



ARTICULACIONES COMUNIDAD-UNIVERSIDAD PARA LA GESTIÓN DE PROGRAMAS Y POLÍTICAS SOCIALES CONTEXTUADAS

MARÍA MARCELA BOTTINELLI*

MARIELA NABERGOI

FRANCISCO MANUEL DÍAZ

SERGIO ESTEBAN REMESAR

Universidad Nacional de Lanús - Universidad de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

En este trabajo presentamos dos investigaciones interdisciplinarias para identificar necesidades de la población respecto a atención y cuidados de personas mayores para realizar propuestas de intervención contextualizadas articulando regulaciones, saberes y prácticas de diferentes sectores, organizaciones y actores sociales. Los resultados permiten reflexionar sobre la función social de la universidad y la producción de conocimientos científicos conformes a los saberes y prácticas de los diferentes actores sociales. Aunque la lógica académico-científica es diferente a la de los procesos de salud-enfermedad-atención y gestión, necesitan pensarse, trabajarse y articularse para garantizar el derecho pleno y la responsabilidad de cada persona. Esto implica pensar las acciones desde una perspectiva de derecho y de deberes de todos los niveles, sectores, instituciones y actores involucrados.

Palabras clave:

Recursos Humanos en Salud – Educación Superior – Universidad Urbana Comprometida – Personas Mayores.

ABSTRACT

This paper includes two interdisciplinary studies aimed at developing needs assessments in elderly people care and health attention that leads to creating contextualized intervention proposals that articulates regulations, knowledge and practices of different sectors, organizations and stakeholders. Results of these investigations allow us to reflect on the social function of the university and the production of scientific knowledge in conformity with the knowledge and practices of different social actors. Although the logic of academic-scientific production and validation, health-disease-care processes and management are different, they need to be considered, developed and articulated to ensure the rights and responsibilities of every person. This implies thinking actions from a right and duty perspective of every level, sector, institution and stakeholder.

Keywords:

Human Resources for Health - Higher Education – Urban Committed University - Elderly.

*Address correspondece to María Marcela Bottinelli, E-Mail: mmbottinelli@yahoo.com.ar.

El propósito del presente trabajo es aportar a la reflexión crítica sobre la relación universidad-comunidad desde algunos aportes de la Psicología Social Comunitaria que promueven la participación y la acción, viabilizando la subversión de las lógicas de dominación y control que invisibilizan las capacidades transformadoras de los diferentes actores sociales. Para ello, señalaremos inicialmente algunas de las condiciones y fenómenos que se han suscitado en los últimos años y que sostienen la necesidad de la indagación sobre la articulación entre la formación de profesionales de salud y las necesidades de salud, atención y cuidado en la vejez. Estas condiciones y fenómenos incluyen entre otros: a) documentos internacionales y nacionales que explicitan orientaciones y recomendaciones sobre la temática (OMS, 2010; ONU, 2002); b) el avance del paradigma de la complejidad en las ciencias y su consecuente requerimiento de trabajo en equipos interdisciplinarios que puedan dar cuenta de esta complejidad (Morin, 1998); c) la especialización por parte de profesionales de disciplinas como terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía, musicoterapia, y psicomotricidad, que vienen aportando otros enfoques, nuevas miradas y herramientas diagnósticas y de intervención en el área (Zarebski, 2002); d) el avance teórico en la distinción conceptual entre el envejecimiento normal y el patológico, ampliando el campo de la salud mental en el envejecimiento y abarcando, de manera integrada, la tarea preventiva, asistencial y de rehabilitación (Salvarezza, 2000); e) el pasaje, en el campo de la salud pública, del enfoque de riesgo y los abordajes centrados en las patologías, a un mayor énfasis en el enfoque de factores protectores y abordaje centrado en los derechos, la prevención y la resiliencia (Molina, 2009); f) la presencia de innumerables experiencias comunitarias, institucionales y talleres que, constituyen ámbitos propicios para la detección temprana y la derivación oportuna, así como para el armado de redes de apoyo y el trabajo con las familias (Chardon, 2000; Zarebski, 2005); g) el cambio en el campo global de la gerontología y el desarrollo de nuevas teorías psicogerontológicas (Yuste Rosell, Rubio & Aleixandre, 2004) como la del Curso de la Vida o del Ciclo Vital Dinámico, la Teoría de la Continuidad o la de Selección, Optimización y Compensación (SOC), que destacan la importancia de estudiar el envejecimiento en todo su proceso a fin de entender las distintas vejezes alcanzadas (Zarebski, 2005).

