

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



Semestral / Vol. 3 / Núm. 1 / Marzo 2024

1

ISSN: 2796-986X



Cristina Lowe - "La Costa"
Técnica: acrílico - 1,20 x 1 m.
Instagram: @cristinalowearte

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

German Guaresti, Universidad Nacional de Río Negro, Argentina

Héctor Fernando Gómez Alvarado, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

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

Martin Silberman, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Melisa Campana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Mónica Baez, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Osvaldo Patiño, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Pablo Badr, Universidad Nacional del Sur, Argentina

Roberto Campos Navarro, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Susana Alexandra Arias Tapia, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

Secretaria Ejecutiva

Laura Castagno

Editora Técnica

Ayelén Suriak

Redactor y Corrector de Textos

Manuel Díaz

Diseño Gráfico

Emilio Mussio

Índice

Nota editorial 4
Mónica Priotti

Artículos:

Proceso de gestión interdisciplinaria en el Hospital Dr. Emilio Mira y López, desde una perspectiva de transformación del paradigma de atención psiquiátrica 5
Mariela Aita

Enseñanza de la Medicina centrada en el sujeto: reflexión sobre el consumo problemático de sustancias 15
Ana Inés Illanes; Lucas Agüero; Pedro Silberman

Alternativas organizativas actuales en la gestión escolar 25
Jorge Palma Osses; Ana Ramírez Balmaceda

Reseña:

Enfermería: historia, filosofía y ética del cuidado 36
Ana Clara Denis

Nota editorial

Es un gusto para el equipo editorial presentarles un nuevo número de la revista *Salud, Educación y Sociedad* (SEyS), editada por la Universidad del Gran Rosario (UGR). En esta ocasión, acompañamos la divulgación con algunas líneas que convocan a la reflexión sobre la sinergia que existe entre las instituciones universitarias en general, la UGR en particular, y los principios rectores relacionados con el desarrollo de la investigación y la transferencia de conocimientos con compromiso social.

En Argentina, dentro del marco de la Ley de Educación Superior 24521, las instituciones universitarias asumen la responsabilidad de orientar sus acciones de cara a la gestión de tres dimensiones: la enseñanza, la producción de conocimiento y la vinculación con el medio. Estas dimensiones se constituyen en tres pilares básicos de toda institución educativa de nivel superior.

La UGR en su Estatuto Académico expresa entre sus fines el impulso para profundizar el vínculo entre las demandas sociales y la investigación científica, el compromiso social y el espíritu emprendedor. Como muestra de ello, prospera el arduo trabajo que emprenden sus autoridades en la tarea de aunar la investigación con el medio social, y acompañar las distintas problemáticas de la sociedad en la búsqueda de respuestas.

Las instituciones de educación superior, a partir de la promoción y aplicación de la investigación científica y tecnológica y el desarrollo de estudios humanísticos y de las artes, se constituyen en actores clave en y para los procesos de transformación social. Igualmente, en el contexto de la Sociedad de la Información y el Conocimiento (SIC) y de la globalización –en el que se discute conceptualmente el rol que han de

tener las instituciones de educación superior–, la articulación con otros actores del sistema nacional de ciencia y tecnología representa una gran oportunidad y fortaleza de cara a pensar el desarrollo y crecimiento futuro de la Argentina.

La formación de pregrado, grado y posgrado, la creación y aplicación de conocimientos avanzados y la vinculación con el medio deben favorecer los procesos de inclusión, de equidad y de nuevas oportunidades para la movilidad social de todas las personas a lo largo de su vida. Asimismo, en nuestras aulas, es primordial reconocer que el desarrollo de la investigación se torna un valor agregado al trabajo docente universitario, pues, en la medida en que docentes, investigadores e investigadoras son autores y autoras y/o partícipes del proceso de producción de conocimiento, se establece un amplio círculo virtuoso.

Los manuscritos que forman parte de este ejemplar derivan del enriquecimiento producido en y desde la intersección entre la docencia y la investigación, y sus autores y autoras tienen pertenencia institucional en ámbitos universitarios nacionales y latinoamericanos. Hacia ellos y ellas extendemos nuestro reconocimiento y agradecimiento por la colaboración con la revista *SEyS*.

A nuestro público, les invitamos a disfrutar de la lectura.

Mónica Priotti
Directora Asociada
Revista SEyS

Proceso de gestión interdisciplinaria en el Hospital Dr. Emilio Mira y López, desde una perspectiva de transformación del paradigma de atención psiquiátrica

Interdisciplinary Management Process in the Hospital Dr. Emilio Mira y López, from a Perspective of Transformation of the Psychiatric Care Paradigm

Autora

Mariela Aita - marielanaita@gmail.com -
Dirección Provincial de Salud Mental. Santa Fe, Argentina.

RECIBIDO 02/09/2023

ACEPTADO 13/12/2023

Resumen

Este trabajo se propone dar cuenta de una experiencia de gestión en el Hospital Dr. E. Mira y López de la ciudad de Santa Fe, Argentina. Un equipo interdisciplinario asumió la dirección de este hospital durante el período comprendido entre 2013 y 2019. Durante este período, se implementaron intervenciones institucionales y acciones técnico-políticas de gestión, desde un posicionamiento que sostuvo una apuesta hacia la transformación de este hospital en su carácter de psiquiátrico.

Para ello, se diseñó una estrategia que permitiera enlazar este efector a una red de salud, bajo la modalidad de cambio de perfil prestacional: de monovalente (psiquiátrico) a polivalente (general). De esta manera, se instalan las problemáticas de salud mental en el campo de la salud. Son ineludibles, en este sentido, los conceptos de integralidad, red de salud e interdisciplina, para otorgar otro estatuto al hospital psiquiátrico, cuya función social inexorable es el encierro.

Palabras clave

- Gestión en Salud;
- Prácticas interdisciplinarias;
- Salud mental;
- Integralidad en Salud

Summary

This document is intended to account for a management experience at the Dr. Emilio Mira y López Hospital in the city of Santa Fe, Argentina, whose direction was carried out by an interdisciplinary team in the period ranging from 2013 to 2019. Period in which institutional interventions and technical-political management actions were implemented, from a position of transforming the hospital in its psychiatric aspect.

For this, a strategy was designed that would allow linking this institution to a health network, with the purpose of changing its service profile: from single-service (psychiatric) to multipurpose (general). Situating in this way, mental health problems in the field of health. So the concepts of integrality, health network and multi-discipline become unavoidable to grant a different status to the psychiatric hospital, whose inexorable social function is confinement.

Keywords

- Health management;
- Interdisciplinary practices;
- Mental Health;
- Integrality in Health

Introducción

Esta propuesta de gestión interdisciplinaria, desde una perspectiva de transformación hospitalaria, supone, en primer lugar, la construcción de un equipo de gestión colegiado o gestión centrada en equipos de salud (De Sousa Campos, 2021). Requiere, asimismo, la elaboración de una estrategia que se oriente hacia la puesta en acto de una acción política que logre un desplazamiento del poder, centralizado en ciertos sectores/ actores, en una institución organizada bajo una lógica verticalista hospitalocéntrica que, en el caso del Hospital Mira y López, se sostiene anclado en un modelo médico hegemónico de atención psiquiátrica.

Para ello, de acuerdo con lo señalado por M. Testa (2020), será necesario contar con ciertos contenidos específicos de planificación pero, también, se requiere implementar acciones que permitan obtener alianzas, consenso y que abran la discusión. “Se trata de hacer o intentar hacer” (Spinelli, 2010: 289), de habilitar la circulación de la palabra, de usuarios y usuarias y de trabajadores y trabajadoras. Se trata de interpelar los procesos de atención y de cuidados, los tratamientos, las prácticas, los saberes que circulan respecto de los padecimientos de salud mental pero también –y fundamentalmente– sus discursos.

Se observan discursos desplegados en una estructura institucional de carácter totalitario (Goffman, 1961) que, en sus construcciones arquitectónicas destinadas a las salas de internación psiquiátrica monovalente, con sus emplazamientos interiores y exteriores, distribuyen los espacios e imponen un ordenamiento disciplinar de los cuerpos que las habitan y producen, por consecuencia, prácticas desubjetivantes.

Consiste en un dispositivo que permite advertir el engranaje “de un mecanismo de control-sujeción de la locura” (Foucault, 1977: 62). No obs-

tante, no se da solo a través de su fisonomía (Spadaro, 2009), sino también en el devenir cotidiano que hace a un funcionamiento institucional normativizado, regulado, administrado.

El Hospital Dr. Emilio Mira y López, desde su geografía, enuncia una posición estratégica determinada. Emplazado hacia el noroeste de la ciudad capital de la provincia de Santa Fe, fue creado en 1943 como hospital psiquiátrico. En sus dimensiones cartográficas, hacia el norte, se encuentra el Hospital Protomédico, fundado en el año 1945, como un establecimiento orientado hacia la atención de personas con lepra. A unas pocas cuadras, frente al Hospital Mira y López, otro efector, el Hospital Sayago, inaugurado en los años sesenta, como institución destinada a la atención de personas que padecían tuberculosis. Hacia el año 1979, la Cárcel de las Flores fue situada en un emplazamiento lindante con el Hospital Mira y López.

Todas ellas son instituciones ubicadas, por aquel entonces, en una periferia que trazaba los contornos de una ciudad capital. Se encontraban al margen, distantes del desarrollo urbanístico con mayor concentración poblacional, en un territorio delimitado, alejado, que separaba y agrupaba bajo mecanismos de control socio-político: las pestes, la locura y la delincuencia.

No obstante, frente al crecimiento demográfico de la población, este norte de la ciudad se fue expandiendo. Se incrementó la demanda de atención en salud, según otras necesidades poblacionales. Tanto es así que el Hospital Sayago y el Hospital Protomédico poco a poco transformaron sus perfiles prestacionales, y se aggiornaron a esa demanda. Dejaron atrás la monovalencia, y abrieron una oferta de servicios de hospitales generales de 2° nivel de atención, con una mediana complejidad. Sin embargo, el Hospital Mira y López, pese a los intentos e intervenciones institucionales de transformación, se resiste e insiste en su nominación fundante. Se reafirma en su carácter psiquiátrico, y de este modo se fragmenta del campo de la salud.

El campo de la salud mental se configuró como una especificidad dentro del campo de la salud, a la vez que se ha ido desprendiendo de este último. Ha demarcado un límite, no solo técnico, a la concepción reduccionista biologicista de la enfermedad. Se diferenció como tal, además, al ser atravesado por mandatos socio-culturales y políticos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). El concepto de campo (Bourdieu y Wacquant, 1995: 64) permite entender este escenario como una red o configuración de relaciones entre distintas posiciones, en una trama en la que hay luchas y hay historia. La dinámica con la que operan distintas instancias legislativas, los saberes y sus prácticas, los discursos, entre otras, definirán y producirán efectos en estas mismas instancias y, por consecuencia, en el campo mismo de la salud. Como resultado, se observarán avances, detenimientos o retrocesos de procesos tendientes hacia una transformación, en un territorio en movimiento permanente, entre continuidades y rupturas, no sin complejidades, tensiones, contradicciones (Aita, 2016: 24).

*Movimientos históricos, entre el hospital psiquiátrico y el hospital general*¹

Desde la fundación del hospital a la actualidad, se pueden ubicar varias intervenciones tendientes a la transformación del Hospital Mira y López, tanto en relación con los modelos de gestión hospitalaria como en lo relativo a las prácticas. Esto da cuenta de avances, movimientos, resistencias y retrocesos. Son disputas que en tensión sostuvieron –y sostienen– dife-

¹ Tomado de un documento elaborado por la licenciada Agustina Quiroz (2017), quien fuera supervisora de enfermería y cumplió funciones como representante de los no profesionales en el Consejo de Administración en el Hospital Mira y López (2008-2017). Título original: "Reseña histórica. Hospital Mira y López". Este escrito fue modificado con su autorización, para su presentación.

rentes perspectivas en los modos de entender y dar respuestas a las problemáticas en salud y en salud mental.

Entre los años 1938 y 1939, los responsables de la Sanidad de la provincia de Santa Fe elaboraron un Plan Orgánico de desarrollo de instituciones hospitalarias, con un sistema de Atención Médica regionalizada y coordinada (aprobado por la Ley Provincial 2608) que dio origen a la creación, distribución y construcción de hospitales rurales en toda la provincia. En su Capítulo IV, Art. 13, se autoriza la creación de dos Colonias de Alienados de 200 camas cada una, que estarían ubicadas en las inmediaciones de las ciudades de Santa Fe y Rosario.

En el año 1940, se inscribe el acto fundacional del hospital psiquiátrico Dr. E. Mira y López, nombre propio donado por un médico psiquiatra español en su breve paso por la institución.

Entre 1943 y 1946, se habilitaron consultorios de otras especialidades médicas, en respuesta a una demanda poblacional. Se trató de los primeros atisbos de polivalencia en este efector, en el que paralelamente se fortalecía la estructura psiquiatría manicomial. Tal es así que, en el año 1966, mediante la Ley 5961, se autorizó la construcción de un pabellón destinado a la atención de menores enfermos mentales, lo cual dio lugar a la inclusión de profesionales con conocimientos especializados en psicología y psiquiatría infantil y adolescente.

