (CONAMER). Buenos Aires, Argentina. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Murillo, F.; Bellver Pérez, A. y Guarino Gil, J. M. (2019). Sexualidad y cáncer en la tercera edad. *Revista Argentina de Sexualidad Humana*, 12-32. <https://sasharg.com.ar/descargas/Revista%20Sash%20julio%202019.pdf>

Olmeda García, B.; Chavelas Hernández, D; Arzate Mireles, C. E. y Alvarado Aguilar, S. (2010). Desgenitalización, sexualidad y cáncer. *GAMO*, 9(5), 208-214. [https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-onco-](https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-onco)

[logia-305-pdf-X1665920110871416](https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920110871416)

Opezzi, M. y Ramírez, M. C. (2018). La agobiante hegemonía. *Soberanía sanitaria*. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/la-agobiante-hegemonia/>

Park, E. R.; Norris, R. L. y Bober, S. L. (2009). Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. *Cancer Journal*, 15, 74-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19197178/>

Planella, J. (2006). Corpografías: dar la palabra al cuerpo. *Artnodes*, 6, 13-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2277278>

Sadovsky, R.; Basson, R.; Krychman, M.; Morales, A. M.; Schover, L.; Wang, R. y Incrocci, L. (2010). Cancer and sexual problems. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1 Pt 2), 349-373. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092444/>

Salinas Urdina, A. A. y Jurillo, E. C. (2013). La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 733-742. <https://www.scielo.br/j/csc/a/fXp8prsc7XbnXkHG8FWHkrS/?format=pdf&lang=es>

Silberman, P. y Buedo, P. (2015). Propuesta curricular en medicina para la adquisición de competencias en el seguimiento longitudinal de los pacientes y sus familias. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 12(2), 167-173. <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol1222015/artinv12215k.pdf>

Silberman, P. y Buedo, P. (2019). *Manual de seguimiento clínico familiar*. Bahía Blanca: EdiUNS.

Silberman, P.; Buedo, P. y Burgos, L. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública*, 18(1), 1-12. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-777016>

Vasconcelos, J.; Moreira, T.; Arbinaga, F. y Texeira, C. M. (2017). Sexual satisfaction in patients with cancer. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 106-115. http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n2/es_0123-9155-acp-20-02-00106.pdf

Vassão, F. V.; Barbosa, L. R.; Moraes, G. M. y De Domenico, E. B. (2018). Abordaje de la sexualidad en el cuidado del paciente oncológico: barreras y estrategias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 564-571. <https://www.scielo.br/j/ape/a/QcJJCvLckjL4qNhBPqTbCBk/?lang=pt>

Yuing, T. (2013). Biopolítica y efectos de normalidad. *Sociedad Hoy*, 25, 163-173. <https://www.redalyc.org/pdf/902/90239866009.pdf>

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). Deberán tener una extensión máxima de 2500 palabras.

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 mencio-

narse 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.

Lenguaje no sexista:

La revista adoptará una política editorial que abogue por el uso del lenguaje no sexista. En este sentido, las colaboraciones deberán adecuarse al uso de las formas os/as para referirse a aquellas formas que, de otro modo, quedarían englobadas bajo el género masculino. Por ejemplo: los/as habitantes; los/as maestros/as.

Agradecimientos

Todos/as los/as colaboradores/as que no cumplan con los criterios de autoría mencionados (ver más arriba) deberán ser incluidos en el apar-

tado 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: 14-17), 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:

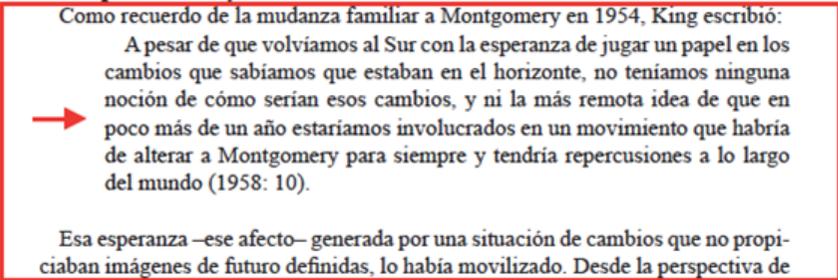
Hasta tres autores/as: Kaipl y Ríspolo (2020) / Hernández, Fili y Vega Mayor (2019).

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 consignarán en orden alfabético según el apellido del/la primer/a autor/a del texto citado. 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*, Volumen(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