En este trabajo, presentamos dos investigaciones que a partir de identificar necesidades sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado con diferentes actores sociales implicados en dichos procesos, se articulan para realizar propuestas, tanto de intervención como de políticas sociales en el área, viables y contextualizadas. En ellas participaron colectivos interdisciplinarios provenientes de academias (enfermeros, psicólogos, gerontólogos, terapeutas ocupacionales y médicos), organismos de gestión y salud, y comunidades. Presentamos un recorrido por los objetivos y resultados de los trabajos ya concluidos intentando mostrar de qué manera se entrelazan universidad-comunidad a partir de los saberes formales e informales, las prácticas profesionales y las prácticas cotidianas. La revisión incluye explicitar algunas de las acciones, recomendaciones, cambios y movimientos que generaron estos trabajos; a partir de la propuesta participativa horizontal de actores de diferentes inserciones, que trabajan a partir de problemáticas contextualizadas y necesidades conocidas (Gibbons, 1997)², pero que además se comprometen y apropian de los resultados y la viabilización de acciones.

² El modo 2 de producción de conocimiento propuesto por Gibbons y cols. plantea la tendencia actual de generar investigaciones con participación de diferentes disciplinas y sectores convocados junto con los/as actores implicados en la resolución de problemáticas concretas y contextualizadas.



Representaciones Sociales de la Vejez y el Envejecimiento en Estudiantes de Enfermería

La primera de las investigaciones (Bottinelli et al, 2010) surgió a partir de una reflexión crítica sobre el lugar de la universidad como institución formadora de futuros/as profesionales de la salud. Se espera que estos/as puedan pensar la vejez desde un posicionamiento que reconozca el bagaje histórico, social, cultural, contextualizado en tiempo y espacio, respecto de las concepciones y prácticas realizadas sobre dicho grupo poblacional. La población mayor envejecida y su asistencia en los aspectos sociales y sanitarios es un asunto prioritario que ha generado compromisos a nivel de las políticas regionales, tal como lo muestran los documentos y reuniones científicas internacionales en el área del adulto mayor (ONU, 2002). En estos documentos se señala la necesidad de capacitar y actualizar de manera contextualizada a los recursos humanos que se encargarán del cuidado y la atención de dicha población. Desde el punto de vista educativo, los procesos de aprendizaje necesarios para la formación, actualización y capacitación de recursos humanos, requieren del reconocimiento de las ideas previas, las valoraciones y los aspectos culturales, saberes y creencias del estudiantado. En estos se entran concepciones y creencias socioculturales generalmente naturalizadas, muy tenaces y no siempre unívocas, que deben tomarse en consideración para planificar adecuadamente la tarea pedagógica y definir los aspectos curriculares relevantes. En el marco de la Psicología Social Comunitaria, los desarrollos de Jodelet (2006) y Moscovici (1993) sobre las representaciones sociales, así como algunos desarrollos particulares respecto del cuidado y la educación trabajados por Chardon (2000) en Argentina, se convierten pues en un marco teórico propicio para abordar la problemática planteada.

Considerando lo anteriormente expuesto, nos propusimos indagar en las representaciones sociales sobre la vejez y el proceso de envejecimiento expresadas por estudiantes universitarios/as de enfermería, como grupo profesional implicado en las prácticas profesionales de salud destinadas a personas adultas mayores. El análisis de dichas representaciones permite identificar los conocimientos, creencias, prejuicios y actitudes compartidas, así como también conocer las concepciones explícitas e implícitas sobre la vejez, e identificar las incumbencias profesionales y los niveles de atención predominantes. Comparamos dichos resultados con los objetivos propuestos en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Lanús (Argentina) y los estándares y recomendaciones nacionales e internacionales respecto de la atención de la salud de personas adultas mayores.

Para llevar a cabo dicha investigación, diseñamos una estrategia múltiple de obtención de datos e información que posibilitó un acercamiento a las descripciones, valoraciones y comparaciones e implicó la participación de diversos/as actores sociales no solo en la recolección de la información sino también en los procesos de validación cruzada propios de las estrategias de análisis cualitativo para valorar aspectos socioculturales (Kornblit, 2007; Minayo de Souza, 2009). Trabajamos con un diseño no experimental, descriptivo, con características de investigación acción. Esto implica que los/las participantes no sólo fueron parte de la recolección de datos, sino que participaron de la descripción, interpretación y explicación de situaciones sociales conjuntamente, a la vez que se promovió la reflexión y acción para el mejoramiento e implicación de todos los/las participantes. Recolectamos información cualitativa y cuantitativa a través de grupos focales y dibujos; analizamos documentos y generamos información a través de un cuestionario.