Recién a partir del advenimiento de la democracia en Argentina, desde el año 1983 en adelante, el hospital comienza a abrir sus puertas a la comunidad, ofreciendo los servicios de distintas especialidades (no solo las inherentes al campo de la salud mental).

Con influencias de la corriente de Franco Basaglia², se materializa una

2 Franco Basaglia inicia desde Italia, a partir de los años sesenta, un movimiento de reforma y transformación del sistema sanitario de salud mental, bajo la premisa de “la destrucción del hospital psiquiátrico como lugar de institucionalización” (Giannichedda, 2008).

serie de acciones en consonancia con ese espíritu reformista. Se sacan los tejidos perimetrales de los pabellones de internación, y se quitan trabas y llavines que aseguraban el encierro de pacientes y trabajadores/as durante toda su jornada laboral.

Ciertas prácticas manicomiales³, como la terapia electro convulsiva o los abscesos de fijación, dejaron de utilizarse como parte del tratamiento para personas internadas. Por ese entonces, a los y las pacientes se les permitía circular por el predio del hospital, siempre bajo la mirada del personal de enfermería. Por esos años, se incorporaron a la institución terapistas ocupacionales, que realizaban salidas terapéuticas y actividades recreativas junto con los y las pacientes.

Las piezas de aislamiento o “boxes” (cuatro por pabellón, donde permanecían pacientes que presentaban cuadros de excitación psicomotriz) fueron reestructurados para un servicio de odontología y sala de urgencia habilitó tres especialidades: pediatría, psiquiatría y clínica médica. En 1984, el hospital se transformó en hospital base referencial, con 11 centros de salud, ubicados en distintos barrios que componían su área programática. En diciembre de 1990, se crea el centro de día para niños con discapacidad mental profunda. En 1994, mediante la Ley 10608, el hospital se transforma en descentralizado y es conducido por un Consejo de Administración. Es de notar que entre demandas de la comunidad, lineamientos político-sanitarios y ciertos intereses sectoriales, a lo largo del tiempo se edificó sobre los cimientos del hospital psiquiátrico una construcción que anexa, sin integrar, diversas especialidades de salud.

En el escenario provincial, un hecho relevante es la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental 10072, en el año 1991, reglamentada en 2007.

3 Prácticas represivas, opresivas, realizadas en condiciones de internación. Prácticas alienistas, que bajo fines curativos y terapéuticos, ejercían control, disciplinamiento y castigo (Faraone *et al.*, 2009).

Esta ley plantea una ruptura en la lógica de la asistencia psiquiátrica tradicional, al impulsar una nueva organización en el sistema de atención, con la creación de dispositivos sustitutivos de salud mental. En la ciudad de Santa Fe, algunos de ellos se encuentran emplazados geográficamente en el predio del Hospital Mira y López. Algunos fueron de breve funcionamiento; otros, se sostienen hasta la actualidad.⁴

Esta reorganización hospitalaria, si bien provocó la sustitución del hospital psiquiátrico de la mano de los dispositivos sustitutivos, derivó, con el tiempo, en una fragmentación institucional que arrojó como resultado la convivencia de tres hospitales que cohabitaban en un misma institución: el psiquiátrico y los dispositivos sustitutivos; la pediatría y los dispositivos de atención a niños y niñas con diferentes problemáticas (centro de día, unidad de rehabilitación); y el hospital general. Contaba con una internación pediátrica que disponía de 16 camas, tres especialidades de guardias para la atención de urgencias –clínicas, pediátricas y de psiquiatría–, además de servicios de atención ambulatoria (psiquiatría adultos, paidopsiquiatría, psicología adultos, psicología infante/juvenil, clínica médica, cardiología, neurología y odontología), estudios complementarios (radiología, laboratorio, EEG) y, a partir del año 2016, se incorporó atención de ginecología de segundo nivel de complejidad, orientada a dar cumplimiento a la legislación vigente que garantiza en derecho a la ILE/IVE.

4 A partir de la segunda mitad de la década de 1990, se conforma un colectivo de gestión de la Colonia de Oliveros, desde el que se gesta un proyecto de Sustitución de Lógicas Manicomiales. A partir de 2003, se asume la Dirección Provincial de Salud Mental. Esta categoría de “sustitución de lógicas manicomiales” da cuenta de un posicionamiento clínico-político que afirma que el manicomio no solo se ubica en sus muros, sino que se sostiene por múltiples determinantes y agentes de reproducción (Faraone y Valero 2013: 62).

Intervenciones técnico-políticas de gestión (2013-2019)

La conformación de un equipo interdisciplinario a cargo de la dirección del Hospital Mira y López significó una primera instancia de intervención institucional, en el sentido de asumir una posición que plantee una ruptura, con una lógica histórica de conducción hospitalaria verticalista, sostenida desde un modelo médico hegemónico, en un organigrama estructural administrativo de funcionamiento, puesta a cuenta de un médico director psiquiatra.

Con el propósito de interpelar un modo organizativo taylorista⁵, se habilitaron espacios de participación, de debate y de discusión, así como instancias de circulación de la palabra y despliegue de la escucha. Se trata de procesos que instan a valorizar la dimensión sujeto –el ser humano– que implica una democratización del poder (De Sousa Campos, 2021), lo cual opera un desplazamiento del tener al poder-hacer. En una producción de una democracia ampliada que, en la conformación de equipos de trabajo, participó cada saber disciplinar o cada saber hacer, hacia la construcción de un objetivo en común, sin perder de vista el horizonte de transformación del hospital psiquiátrico.

En este sentido, y en relación con las salas monovalentes de internación de adultos y adultas, se realizó una propuesta, que fue parte de una elaboración colectiva de trabajadores y trabajadoras de salas de internación, equipos interdisciplinarios y equipo de dirección. Esta propuesta fue revisada, evaluada y modificada en el proceso de implementación.

5 Método de organización de escuelas, fábricas, empresas y hospitales. “Se adjudica la tarea de administrar a las personas como si ellas fueran instrumentos, cosas o recursos, objetos despojados de voluntad o de proyecto propio. Forma parte de la cultura tradicional de la mayoría de las escuelas de Administración con el objetivo explícito de disciplinar al trabajador...” (De Sousa Campos, 2021: 53).

Comprendió dos aspectos: un nuevo organigrama funcional, que produjo un pasaje de las jefaturas de sala (médico/a psiquiatra jefe/a de sala) a la conformación de dos equipos interdisciplinarios. Uno de ellos para la atención y cuidados⁶ de personas en crisis subjetiva y otro para el acompañamiento de personas en su inclusión a la comunidad.

El segundo aspecto, comprendió un cambio en la modalidad de atención. De una lógica de atención hegemónica, predominantemente psiquiátrica, hacia una organización de un sistema por cuidados progresivos.⁷

Estas dos dimensiones necesariamente se entrecruzan, porque se apuesta al cambio de lógica con la que operan los procesos de atención. Ya que no basta con dotar con profesionales de distintas disciplinas las áreas de trabajo, si se repiten las mismas lógicas, que se tratan de modificar. En este sentido, el equipo de dirección operó como terceridad, que permitió el enlace con distintas áreas, servicios y disciplinas para el abordaje de situaciones. Se dio la participación semanal en pases de sala, se acompañaron algunas estrategias de cuidados y la elaboración de lineamientos clínicos, tanto en abordajes de urgencias como de aquellas situaciones que requerían de una inclusión comunitaria.

Asimismo, fue reformulada la estructura edilicia de los pabellones de internación, a fin de sustituir un sistema de atención manicomial, por la constitución de habitaciones, que diferencien niveles de cuidados y brinden una mayor privacidad durante la internación. Fue posible la ejecución de la primera etapa de una obra, en la que se diseñaron salas para la atención de urgencias, en un espacio diferenciado del que ocupaban aquellas personas que estaban alojadas en el hospital, de larga data de estadía.

⁶ El concepto de cuidado/s pone el acento en acciones integrales con sentidos y significados que apuntan a la salud como un derecho y que orientan las prácticas en este sentido (Faraone y Barcala, 2020).

⁷ Directrices Organización y Funcionamiento de Internación Modelo de gestión por Cuidados Progresivos. Ver <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res2547-1.pdf>

Los objetivos trazados se orientaron a reducir la población de personas internadas de manera involuntaria o voluntaria y que la internación sea lo más breve posible (hasta tanto cese la crisis). A su vez, se enfatizó en la externación y la inclusión social comunitaria, con una perspectiva de anclaje intersectorial y territorial. Incluyó a referentes locales, barriales, vínculos significativos que permitan, en este acompañamiento, la recuperación de cierta autonomía e independencia conforme a distintos niveles de apoyo que los usuarios y usuarias requieren.

Se redefinieron, en este sentido, las prácticas de cuidado en internación, con la revisión de diagnósticos y la elaboración de estrategias terapéuticas ampliadas, que dieron lugar al consentimiento del usuario o usuaria. De esta manera, se les hizo parte de su proceso de atención. Del mismo modo, los tratamientos psicofarmacológicos fueron enmarcados en una visión integral de cada persona, al ser solo un aspecto del cuidado y no la única terapéutica posible. Esto impulsó y favoreció “procesos desintitucionalizadores” (Rotelli, 1996: 172).

El cambio de perfil prestacional. De hospital psiquiátrico a hospital general

El criterio de implementación de una estrategia de cambio de perfil prestacional –de monovalente a polivalente– supuso otra intervención técnico-política desde el equipo de gestión, sin otro argumento más que la transformación del hospital psiquiátrico, según Resolución Ministerial 0796 del 3 de junio de 2015, que inscribe el Hospital Mira y López como hospital general de 2º nivel de complejidad.

Esto permitió incluir a este efector en la red de salud y, en particular, en

la reorganización de los efectores de la región norte de la ciudad de Santa Fe, junto al Hospital Sayago, el Hospital Protomédico y los centros de salud del 1° nivel de atención.

La pediatría del Hospital Mira y López fue referente en la región norte de la ciudad de Santa Fe, con un 2° nivel de complejidad. Formó parte de la red de atención pediátrica, junto con el Hospital O. Alassia y el Hospital Iturraspe, que cuentan con un 3° nivel de complejidad.

A partir del año 2014, se creó un dispositivo que aloje en la internación pediátrica a niños, niñas y adolescentes que transiten una crisis subjetiva y requieran de una internación transitoria. Para tal fin, además de una reestructuración edilicia, se conformó un equipo interdisciplinario que, en una lógica de red, pudiera articular intervenciones con los otros efectores de internación de niños, niñas y adolescentes a través de sus equipos de salud. Se pensó un abordaje interinstitucional e intersectorial que incluyera las problemáticas de salud mental, como parte del abordaje integral, en los procesos de atención y cuidados de niños, niñas y adolescentes.

La definición de dispositivo de red, propuesta por M. Rovere (2006), permite fundamentar la idea de una refuncionalización de la red de salud, que incluya la salud mental en los circuitos de atención conforme con los lineamientos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental 26657, que propone la atención en servicios de salud y la internación en hospitales generales.

Esto supone, también, una inversión de la pirámide de salud, que sostiene en su eje el hospitalocentrismo. En consonancia con ello, se llevó adelante una descentralización de profesionales, en particular de psiquiatras y enfermeros, hacia otros hospitales generales y centros de salud de la ciudad de Santa Fe y de otras localidades. Esta intervención persiguió el objetivo de favorecer la accesibilidad de la atención, en otros efectores de

salud, a personas que transiten una problemática de salud mental. Este hecho fortaleció el primer nivel de atención, pero también interpeló la mirada hospitalocéntrica de las prácticas centradas en torno al hospital psiquiátrico.

Se trató de movimientos que acarrearán resistencias, las de los hospitales generales, “que no estaban preparados para alojar padecimientos subjetivos”, y las del mismo Hospital Mira y López, en las que cobraban entidad las fantasías de vaciamiento y cierre hospitalario, lo cual obstaculizaba, desde diferentes vías, este proceso.

En el mismo sentido, con relación a los dispositivos sustitutos de salud mental, la apertura de un nuevo dispositivo fue la antesala del cierre de un hospital de día, que fuera creado en el año 1995 y que funcionaba en el Hospital Mira y López. Las razones que fundamentaron su sustitución, argumentan, estuvieron vinculadas con una cronificación de las personas que allí concurrían, bajo tratamientos prolongados exclusivamente psiquiátricos, sin sostener articulación alguna con la red de inclusión social comunitaria, en función de un modelo de atención asistencial, custodial, tutelar y hospitalocéntrico psiquiátrico.

Por otra parte, un movimiento *hacia afuera* del Hospital Mira y López tuvo que ver con la creación de otro dispositivo que dio lugar a la puesta en funcionamiento de una cantina, de un Emprendimiento Productivo en el CEMAFE (Centro Médico Ambulatorio de Santa Fe). Esto habilitó otra circulación social de usuarios y usuarias, así como de trabajadores y trabajadoras del emprendimiento. Se dio una apertura a otros lazos, a otros modos de enlazarse, en la trama social comunitaria y en la red de salud.

Aproximaciones finales

Marc Angenot afirma: “no hay, nunca hubo, emergencia de un lenguaje nuevo perfectamente acabado en la cabeza de nadie; no hay, en la historia de los discursos y de las ideas, rupturas (epistemológicas o de otra clase) francas o irreversibles”. Encontrar un lenguaje otro, que formule un paradigma heterodoxo, acarrea como condición hacer pie en “construcciones admitidas por la época”, no sin conflicto, no sin tensión, que resulta como emergente de la “coexistencia entre lo legitimado y lo inaudito” (1998: 44). La perspectiva de transformación del paradigma de atención psiquiátrica en el Hospital Mira y López que se analiza en este trabajo (durante el período 2013-2019) implicó sostener una apuesta: interpelar lo instituido, tensionar los límites de ese imposible, desarmar y desandar discursos alienantes. Se trata de una apuesta que se sostuvo en una posición ética y política, desde la cual *lo inaudito* motorizó la deslegitimación de lo instituido.

Supone un camino hacia una deconstrucción (Derrida y Caputo, 2009) que habilite a construir otras categorías nominativas, subjetivantes, otras prácticas. A la vez, operó como un mecanismo que tuvo como objetivo suturar, anudar la consecuente fragmentación acontecida por el devastador efecto del psiquiátrico.

Pensar y hacer otra salud, tal como plantea H. Spinelli (2010), es imposible sin la participación de los trabajadores y trabajadoras. Es necesario, además, un enfoque que permita deconstruir ciertas estructuras del campo de la salud, y que dé lugar a otras lógicas y a otros procesos que incluyan principalmente usuarios y usuarias. En este sentido, únicamente las acciones de gobierno o de gestión, en tanto lineamientos unilateralmente traducidos en acciones políticas, resultan insuficientes.

Desde esta lógica, la noción de redes (Rovere, 1999) es un concepto que

sirve a los fines de dar cuenta de nuevas formas de vincularse intrainstitucionalmente, pero también resulta necesario para establecer una posible articulación con otros efectores en la red de salud y hacia la comunidad. El cambio de perfil prestacional (de monovalente a general) resultó una estrategia tendiente a ello. Esta estrategia se sostuvo desde la conformación de un equipo interdisciplinario de gestión.

La interdisciplina (Stolkiner, 1999) puesta en juego en el encuentro de discursos disciplinares permitió establecer, desde una mirada epistemológica, un contrapunto con los criterios de causalidad lineal, frente a las problemáticas de salud y de salud mental. A la vez, impulsó y sostuvo metodológicamente la construcción de equipos de atención en las salas monovalentes de internación de adultos y en la unidad de internación pediátrica, como así también en dispositivos sustitutivos de salud mental. Esto se da en el marco de una interdiscursividad de la que deviene la interdisciplina como categoría política que traduce esta experiencia, desde acciones de gestión a intervenciones, entre continuidades y rupturas, avances y tensiones, disputas y resistencias. En un pretendido horizonte de transformación, que aun sin la suficiente potencia instituyente para con-mover el engranaje de la estructura psiquiátrica, logró trazar, sin embargo, procesos desinstitucionalizadores.

Agradecimientos

A Natalia Zualet, Cecilia Fernández, Manuel Ferreira, sin quienes no hubiera sido posible sostener esta apuesta.

A Ana Cecilia Ausburger, quien acompañó estas letras.

Bibliografía

Aita, M. (2016). *Continuidades y rupturas del modelo manicomial en el dispositivo alternativo de residencias compartidas de la Ciudad de Santa Fe. Argentina (2014-2015)*. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.

Angenot, M. (1998). *Interdiscursividades. De hegemonías y disidencias*. Córdoba: Editorial Universidad Nacional de Córdoba.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México, D. F.: Grijalbo.

De Sousa Campos, G. W. (2021). *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*. Argentina: Cuadernos del ISCo / Salud colectiva.

Derrida, J. y Caputo, J. (2009). *La deconstrucción en una cáscara de nuez*. Buenos Aires: Prometeo.

Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.

Faraone, S.; Valero, A.; Bianchi, E.; Mantilla, J. y Tamburrino, C. (2009). El proceso de desinstitucionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de*

Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Faraone, S. y Valero, A. S. (2013). *Dilemas en salud mental: sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Foucault, M. (1977). El juego. *Revista Ornitar*, 10, 62.

Giannichedda, M. G. (2008). Las conferencias en Brasil en el recorrido de Franco Basaglia. En F. Basaglia. *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio*. (pp.10-12). Buenos Aires: Topía Editorial.

Goffman, E. (1961). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Rotelli, F. (1996). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Rovere, M. (1999). *Redes en Salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Rovere, M. (2006). *Redes En Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte

Spadaro, P. (2009). El gobierno de los 'locos'. Tecnologías de poder en tensión en el servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio Mira

y López. *Cuadernos de Ideas*, (4)4. <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/1405>

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n3/275-293/es>

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista El Campo Psi*. <https://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista argentina de psiquiatría*, 23, 57-67.

Testa, M. (2020). *Pensar en Salud*. Lanús: Ed. Universidad Nacional de Lanús.

Mariela Aita, "Proceso de gestión interdisciplinaria en el Hospital Dr. Emilio Mira y López, desde una perspectiva de transformación del paradigma de atención psiquiátrica". *Revista Salud, Educación y Sociedad*. Volumen 3, número 1, marzo 2024, pp. 5-14.

Enseñanza de la Medicina centrada en el sujeto: reflexión sobre el consumo problemático de sustancias

Subject-Centered Medical Education: Reflection on Problematic Substance Use

Autores/as

Ana Inés Illanes - anainesillanes@gmail.com -

Médica especialista jerarquizada en Medicina Familiar. Profesora asociada de Medicina. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Lucas Agüero - lucasaguerocs@gmail.com -

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

Pedro Silberman - psilberman@uns.edu.ar -

Doctor en Ciencias Médicas. Magister en Salud Pública. Profesor asociado de Medicina. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Argentina. Centro de Salud Colectiva del Sur, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur

RECIBIDO 10/07/2023

ACEPTADO 31/08/2023

Resumen

Introducción. Son conocidas las representaciones que supone el consumo de sustancias en el imaginario social. Estas representaciones han sido reforzadas históricamente por la mirada patologizadora adoptada desde la biomedicina.

A partir de un caso de seguimiento clínico en la comunidad de una mujer de 31 años con consumo problemático de sustancias, desde un enfoque de enseñanza-aprendizaje centrada en los sujetos, que busca contemplar todas las dimensiones posibles que atraviesan y condicionan sus circunstancias actuales, este trabajo se propone reflexionar sobre los modelos que se ponen en tensión en el abordaje de esta problemática. A su vez, pretende analizar aquellos modelos que se muestran como superadores en la actualidad.

Discusión. Los distintos modelos enmarcados en el paradigma prohibicionista se han mostrado incapaces de brindar soluciones concretas a la problemática desde finales del siglo XIX. En los últimos años, el desarrollo del modelo de abordaje integral comunitario, mediante una perspectiva integral, devuelve la centralidad a las personas y sus comunidades. Así, favorece el empoderamiento de los sujetos a través de la participación social y la generación de cuidados.

Conclusión y comentarios finales. El enfoque de aprendizaje-enseñanza centrado en los sujetos favorece la reflexión y re-

definición de los modelos de atención, al mismo tiempo que permite una mejor comprensión de la dimensión de cuidados como objeto del trabajo médico. En este sentido, propicia la producción de salud y autonomía con los sujetos y la comunidad en la que se desarrollan.

En línea con este enfoque, se identifica como propuesta válida y superadora para el caso clínico desarrollado el modelo integral comunitario enmarcado en una perspectiva de derechos.

Palabras clave

- Consumo problemático de sustancias;
- Modelo de abordaje integral comunitario;
- Reducción de riesgos y daños;
- Enseñanza de la medicina

Summary

Introduction. The representations of substance use in the social imaginary are well known. These have been historically reinforced by the pathologizing view adopted by biomedicine.

Based on a case of clinical follow-up in the community of a 31-year-old woman with problematic substance use, from a teaching-learning approach centered on the subjects that seeks to contemplate all possible dimensions that cross and condition their current circumstances, it is proposed to reflect on the models that are put under tension in the

approach to this problem and to analyze those that are currently shown as overcoming it.

Discussion. The different models framed within the prohibitionist paradigm have proved incapable of providing concrete solutions to the problem since the end of the 19th century. The development in recent years of the comprehensive community approach model, through a holistic perspective, puts people and their communities back at the center, favoring their empowerment through social participation and the generation of care.

Conclusion and final comments. The subject-centered learning-teaching approach favors reflection and redefinition of care models, while allowing a better understanding of the care dimension as the object of medical work, favoring the production of health and autonomy with the subjects and the community in which they develop.

In line with this approach, the integral community model framed in a rights-based perspective is identified as a valid and surpassing proposal for the clinical case developed.

Keywords

- Problematic substance use;
- Integral community approach model;
- Damage and risk reduction;
- Medical education

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad, las comunidades se han vinculado con las sustancias psicoactivas de diversas formas. Durante siglos, fueron usadas por personas significativas dentro de la comunidad, en el marco de prácticas culturales bien definidas, en su mayoría de tipo religioso, festivo o curativo de las que la comunidad participaba, en ceremonias que comprendía y compartía. Recién hacia finales del siglo XIX, con el surgimiento de la sociedad moderna y su estructuración en torno a las grandes urbes, esta práctica universal comenzó a percibirse como fuera de la norma (Romaní, 1999: 53).

Esto no se limitó a las sustancias que pasaron a agruparse bajo el concepto de “drogas”, sino también a aquellas personas que hacían uso de ellas. De esta manera, se dio inicio al control y prohibición de algunas sustancias y a la “normalización” de otras, a través de marcos normativos y regulatorios.

Esta discriminación entre sustancias consideradas legales o ilegales dio origen a representaciones sociales que permanecen fuertemente arraigadas en la sociedad actual.

La carrera de medicina en la Universidad Nacional del Sur plantea la formación médica a partir de una mirada integral del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) y su abordaje desde una perspectiva cuyo centro es el sujeto, sus padecimientos y sus contextos (Silberman y Buedo, 2019).

La estrategia de enseñanza-aprendizaje de cuidados longitudinales pretende la integración de los conocimientos adquiridos durante la cursada de la carrera, y se operativiza mediante un proyecto terapéutico singular (PTS), entendido como “un movimiento de coproducción y cogestión

del proceso terapéutico de un sujeto singular, individual o colectivo, en situación de vulnerabilidad” (Oliveira, 2008: 275).

A partir de la premisa de que el uso que la sociedad hace de las sustancias no puede ser entendido al margen de las representaciones existentes sobre ellas y, menos aún, por fuera del funcionamiento propio de la sociedad, en el presente trabajo nos proponemos como objetivo reflexionar acerca de los paradigmas y modelos que se ponen en tensión en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, en función de la descripción de un caso real de seguimiento clínico.

Caso clínico

Se realizó un seguimiento clínico longitudinal durante 8 semanas a una mujer de 31 años y su familia en un barrio de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. Como antecedentes, durante su último embarazo había desarrollado hipotiroidismo y preeclampsia. Esta última derivó en una cesárea de emergencia a las 32 semanas de gestación.

Durante los encuentros, se identificó una historia de policonsumo de sustancias psicoactivas de larga data tanto de la usuaria como de su pareja, incluso durante su último embarazo. También se identificaron situaciones de violencia intrafamiliar y en el entorno comunitario.

A partir de la detección del consumo de sustancias durante su último embarazo, desde el sistema de salud se realizó el abordaje a través de un espacio psicoterapéutico en un centro de salud de proximidad, que fue discontinuado por la usuaria luego de algunas semanas. Al momento del seguimiento clínico, la usuaria se encontraba durante el período de lactancia materna, y sostenía el consumo de sustancias. A partir de esta si-

tuación, la usuaria identificó como prioridad la búsqueda de alternativas, con el fin de evitar los diferentes riesgos derivados del pasaje de sustancias a través de la leche materna.

El abordaje se estructuró en un PTS que incluyó el desarrollo de un primer espacio de escucha para acompañar y conocer las representaciones sobre el uso de sustancias de la usuaria y su familia, así como las redes de contención existentes, que permitiera posteriormente poder singularizar las actividades para dar respuesta a la problemática.

En una segunda instancia, en función del tiempo limitado del seguimiento clínico, se priorizó la revinculación de la usuaria con el sistema de salud a través de la unidad sanitaria de referencia, lo cual favoreció un trabajo en conjunto con los profesionales de salud y la usuaria, donde se evaluaron las diferentes alternativas, su factibilidad y la posibilidad de brindar un seguimiento longitudinal a través de la unidad.

Discusión

Desde finales del siglo XIX hasta la actualidad se han erigido diferentes modelos teórico-prácticos para dar respuesta a la problemática. Muchos de ellos coexisten y se superponen en la actualidad.