Los participantes de los grupos focales fueron en total 40 estudiantes de enfermería que cursaban sus estudios en los años 1° (turnos mañana y tarde) y 4° licenciatura (único turno) y 1° y 2° del Ciclo de Complementación Curricular, cada grupo focal fue conformado por 8 estudiantes de cada curso. Algunos de los datos relevados muestran que del total de estudiantes que participaron, el 62,5% eran mujeres (25 estudiantes), y el 37,5% eran varones (15 estudiantes). La edad promedio de los participantes fue de 31 años, el más joven tenía 18 años y el mayor 54 años (Bottinelli et al, 2010).

En relación a los dibujos, se les pedía que: dibuje una persona vieja, dibuje una persona vieja haciendo algo y dibújese a usted trabajando como enfermero/a con personas viejas. Entre las preguntas o ítems a contestar se incluyeron: datos personales del/la participante solicitados para todos los dibujos

(edad, sexo, año de cursada, otros estudios, situación ocupacional), datos de cada dibujo (descripción de lo que dibujó, edad, sexo, ¿Quién es? y ¿Cómo es?).

El cuestionario autoadministrado se construyó en función de los objetivos propuestos, a partir de los ejes y categorías detectadas en los grupos focales y la bibliografía relevada.

Entre los principales resultados, encontramos que la percepción de los y las estudiantes sobre a qué edad se considera a una persona vieja varió significativamente ($p = 0.01$) en función de la propia edad de los/las estudiantes. Predominaron las representaciones asociando la vejez con enfermedad y discapacidad, e intervenciones centradas en el nivel secundario de atención. En los resultados se evidenció la distancia entre aprendizajes formales y no formales : (por ejemplo: representaciones en las que se referenciaban personas mayores con un envejecimiento saludable a partir de aprendizajes no formales, en contraposición a las representaciones referidas genéricamente al envejecimiento que evidenciaban discapacidades y estereotipos sociales a partir de aprendizajes formales), y el fuerte impacto de la experiencia vivencial con personas adultas mayores en las concepciones sobre dicha población (ejs. al solicitar referencias sobre las fuentes de dichas concepciones de la vejez aparecían con frecuencia referencias a familiares cercanos/as y vecinos/as, o trabajo con personas mayores) . Si bien los/las participantes reconocieron diversas formas de envejecer según los contextos en los que se transita la vejez (ej. diferente grado de urbanización, diferente implicación en tradiciones locales o familiares), aparecieron estereotipos de género tradicionales, expresados en las actividades representadas para cada sexo (ejs. hombres jugando a las bochas, mujeres tejiendo). También aparecieron prejuicios como “lentitud”, “inutilidad”, “quejosos” asociados a orígenes mediáticos y, otros sobre la inmediatez y apremio por el tiempo, propios de la sociedad capitalista de fines utilitaristas.

Entre las representaciones sociales con implicancia en las prácticas, más de un tercio de las personas consultadas sostuvo que las personas viejas son siempre frágiles, el 21% las consideraba siempre semi dependientes y, aún más, el 11% sostuvo que las personas viejas nunca son independientes o autónomas. Estos datos aumentaron al diferenciar lo que pueden o no hacer las personas viejas según aumenta su edad (ejs. la percepción de discapacidad y fragilidad de las personas mayores aumentó según se preguntó por franjas etarias). Asimismo, es interesante señalar que los/las participantes muy pocas veces asociaron el origen o fuente de sus representaciones a la formación recibida, referenciando como fuentes la televisión, “lo que se dice” y sus propias vidas.

A partir del análisis de focalizaciones discursivas y representacionales de los datos cualitativos se identificaron los núcleos temáticos de los ejes de indagación presentes en las representaciones y sus dispersiones, y se construyeron los indicadores y ejes del cuestionario, poniendo especial énfasis en el respeto por las formas de nominación y ejemplificaciones relevadas como disparadores de las situaciones y datos a relevar. Los resultados del cuestionario sostuvieron y profundizaron los resultados cualitativos y marcaron una fuerte presencia de representaciones sociales sobre el envejecimiento con connotaciones positivas (agradable, cariñoso, tranquilo, trabajador, alegre, activo) asociadas a las experiencias personales (más del 60%). Sin embargo, es necesario puntualizar que entre un 10 y un 13% de los y las estudiantes consideraban que las personas viejas siempre están enfermas, son inactivas y molestas. Esos porcentajes ascendieron entre el 62 y el 78% cuando se considera que pueden serlo a veces.