El ejemplo más vivo de esto es el modelo ético-jurídico, orientado a reducir mediante la penalización tanto la oferta como el consumo de aquellas sustancias consideradas ilegales. De esta manera, se criminaliza a las personas consumidoras y se las transforma en delincuentes. Este modelo se pone en marcha en un contexto de auge de la sociedad mercantilista y la expansión del modelo médico-sanitarista por fuera de su campo tradicional de acción, sobre los espacios de la vida cotidiana de las personas.

Esta óptica se ha robustecido desde entonces, hasta la actualidad, y se conoce como medicalización (Menéndez, 1988).

Es quizá en la biomedicina que el incipiente paradigma prohibicionista halló su mayor respaldo. Según la lógica de la epidemiología clásica, se catalogó a las personas consumidoras como “enfermas” y a las sustancias como agente causal. Con ello, se las transformó en objeto de intervención sanitaria.

Como sostiene, Touzé (2006), bajo el dominio de este modelo, al “adicto” se lo considera peligroso, violento, tanto para sí mismo como para terceros. Sus acciones van en desmedro de su estado de salud.

Esta perspectiva se estructura en torno a la idea de sustancia como un problema en sí mismo, al hacer hincapié en su composición, en el hecho de si es legal o no y los daños que genera a nivel orgánico, con una mirada estrictamente biologicista y fragmentada. De esta manera, la persona queda relegada a una posición pasiva. Necesita ser ayudada o rescatada de manera individual, mediante internaciones que aislen al sujeto de dicha sustancia con el objetivo de lograr la abstinencia.

La vigencia de este paradigma a lo largo de los años se vio respaldada gracias a intervenciones con un fuerte carácter punitivista que tuvieron su punto cúlmine en la declaración de prohibición total de sustancias por parte de las Naciones Unidas en el año 1961 y la posterior “guerra contra las drogas” en 1974 (Menéndez, 2012).

La perspectiva que ofrece el tiempo dejó al descubierto la incapacidad de este modelo de dar soluciones efectivas a la problemática. El intento por disminuir los niveles de producción y consumo al declarar la ilegalidad de estas sustancias favorece tanto el incremento del consumo como de la morbimortalidad, especialmente en los sectores más vulnerables de la sociedad, donde las políticas prohibicionistas vieron potenciado su efec-

to negativo, no solo por el consumo de sustancias de baja calidad sino también por un paulatino alejamiento de las personas consumidoras del sistema de salud, producto de la creciente estigmatización y criminalización del consumo (Menéndez, 2012).

En este sentido, los resultados del estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas del año 2017 en Argentina reflejan un marcado incremento en el consumo reciente de las sustancias consideradas ilícitas. Pasó del 3,6% en el año 2010 al 8,3% en la actualidad. En el caso de la cocaína, mostró un aumento del 100% en la población entre 12 y 65 años, con respecto a los resultados previos (Mitchell y Debortoli, 2023). En la década de 1970, desde la psicología y la sociología emergen nuevos modelos, en los que el eje se desplaza hacia el sujeto y los vínculos que establece con las sustancias. En este sentido, las intervenciones se orientaron a la modificación de conductas. Se dejó de lado la lógica abstenionista, y se desarrollaron acciones que favorezcan el autocuidado y el mejoramiento de las relaciones interpersonales. Posteriormente, el foco de atención se desplazó hacia las condiciones macrosociales, que fueron interpretadas como aquellas causas que impulsarían el consumo.

Los enfoques parciales de estos modelos, en nuestro país, serían integrados por la sociología crítica en una síntesis superadora conocida como modelo ético-social. Se desprenden de estos enfoques elementos claves que nos acercan al modelo que se presenta como superador en la actualidad. Estos enfoques son la apertura al campo de la salud mental, el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos, una visión integral y relacional de la tríada sustancia-persona-contexto y, en especial, la incorporación de los proyectos vitales de las personas, como dimensión central a considerar (Benedetti, 2015). En este sentido, el modelo de abordaje comunitario integral se constituye como contrapunto del para-

digma prohibicionista, dentro del paradigma de reducción de riesgos y daños (Camarotti y Kornblit, 2015).

Si bien las propuestas en relación con los daños, el riesgo y su reducción han seguido una lógica puntual e individualista, en especial desde el sector sanitario, también se han desarrollado bajo este paradigma mecanismos eficaces para su reducción, como los grupos de Alcohólicos Anónimos. Desde hace algunas décadas, la reducción de riesgos y daños se ha abierto como categoría a una perspectiva que incluya centralmente los aspectos estructurales de la problemática y los diferentes actores sociales. Esto se ve impulsado principalmente por grupos de usuarios organizados en torno a la lucha por la despenalización y el derecho al consumo y, en menor medida, por diferentes países a través de organizaciones no gubernamentales (Menéndez, 2012).

En el Cuadro 1 se pueden observar las principales diferencias, tanto conceptuales como operativas de ambos paradigmas.

Cuadro 1

Paradigma prohibicionista	Paradigma de reducción de riesgos y daños
Salud entendida en términos dicotómicos e individuales.	Salud como derecho y bien común, crítica del Modelo Médico Hegemónico.
Centralidad de la sustancia como problema individual.	Enfoque relacional e integral de la tríada persona-sustancia-contexto.
Persona como actor pasivo, objeto de intervención sanitaria.	Persona como sujeto de derechos, actor social activo dentro de las instancias comunitarias.
Relación causal droga-adicción.	Consumo entendido en términos de respuesta-escape de los padecimientos del sujeto.
Abordaje de los consumos como problemática delictiva.	Abordaje de los consumos como problemática en salud, con despenalización del uso de sustancias.
Criminalización y estigmatización del consumidor.	Consumo como derecho, despatologizado, sin desconocer las posibles consecuencias negativas.
Abstinencia como meta a alcanzar.	Modelo de umbral mínimo de exigencia, valoración de logros intermedios. Conocimiento de aspectos positivos y negativos de las sustancias y manejo por el usuario de los efectos negativos, para reducir sus consecuencias.
Internación y aislamiento de la persona como eje central, intervenciones orientadas a modificar pautas de comportamiento.	Fortalecimiento individual y colectivo, mediante la formación de redes comunitarias y desarrollo del sentido de pertenencia. Participación social y ejercicio de derechos.

Fuente: Elaboración propia.

En este punto, es importante mencionar que el intercambio con la usuaria y su familia permitió una mejor comprensión de su trayectoria de vida y de consumos durante el seguimiento clínico. Se identificaron rasgos de los modelos mencionados previamente en las estrategias utilizadas para dar respuesta a la problemática, desde medidas punitivistas con intervenciones en el plano jurídico por la tenencia de sustancias enmarcados en la Ley 23737 de tenencia y tráfico de estupefacientes, abordajes desde los efectores de salud de corte netamente biomédicos, con la abstinencia como meta a alcanzar, como así también rasgos del modelo normativo-moralista mediante la modificación de conductas a través de los espacios psicoterapéuticos (Benedetti, 2015).

El análisis de estas intervenciones permitió reconocer un enfoque centralizado en las sustancias y la búsqueda del autocuidado individual, que prescinde tanto de las dimensiones estructurales como de las experiencias subjetivas de la usuaria, su familia y la comunidad donde se desarrollan, en la que el consumo de sustancias psicoactivas se erige dentro de los procesos de autoatención como estrategia de “aguante” y supervivencia frente a la realidad macrosocial en la que se ven subsumidos (Menéndez, 2018; Breilh, 2013).

En este caso en particular, y en consonancia con lo recogido en la bibliografía actual, la estigmatización propia del consumo de sustancias se ve reforzada doblemente por tratarse de grupos sociales subalternos en un contexto de vulnerabilidad social (Pawlowicz, 2015). Es por esto que el modelo de abordaje comunitario, desde su concepción de integralidad, se muestra como superador en la actualidad, al reconocer la existencia de vulnerabilidades sociales y hacer hincapié en la propuesta de los cuidados ampliados. A su vez, contempla en su desarrollo la complejidad de la problemática desde un enfoque cuyo centro son las relaciones que se establecen entre los procesos subjetivos de las personas, las sustancias

psicoactivas y la particularidad de los contextos socioculturales (Camarotti y Kornblit, 2015). El centro se desplaza entonces hacia las trayectorias de vida no solo personales sino colectivas, desde un enfoque de derechos, donde el consumo se encuentra en estrecha relación con los contextos socioculturales, económicos y políticos de la época (Stolkiner, Vazquez y Quercetti, 2016).

El trabajo en el territorio de la comunidad busca fomentar la participación social de las personas y la generación de redes y organizaciones, al reconocer en ellas las relaciones de poder existentes dentro de dichos marcos.

Este enfoque, orientado a construir espacios de vinculación, encuentro y empoderamiento de los grupos sociales, favorece que sea la comunidad, junto a las instancias estatales pertinentes, la que desarrolle respuestas innovadoras y flexibles, siempre a partir de una demanda de dicha comunidad.

En nuestra búsqueda de propuestas superadoras para el acompañamiento del caso clínico desarrollado previamente, cobran especial relevancia los dispositivos de abordaje territorial de los consumos problemáticos, cuyo fin es generar espacios alojadores, con capacidad de escucha, que recojan las representaciones y saberes propios de la comunidad, que permitan trabajar en la reconstrucción de los lazos y vínculos sociales. En ellos, se prioriza, por encima del modelo abstencionista, un modelo de exigencia mínima mediante un trabajo progresivo que contemple las singularidades y los tiempos propios de cada persona (Pawlowicz *et al.*, 2013).

Estos dispositivos han tomado forma a partir de la implementación del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, en el cual los se define como “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente (...) la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales (...)” (Boletín Nacional, 2014). A su

vez, se han delineado a partir de la posterior Ley de Salud Mental 26657. Ambas iniciativas abren la interpretación de los consumos problemáticos, como procesos altamente variables y heterogéneos, en profunda relación con la trayectoria de vida de los sujetos (Touzé, 2006).

Las experiencias conocidas en torno a los diferentes dispositivos orientados a prevenir y reducir los daños del consumo nos hablan de su gran capacidad de generar cuidados, al favorecer una mayor confianza, pertenencia y horizontalidad, lo que se traduce en mejores resultados y mayor bienestar de las personas (Guerrero *et al.*, 2017).

Dentro de los dispositivos se destaca un enfoque interdisciplinario que incorpora a través del rol de operadores socioterapéuticos a personas ex-consumidoras de sustancias, quienes, desde su experiencia de vida, comprenden el padecimiento de la persona, acompañan, interpelan y fomentan el desarrollo de nuevas visiones sobre cómo vivir, planificar el futuro, y nuevas formas de relacionarse con sus pares, su familia y la comunidad a partir de sus propias capacidades (Pawlowicz *et al.*, 2013; Kern, 2022).

En esta misma dirección, nuevas experiencias a partir de la implementación de la guía de lineamientos para abordar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de géneros y diversidad recogen la metodología de los grupos de apoyo mutuo. Esto genera espacios conformados por mujeres como potenciadores de la participación social, lo cual permite visibilizar e interpelar las representaciones y prácticas propias del consumo en las mujeres (Strambach *et al.*, 2023).

En estos grupos, el clima de confianza, seguridad, escucha y, más aún, el rol protagónico que adoptan sus integrantes en los procesos, marcan su utilidad, en una población que se ve doblemente estigmatizada por los mandatos hegemónicos que consideran incompatibles el consumo y el rol de la mujer como cuidadora en su entorno familiar y comunitario, lo

que se constituye frecuentemente en una barrera en la accesibilidad a los dispositivos destinados a tal fin (Romo Avilés, 2005).

Conclusión y comentarios finales

A la luz de los importantes avances obtenidos en el esfuerzo colectivo por dejar atrás los aspectos negativos del paradigma prohibicionista, consideramos de gran utilidad los aportes generados en el campo de la salud colectiva a través del modelo integral comunitario, que ha demostrado ser capaz de dar respuestas innovadoras y concretas en el escenario actual de consumo problemático de sustancias, con las particularidades propias que expresan en nuestro país y América Latina, relacionadas estrechamente con los procesos sociales, económicos y políticos de las últimas décadas. Destacamos, en este sentido, la construcción colectiva de conocimientos mediante espacios que empoderen a la comunidad y la importancia de una educación médica congruente con sus demandas actuales. Resaltamos positivamente el enfoque adoptado por la Universidad Nacional del Sur, que incorpora dentro de la currícula de Salud Mental la rotación por dispositivos de abordaje de los consumos problemáticos como los mencionados, grupos de apoyo mutuo, así como también la estrategia de seguimiento clínico y cuidados longitudinales que busca, a partir de una perspectiva positiva de la salud, centrada en los sujetos y sus singularidades, la formación integral de estudiantes que acompañen en el buen vivir.

Bibliografía

Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Boletín Nacional de la República Argentina (2014). *Plan Integral para el Abordaje de los consumos problemáticos Ley 26934*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

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), S13-S27. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/20779752>

Camarotti, A. C. y Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud colectiva*, 11(2), 211-221. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/684>

Guerrero, V.; Laterrade, N.; Rizzo, F.; Simón, F.; Ianantuony, C. y Elizalde, S. (2017). Estrategias asistenciales desde el paradigma de reducción de daños. Experiencia DIAT (Dispositivo de Abordaje Territorial) Sedronar Mar del Plata. *I Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tandil, Argentina.

Kern, H. D. (2022). Consumos Problemáticos: Noches Alegres, Mañanas Tristes. *e-Hospital*, (4)3. 31-34. <https://revistahmall.org/publico/img/wiki/57/diciembre%202022.pdf>

Menéndez, E. L. (30 de abril - 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

Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8(1), 9-24. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/77>

Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) (2013). Ley Nacional de Salud Mental 26657 y Decreto Reglamentario 603/2013. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decreto-reglamentario-6032013>

Mitchell A. y Debortoli, I. (2023). Consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global. *RevIISE*, 21(21), 27-43. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/698>

Oliveira, G. N. (2008). O Projeto Terapêutico Singular. En G. W. de Sousa Campos y A.V. P. Guerrero (Coords.), *Manual de práticas na atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 273-297). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

Pawlowicz, M. P. (2015). Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Voces en el Fénix*, 42, 20-27. <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/130>

Pawlowicz, M. P.; Touzé, G.; Rossi, D.; Galante, A.; Goltzman, P.; Recchi, J. y Cymerman, P. (8 de agosto - 10 de agosto de 2007). Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas. *VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Buenos Aires, Argentina.

Pawlowicz, M.P.; Galante A.; Goltzman P.; Rossi, D.; Cymerman, P. y Touzé, G. (2013). Dispositivos de atención para usuarios de Drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos. En E. Blanck. (Coord.), *Panorámicas de Salud Mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26.657* (pp. 169-188). Buenos Aires: Eudeba.

Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301-318. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/347>

Romo Avilés, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías humanitas*, 5, 65-83. <http://hdl.handle.net/10481/22315>

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2022). Lineamientos para abordar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva de género y diversidad. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_genero_web.pdf

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

Stolkiner, A.; Vázquez, A. E. y Quercetti, F. (2016). Medicalización y consumos ¿problemáticos? *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Strambach, C.; Gargiulo, V.; García, V. y Pavlovsky, F. (2023). Intervenciones facilitadoras para las mujeres en el tratamiento por consumos problemáticos desde un enfoque de género. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e100. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/827>

Touzé, G. D. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Ana Inés Illanes, Lucas Agüero y Pedro Silberman, “Enseñanza de la Medicina centrada en el sujeto: reflexión sobre el consumo problemático de sustancias”. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Volumen 3, Número 1, marzo 2024, pp. 15-24.

Alternativas organizativas actuales en la gestión escolar

Current Organizational Alternatives in School Management

Autor/a

Jorge Palma Osses - jorge.palma@umce.cl -

Académico del Departamento de Educación Básica, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Chile. Doctorando en Ciencias de la Educación en el Colegio de Investigación Educativa, México.

Ana Ramírez Balmaceda - ana.ramirez@usach.cl -

Académica de la Carrera de Educación Básica, Universidad de O'Higgins, Chile. Doctoranda en Psicología en la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

RECIBIDO 19/01/2024

ACEPTADO 21/02/2024

Resumen

Este artículo explora componentes clave en la gestión escolar, y destaca la importancia de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) y los Proyectos Curriculares de Centro (PCC) en el marco de la educación hispanohablante. Se subraya que un PEI bien definido es esencial para la dirección y sentido de los procesos educativos, al reflejar la cultura y las aspiraciones de la comunidad escolar. Por otro lado, el PCC es crucial para la coherencia de la práctica docente, ya que alinea estrategias pedagógicas con el currículo prescrito. El artículo también enfatiza la relevancia de mantener documentos claves actualizados en centros educativos y discute la importancia de los organigramas institucionales para esclarecer la estructura y funciones dentro de las escuelas. Finalmente, aborda la innovación educativa como un proceso colectivo, en tanto enfatiza el papel del liderazgo directivo en la promoción o inhibición de cambios y mejoras dentro del ámbito escolar.

Palabras clave

- Organización escolar;
- Proyecto Educativo Institucional (PEI);
- Proyecto Curricular de Centro (PCC);
- Organigrama

Summary

This article explores key components in school management, highlighting the importance of Institutional Educational Projects (IEPs) and Center Curricular Projects (CCPs) in the context of Spanish-speaking education. It underscores that a well-defined IEP is essential for guiding and providing meaning to educational processes, reflecting the culture and aspirations of the school community. On the other hand, the CCP is crucial for ensuring the coherence of teaching practices, aligning pedagogical strategies with the prescribed curriculum. The article also emphasizes the relevance of keeping key documents up-to-date in educational centers and discusses the importance of institutional organizational charts for clarifying the structure and functions within schools. Finally, it addresses educational innovation as a collective process, emphasizing the role of leadership in promoting or inhibiting changes and improvements within the school setting.

Keywords

- School organization;
- Institutional Educational Project (IEP);
- Center Curricular Project (CCP);
- Organizational Chart;
- Educational Innovation

Introducción

A lo largo de este artículo, será posible reconocer el funcionamiento y la relevancia tanto de los diferentes componentes que integran la organización escolar en la comunidad hispanohablante como del discurso de la política pública y la literatura científica en torno a sus implicaciones.

El primer tema abordado en este escrito relevará el Proyecto Educativo de la institución escolar como un componente trascendental en el funcionamiento organizativo y pedagógico de la institución educadora. Tras su lectura, será posible comprender en qué consiste un Proyecto Educativo, cómo se define y de qué manera se integra al lenguaje cultural de la escuela. Durante el segundo tema, se pretenderá que el lector o lectora reconozca con claridad las distinciones entre el Proyecto Educativo y el Proyecto Curricular de Centro, bajo intención de significar su complementariedad. Se iniciará este apartado mediante una definición de Proyecto Curricular de Centro (PCC), para luego reconocer los puntos de convergencia entre dos proyectos que conviven en el funcionamiento orgánico de la escuela. En el tercer tema, se podrá identificar los documentos indispensables para el funcionamiento de un centro educativo en el contexto ecuatoriano. Será posible reconocer aquellos que resultan indispensables no solamente para su apertura, sino que destacan por la necesidad de vigencia durante toda la existencia del centro educativo.

El cuarto tema de este artículo busca que el lector reconozca qué es un organigrama de institución educativa, para que luego identifique cuáles son los tipos de organigrama que existen. Finalmente, se pretende un acercamiento a algunas recomendaciones prácticas para la elaboración de un organigrama institucional.

Para desarrollar el último tema, se han integrado nociones sobre Innova-

ción Educativa situadas en contexto escolar. Estas nociones se representan por medio de una relación estrecha con una comprensión particular de liderazgo directivo.

En su fase de cierre, se establecerán conclusiones e ideas de síntesis en torno al desarrollo íntegro de este escrito.

1.El Proyecto Educativo de la institución escolar

1.1. ¿Qué es un proyecto?

Para lograr figurarnos con claridad el lugar que ocupa el Proyecto Escolar en la cultura organizativa de la institución educadora, resulta contributivo, a fin de desarrollar una comprensión más acabada, revisar la manera en que la reflexión científica representa la idea de proyecto. El Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación (PIIE) define proyectar como “lanzar”, “arrojar”, “la imagen anticipada de una situación” (PIIE, citado en Villarroel Barrera, 2002: 34). Este esbozo del significado educativo de proyecto contempla una doble dimensión: la definición de lo que podría llegar a ser y, simultáneamente, de lo que se espera que algo sea. Es decir, la relevancia de un proyecto para la cultura escolar radica en la reproducción de subsistencia. Una escuela que no piensa su proyecto está condenada a dejar de existir.

Complementariamente al papel del proyecto en la escuela, Pozner (1995, citado en Villarroel Barrera, 2002) señala que la proyección en contexto escolar posee dos componentes inseparables: por un lado, el proyecto de una escuela debe gozar de creatividad, en tanto busca convertirse en la materialización de una utopía, “lo que se espera que algo sea”; mientras que no puede desarrollarse la idea de proyección sin un componente de

acción organizada que permita concretar la idea de “lo que podría llegar a ser” la escuela que se piensa.

1.2. ¿Qué entendemos por Proyecto Educativo?

Según la propuesta del PIIE, el Proyecto Educativo Institucional (PEI, como suele llamarse al PE en gran cantidad de países de Latinoamérica), “es un instrumento orientador de la gestión institucional que contiene, en forma explícita, principios y objetivos de orden filosófico, político y técnico que permiten programar la acción educativa otorgándole carácter, dirección, sentido e integración” (citado en Villarroel Barrera, 2002: 35).

Que un PEI se configure como instrumento que le imprime dirección y sentido al proceso educativo significa que, tras el acto técnico de su diseño y redacción, existe un ejercicio profundo de lectura del contexto histórico y cultural de la comunidad. En el fondo, el propósito de un PEI es pensar el pasado y el presente de la escuela para trazar un camino que permita la viabilidad de su proyección, bajo fidelidad de lo que la escuela ha sido, es y pretende ser. Es decir, la impresión de dirección y sentido del proyecto es una expresión material de la voluntad de comunidad. Por cuanto, y contrariamente a lo que sucede en muchas escuelas en las que se contratan agentes externos para el levantamiento y elaboración del PEI, el proyecto es un acto de vinculación y búsqueda de significados comunes.

De acuerdo con Álvarez Fernández (1993), en correspondencia con la definición del PIIE, el PEI es un instrumento que aglutina y da coherencia a las decisiones de la escuela. Es decir, es un registro al que todos pueden recurrir, y su carácter escrito permite remitir en cualquier momento a su contenido con el fin de fundamentar acciones pedagógicas vigentes o en búsqueda de implementación. Los autores señalan que un PEI considera cinco condiciones que no pueden ser eludidas:

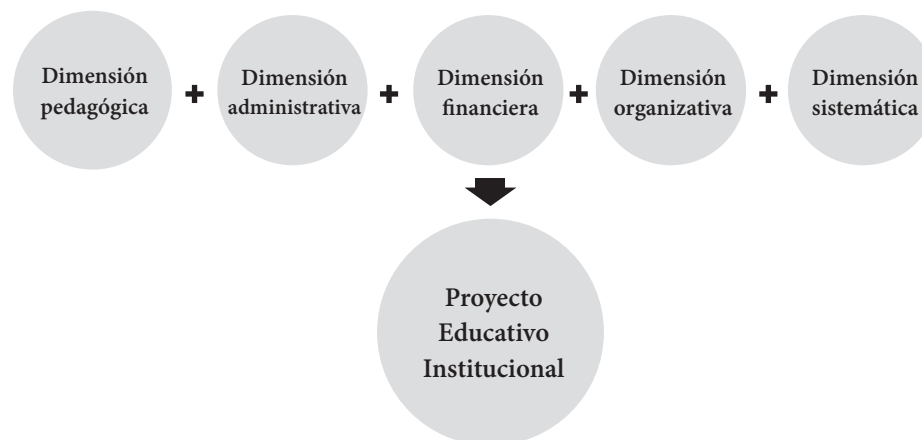
- I. Regula la vida diaria de la escuela, conductas, normativas y acuerdos pedagógicos, así como otras acciones tributarias al fenómeno educativo que emanen de los ámbitos financiero, administrativo y organizativo.
- II. Es el producto de un consenso entre los miembros de la escuela.
- III. Debe adaptarse al contexto de la escuela. Por ello, debe ser revisado y problematizado periódicamente, con plazos previamente establecidos.
- IV. Tiene carácter escrito. Es de acceso libre para cualquier persona.
- V. Representa los principios educativos y éticos de la comunidad, así como sus objetivos organizativos y de proyección.

El PEI, de acuerdo con la interpretación de los investigadores del PIIE, es también un ejercicio que posibilita estampar carácter e integración al proyecto educativo. Esto quiere decir que el PEI es un procedimiento que busca mejorar los aprendizajes que se pretenden desarrollar durante el proceso formativo. Bajo una comprensión integrada del aprendizaje (Álvarez *et al.*, 2019), el Proyecto Educativo Institucional define principios éticos y políticos que serán transpuestos con las disposiciones valóricas curricularmente prescritas, con el fin de establecer una línea de coherencia entre las convicciones que traza la escuela y las que se definen normativamente como esenciales. En este sentido, el PEI se comprende como un espacio de integración de componentes valóricos que conforman parte activa del proceso educativo.

En síntesis, el PEI es un documento que articula una perspectiva proyectiva de la organización escolar, y que integra todas las dimensiones propias del quehacer de una institución de educación escolar en sus niveles pedagógico, administrativo, financiero, organizativo y sistémico (en

relación con los organismos de los que la escuela es dependiente, tales como municipios, ministerios, organizaciones distritales, fundaciones, privados, entre otros).