Los/as participantes identificaron el origen de ciertas características negativas (quejosos, irritantes, pobres, enfermos, abandonados) sobre todo asociado a los medios y “lo que dice la gente” (85%), y en menor medida a la experiencia laboral (39%). Las características negativas provenientes de fuentes mediáticas y dichos populares contrastaron, por lo tanto, en frecuencia así como en origen, con las características positivas. Además, los/as estudiantes se refirieron con muy baja frecuencia a características cuyo origen es la formación.

Se pueden identificar así, tres formas de representación diferentes de acuerdo con las fuentes y ámbitos de experiencia: 1) una forma de representar la vejez como activa y con fuerte connotación positiva, fundamentalmente de origen experiencial de redes cercanas; 2) una forma de vejez abandonada, quejosa, dependiente y con cualidades positivas pero ligadas a la inactividad y pasividad, característica de la experiencia laboral; y 3) otra que se construye desde los medios de comunicación y los registros cotidianos pero inespecíficos (“se dice”), que concentra los estereotipos negativos asociados con este ciclo vital, que caracterizan la vejez en términos contradictorios con la experiencia personal y familiar de los/las estudiantes. Es llamativo y de interés para este trabajo que la formación académica sea una de las fuentes menos referidas.

Por otra parte, los datos recogidos a través de dibujos refirieron a incumbencias profesionales predominantemente interdependientes (ejs. educación, promoción, prevención) más que a las referidas como independientes (ejs. cuidados continuos, básicos, higiene) aunque esto se da particularmente en estudiantes de primer año que aún no han tenido contenidos específicos de atención. En un sentido similar, con respecto a los niveles de atención, el 29% de los y las estudiantes consideraban que debía intervenir sobre todo en el segundo nivel de atención mientras que el 58% también consideró el primer nivel. Esto es alentador, ya que la vejez no se encuentra asociada directamente a la enfermedad.

En este sentido, parece existir una concordancia entre las representaciones del estudiantado, la propuesta curricular, y los propósitos y políticas explicitadas en documentos, y en la misión y creación de la Universidad donde se llevó a cabo la investigación. En dicho marco institucional, la propuesta curricular de la carrera analizada hace un fuerte énfasis en la perspectiva comunitaria y en el primer nivel de atención. Es relevante entonces que el resultado de los ámbitos laborales “deseados” por estudiantes se presente repartido entre los dos primeros niveles de atención. El deseo de desempeñar tareas en el primer nivel de atención se podría considerar como un logro de la Universidad respecto de las representaciones de los/las estudiantes, en el campo de la enfermería en el que las prácticas laborales tradicionales se han focalizado fuertemente en los otros niveles.

La propuesta de investigación pretendió fortalecer y promover a través de la estrategia metodológica la participación de todas las personas como productoras activas de conocimiento y transformación.

Los/las participantes señalaron que la experiencia les había servido para “pensar qué y cómo trabajar con la vejez” y plantearon la inquietud a las autoridades educativas de “tener más herramientas y estrategias de intervención comunitaria”. Por su parte los/las docentes y directivos de la carrera señalaron la utilidad de la participación para fundamentar cambios en el plan de estudio y pensar estrategias didácticas que recuperaran las experiencias personales de los y las estudiantes no solo para esta temática sino como estrategia general.

Necesidades y Competencias en la Formación de Recursos Humanos en Salud en el Área del Adulto/a Mayor

La segunda investigación (Bottinelli et al, 2011)³ realizada en el marco de proyectos financiados

³ Estudio realizado con el apoyo de las Becas “Ramón Carrillo – Arturo Oñativia” para Proyectos Institucionales, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. Trabajamos con investigadores/as becarios de ocho universidades y centros de investigación (Universidad Nacional de Lanús; Universidad Nacional de Quilmes; Universidad Nacional de San Martín; Universidad Nacional de Tres de Febrero; Universidad Maimonides; Universidad de Buenos Aires y Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica de la Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

por el Ministerio de Salud de la Nación, en las que participaron diferentes universidades y centros de investigación, con sede en la Universidad de Lanús, consideró algunas de las líneas de análisis de la investigación anterior y desde las cuales nos preguntamos sobre la adecuación de los planes curriculares de las diferentes carreras de salud a los ejes resaltados como prioritarios en la atención de personas adultas mayores. Incorporamos además, la perspectiva de la comunidad al revisar la adecuación de los contenidos anteriores a las necesidades percibidas por usuarios/as y efectores.

Desde una perspectiva crítica (Parker, 2003, 2009), profundizamos la necesidad de la comprensión política y comprometida, y por tanto la potencialidad de comprender la investigación (cualitativa y participativa) como herramienta de desocultamiento de objetivaciones y viabilizadora de cambios (Montero, 2004, 2006). Dado que es en la Universidad y en las instituciones de educación superior donde la sociedad delega la formación profesional (Bourdieu & Wacquant, 2005), se espera que allí los/las profesionales adquieran las capacidades necesarias para desempeñarse en un determinado campo con cierto nivel de capacidad técnica, con base en una oferta educativa articulada con las necesidades sociales y culturales de la comunidad en la que se inserta (Jaramillo, 2005; Samaja, 2003).

Desde los enfoques críticos del estudio del currículo se considera que en tanto texto pedagógico, los planes de estudio son dispositivos correspondientes al contexto de recontextualización del discurso, y operan cristalizando y legitimando la apropiación, desubicación y reubicación de textos entre el campo de producción intelectual y la enseñanza (Bernstein, 1993). Además, compilan el conjunto de saber que las instituciones educativas se proponen transmitir y operan como marco regulatorio de las prácticas para el desempeño de un rol, a la vez que establecen un orden lógico y social capaz de generar sistemas de pensamiento y de acción, con eficacia estructurante de la percepción, la reflexión y la práctica posteriores. Desde este enfoque la propuesta formativa de los planes de estudio vigentes son una expresión de las relaciones de fuerza que existen entre los/as diferentes actores del campo de envejecimiento y vejez (gestión, prestadores/as, profesionales de salud, usuarios/as).

Por todo lo anterior, indagamos sobre los contextos formativos y de prácticas de los/as diversos/as actores sociales involucrados/as con los procesos de salud- enfermedad-atención-cuidado considerados desde una perspectiva amplia e integradora. Esto se hizo con el fin de identificar las necesidades formativas de los/las profesionales en función de realizar aportes específicos que permitan mejorar no sólo su formación sino los procesos de atención y la calidad de vida de dicho sector poblacional en el contexto local.

Para ello utilizamos un diseño no experimental, exploratorio descriptivo, con triangulación de fuentes, instrumentos e indicadores cualicuantitativos. Trabajamos con una muestra de 22 planes de estudio de carreras de salud de instituciones universitarias de gestión pública y privada con sede en el Gran Buenos Aires (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2005). Incluimos un mínimo de dos carreras de grado de cada disciplina de salud referidas por el Ministerio de Salud de la Nación con desempeño predominante en el área asistencial (enfermería, fonoaudiología, kinesiología, medicina, psicología, nutrición, odontología y terapia ocupacional), cubriendo en promedio el 85.3% del total de matrícula por disciplina del universo de estudio. Analizamos las propuestas de 722 materias de las carreras de la muestra, 426 que presentaron contenidos mínimos y todos los programas a los que se tuvo acceso (612 programas), identificando en cada uno las referencias y contenidos relativos al área de personas adultas mayores. Por otra parte, analizamos 11 documentos internacionales y dos nacionales, emitidos desde la Asamblea Mundial del Envejecimiento (ONU, 1982) hasta el 2012 identificando las recomendaciones respecto de las necesidades y competencias en la formación de profesionales de salud en el área de personas adultas mayores. Se exploró su relación con los contenidos relativos a personas adultas mayores presentes en los programas de materias y contenidos mínimos analizados en los planes de estudio. Por último, para indagar las necesidades y competencias desde la perspectiva de usuarios/as y efectores/as trabajamos con muestras intencionales de efectores/as [profesionales de salud, directivos/as de instituciones educativas y docentes, directivos/as de instituciones de salud y/o internación de personas adultas mayores (N=61)] y de usuarios/as (N=34), conformada ésta última por personas adultas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas y sus familiares.