Figura 1. Dimensiones de la escuela contenidas en el Proyecto Educativo Institucional



Fuente: elaboración propia

2. El Proyecto Educativo y el Proyecto Curricular de Centro

Para poder comprender los procesos de funcionamiento de la gestión pedagógica de una organización escolar, resulta imperioso despejar a qué se refiere con Proyecto Curricular de Centro en el lenguaje de la cultura escolar. El Proyecto Curricular de Centro, más conocido por sus siglas PCC, se entiende como una relación continua entre los equipos de gestión escolar y el cuerpo docente, en que se establecen “una serie de acuerdos acerca de estrategias de intervención didáctica que va a utilizar, con el fin de asegurar la coherencia de su práctica docente” (Álvarez Vallina, 2011: 178). Es

decir, el PCC es un documento organizador del proceso educativo protagonizado por los actores encargados de la función de enseñanza escolar. Sus acuerdos deben construirse sobre una comprensión acabada del currículo prescrito, con el objetivo de que las prácticas pedagógicas, las estrategias de enseñanza y los objetivos curriculares definidos se levanten sobre aquello que llamamos un entendimiento situado del contexto escolar. De sus funciones y contenido se desprende que el PCC debe estar en estrecha relación con el PE en tanto ambos se levantan sobre una lectura de la realidad escolar en contexto, para definir metas de aprendizaje que apunten hacia el desarrollo cognitivo, social y valórico integral del estudiantado.

Junto con la necesidad de una lectura apropiada del currículo nacional por la comunidad docente, el PCC se alimenta de un diagnóstico psicosocial del estudiantado en permanente actualización. De esta forma, la intención de situar la reflexión curricular en las características contextuales de la escuela se robustece con el reconocimiento de las necesidades de aprendizaje de los y las estudiantes, en todas sus dimensiones. Por esta razón, resulta pertinente afirmar que el PCC se debe encontrar en permanente reelaboración.

En tanto el PCC es un registro que visibiliza las características contingentes del ambiente de aprendizaje, entre sus contenidos destacan los planes de Orientación y Convivencia Escolar. Se trata de planes en los que se organizan acciones sistemáticas para la regulación de las relaciones sociales escolares, la anticipación temprana y atención de los problemas psicosociales propios de la escuela y su relación con el entorno, así como la promoción de una convivencia pacífica entre todos los miembros de la comunidad. De esto último se desprende que el PCC no solo define principios pedagógicos sino también procedimientos y estrategias de in-

tervención y evaluación del aprendizaje en todas sus dimensiones.

En el PCC se aseguran mecanismos de evaluación de su propio diseño, los que se materializan en la forma de planes de mejora. Se definen con claridad tiempos, periodicidad, procedimientos e instrumentos para la evaluación de sus efectividad y pertinencia por parte de todos los miembros de la comunidad docente. Junto a la promoción de una conducta organizativa de autoevaluación, el PCC representa fórmulas y acciones sistemáticas que aseguren la formación continua del profesorado.

Para evaluar el diseño del PCC, se necesitan evidencias del proceso de aprendizaje. Es decir, es necesaria una realidad constatable intencionada, representativa de las diversas realidades que operan simultáneamente en una cultura escolar: niveles de estudios, situaciones cognitivas, distribución por género, conductas reiteradas que permitan identificar patrones relacionales, experiencias previas de éxito/fracaso, a lo que se suman otras categorías que puedan resultar relevantes para levantar una muestra transversal del desempeño.

A continuación, se ofrecen algunas preguntas que pueden guiar inicialmente la reflexión autoevaluativa del PCC conducente al plan de mejora (Villarroel Barrera, 2002):

- I. Tras la implementación del PCC en los plazos preestablecidos, ¿se lograron resolver total/parcialmente los problemas levantados inicialmente?
- II. ¿Cuál es el nivel de rigurosidad con el que se aplica el PCC? ¿Qué acciones y procedimientos declarados no se implementaron? ¿Por qué?
- III. ¿Qué cambios se lograron constatar tras la implementación del PCC?
- IV. ¿Qué cambios son observables en los aprendizajes de los y las estudiantes?
- V. ¿Qué cambios se observan en los otros actores de la comunidad educativa?
- VI. ¿Se alcanzaron las metas en los tiempos previstos?

En síntesis, el PCC es un documento que sanciona mecanismos esenciales

del acto educativo a partir de las preguntas clave del proceso educativo:

Figura 2. Preguntas clave a las que responde el Proyecto Curricular de Centro



Fuente: Elaboración propia.

2.1. ¿De qué manera se relacionan el PE y el PCC?

Tal como se desarrolló en el punto anterior, el PE y el PCC poseen una relevancia directriz en la organización escolar. Su relación es de indisociabilidad. Si bien es posible distinguir sus funciones, atribuciones y énfasis, ambos documentos funcionan de manera conjunta como soporte reflexivo, pedagógico y técnico del proceso formativo en la escuela. A continuación, se presenta una tabla que permite distinguir comparativa y complementariamente sus principales funciones:

Tabla 1. Tabla de comparación complementaria de PE y PCC

Proyecto Educativo	Proyecto Curricular de Centro
Define y representa los principios pedagógicos, éticos y los sueños de la comunidad educativa.	Define los procedimientos, acciones y estrategias de conducción del proceso educativo, mediante las que se espera materializar las expectativas del proceso de aprendizaje.
Su formulación requiere de la participación de la comunidad escolar.	Su formulación requiere de la participación de la comunidad escolar, con especial protagonismo de los equipos de gestión y el estamento docente.
El PE declara los sentidos éticos, políticos y pedagógicos de una comunidad educativa, así como su proyección en relación con este conjunto de formas de interpretación de la realidad social y del proceso educativo.	El PCC articula los sentidos definidos por la comunidad escolar con la realidad social y barrial, emocional, política y cognitiva de los y las estudiantes y su entorno.

Fuente: Elaboración propia.

3. Documentos que un centro educativo debe tener para su funcionamiento

En 2021, el Ministerio de Educación de Ecuador emitió el Acuerdo 00052-A: normativa para creación y funcionamiento de instituciones educativas particulares, fiscomisionales y municipales en todas sus modalidades. Es importante señalar que las disposiciones de este documento son válidas para la apertura de un centro educativo, así como para su renovación y actualización.

Las solicitudes para la creación de centros educativos son levantadas por su promotor, quien es responsable de la operación financiera y pedagógica.

gica, tanto desde el comienzo de la gestión de apertura como durante su funcionamiento. Las emisiones de autorización de creación y funcionamiento corresponden a la Gestión Zonal de la Autoridad Educativa Nacional.

El promotor presentará ante la Gestión Zonal una solicitud que contiene el potencial nombre de la institución educativa, en correlato con el artículo 112 del Reglamento General de la LOEI (Ley Orgánica de Educación Intercultural). La solicitud será acompañada con los documentos que se enuncian a continuación:

- Propuesta pedagógica.
- Plan de reducción de riesgos.
- Título de propiedad del inmueble en el que se emplazará el centro educativo.
- Declaración jurada de no inhabilidad para actuar en centros educativos.
- Estudio económico-financiero.

Finalmente, una vez la institución posea la Resolución de creación y funcionamiento, se inscribirá su representante legal en el nivel de Gestión Desconcentrado Distrital.

4. Organigrama de un Centro Escolar

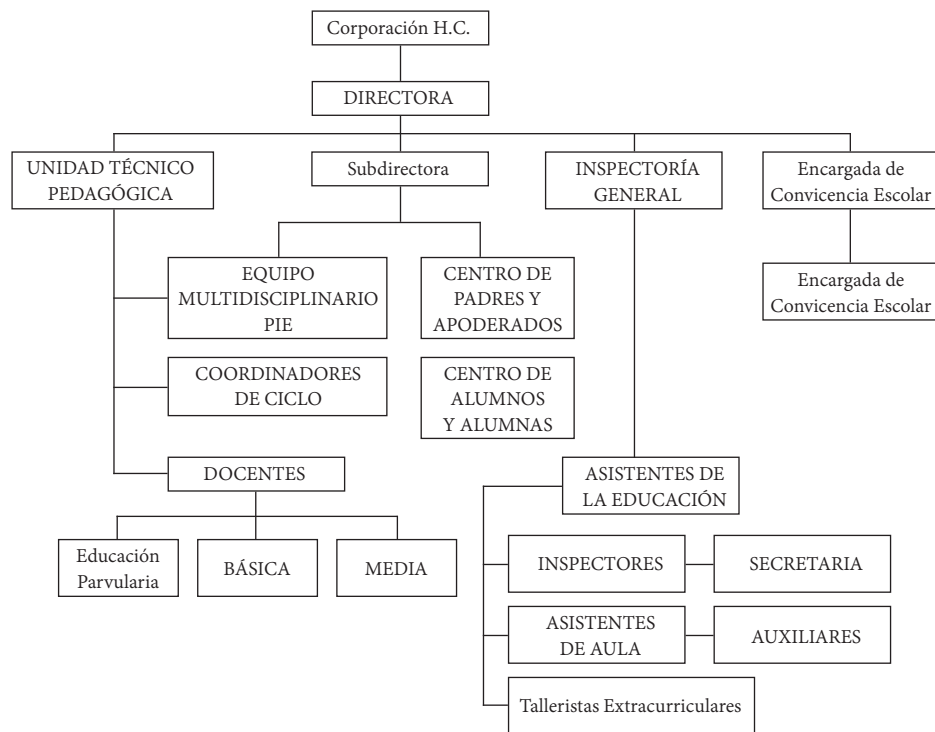
El organigrama de una escuela es una “expresión gráfica de la estructura formal de una organización escolar” (Gairín Salallán, 1984: 183). De manera sintética, un organigrama es la representación organizada de las funciones de los miembros de una escuela, los puestos de trabajo que

conforman el centro educativo, así como las relaciones de subordinación y dependencia jerárquica en que se estructuran las diversas dimensiones laborales de la escuela: pedagógicas, administrativas, financieras y de servicios. Implícitamente, un organigrama es una ventana abierta que permite reconocer el enfoque organizacional de la escuela. La representación gráfica de la organización laboral puede llegar a constatar la verticalidad/horizontalidad de la estructura de trabajo, e incluso expresar la densidad de funciones y atribuciones en ciertos puestos específicos. Esta densidad puede ser asociada como expresión material de las responsabilidades, a veces coincidentemente con la distribución del poder.

4.1. Tipos de organigrama escolar

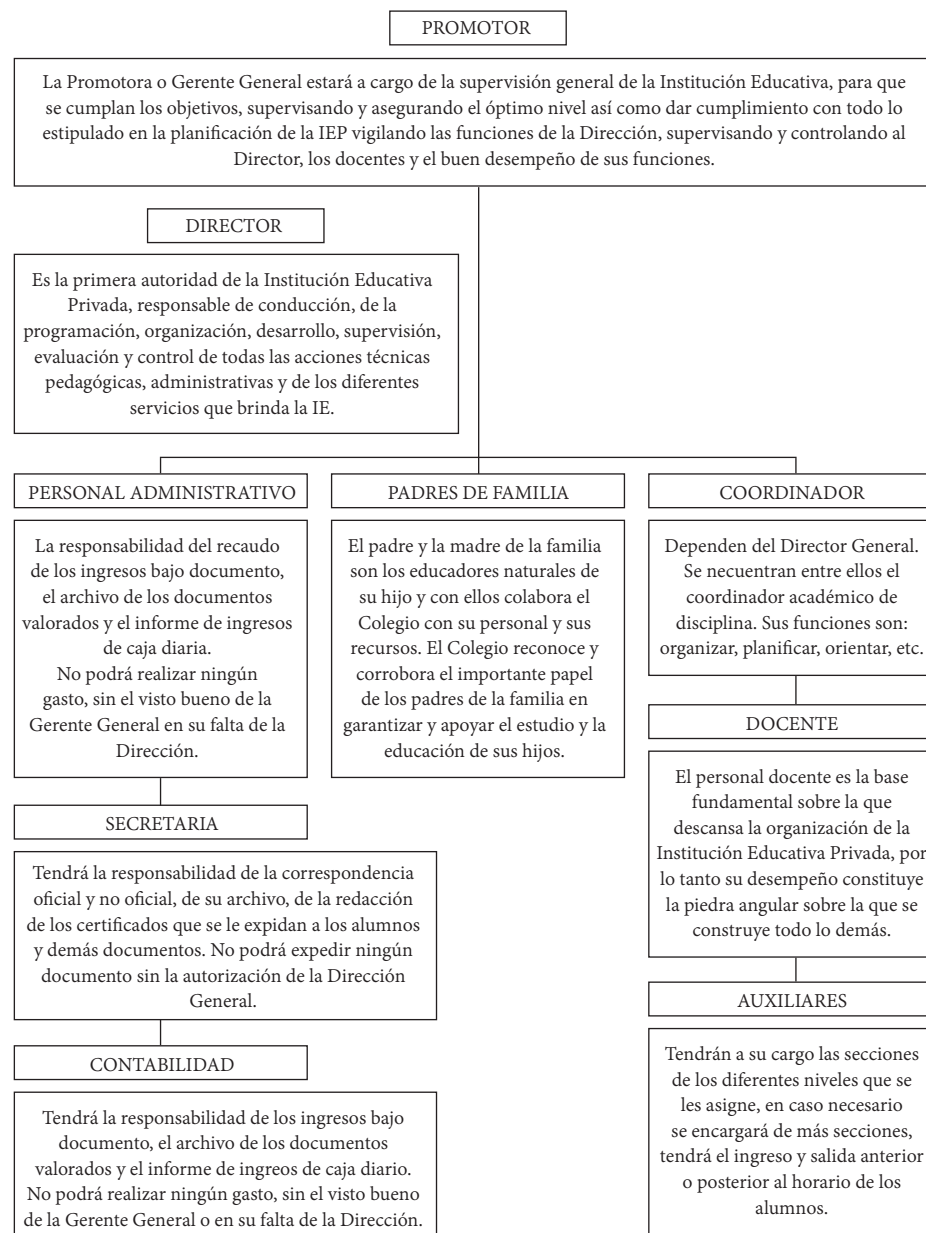
No existe una única forma de organizar gráficamente la estructura de trabajo de una escuela. En este apartado se podrán reconocer tres tipos de organigramas, que se detallan a continuación:

- I. **Organigrama estructural:** Representa la distribución del poder entre los roles asociados a puestos de trabajo en una escuela. Su objetivo es ofrecer una representación gráfica de la jerarquización de funciones y sus grados de autoridad respecto de otros. Un ejemplo de organigrama estructural es el que posee el Colegio Bicentenario Helvecia (Chile), en el que se definen claramente la estructura de autoridad y las relaciones de dependencia entre las distintas unidades de gestión, docentes, administrativas y de apoyo a la gestión escolar:



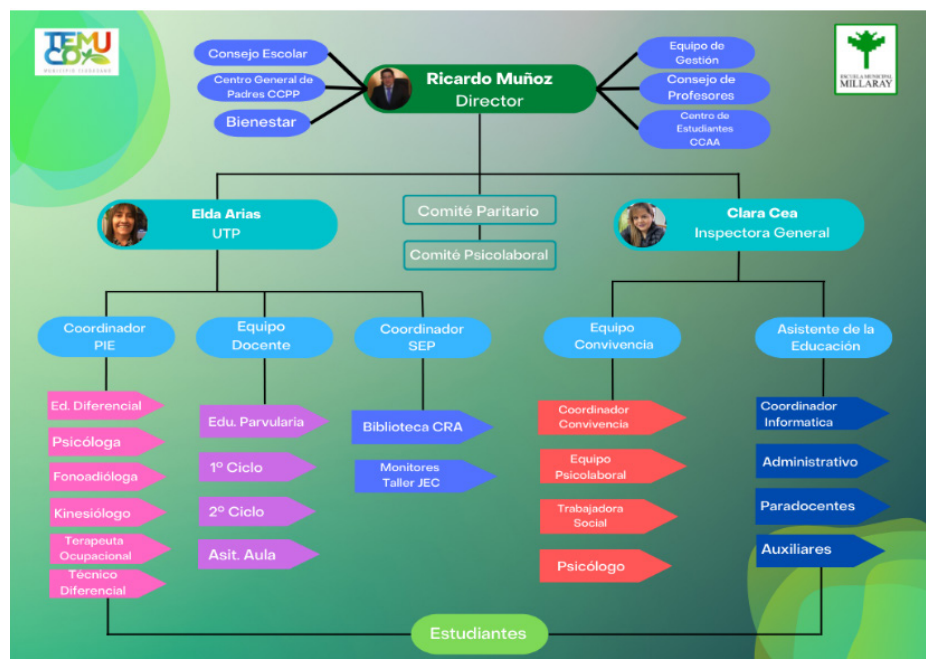
Fuente: <https://www.colegiobicentenariohelvecia.cl/organigrama/>

II. **Organigrama funcional:** Posee mayor especificidad que el organigrama estructural. Se centra en la representación de la distribución de funciones. Especifica las tareas asignadas a cada funcionario miembro del organigrama. Como es posible observar en el organigrama de la Institución Educativa Particular Montessori I que se observa a continuación, cada función posee un descriptor que sintetiza sus labores dentro de la organización escolar:



Fuente: <https://es.scribd.com/document/375953216/Organigrama-de-Las-Funciones>

III. Organigrama de personal: Junto con la representación de los roles dentro de la organización escolar, el organigrama de personal asocia cada función a un nombre específico, parcial o totalmente. Un ejemplo de ello es el organigrama de la Escuela Municipal Millaray de Temuco, en la que las funciones de director, jefe de UTP e inspectora general no solo se identifican con un nombre propio, sino que incluso disponen de una fotografía que permite profundizar su reconocimiento:



Fuente: <https://www.millaray-temuco.cl/organigrama/>

5. La innovación educativa: implicaciones en la gestión escolar

La innovación en el proceso educativo escolar, al margen de discursos rimbombantes que otorgan una condición mesiánica a ciertas metodologías de enseñanza que se integran a la cultura escolar con carácter formulista y prescriptivo, y lejos de generar una relación de dependencia con tecnologías emergentes y otros mecanismos de diversificación de los recursos de enseñanza, puede entenderse como el producto de un proceso reflexivo que unifica las voluntades y expectativas de los miembros de una realidad escolar, en busca de una transformación consensuada y procedimental de los espacios de mejora detectados. Es decir, la innovación educativa es, ante todo, un proceso colectivo de búsqueda y manifestación de sentidos acerca del proceso educativo. Como señala Enrique Dussel en el Foro Inaugural “Reforma Educativa para la 4ta Revolución” (2018), la innovación educativa parte con una lectura contextualizada del entorno en el que el o la estudiante construye sus significados más íntimos, o sea, su experiencia de vida.

Sin perjuicio de la condición comunitaria de la innovación como fundamento para el proceso de transformación permanente de las organizaciones educativas, la voluntad de la comunidad debe ser conducida, con el objetivo de que los sueños que emerjan puedan ser canalizados y conectados con las diversas dimensiones que operan en la estructura de funcionamiento de un centro educativo.

López Yáñez y Lavié Martínez (2010), a propósito de la sistematización de los hallazgos de una investigación sobre liderazgo escolar en tres instituciones educativas españolas, señalan lo siguiente:

- I. Las escuelas que son más proclives al cambio presentan un comportamiento de liderazgo distribuido muy alto. Es decir, pese a la con-

dición de autoridad de la que gozan los equipos directivos, sus esfuerzos no se concentran en retener el poder, sino en favorecer que el liderazgo se canalice a través de los miembros de la organización, y que este liderazgo se exprese en atribuciones y responsabilidades específicas, visibles para la comunidad.

- II. El liderazgo distribuido es intencionado. No surge espontáneamente.
- III. Los cambios son promovidos y aceptados por toda la comunidad educativa. Gozan de especial protagonismo del cuerpo docente en acción colaborativa.
- IV. Los líderes educativos suelen tener “egos bajos”, lo que quizá explique una mayor apertura a distribuir el poder.

Si bien el liderazgo puede ser un vehículo movilizador del cambio y la innovación, en algunos casos también puede frenarla. De acuerdo con la evidencia ofrecida por López Yáñez y Lavié Martínez (2010), la condición narcisista del director de centro, expresada en actitudes como tratar el proyecto de escuela como propiedad privada, obstaculiza el desarrollo de una cultura de valoración del cambio.

También resulta importante destacar el peso de la historicidad de la escuela cuando se analizan las condiciones que no favorecen la innovación. De acuerdo con la estructura de funcionamiento habitual de las organizaciones educativas, el liderazgo ha recaído fuertemente en la figura individual del director de escuela. Ya sea por convicción o desconocimiento de estrategias, el liderazgo no es habitualmente distribuido entre los miembros de la comunidad. Como señalan López Yáñez y Lavié Martínez, en la medida en que por liderazgo empezamos a entender no ya un fenómeno individual, sino una propiedad sistémica de las organizaciones y en la medida en que entendemos que la influencia no se

ejerce solo desde las posiciones oficialmente investidas de poder, el concepto de liderazgo comienza a resultar insuficiente (2010: 87-88).

6. Conclusiones

- El Proyecto Educativo Institucional de centros escolares es un mecanismo de registro de los sueños, principios y proyecciones de una comunidad, sostenida sobre una lectura histórica y contingente de la cultura de sus miembros en interacción.
- La creatividad y la acción son dos condiciones que deben mediar la elaboración e implementación de todo PE.
- El PE es un instrumento aglutinador de todas las dimensiones que operan en la realidad escolar: pedagógica, administrativa, financiera, organizativa y sistémica.
- El Proyecto Curricular de Centro es un instrumento de gestión pedagógica que define principios y procedimientos pedagógicos para el desarrollo del proceso educativo. Al igual que el PE, su elaboración es comunitaria, aunque con especial acento en la participación del profesorado.
- La relación entre el PE y el PCC es de indisolubilidad. El PCC le otorga viabilidad a los sueños, principios y horizontes de proyección representados en el PE. El PE declara las disposiciones y actitudes que una comunidad educativa considera relevantes, y el PCC le otorga viabilidad a esa expectativa formativa mediante la organización del proceso de aprendizaje.
- Los organigramas de centro educativo permiten reconocer la estructura de funcionamiento y los roles de los miembros de una comunidad educativa. Existen tres tipos: estructural, funcional y de personal.
- La innovación es el producto de un proceso reflexivo que conduce a una

Bibliografía

Álvarez Fernández, M. (1993). *El proyecto educativo de centro*. Madrid: Comunidad, Dirección General de Educación.

Álvarez Cedillo, J. A.; Álvarez Sánchez, T.; Sandoval Gómez, R. J. y Aguilar Fernández, M. (2019). La exploración en el desarrollo del aprendizaje profundo. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 9(18), 833-844.

Álvarez Vallina, N. (2011). Proyecto curricular de centro. *Pedagogía Magna*, 10, 178-185.

Dussel, E. (2018). La transformación de la educación hacia la descolonización de la pedagogía. Foro Inaugural “Reforma educativa para la 4ta transformación”. <https://www.youtube.com/watch?v=sWg94cBYDrM>

Gairín Sallán, J. (1984). Posibilidades y límites de los organigramas. *Educar*, 6, 181-204.

López Yáñez, J., y Lavié Martínez, J. M. (2010). Liderazgo para sostener procesos de innovación en la escuela. *Profesorado. Revista de Currículum y formación de profesorado*, 14(1), 71-92.

Villaruel Barrera, S. (2002). *Proyecto Educativo Institucional. Marco legal y estructura básica*. Santiago de Chile: Mineduc.

Jorge Palma Osses y Ana Ramírez Balmaceda, “Alternativas organizativas actuales en la gestión escolar”. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Volumen 3, Número 1, marzo 2024, pp. 25-35.

Enfermería: historia, filosofía y ética del cuidado

*Marisa Alejandra Zapata. Buenos Aires,
Ediciones F.E.P.A.I., 2020, 190 pp.*

Autora

Ana Clara Denis - ana.denis@uns.edu.ar -

Doctoranda en Antropología Social en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Instituto de Humanidades, Universidad Nacional del Sur, Argentina.

RESEÑA

Marisa Zapata es licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Actualmente, es jefa de Docencia e Investigación del Hospital Interzonal Dr. José Penna (Bahía Blanca, Argentina) y docente del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur, en la misma ciudad. Como explica en la introducción de *Enfermería: historia, filosofía y ética del cuidado*, su texto busca –tras más de treinta años de práctica de enfermería, docencia, investigación y gestión– volver sobre los caminos andados e interrogar el ejercicio de la profesión, al problematizar las relaciones de cuidado y su eticidad. Ya en las primeras páginas, se pregunta: *¿cómo nos acercamos, como personas, a la vida de otras personas? Luego de recibirnos, ¿qué pasa cuando ese sustento [teórico y práctico] que determina cómo relacionarnos con los demás se pierde? ¿Qué lleva a que se naturalice el maltrato hacia el otro, ya sea con la persona del cuidado o con nuestros propios pares?* La historia de la enfermería y el pensamiento filosófico que parte de la experiencia enfermera dan, a lo largo de los capítulos, algunas posibles respuestas a estas inquietudes. Sin embargo, lejos de funcionar a modo de receta, esta obra propone teorizar la experiencia, objetivar el saber encarnado y crear categorías de forma situada, en lugar de importar las de los autores y las autoras e instituciones dominantes en la geopolítica del conocimiento.

En esta reseña, nos proponemos recorrer el contenido de este libro que desarrolla distintas teorías de la enfermería y presta especial atención a las producciones argentinas y latinoamericanas que

incorporan distintos desafíos existentes vinculados a la desigualdad social. En tanto acerca las ciencias de la salud a las humanidades y ciencias sociales, *Enfermería: historia, filosofía y ética del cuidado* sorprende a lectores y lectoras especializados/as y no especializados/as al definir la enfermería como una ciencia humana. A un público especializado en la materia, ofrece una sistematización bibliográfica útil y una necesaria invitación a pensar el ejercicio de la enfermería, la medicina, el acompañamiento terapéutico, la psicología, pero también la gestión de instituciones de salud y de formación en ciencias de la salud. A lectores y lectoras que no se especializan en la materia, grupo del que formo parte, este libro proporciona herramientas para el ejercicio de la ciudadanía: por un lado, como “pacientes” (concepto del que cabe renegar, si, como señala la autora, no solo somos personas que esperan, pasivamente, ser intervenidas por el sistema de salud, sino que tenemos derecho a participar de las decisiones que atañen a nuestros procesos de salud, enfermedad y muerte). Por otro lado, como sujetos de cuidado en un sentido amplio, ya que, en el marco de nuestras relaciones familiares y comunitarias, todos y todas hemos sido cuidados o cuidadas por alguien y hemos llevado adelante tareas de cuidado, aunque estas últimas están distribuidas de manera inequitativa en nuestra sociedad. Con todo, las disputas al modelo médico y a la práctica enfermera hegemónicas son una constante de la obra, como se verá a continuación.