Analizamos los datos cuantitativos con estadísticas descriptivas y de significación en caso de exploración de cruce de variables. Analizamos los datos cualitativos mediante análisis de contenido e interpretación a la luz de los marcos referenciales mediante codificación y construcción de categorías de síntesis siguiendo el esquema presentado por Bardin (1986). Por último, realizamos una triangulación y análisis cruzado de los resultados extraídos de las diferentes fuentes e instrumentos. Las consideraciones éticas incluyeron aspectos específicos y discusiones a lo largo del proceso de investigación, desde la selección del tema, la posición teórico-epistemológica y las diferentes decisiones metodológicas en la construcción del diseño.

Respecto a los documentos curriculares, analizamos los criterios explícitos e implícitos que regulan la selección y organización de los contenidos. Solamente en uno de los planes encontramos definiciones explícitas respecto al sujeto de la atención, la salud y la práctica. En cuatro identificamos caracterizaciones de la práctica profesional que permitieron inferir algunos atributos conferidos al sujeto. No encontramos explicitaciones respecto al concepto de salud. El análisis de las concepciones explicitadas reveló que en la concepción del sujeto apareció la dimensión colectiva (ejs. población, comunidad) además de la individual, considerando diversos aspectos (ejs. social, cultural, educativo, económico) además de lo biológico y que existía reconocimiento de diferencias respecto a las pertenencias regional y sectorial. Se insinuó una perspectiva (no explicitada) de derechos (autonomía, dignidad, respeto) y no sólo de necesidades. Respecto a la concepción de salud, encontramos características coherentes con las del sujeto: se referían a un “objeto” colectivo y complejo que requiere de las ciencias sociales y administrativas, además de las biológicas.

En el análisis de los documentos internacionales identificamos los principales problemas y necesidades en el área, así como orientaciones fundamentadas en los marcos conceptuales vigentes (Enfoque de Ciclo de Vida y Envejecimiento Activo, la consideración de las personas adultas mayores como sujetos de derechos, la promoción de la participación de los individuos y las organizaciones en la definición de necesidades y adopción de decisiones). En los documentos resaltó la coincidencia en la necesidad y el interés en la promoción de la formación y capacitación de todo el personal de salud a lo largo del tiempo. Sin embargo, las referencias respecto de los contenidos a focalizar fueron muy generales, del tipo “expandir y profundizar la formación de profesionales en geriatría y gerontología” y “programas de capacitación y formación de recursos humanos, que atiendan las necesidades de las personas adultas mayores.” Esto plantea una complejidad a la hora de reconsiderar en el plano de la formación los contenidos a impartir. Uno de los problemas detectados fue la brecha existente entre las directivas generales de los documentos e informes internacionales y las posibilidades de plasmarlas en términos de contenidos para la capacitación y formación de recursos humanos en salud en un área que exige acciones específicas.

Los resultados del análisis de la estructura de los planes mostró el predominio de una propuesta de formación centrada en el control técnico-instrumental y la concepción de sujeto, de salud y de práctica profesional implícitas en esta organización. El sujeto de la atención se concibe como abstracto y uniforme, fragmentado, reducido casi exclusivamente a lo biológico; la salud como el control técnico de los/las agentes y procesos patológicos y la práctica profesional como el dominio y la ejecución de procedimientos técnicos altamente especializados que sostienen una práctica fragmentada y descontextualizada. La presencia de materias con contenidos en el área del adulto/a mayor y la presencia de contenidos relativos al área en otras asignaturas era mínima. De las 722 materias analizadas encontramos sólo siete con referencia directa a personas adultas mayores y otras 19 con contenidos mínimos relativos al área, resultando un total de 26 materias con contenidos referidos a las personas adultas mayores correspondientes a 10 planes de estudio. La carga horaria de estas materias alcanzó, en promedio, sólo el 2.5% de la carga horaria total de la carrera.

Por otra parte, desde la perspectiva de los/as efectores (profesionales, educadores/as y directivos/as de instituciones) las principales competencias necesarias, presentes y ausentes en la formación y las prácticas en salud coincidieron con parte de lo propuesto por los usuarios y usuarias y concordó con

necesidades formativas detectadas en los documentos y bibliografía del área. Usuarios/as y efectores/as coincidieron en la ponderación de las cualidades positivas y negativas. Sin embargo, al considerar los requerimientos para la contratación, los efectores/as propusieron en primer lugar la formación, luego la vocación y las actitudes. Por su parte, los usuarios/as mantuvieron prioridad para las actitudes, luego el conocimiento y la titulación. Por ende, el análisis mostró propuestas que no coincidieron con las recomendaciones y la lógica formativa incorporada en los documentos, ni con las necesidades relevadas de usuarios/as y efectores/as.

¿Qué sugerencias se pueden proponer a partir de los estudios realizados respecto de la formación y capacitación de profesionales acordes a las necesidades sociales? Pensar la formación de profesionales en salud es un desafío que involucra a un entramado de actores del campo de la salud y la educación pero también a la sociedad que delega la formación en las instituciones educativas. Consideramos que, en función de los resultados de la investigación es necesario incrementar la presencia de materias de formación general que brinden conocimientos teóricos pertinentes, rigurosos y actualizados. Un enfoque exclusivamente focalizado en competencias muy específicas y delimitadas podría acarrear riesgo incluso desde la perspectiva de las demandas de las personas usuarias, ya que las competencias excesivamente delimitadas y fijas, pueden constituirse en obstáculos en la medida en que se produzcan cambios en las necesidades y derechos, obstaculizando la readecuación contextualizada.

Uno de los problemas que se observa en la perspectiva curricular por competencias es formar profesionales capaces de actuar eficazmente en tipos definidos de situaciones, pero carentes de marcos interpretativos amplios y flexibles que les permitan comprender los cambios y construir críticamente su práctica profesional. Sostenemos que la incorporación de contenidos a los planes de formación y capacitación, requiere de otras acciones y contenidos que permitan reflexionar, contextualizar y recontextualizar las prácticas actualizando los saberes desde un enfoque de derechos, de envejecimiento activo y de salud integral. Algunos de los emergentes de la investigación, que se trabajaron e incorporaron como recomendaciones al Ministerio de Salud de la Nación son:

- La necesidad de realizar articulaciones entre los diferentes actores sociales y niveles de gestión que permitan adecuar los contenidos, conocimientos, compromisos y propuestas planteadas en los documentos para pensar las formas posibles de transferencia y transposición de los mismos en propuestas concretas de capacitación y formación en el área.
- La generación de espacios (interdisciplinarios, intersectoriales, interinstitucionales y participativos) de discusión, implementación y seguimiento de las propuestas, con la participación de las personas adultas mayores, expertos/as, profesionales de salud y educación, y gestores/as.
- Diseñar estrategias de difusión de la información existente planteando adecuadas formas de comunicación en todos los niveles de la sociedad y entre actores sociales específicamente involucrados/as (ejs. personas adultas mayores, instituciones de salud, centros de formación, espacios de atención y asistencia y recreación para las personas adultas mayores).
- Introducir contenidos en las formaciones de grado no solo de salud sino de diferentes carreras relacionadas con la salud integral, desde la perspectiva de derechos, dado que las necesidades no se restringen a atención especializada sino de las prácticas generales.
- Recuperar desarrollos sobre dispositivos de formación de competencias clínicas, dialógicas y comunitarias específicas.
- Revisar la orientación general que tiene la formación y sus concepciones de base incorporando consideraciones de orden cultural, social, política (perspectiva de derechos) junto con los progresos científicos tecnológicos.
- Discutir y promover la participación de actores del ámbito profesional y de la comunidad en la elaboración de las propuestas formativas universitarias.
- Fortalecer la integración regional en el área, desarrollando acciones y programas de intercambio de conocimientos y experiencias que involucren organizaciones de personas adultas mayores, efectores/as e investigadores/as.



Asimismo, planteamos la importancia de promover investigaciones, capacitación y redes de intercambio, formación, investigación y trabajo con profesionales e investigadores/as de la región, que puedan participar y generar insumos para la participación en próximos encuentros internacionales.

Conclusiones

Estas investigaciones nos convocan a reflexionar sobre la función social de la universidad y la producción de conocimientos científicos como saberes no exclusivos ni excluyentes de la ciencia y la academia, sino por el contrario como emergentes de la articulación de saberes y prácticas de diferentes actores (Jaramillo, 2003; UNLa, 1998). Los procesos descritos permitieron, además, formar recursos humanos, articular los niveles de gestión, con las personas y los/las profesionales de la salud, creando redes de información y acción en diferentes sentidos y resignificando regulaciones, saberes y prácticas según necesidades y oportunidades contextualizadas.

Las experiencias presentadas muestran que los procesos de implicación/participación que pueden generarse en los procesos de investigación son consistentes con la perspectiva transformadora de la psicología social comunitaria, puesto que generan diversas líneas de acción, participación e involucramiento en la transformación de las situaciones, en la asunción de responsabilidades, en el reconocimiento de los las personas o grupos implicados y de su propia capacidad de acción y transformación desde el hacer mismo, cotidiano, en cada espacio y lugar en que uno/a se encuentre.