En el capítulo I, la autora presenta a distintas autoras teóricas de la enfermería que escribieron entre mediados del siglo XIX y el presente. Desde las nociones primigenias de Florence Nightingale (1853-1874) –ciertamente esencialistas y restrictivas acerca de las mujeres y su capacidad para ejercer la enfermería– hasta las propuestas más actuales y relacionales (Reed, 2014; Watson, 2006, citadas en Zapata, 2020), la evolución del conocimiento sobre enfermería puede rastrearse en los distintos desplazamientos

epistemológicos, metodológicos y conceptuales presentes en los corpus teóricos analizados. Así, la enfermería aparece definida como instrumento para que se produzca un proceso reparador, como proceso terapéutico interpersonal o como cuidados culturalmente diversos. Este tipo de cambios también pueden identificarse en la documentación oficial, como lo hace Zapata al contrastar fragmentos de las Leyes argentinas 17132 de El Arte de Curar de 1967 y 24004 del Ejercicio de la Enfermería de 1991. Mientras que, en la primera, se consideraba la enfermería como una actividad complementaria de la medicina y en una posición subordinada a esta última, la segunda describe las incumbencias específicas de la profesión enfermera y favorece el reconocimiento de su autonomía. A partir de estas reflexiones, Marisa Zapata introduce la discusión en torno a si la enfermería es una profesión, una disciplina o una ciencia. Desde su perspectiva, la enfermería como profesión y como disciplina da cuenta de los aspectos, respectivamente, prácticos y teóricos de un mismo hacer. Asimismo, en tanto y en cuanto se dé continuidad al fomento de las actividades de investigación en este campo, Zapata sostiene que la ciencia enfermera se consolidará con la integración en el mundo académico y el mundo de aplicación de la enfermería-disciplina y la enfermería-profesión. La clave de lectura, en esta primera parte, es la propuesta de alternativas al modelo de “clinicalización” de la enfermería, cara al *status quo* y heredera del positivismo filosófico. Este tema reaparece en los capítulos posteriores.

En el capítulo II, “La historia y su influencia en la construcción del conocimiento y cuidado de enfermería”, la autora llama explícitamente a descolonizar el pensamiento enfermero, al remarcar que las matrices epistémicas de América del Norte no necesariamente se ajustan a las realidades sanitarias latinoamericanas. Zapata incorpora aportes de reconocidas autoras y propone desindividualizar y politizar el sufrimiento producido por opre-

siones de clase, de pertenencia étnico-cultural y de género que, en distintos estudios de caso, han podido ser relacionadas por sus protagonistas con un estado de enfermedad, como diabetes, consumos problemáticos, entre otras. Al enfocarse en la historia de la enfermería en nuestro país, la autora retoma, desde su *locus* disciplinar, la lectura a contrapelo de la historia oficial de Beatriz Morrone (2018), que interesará tanto a historiadores, historiadoras y profesionales de la salud como a feministas. Desde el campo que estudia a la humanidad en el tiempo, definimos la historia oficial como aquella que, entre otras cuestiones, relata los acontecimientos desde la perspectiva de los sectores dominantes (Galasso, 1995). En la misma línea, la historia oficial de la enfermería sería, parafraseando a la autora, la historia de la profesión que demandaron las élites para sostener sus intereses. Así, la formación en enfermería en la Argentina estuvo marcada por ideas religiosas y socialmente conservadoras (la abnegación, la sumisión, la obediencia al médico), que, a su vez, modelaron estereotipos que contribuyeron a su feminización. No obstante, lo cierto es que la memoria individual y colectiva muestra también múltiples historias de luchas, solidaridades e intereses que disputaron a las lógicas oficiales patriarcales que procuraron mostrar a la enfermería como una profesión despolitizada. ¿Cómo revertir estas invisibilizaciones, tan funcionales a los remanentes positivistas en la práctica enfermera actual? Un camino posible es construir la historia de la enfermería desde la teoría de teselaciones de Mónica Soto Vercher (2014) en espacios formativos. Esto posibilita la historización de algunos lugares comunes de la cotidianidad enfermera, como la minusvaloración de su dimensión subjetiva o su consideración como una suma de técnicas y procedimientos a ejecutar.

Del capítulo III, “Filosofía de la enfermería y ética del cuidado”, me interesa la recuperación, por parte de la autora, de teóricas del cuidado filosófica-

mente influidas por la fenomenología y el existencialismo. Por caso, la brasileña Vera Regina Waldow sostiene que la humanidad significa su existencia a través del cuidado y que hay una relación necesaria entre cuidado y procesos de curación. Por ello, resulta indispensable que quienes ejercen la enfermería brinden a los sujetos de atención cuidados culturalmente congruentes con sus valores: el cuidado apropiado en términos culturales ha mostrado ser un potente generador de progresos curativos. Desde esta problematización, la autora introduce el análisis de Gilligan sobre la ética del cuidado como responsabilidad social: si en una sociedad patriarcal el cuidado es una ética femenina, en una sociedad democrática el cuidado es una ética humana. Pese a que no coincidimos con todas las implicaciones de esa afirmación (dado que consideramos que “patriarcado” y “democracia” no son mutuamente excluyentes), está claro que las políticas públicas para la igualdad, como las que incentivan la socialización de los cuidados, fortalecen la democracia. Examinar atentamente las expectativas de cuidado moldeadas por el género permite su desnaturalización, lo que nos lleva a una de las ideas fuerza presentes en el libro: *no todas las acciones terapéuticas contienen en su seno un cuidado ético y dar por sentado o esencializar el cuidado invisibiliza prácticas de las que frecuentemente un trabajador o trabajadora de la salud es testigo* (falta de atención, destrato, realización de prácticas no consentidas). El capítulo concluye con las propuestas concretas que la autora, desde su propia experiencia, ofrece para construir cuidados éticos. Algunas de ellas son: 1- incorporar Historia y Filosofía a los planes de estudio de las carreras de Enfermería; 2- fomentar la escritura académica de los y las profesionales de la salud en clave interdisciplinaria; 3- generar prácticas reflexivas que involucren activamente a los sujetos de atención (individuos, familias, comunidades); y 4- crear espacios formales para la deliberación en torno a los conflictos suscitados en los procesos de salud y enfermedad. Sobre esto indaga el último capítulo.

En el capítulo IV, luego de recuperar algunos temas ya desarrollados, la autora propone ejercitar una ética comunicativa en la práctica enfermera para la resolución de conflictos que surjan en situaciones de cuidado. Para ello, vincula los aportes de la ética convergente del filósofo Ricardo Mailandi con la ética del discurso de Karl-Otto Apel y Jürgen Habermas. En una apuesta por que los sujetos de cuidado tengan poder de decisión sobre su atención y recuperación, la ética comunicativa se presenta como una posibilidad para lidiar con los dilemas éticos en los cuales, en circunstancias determinadas, hay principios que colisionan entre sí. De acuerdo con la evaluación que el o la profesional responsable realice en cada caso, las situaciones conflictivas podrán resolverse de distinta manera. Las acciones podrían ser orientadas por un solo principio ético, considerado el más importante, o se podría aplicar el criterio de mayor jerarquía. Sin embargo, la propuesta de la ética convergente consiste en la búsqueda de la mayor armonía posible entre los principios contradictorios, en tanto pone el foco en la intersubjetividad entre quien cuida y es cuidado o cuidada: en el espacio de diálogo posible que habilita la búsqueda de consenso entre sujetos.

A comienzos de 2024, resulta complejo cerrar esta reseña, en un contexto en el que lo público en general y la salud pública en particular son tan menospreciados en la Argentina. Aunque ya tengamos una respuesta propia, en un presente en el que el único principio rector legítimo de la vida social parece ser el mercado, nos preguntamos: ¿puede la ética del cuidado ser la ética del mercado, si acaso existe tal cosa? Marisa Zapata lo plantea muy claramente en el texto que nos convoca: *el cuidado no es una mercancía*. A propósito, quisiéramos plantear que, desde la aparición de nuestra especie, realizamos prácticas de cuidado, mientras que las mercancías modernas existen, como tales, desde el surgimiento del capitalismo como sistema económico en su modalidad mercantil. A partir de esta reflexión, nadie

necesita ser historiador o historiadora para concluir que tenemos muchos más años como seres gregarios que se cuidan que como agentes del mercado. Recordémoslo cada vez que nos quieran convencer de que la mercantilización de la salud (u otras esferas de la vida) es la única alternativa posible a la crisis económica y social.

Bibliografía

AA.VV.(2021). *Igualdad en los cuidados*. Buenos Aires: Editorial Min-Géneros. <https://editorial.mingeneros.gob.ar:8080/xmlui/handle/123456789/18>

AA.VV. (2023). *Cuidados desde una perspectiva de la diversidad*. Buenos Aires: Editorial Min-Géneros. <https://editorial.mingeneros.gob.ar:8080/xmlui/handle/123456789/40>

Galasso, N. (1995). *La larga lucha de los argentinos y cómo la cuentan las diversas corrientes historiográficas*. Buenos Aires: Ediciones del Pensamiento Nacional.

Morrone, B. (2018). *Soltando amarras: claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.

Soto Vercher, M. (2014). *Teselaciones. Historia y Fundamentos de Enfermería*. Universidad Nacional de San Luis: Facultad de Ciencias de la Salud.

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.

¹ Introducción-Objetivos-Metodología-Resultados-Conclusión.

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.

Aspectos generales

Autoría

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

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

Resumen

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

Palabras clave

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

Ilustraciones

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

Numeración arábica (tablas, cuadros y figuras numeradas correlativamente en series independientes).

Título descriptivo que especifique el alcance geográfico y temporal de los datos presentados.

En todos los casos se hará mención a la fuente.

Aclaraciones sobre la fuente

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

Si se reproduce una ilustración tal como fue publicada, debe mencionarse la fuente original y contar con la autorización del propietario de los

derechos autorales para reproducir el material. El permiso es necesario excepto en el caso de documentos de dominio público o publicados bajo licencias que permitan su reproducción (Licencias Creative Commons).

Resolución de las imágenes:

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

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

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

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 apartado Agradecimientos. Se incluirán además las ayudas económicas y materiales. Para ello, se indicará el nombre de la/s entidad/es otorgante/s como así también el nombre y número o código del proyecto.

Conflicto de intereses

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

Investigaciones con seres humanos

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

Referencias bibliográficas

Citas en el texto

Las referencias serán citadas en el texto entre paréntesis según el siguiente formato: (apellido, año: número de página). Para las paráfrasis y referencias a conceptos, nociones o categorías más generales, se utilizará el formato (Autor, año). Cuando se citen varias páginas de una referencia, se consignarán de la siguiente manera: si las páginas son consecutivas se utilizará guion (Foucault, 1976: 14-17), 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:

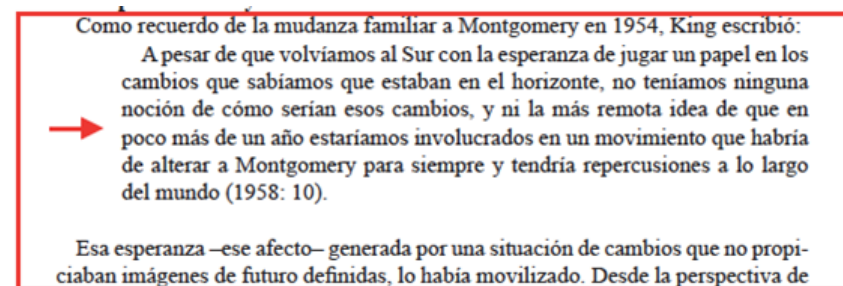
Hasta tres autores/as: Kaipl y Ríspolo (2020) / Hernández, Fili y Vega Mayor (2019).

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*, Volúmen(Número), p. de inicio-p. de fin. URL

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

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

Artículos periodísticos:

Con autor/a:

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

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

Sin autor/a:

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

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

Libros

Libro completo:

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

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

Obra colectiva completa:

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

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

Obra de autor corporativo:

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

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

Capítulo de libro:

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

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

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

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

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

Bases de datos:

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

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

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

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

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

Video de YouTube:

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

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

Envío de manuscritos

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

Asimismo, es posible enviar un trabajo mediante correo electrónico. Para ello, se debe cumplir con los requisitos que se especifican a continuación: Se deben enviar dos archivos diferentes. Uno de ellos debe contener el tí-

tulo, 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



**Universidad
del Gran Rosario**