Siguiendo los planteamientos de Martín-Baró (1985) sostenemos que el uso sistemático y dialéctico de estrategias cualitativas que incluyan el diálogo y la participación de diferentes actores y diferentes perspectivas en el proceso de investigación, no solo “da la voz”, sino que permite revisar las naturalizaciones, creencias y vivencias implícitas en los saberes y prácticas en salud. Además, pueden colaborar en desmontar las opacidades y ocultamientos de los discursos oficiales y los entramados de poder de los modelos tradicionales encriptados en los procesos de formación y trabajo, para abrir la conciencia colectiva a nuevas alternativas de pensamiento, resistencia y acción.

Referencias

- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bernstein, B. (1993). *La estructura del discurso pedagógico*. Madrid: Morata.
- Bottinelli, M., Nabergoi, M., Remesar, S., Pérez Blanco, M., Kanje, S., Tetelbaum, A., et al. (2011). Interfases cuali y cuantitativas sobre las necesidades y competencias en la formación de recursos humanos en salud en el área del adulto mayor. Exploración desde la perspectiva de las instituciones, usuarios y efectores. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 49. Recuperado de: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-VI.pdf>
- Bottinelli, M. M., Nabergoi, M., Remesar, S., Galván, M.T., Anile, J., Rivarola, N. et al. (2010). *Representaciones sociales de la vejez y el envejecimiento en estudiantes de enfermería*. Remedios de Escalada, Argentina: Universidad Nacional de Lanús.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires.: Siglo XXI.
- Chardon, M.C. (2000). *Perspectivas e interrogantes en psicología educacional*. Buenos Aires.: Eudeba.
- Gibbons, M. (1997). *La nueva producción de conocimiento*. Barcelona: Pomares Corredor.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2005). *¿Qué es el Gran Buenos Aires?* Buenos Aires: Ministerio de Economía y Producción.
- Jaramillo, A. (2003). *Tríptico Nuestra Universidad. Proyecto Estratégico de la Universidad Nacional de Lanús*. Remedios de Escalada, Argentina: Universidad Nacional de Lanús.

- Jaramillo, A. (2005). Presentación. En C. Casali, A. Farber; G. Giangiacomo, G. Hernández, y D. Toribio. (Eds) *Cuestiones de educación superior*. Remedios de Escalada: EDUNLA.
- Jodelet, D. (2006). El otro, su construcción, su conocimiento. En S. Abundiz (Coord.) *Representaciones sociales. Alteridad, epistemología y movimientos sociales* (pp. 21-42) Guadalajara: Universidad de Guadalajara /Maison des Sciences de l'Homme.
- Kornblit, A.L. (2007). *Metodologías cualitativas: Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Martín-Baró, I. (1985). La encuesta de opinión pública como instrumento desideologizador. *Cuadernos de Psicología*, (7), 93-109.
- Minayo de Souza, M.C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Plan Federal de Salud 2010-2016*. Buenos Aires: Autor.
- Molina, J. (2009). Hacia la construcción de una historia de la psicología de América Latina. En: *Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, No. 17. Disponible en: <http://www.picolatina.org/17/construccion.html>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollos, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Moscovici, S. (Comp.) (1993). *Psicología Social. Vol. II. Pensamiento y vida social, Psicología Social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Healthy People 2010, I*. Recuperado de: <http://www.hawaii.edu/hivandaids/Healthy%20People%202010%20%20%20Reproductive%20Health.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2002, 8-12 abril) *Plan de acción mundial sobre el envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1982, 26 de julio-6 de agosto) *Plan de acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena, Austria. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf
- Parker, I. (2003). Psicología crítica: Conexiones críticas. En M. Villuendas & A. Gordo López (Coords.), *Relaciones de género en psicología y educación*. Madrid: Consejo de Educación de la Comunidad de Madrid, (11), 199-221.
- Parker, I. (2009). Psicología crítica: ¿Qué es y qué no es? *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 8, 139-159.
- Salvarezza, L. (2000). *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Samaja, J. (2003). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Yuste Rosell, N., Rubio, R. & Aleixandre, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.
- Zarebski, G. (2002). *Hacia un buen envejecer*. Buenos Aires: Emecé.
- Zarebski, G. (2005). *El curso de la vida. Diseño para armar*. Buenos Aires: Editorial Científica y Literaria.

Received:10/04/2014
Accepted: 06/08/2016: