

UDELAR – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
CUP – CENTRO UNIVERSITARIO DE PAYSANDÚ
ISEF – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN FÍSICA
SEMINARIO TESINA

SOFÍA MACHADO RODRIGUEZ
SILVIA ALEJANDRA LÓPEZ SANT´ ANNA

El punto cero de un nuevo rumbo
Caminos para pensar la inserción de la Educación Física al Sistema Nacional
Integrado de Salud - SNIS en Uruguay.

Paysandú, Uruguay

2020

SOFÍA MACHADO RODRÍGUEZ
SILVIA ALEJANDRA LÓPEZ SANT´ ANNA

El punto cero de un nuevo rumbo
Caminos para pensar la inserción de la Educación Física al Sistema Nacional
Integrado de Salud - SNIS en Uruguay.

Dr. Prof. Edwin Alexander Cañón B – Orientador

Prof. Dra. Mariana Gómez - Polo Medicina Social - CENUR L.N. – Tribunal.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios por permitirnos llegar hasta aquí, de la mano de nuestras familias durante todo el transcurso recorrido en la Universidad.

A nuestro tutor Edwin Alexander, por su paciencia y disposición para con nosotras, compartiendo sus conocimientos y encendiendo la chispa del “comprender” para alcanzar visualizar más allá de lo visible, lo que permitió el desarrollo de esta tesina y toda su labor.

A nuestros amigos y pareja que fueron el sostén vital para continuar, sobre todo por los años de distancia. Indudablemente a nuestros nuevos compañeros con los cuales compartimos horas de estudio, charlas e infinitos momentos que quedarán como anécdotas.

A todas las personas que acompañaron nuestro proceso de formación, y dejaron su granito de arena, aportando gratamente a nuestras vidas en cada momento. Gracias. A la UdelaR y al ISEF por una educación pública, gratuita y de calidad.

RESUMEN

Esta investigación trata acerca de las contribuciones del campo específico de la Educación Física al Sistema Nacional Integrado de Salud - SNIS. Tiene como objetivo, comprender de qué forma contribuye la Educación Física, como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay y responde a un delineamiento descriptivo con abordaje teórico metodológico cualitativo centrado específicamente en los estudios críticos del área en relación a la salud. El Análisis Documental fue el método con el cual fueron analizadas las distintas materialidades que hacen parte del *corpus* empírico. Las contribuciones que la Educación Física presenta al SNIS emergieron específicamente del análisis cuidadoso de las correspondientes materialidades, generando tres movimientos de acción analítica desde las cuales se podría visualizar la inserción del área al campo de la salud. La primera, abordando y entendiendo la salud desde criterios críticos de integralidad conjugados con el trabajo interdisciplinario. Es esta lógica, el educador físico ejercería su accionar centrado, por una parte, en participar/integrar un equipo interdisciplinario con el fin de enriquecer dicho abordaje desde la perspectiva de atención integral, y por otra, focalizar la atención del mencionado trabajo en acciones de escucha y producción de cuidado hacia los usuarios que frecuentan el servicio. La segunda, entendiendo la formación como un medio fundamental para la inserción del educador físico en esta política pública, considerando que la misma promueve/exige/posibilita la formación de sus recursos humanos en salud en articulación con servicios, programas de formación académica y la propia Universidad. Finalmente, haciendo uso de las Prácticas Corporales vista desde la perspectiva ampliada, como aporte de la Educación Física a la Salud, contribuyendo a entender este fenómeno no como una característica negativa en los sujetos, y sí, como una naturalidad propia del ser humano, determinada en parte por percepciones culturales, sociales, ambientales, económicas y políticas. Prácticas que desde los usuarios presentarían sentidos y significados coherentes con los principios del sistema, ayudando a su recurrente participación desde espacios de encuentros promovidos en y por los propios servicios. En las consideraciones finales destacamos la necesidad de generar políticas de formación en el área, que permitan aproximarnos al SNIS por medio de estudios y experiencias direccionadas a modificar las lógicas biomédicas desde la cual la salud ha sido abordada en el campo específico de la Educación Física en el país.

Palabras clave: Educación Física; Salud; Sistema Nacional Integrado de Salud; SNIS; Uruguay.

Tabla de Contenido

1.INTRODUCCIÓN	5
2.MARCO TEÓRICO	10
2.1 Marco Teórico Referencial	122
2.2 Marco Teórico Conceptual	27
2.2.1 Marco Normativo	28
2.2.1.1 Ley nº 18.211 - Creación del SNIS	29
2.2.1.2 Ley Nº 18.335 - Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud	33
2.2.2 La Salud y su otra realidad.	34
2.2.3 Pero, realmente ¿qué podemos entender como Salud Integral?	42
2.2.4 La BioEducación Física y la Salud desde la perspectiva Ampliada.	47
3. METODOLOGÍA	54
4. ANÁLISIS DE LA EMPIRÍA	59
4.1 Salud Integral y trabajo interdisciplinario como el punto “cero” para reconfigurar el trabajo en salud.	60
4.2 La formación del licenciado en Educación Física como medio de inserción al SNIS.	70
4.3 Las Prácticas corporales como aporte de la Educación Física al campo de la Salud Uruguaya.	79
5. CONSIDERACIONES FINALES.	87
6. REFERENCIAS	91
7. APÉNDICES	99
APÉNDICE 1 - Tabla de registro sistemático.	1000
APÉNDICE 2 - Agrupamiento Sistema Nacional Integrado de Salud.	1011
APÉNDICE 3 - Agrupamiento Educación Física	1022
APÉNDICE 4 - Material Empírico - Corpus Investigativo	1022
APÉNDICE 5 - Información Analítica	1033

1.INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de licenciatura tiene como objetivo **comprender de qué forma contribuye la Educación Física, como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.**

Somos dos estudiantes del departamento de Salto del área rural, por un lado, Alejandra oriunda del municipio Constitución, lugar ubicado a orillas del río Uruguay a 60 kilómetros de la ciudad de Salto. Por otro lado, Sofía, procedente de Puntas de Valentín, un pueblo situado a 90 kilómetros de la ciudad de Salto. A pesar de que nuestras residencias fueran de ámbito rural, las mismas presentan características diferentes en lo que tiene que ver con la cantidad de habitantes, servicios, educación, etc. Por ejemplo, es muy notorio que la participación formal de la Educación Física en el área rural y más específicamente en sus instituciones escolares es casi inexistente. En nuestro caso, solo una de nosotras tuvo la oportunidad de vivenciar la disciplina en el marco de la enseñanza primaria, si bien ambas la experimentamos en secundaria. Así mismo, y considerando que en nuestro medio rural no hay presencia de clubes deportivos, recreativos o espacios colectivos en los cuales se puedan realizar prácticas corporales diversas, en el transcurrir de nuestra infancia no tuvimos la oportunidad de participar de experiencias relacionadas con la Educación Física institucional, de modo que nuestras vivencias giraron en torno a los juegos tradicionales que comúnmente eran transmitidos y vivenciados entre los miembros de nuestras familias y los amigos más cercanos.

Cabe mencionar que la vida en el campo tiene sus pro y contras; desde una perspectiva positiva, podemos distinguir un sin número de vivencias muy similares en cuanto al contexto cultural, la comunidad y las distintas experiencias familiares que nos hacían llevar una vida tranquila, cálida y de abundante contacto con flora y fauna autóctona aún existentes en la zona norte del país. La apertura al buen trato entre los sujetos, la ayuda mutua y la valorización del compartir momentos representativos en familia y amigos, hicieron que nuestra concepción de mundo estuviese más centrada en nuestros núcleos afectivos que en la atención a los medios tecnológicos donde la velocidad, el demostrar y el replicar acciones de otros constituyen una atmósfera virtual que muchas veces no coincide en nada con la realidad.

En referencia a las dificultades todo se potencia, ya que la multiplicidad de carencias que tradicionalmente han existido entre lo rural y urbano hace que cuestiones como la formación escolar, el ingresar a la educación superior, la recreación, el uso del tiempo libre e incluso la capacitación para trabajos propios del medio rural sean problemáticas constantes que impiden la proyección del desarrollo humano o tecnológico del medio. Todo se hace más complejo al momento de proyectar los estudios universitarios en otro departamento. No solamente jugaron cuestiones relacionadas al traslado, la adaptación y la carga económica, sino también el dejar de lado nuestras rutinas familiares, amigos o actividades personales, que nos llevaron a sentirnos solas, pero al mismo tiempo muy comprometidas a no desfallecer en lo que conlleva iniciar una nueva y caótica experiencia de independencia como estudiantes universitarios.

En lo que tiene que ver con el camino que marcó nuestro proceso formativo, yo (Alejandra), a temprana edad supe cuál sería mi vocación. A pesar de no poder continuar mi proceso de aprendizaje en el tiempo regular en el cual todas las personas ingresan a realizar sus estudios universitarios, decidí inscribirme en el bachillerato deportivo en la ciudad de Salto. Bachillerato que me incentivó a culminar este proceso de formación proyectándome aún más a cursar la carrera de licenciatura en Educación Física como parte de un nuevo desafío de vida, focalizando todo mi esfuerzo en culminar estos estudios a pesar de tantas incertidumbres.

Fue entonces que, en febrero de 2017, decidí viajar a la ciudad de Paysandú para inscribirme en el Instituto Superior de Educación Física¹ – ISEF perteneciente al Centro Universitario Paysandú – CUP el cual era uno de los distintos centros universitarios donde es posible cursar la referida licenciatura². Luego de completar la correspondiente inscripción, debería esperar la realización del sorteo habitual en el cual se habilitaría una cantidad específica de aspirantes inscritos para poder ingresar a realizar los estudios correspondientes en el mencionado curso. A pesar de la

¹ Mayor información: <https://isef.udelar.edu.uy/> Acceso en: diciembre de 2020.

² Actualmente, el Instituto Superior de Educación Física – ISEF se encuentra presente en cuatro centros regionales distribuidos así: Regional Montevideo; Centro Universitario Regional Este (CURE) en la ciudad de Maldonado; Centro Universitario Regional Litoral Norte (CENUR) en la ciudad de Paysandú (CUP); Centro Universitario Regional Noreste (CUR) en la ciudad de Rivera. Mayor Información: <https://isef.udelar.edu.uy/institucional/regionales/> Acceso en: abril de 2021.

espera, el día 10 de marzo confirmaban los resultados finales visualizándome entre los primeros lugares de un total de 150 estudiantes que ingresarían ese semestre al ISEF.

Por su parte, Sofía relata que el interés por la orientación hacia la docencia en el área, surge al culminar su proceso educativo a nivel de secundaria, lo que la llevó a informarse acerca de lo que tiene que ver con la carrera, posibles lugares de estudio, tiempo del curso, horarios, costo de vida de cada una de las ciudades a las cuales podría desplazarse a vivir, así como las formas de manutención para su permanencia en las mismas. En base a esto, vimos que trasladarnos a vivir en Paysandú – ciudad elegida por nosotras debido a la conveniencia económica, de seguridad y de proximidad familiar – no sería nada fácil, pues convivir con otras personas y costumbres era algo que hasta el momento no habíamos vivenciado fuera de nuestros hogares. A lo anterior se suma la gran responsabilidad y expectativas que recayeron sobre nuestras vidas al ser nosotras la primera generación de nuestro núcleo familiar en ingresar a la educación superior, pues en los lugares de los cuales procedemos, es muy raro que los jóvenes se desplacen a estudiar cursos universitarios, ya que la necesidad más próxima es el trabajar para ayudar al sustento de las distintas exigencias que el hogar presenta.

Ambas nos dimos cuenta de la enorme dificultad que tendríamos para mantenernos durante los 4 años de estudio, pues nuestras condiciones económicas no eran óptimas, y más, pensando que tendríamos que salir de nuestros lugares de origen donde teníamos garantizado un cierto tipo de confort y bienestar colectivo (familia, comida, vivienda, apoyo emocional etc.).

Teniendo en cuenta lo anterior, indagamos cuáles eran los apoyos estudiantiles existentes (becas) a los que podíamos acudir en pro de facilitarnos nuestra estancia, manutención y sustento durante el tiempo del curso de la licenciatura. Para esto, una de nosotras recurrió a la Fundación Chamangá³, con la

³ Fundación que tiene como función impulsar al joven a continuar sus estudios, iniciar una formación terciaria y/o universitaria, apoyando a jóvenes entre 18 y 30 años de edad que demuestren una clara vocación y que aspiren a formarse como técnicos, docentes, artistas o profesionales universitarios para ejercer su profesión al servicio del desarrollo económico, cultural y social del país. Mayor información: <https://fundacionchamanga.org.uy/>

idea de poder ser beneficiaria de alguna de las 25 becas otorgadas por la institución para ingresar al campo vocacional. En ese caminar, juntas nos vimos beneficiadas con el apoyo del Fondo de Solidaridad⁴, el cual nos permitió una solvencia económica hasta el día de hoy en que estamos a punto de culminar todo nuestro proceso de formación profesional.

Al ingresar al referenciado curso, creíamos que predominaría la enseñanza de actividades prácticas centrada específicamente desde una perspectiva técnico-deportivista considerando que este modelo fue el vivenciado en parte de nuestro proceso de formación escolar y liceal. Proceso de formación que hacía que aprendiéramos juegos, actividades, deportes, técnicas y reglas específicas que nos mostraba la univocidad de la Educación Física en el mundo que nos rodea. Sin embargo, este imaginario sucumbió al depararnos con un proceso de formación bastante distinto al pensado, pues la existencia de unidades curriculares teóricas, prácticas, discursivas y metodológicas bajo una perspectiva crítica (en algunos casos), nos hizo percibir el gran impacto que la Educación Física tiene en las distintas dimensiones sociales que integran al ser humano.

Con el pasar del tiempo, fuimos sumando muchísimas anécdotas tanto personales como académicas que nos llevaron a decidir continuar con el trayecto de Salud⁵ como orientación formacional en nuestro proceso final de licenciatura. Proceso que había pasado por una serie de unidades curriculares⁶ que poco a poco nos mostraron desde diversas perspectivas críticas, el lugar que ocupa el educador físico

<http://www.quepuedoestudiar.edu.uy/index.php/component/k2/item/55-becas-de-fundacion-chamanga>
Acceso en: noviembre de 2020.

⁴ Mayor información: <https://becas.fondodesolidaridad.edu.uy/> Acceso en: noviembre de 2020.

⁵ Según resolución de comisión directiva del ISEF (Expe. N.º 008450-000968-16), en la ciudad de Paysandú el ISEF ofrece dos trayectos de formación (Deporte – Salud). Mayor Información: <https://isef.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2021/04/Resoluciones-sobre-trayectos-y-opciones-en-Plan-LEF-2017-.pdf>. También ver <https://isef.udelar.edu.uy/institucional/regionales/> Acceso en: junio de 2021.

En lo que corresponde al trayecto de salud, “Esta área se orienta hacia el desarrollo de los conocimientos que abarcan la relación educación-salud. En este contexto, la salud se comprende desde una concepción de globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social. En su relación con lo educativo se centrará en la prevención y la promoción. La diversidad de los campos teórico-prácticos se apoya en las ciencias biológicas y las ciencias humanas para poder avanzar en el análisis de una desestructuración – reestructuración de los conceptos de cuerpo y salud, a los efectos de trascender las nociones utilitario-higienistas” Mayor Información: <https://isef.udelar.edu.uy/noticias/isef-montevideo-inscripcion-a-trayectos-en-la-licenciatura-en-educacion-fisica/> Acceso en: Junio de 2021.

⁶ Mayor información: <https://isef.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/11/Version-web-18-de-noviembre.pdf> Acceso en: junio de 2021.

al interior de la salud, campo este dominado por perspectivas hegemónicas donde lo epidemiológico y lo biomédico gobiernan el sentido de la vida en la cual los sujetos se encuentran inmersos.

En esta lógica, proyectamos la posibilidad de investigar en nuestro trabajo final de licenciatura una temática que visualizará los aportes con los cuales la Educación Física como disciplina académica y de intervención (pedagógica – profesional), posibilite su inserción al campo específico de la salud, y de forma puntual al Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS del Uruguay. Desde este entendimiento, se hace necesario resaltar que en la actualidad la Educación Física no es considerada⁷ (en el país) como parte de las áreas que actúan al interior del SNIS. Sin embargo, a esta se le atribuyen una multiplicidad de responsabilidades en lo que tiene que ver con la idealización/materialización de discursos biopolíticos basados en parámetros epidemiológicos donde la actividad física, los estilos de vida saludable y la calidad de vida, reafirman el modelo hegemónico bio-medicalizante y hospitalocéntrico en el cual la salud se encuentra estructurada en la sociedad occidental en la que vivimos.

Para esto, nos contactamos anticipadamente con el profesor Edwin Alexander Canon-Buitrago, responsable por algunas de las unidades curriculares del área de salud (abordadas desde una perspectiva crítica y decolonial) el cual aceptó nuestra idea en formato semilla, convirtiéndose así en el tutor oficial de este trabajo investigativo como requisito para obtener el título de Licenciadas en Educación Física.

Atravesar los inicios de la pandemia en el país nos limitó a realizar un trabajo de investigación que tuviera algún tipo de intervención directa en un grupo poblacional y/o espacio social determinado, lo que nos llevó a pensar en un estudio de índole más teórico, analítico y documental el cual nos ayudará a responder nuestra pregunta de investigación direccionada a entender **¿en qué forma la Educación Física, propicia su participación al interior del Sistema Nacional Integrado de Salud?**

⁷ Si bien la Educación Física no es considerada como profesión para actuar dentro del SNIS, al interior de la Universidad de la República pasa todo lo contrario. La Educación Física se encuentra configurada dentro del Área de la Salud compartiendo espacios con otros servicios de formación como lo son las Facultades de Medicina, Odontología, Psicología y Enfermería, así como las Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Nutrición y Dietética, y de Parteras. Mayor Información: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/28260> Acceso en: junio de 2021.

2.MARCO TEÓRICO

El marco teórico es considerado pilar fundamental en el desarrollo de una investigación, ya que marca la estructura organizativa, lógica y coherente de los caminos por los cuales transitan tanto el investigador cuanto el objeto a ser investigado. Así mismo, proporciona la articulación entre las bases teóricas, metodológicas y de sustentación empírica para otorgar al estudio criterios de rigor y calidad científica desde el inicio hasta su fin, aclarando así, los distintos fundamentos conceptuales que darán soporte al análisis del objeto investigado (Gallego J., 2017).

En este sentido, Vincent Anfara (2008), argumenta que el marco teórico puede ser estricto o elaborado, tanto desde una lógica teórica cuanto, desde el sentido común, de forma que el desarrollo del mismo tenga la capacidad de abordar, por una parte, lo descriptivo y por otra lo causal. En palabras simples, el marco teórico es el lugar en el cual se hace relevante establecer constantes articulaciones entre lo teórico, lo conceptual y los antecedentes en relación al objeto a ser investigado. Para Balestrini (2007), el marco teórico contribuye a la articulación entre el tema, el problema y las distintas partes del estudio, debido a que el mismo, permite definir los contenidos y las estructuras que ayudarán a operacionalizar el objetivo de la investigación que, en nuestro caso, se encuentra direccionado a comprender de qué forma contribuye la Educación Física como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay.

Para que este conjunto de articulaciones sea posible, Gallego (2016), sugiere establecer tres dimensiones fundamentales que aportarán a la organización, secuencialidad y rigor científico tanto del marco teórico cuánto del trabajo investigativo. La primera, enfatiza lo “histórico-contextual” el cual analiza las limitaciones y/o carencias académicas en cuanto al objeto de estudio determinado, permitiendo de esta forma que el investigador tenga una noción clara del conjunto de producciones y antecedentes que hasta el momento han sido desarrollados en la temática específica. La segunda dimensión, hace alusión a lo “conceptual” ya que, en esta fase, se presentan los diferentes referentes de análisis teórico-conceptuales que, por una parte, posicionan el estudio al interior de un tema, asunto y/o área específica del conocimiento, y por otra, generan un hilo conductor entre los distintos caminos

que la investigación recorre. Como última dimensión encontramos la “metodológica” que tiene como fin la proyección clara, oportuna, articulada y secuencial de las formas en las cuales será realizada la producción y el análisis de la información en pro de la pregunta y el objetivo de investigación.

En base a lo expuesto, comprendemos que las mencionadas dimensiones constituyen una guía, estructura y/o soporte de la investigación que tiene como función identificar el camino de abordaje más adecuado tanto en el campo conceptual, como en la producción, tratamiento y análisis de las informaciones relacionadas con nuestro tema de estudio centralizado en la Educación Física en el Sistema Nacional Integrado de salud.

Siendo así, Tobar y Romano (2008), proponen para la elaboración del marco teórico, dos elementos fundamentales (marco teórico referencial – marco teórico conceptual) que contribuyen en la organización, tomas de decisión y posicionamiento del investigador en relación a su propio objeto de estudio. En este sentido, entendemos el marco teórico referencial, como el capítulo del trabajo investigativo que debe presentar al lector los distintos estudios ya realizados sobre un tema o asunto determinado (Tobar y Romano, 2008). En esta línea, Tamayo (2002), menciona que conocer los antecedentes del objeto investigado se torna relevante para identificar los distintos interrogantes, respuestas, puntos de partida o recorridos en relación a un tema, contenido o asunto importante en un área de conocimiento específica. Desde esta lógica, Arias (2012), menciona que los antecedentes contruidos en relación a un objeto de estudio específico reflejan los distintos trayectos y estados del conocimiento por los cuales este tema ha transitado, haciendo de los mismos, una línea guía donde el futuro investigador establezca un punto de referencia para crear, profundizar o simplemente tomar un nuevo camino.

2.1 Marco Teórico Referencial

La ejecución del marco teórico referencial se hace necesaria cuando el investigador no dispone de un material de referencia específico que lo respalde, razón por la cual, el desarrollo propio de la investigación se puede ver comprometido debido a las múltiples incertezas y variaciones generadas por este problema de desconocimiento. “Isto pode ocorrer porque não há, em relação ao problema, um corpo organizado de conhecimento (teoria), ou porque, havendo um, revela-se insuficiente ou inadequado para a abordagem proposta” (Tobar y Romano, 2001, p. 60).

En lo que tiene que ver con el marco teórico conceptual, Tobar y Romano (2001) se refieren a este como moldura, delimitación, esqueleto o soporte en el cual se sustentará teóricamente toda la investigación. Hace alusión a las distintas delimitaciones conceptuales, teóricas y de perspectiva (relevantes) para fundamentar el trabajo de investigación en relación al objeto de estudio que se desea investigar. Es allí donde el investigador se posiciona desde una lente teórica para situar, abordar y discutir su problemática investigativa, estableciendo una sincronía entre su objetivo, los resultados encontrados en el proceso de revisión de literatura y la metodología a ser usada para analizar las diferentes informaciones.

Siguiendo los consejos de los supracitados autores, creemos necesario desarrollar nuestro marco teórico referencial, ya que el mismo nos permitirá tomar puntos de partida en relación a los avances de la producción de literatura existente en lo que tiene que ver tanto con el Sistema Nacional Integrado de Salud, cuanto con la Educación Física al interior del referido sistema en el Uruguay. Siendo así, consideramos necesario recorrer este camino mediante la realización de una Revisión Sistemática (RS), como uno de los diversos métodos para el relevamiento de producciones académicas en temas o asuntos determinados.

Para Schütz; Sant’Anna y Santos (2011), la revisión sistemática “consiste em um movimento que tem base em critérios pré-determinados e evidências científicas consistentes, tendo como fim colaborar com a escolha de estudos e/ou ferramentas para o desenvolvimento de artigos com informações originais (p. 398)”. Así mismo, Gomes y Caminha (2014), afirman que la revisión sistemática requiere de un objetivo

inicial claro y lógico como punto de partida, para mapear datos relevantes en relación a la temática a ser investigada. Para ello, se deben establecer una variedad de criterios de selección, revisión y análisis que estén determinados en forma rigurosa, con la finalidad de proveer nociones e informaciones en lo que tiene que ver con las formas en las cuales ha sido abordado un tema, asunto u objeto de estudio determinado. Para dar continuidad a dicho mapeo de literatura y aunque esta estrategia no establece una estructura fija y obligatoria a seguir, tomamos la decisión de dividir el correspondiente proceso de revisión en 4 etapas fundamentales (Figura 1), que servirán, por una parte, para facilitar la comunicabilidad del mismo hacia los lectores que se aproximan de este estudio, y por otra, para brindar rigor científico a esta etapa tan importante en este trabajo final de licenciatura. El realizar una división en etapas, nos facilitó entender en profundidad el proceso como un todo considerando nuestro objetivo central de investigación.

Figura 1 – **Etapas del proceso de mapeo de literatura.**



Fuente - **Autoras**

Para llevar a cabo este mapeo de manera sistemática y rigurosa, en la “etapa 1” fue necesario proyectar una pregunta inicial de revisión con el fin de otorgar claridad, dirección y sentido hacia una serie de informaciones que hasta el momento son desconocidas en relación a nuestro tema de estudio. Siendo así, la pregunta de revisión que guiará este mapeo de producción académica estará dirigida a saber ¿Que se ha elaborado en el campo académico en relación a Sistema Nacional Integrado de Salud y en cuál de estas producciones literarias la Educación Física se hace partícipe?

Luego de planteada nuestra pregunta de revisión, fue necesario pensar en la selección de algunas bases de datos, repositorios y/o revistas en las cuales se encuentran resguardados textos e informaciones académicas relevantes para el desarrollo de nuestra investigación. Para Gomes y Caminha (2014), realizar la correcta elección de las búsquedas dependerá de “*corresponder às expectativas*

quanto à temática abordada, de modo que a opção pelas que possuem baixa probabilidade de dispor do conteúdo abordado poderá comprometer o processo de garimpar informações” (p. 404).

En nuestro caso, fueron seleccionadas bases de datos⁸, repositorios⁹ y/o revista (Google Académico, Colibrí, Portal Timbó, Lilacs, Biur y Silo) con la idea de que nos permitieran acceder fácilmente a informaciones relacionadas con los asuntos de interés para nuestro trabajo investigativo. Siendo así, consideramos relevante realizar las respectivas búsquedas, destacando que estas bases de datos y repositorios almacenan producciones académicas nacionales e internacionales en múltiples temas pertenecientes a distintas áreas del conocimiento entre las que se encuentran la Educación Física.

En el caso de **Google Académico**¹⁰ este fue seleccionado por ser una base especializada (nacional/internacional) que preserva contenidos académicos y científicos en distintas disciplinas o áreas de estudio. La misma, posee acceso a una gran variedad de recursos entre los que encontramos artículos, tesis, monografías, libros, documentos especializados, trabajos académicos etc. En la secuencia, elegimos **Colibrí**¹¹ por ser este el repositorio institucional de la Universidad de la República el cual contiene una colección digital de libre acceso a material académico, agrupando y resguardando toda la producción de literatura desarrollada al interior de la UdelaR. Entre estos materiales podemos encontrar producciones como tesis de grado de licenciatura, de maestría y doctorado, monografías, artículos, libros, relatos académicos, memorias de eventos u otros trabajos propios de la Universidad.

De forma similar, seleccionamos **Biur**¹² (Bibliotecas de la Universidad de la República-UdelaR), ya que este catálogo resguarda el conjunto total de libros

⁸ Entendemos como bases de datos al conjunto de sitios web de acceso abierto y/o restringido en el cual se reúnen y coleccionan de forma sistemática y estructurada, diversidad de documentos, comunicaciones científicas, artículos, libros, materiales de investigación y contenidos bibliográficos en relación a multiplicidad de temáticas pertenecientes las más variadas áreas del conocimiento.

⁹ Entendemos como repositorios al sistema de información temática o institucional en el cual se alojan, almacenan, organizan y sistematizan, archivos científicos en formato digital o en físico que funcionan como fuentes de información secundarias en la estructura específica de la literatura científica.

¹⁰ Mayor información: <https://scholar.google.com.uy/schhp?hl=e> Acceso en: junio de 2020.

¹¹ Mayor información: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/> Acceso en: junio de 2020.

¹² Mayor información: <https://biur.edu.uy/F> Acceso en: junio de 2020.

académicos, de consulta, materiales de apoyo estudiantil, artículos, revistas e investigaciones en formato digital y/o impreso que se encuentran disponibles en todas las bibliotecas de facultades, institutos y sedes de la universidad en el país. Escogimos **Portal Timbó**¹³, ya que como su nombre lo indica, este es una puerta o puente que permite el acceso a producción científico-académica en multiplicidad de idiomas, temas, áreas de conocimiento e instituciones privadas o públicas a nivel nacional e internacional. Si bien el portal permite el acceso a otras bases, revistas y repositorios institucionales (algunos de ellos de acceso abierto), también permite rastrear informaciones en repositorios particulares a los cuales no sería posible su acceso sin ningún tipo de asociación o membresía.

Por su parte, la base de datos buscador **Silo**¹⁴, fue elegida por concentrar en su interior el sistema nacional de repositorios de acceso abierto de ciencia y tecnología del Uruguay, agrupando en ella resultados de investigaciones regionales y nacionales permitiéndonos visualizar la producción científica y tecnológica del país en diversas áreas del conocimiento. Por último, la elección de la base de datos **Lilacs**¹⁵ (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) fue sustentada en razón de ser esta una de las revistas más importantes que aborda multiplicidad de temas relacionados con el campo de la salud de toda América Latina. Cabe resaltar que como nuestra investigación tiene un gran interés por el campo de la salud, nos pareció imprescindible tener en cuenta esta base para el respectivo mapeo de la información.

Como segunda etapa, fue necesario definir un conjunto de términos de búsqueda¹⁶ que nos ayudarían a rastrear las informaciones en las distintas bases de datos. Estos términos fueron los siguientes: *Sistema Nacional Integrado de Salud*;

¹³ Mayor información: <https://foco.timbo.org.uy/home> Acceso en: junio de 2020.

¹⁴ Mayor información: <https://silo.uy/vufind/> Acceso en: junio de 2020.

¹⁵ Mayor información: <https://lilacs.bvsalud.org/es/> Acceso en: junio de 2020.

¹⁶ Entendemos por **términos de búsqueda** tal y como lo mencionan Canon-Buitrago y Fraga (2020), como “el conjunto de palabras seleccionadas por el investigador para direccionar las búsquedas en las respectivas bases de datos, repositorio y/o revista, mencionado que se diferencian en cuanto a las palabras claves o descriptor. En este sentido, los términos de búsqueda que utilizamos en este estudio se encuentran direccionados a aproximarnos al tema de estudio con la finalidad de obtener información relevante” (p. 713 - Traducción propia).

SNIS; Educación Física; Actividad Física; Ejercicio Físico; Uruguay; Salud Integral; Atención Integral; Intersectorialidad.

Los mencionados términos de búsqueda fueron combinados entre sí (Cuadro 1), de manera tal que permitieran recuperar la mayor cantidad de información en relación al tema investigado, ya que, buscando de forma individual (no combinados), los resultados obtenidos serían demasiado numerosos y poco específicos en relación a nuestra pregunta de revisión. Así mismo, fueron utilizados los correspondientes términos de búsqueda combinados y “entre comillas”¹⁷ para realizar la recuperación de la información de manera más precisa, racional y abarcativa posible.

Cuadro 1 – Combinaciones de términos de búsqueda a ser usados en el rastreo de la información.

COMBINACIONES
"Educación Física" "Sistema Nacional Integrado de Salud"
"Educación Física" "SNIS"
"Actividad Física" "Sistema Nacional Integrado de Salud"
"Actividad Física" "SNIS"
"Ejercicio Físico" "SNIS"
"Ejercicio Físico" "Sistema Nacional Integrado de Salud"
"Uruguay" "Sistema Nacional Integrado de Salud"
"Uruguay" "SNIS"
"Educación Física" "Salud Integral"
"Educación Física" "Atención Integral"
"Salud Integral" "Sistema Nacional Integrado de Salud"
"Salud Integral" "SNIS"
"Atención Integral" "Sistema Nacional Integrado de Salud"
"Atención Integral" "SNIS"
"Intersectorialidad" "Sistema Nacional Integrado de Salud"
"Intersectorialidad" "SNIS"
"Intersectorialidad" "Educación Física"

Fuente: **Autoras**

¹⁷ El uso de las “**comillas**” facilita la obtención del material académico a ser recuperado ya que, al ser operacionalizada al interior de una revista, repositorio o base de datos, realiza la búsqueda específica de la(s) palabra(s) que en su interior se encuentra(n). De no acudir a las respectivas “comillas”, los resultados que se obtendrían serían mayores y más dispersos, debido a que la búsqueda recupera documentos que poseen en su interior cualquiera de las palabras individuales o combinadas y que no necesariamente tendrían una relación directa con el tema a ser investigado.

Previo al desarrollo de las mencionadas búsquedas, fue necesario establecer, como parte de la etapa 2, criterios de inclusión y exclusión los cuales posibilitaron sistematizar tanto los datos numéricos obtenidos en el proceso, cuanto los datos específicos de cada uno de los documentos encontrados. Nuestros criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

1. Serán seleccionados aquellos documentos que estuvieran orientados en pro de nuestro objetivo central de revisión.
2. Serán seleccionados aquellos documentos de libre acceso, lectura y descarga en forma gratuita.
3. Serán seleccionadas aquellas producciones de literatura que estén escritas en idioma español.
4. No existirá ningún tipo de restricción temporal en las búsquedas.
5. Usaremos como línea de corte los primeros 80 resultados arrojados en cada una de las búsquedas realizadas sin ningún tipo de filtro que pre-condicionara las respectivas búsquedas.

Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos relevante configurar una logística de organización, descarga y almacenamiento de las informaciones resultantes (etapa 4), creando un conjunto de carpetas (6) y subcarpetas (17) digitales en el ordenador de trabajo tal como lo muestra la Imagen 1.

Imagen 1 – Organización logística para las búsquedas y descargas de la información.



Fuente: Autoras

Cada una de las carpetas representaba las bases de datos, repositorio y/o revista en las cuales se realizaron las respectivas búsquedas, mientras que las mencionadas subcarpetas, hacen alusión a cada una de las combinaciones a ser utilizadas en el proceso de búsqueda y recuperación de la información.

A tal efecto, ingresamos a cada base de datos, revista y repositorio seleccionado con el fin de digitar las respectivas combinaciones “entre comillas” al interior del correspondiente cuadro de búsquedas, para luego dar “*click*” en el botón “Buscar” y así dar inicio a la acción de rastreo de la información. El resultado de este proceso arrojó como producto final **2575** materialidades las cuales fueron tabuladas (etapa 4) en una tabla en formato Microsoft Excel® (Título, Combinación de búsqueda, Base de Datos en el que fue encontrado) en donde fueron registradas la totalidad de las informaciones de cada uno de los productos obtenidos en el proceso.

Consecutivamente, las materialidades sistematizadas fueron ordenadas alfabéticamente (título), con la finalidad de visualizar todos los textos repetidos y proceder a su descarte, dejando únicamente un ejemplar por cada materialidad encontrada, lo que nos llevó a disminuir los archivos a la totalidad de **906** producciones. A partir de la lectura de los títulos, decidimos agregar en la referida tabla, una nueva columna de informaciones en la cual generamos algunas agrupaciones iniciales (32) teniendo en cuenta el tema de concentración específicas de la cual hablaba el texto y entre las que pudimos encontrar cuestiones relacionadas a la Medicina, la Educación Física, Legislación, Salud Sexual, entre muchas otras.

Al finalizar el mencionado movimiento de aproximación, percibimos que estas 32 agrupaciones eran demasiado amplias para realizar algún tipo de consideraciones analíticas, razón por la cual, tomamos la decisión de reagrupar los temas, a modo de compactar con mayor eficiencia los mismos. De esta forma, fue realizada una nueva limpieza que consistió en el descarte de aquellas materialidades que no tenían nada que ver con nuestro tema de estudio, partiendo de la lectura del título y en casos inconclusos del resumen, disminuyendo drásticamente la cantidad de materialidades a un total de **63** resultados. Paso a seguir, fue necesario identificar cada uno de los objetivos de las referidas materialidades mediante su lectura parcial, para luego eliminar nuevamente aquellas producciones que no presentaban relación directa con

nuestro tema de investigación. Este movimiento nos arrojó como resultado **21** producciones de literatura (Apéndice 1) que fueron complementadas (anexando sus correspondientes metadatos¹⁸) y aglutinadas en dos agrupamientos temáticos finales denominados Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y Educación Física, respectivamente.

Consecuentemente, realizamos una lectura detallada de todos los documentos, con el fin de visualizar la relación entre los mismos, el tema central de esta investigación e identificar cuáles de estos evidencian lazos con nuestra pregunta de revisión enfocada en indagar la producción de literatura existente en relación al Sistema Nacional Integrado de Salud y la participación de la Educación Física en la misma.

En el agrupamiento **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** (Apéndice 2), se concentran (18) producciones de literatura las cuales, por una parte, aluden a la prospección, descripción, evolución e implementación general del Sistema Nacional Integrado de Salud en el país, y por otra, hacen referencia a la articulación entre distintas políticas públicas y enfoques específicos como aporte a la consolidación y prestación del servicio al interior del propio sistema.

En este agrupamiento fue posible visualizar una multiplicidad de producciones de literatura (Barot, 2016; Sbárbaro, 2015; Setaro, 2014; Banco Mundial, 2010; Oreggioni, 2012; y Arbulo et, al 2014; Pollero y Paredes, 2016; Rébora, 2014) que presentan desde diferentes perspectivas, aportes y debates en relación a las reformas, cambios, evoluciones históricas, transformaciones, paradigmas y perspectivas teóricas que tienen que ver con la implementación y el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS en el Uruguay.

Dentro de este mismo agrupamiento, y tal como fue mencionado párrafos atrás, también fue posible divisar la existencia de un conjunto de producciones académicas (Anzalone, 2018; Lousarot, Leys, Tourn, 2010; Doménech, 2007;

¹⁸ Entendemos como metadatos al conjunto de informaciones con las cuales se identifican las características específicas de una producción de literatura; entre estas podemos encontrar el título, autor(es), año de publicación, idioma y tipo de documento (artículo, tesis de licenciatura, monografía etc.).

Uruguay, 2018; Olesker, 2015; Carrillo, 2018; Aran y Laca, 2011; Sollazzo y Berterretche, 2009; Schelotto, 2017; Beñaran, (s/f)) que abordan, plantean y articulan desde diferentes especificidades las relaciones existentes entre enfoques y acciones provenientes de políticas públicas, de la atención primaria, la medicina familiar/comunitaria y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, en el agrupamiento **Educación Física** (Apéndice 3), fueron concentradas un conjunto de (3) producciones de literatura que mencionan – sea de forma parcial o en un grado mayor de profundidad – la importancia de la Actividad Física como medio de promoción de salud al interior del Sistema Nacional Integrado de Salud. En esta vía, los tres textos que de este grupo hacen parte (Achard, Nogueira, Rivas y Rodríguez, 2016; Ben, *et. al*, 2016; Gillman, Maisonneuve, 2009) enfatizan la pertinencia, importancia y necesidad de la Actividad Física como parte de la gestión del riesgo (desde distintos ámbitos y/o grupos poblacionales) para mejorar la calidad de vida de los sujetos que de ella participan.

Considerando que nuestra pregunta de revisión está dirigida a conocer que se ha elaborado en el campo académico en relación a Sistema Nacional Integrado de Salud y en cuál de estas producciones literarias la Educación Física se hace partícipe, fue necesario realizar algunas aproximaciones por afinidad temática, dando como resultado la creación de dos grupos específicos denominados de “Sistema Nacional Integrado de Salud” y “Educación Física”; siendo en este último en el que centramos nuestros esfuerzos de acción analítica. Lo anterior se debe, primeramente, al hecho de nosotras estar desarrollando un trabajo final de grado de licenciatura en el campo de la Educación Física, razón por la cual amerita toda una organización para otorgarle al mismo un carácter de rigor científico-académico, y en segunda instancia, por nuestro objetivo investigativo estar centrado en comprender de qué forma contribuye la Educación Física como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

En el agrupamiento **Educación Física**, el trabajo final de grado de licenciatura del Instituto Superior de Educación Física – ISEF titulado “***La actividad física en la Administración de los Servicios de Salud del Estado: equipos interdisciplinarios de salud***” de autoría de Achard, *et. al*, (2016), tiene como

objetivo, indagar sobre el lugar, la importancia y la pertinencia que se le otorga a la actividad física en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El texto, trae a colación la posibilidad del profesional de la Educación Física explorar este campo de acción poco discutido por el área en el país, con la finalidad de generar insumos a futuro para centralizar proyecciones, esfuerzos y acciones curriculares en pro de ampliar los conocimientos y saberes propios para este espacio laboral.

El documento trae relatos relacionados con el educador físico como parte del equipo de salud al interior de distintas mutualistas privadas en el cual desempeña actividades en lo que tiene que ver con la evaluación, prescripción, planificación y ejecución de programas y planes de actividad física para los usuarios de esta institución. En comparación con el servicio prestador de salud público ASSE, los autores remarcan que dicha institución no cuenta con Licenciados en Educación Física que desarrollen actividades o prácticas de promoción de Salud en pro de influir en los hábitos y estilos de vida de los individuos, considerando que las normativas implementadas a partir de las políticas del MSP objetivan el abordaje de la salud y la calidad de vida como parte importante de la Estrategia Nacional para la Promoción de la Salud (ENPS).

Por su parte, el trabajo final de licenciatura del ISEF de autoría de Ben, et. al, (2016) titulado ***“La educación física como ámbito de gestión del riesgo en la promoción de la salud en edades escolares: el caso de las escuelas primarias públicas del municipio E en Montevideo, Uruguay”***, tiene como objetivo identificar la educación física como área de aplicación de la gestión de riesgo en la promoción de la salud por medio de su aplicación obligatoria, en las 26 escuelas del municipio E de la ciudad de Montevideo, Uruguay. Siendo así, se procura trabajar en la aproximación e indagación de la lógica del riesgo como herramienta para la promoción de la salud al interior del ámbito educativo escolar, teniendo como punto de partida la ley N°18.213 de 2007 en la cual se reglamenta la presencia de la Educación Física como disciplina obligatoria en las instituciones escolares.

Consideramos necesario resaltar que los autores basaron su estudio en las teorías que sostienen los conceptos de riesgo desde una perspectiva biopolítica,

alegando que los mismos (riesgos) en relación a la salud son producto de las operaciones de mercados, formas de vida y políticas de Estados que influyen en el diario vivir de los sujetos que conviven en la sociedad. Por esta razón, gestionar el riesgo en la población escolar (docentes y escolares) posibilitaría la construcción de sujetos más conscientes y responsables en la implementación de estilos de vida saludables.

Por último, el artículo de Gillman y Maisonneuve (2009) titulado “**Actividad física y calidad de vida en mujeres adultas mayores**” tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de grupos de mujeres mayores de 60 años con la finalidad de visualizar en qué medida las recomendaciones para un envejecimiento activo determinan las diferencias en la calidad de vida de las participantes. En esta lógica, se aborda la calidad de vida en adultos mayores en Uruguay, a partir de la promoción del envejecimiento saludable considerando el alto porcentaje de adultos mayores que en el país existe. Los resultados arrojados afirman el efecto positivo de la realización de actividades físicas como parte de la promoción de la calidad de vida y el envejecimiento saludable, debido a que su práctica, de la mano con el autocuidado, ayudaría a contrarrestar los efectos negativos que puedan presentar los distintos sujetos conforme sus propios estados de salud.

En el caso de este artículo, si bien el mismo no presenta una relación directa con el Sistema Nacional Integrado de Salud - SNIS, en sus consideraciones finales los autores destacan la importancia de la labor del Licenciado en Educación Física como agentes de cambio en la promoción de la calidad/estilos de vida saludables, la prevención y rehabilitación, acompañando a los equipos de salud multidisciplinarios existentes en los distintos niveles de atención en salud.

Consideraciones Finales:

Luego de desarrollar este proceso de búsqueda de literatura al interior del marco teórico referencial, el cual tiene como finalidad establecer una línea de contextualización en relación a avances, estudios y producciones realizadas sobre un tema o asunto determinado, consideramos necesario hacer uso de la metodología de

Revisión Sistemática (RS) como medio para el mapeo, aproximación y sistematización de textos y documentos académicos teniendo como etapa de partida una pregunta de revisión inicial. La pregunta que orientó las distintas etapas del proceso de búsqueda de información estuvo centrada en conocer ¿Que se ha elaborado en la literatura académica en relación a Sistema Nacional Integrado de Salud y en cuál de estas producciones la Educación Física se hace partícipe?

Paso a seguir, fueron seleccionadas una serie de bases de datos, repositorios y/o revistas (Google Académico, Colibrí, Portal Timbó, Lilacs, Biur y Silo) como puerta de inicio para el respectivo mapeo de literatura y donde se resguardan textos, contenidos e informaciones académicas relevantes para nuestro trabajo investigativo, procedentes de distintas áreas del conocimiento de carácter nacional e internacional.

Como segunda etapa, vimos necesario definir de forma a priori un conjunto de términos de búsqueda, criterios de inclusión/exclusión y acciones logísticas, para en su etapa siguiente (etapa tres) operacionalizar las respectivas indagaciones con el objetivo de recuperar la mayor información disponible de la manera más precisa, racional y abarcativa posible. El resultado de este proceso arrojó como producto final 2575 materiales los cuales fueron tabulados (etapa 4) visando la organización precisa y sistemática de los resultados generados. Fueron eliminados los archivos repetidos disminuyendo su proporcionalidad a un total de 906 resultados que posteriormente, a partir de la lectura de los títulos, resúmenes y objetivos, nos dejaría como movimiento final un total de 21 producciones de literatura que seguidamente se concentraron en dos agrupamientos temáticos finales denominados de “Sistema Nacional Integrado de Salud - (SNIS)” y “Educación Física”, respectivamente.

En el agrupamiento **Sistema Nacional Integrado de Salud** (SNIS) se congregaron (18) producciones de literatura las cuales, aluden tanto a la prospección, descripción, evolución e implementación general del Sistema Nacional Integrado de Salud en el país, cuanto a la articulación entre distintas políticas públicas y enfoques específicos como aporte a la consolidación y prestación del servicio al interior del propio sistema. En el agrupamiento **Educación Física**, fueron concentradas tres producciones de literatura que mencionan – sea de forma parcial o en un grado mayor

de profundidad – la importancia de la Actividad Física como medio de promoción de salud al interior del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En este sentido, creemos necesario aclarar que el hecho de haber hallado únicamente tres producciones de literatura en formato digital direccionadas a dar respuesta a nuestra pregunta de revisión no es algo específicamente concluyente en este estudio. Al contrario, pensamos que es probable que existan otros documentos y materialidades que puedan haber tratado la temática en sí, pero que los mismos, se encuentran alojados en repositorios, bases de datos o revistas pertenecientes a distintas instituciones de carácter públicos y privados a los cuales no fue posible tener acceso, sea por no encontrarse asociados a los respectivos buscadores o simplemente por encontrarse clasificado en formato papel. Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito y considerando que nuestra revisión sistemática debe dar respuesta a la pregunta inicialmente planteada como parte de este marco teórico referencial podemos concluir lo siguiente:

En principio, los 21 textos arrojados como resultado de este mapeo de literatura fueron publicados entre los años 2007 y 2018, lo que tendría sentido considerando que la propuesta de reforma a la salud, así como su puntual concreción, obedece a las distintas políticas de gobierno progresista de la época que llevó finalmente a la promulgación de la ley 18.211¹⁹ de 2007 en el cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS del Uruguay. Así mismo, fue posible identificar una mayor prevalencia en dichas publicaciones entre los años 2012 y 2018 concentrando producciones en lo relacionado con los logros, desafíos, recursos, capacitaciones, metas y estructura organizativa de la implementación del modelo de atención, haciendo énfasis en la creación de nuevas instituciones, modelos, sistemas sanitarios y servicios de salud que creó la reforma.

De forma puntual, en lo relacionado al agrupamiento “**Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS**”, las producciones de literatura en su interior fueron publicadas entre los años de 2007 al 2018 y aluden en parte a la descripción, organización, gestión e implementación del propio Sistema Nacional en la sociedad

¹⁹Mayor información: Ley 18.211 <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> Acceso en: mayo de 2020.

uruguaya. Siendo así, aborda cuestiones relacionadas a experiencias, reflexiones, críticas y acciones desde la prestación del servicio en pro de su eficiencia y cobertura a nivel nacional.

En lo que tiene que ver con el agrupamiento **Educación Física**, fueron encontradas tres producciones de literatura, un artículo del año de 2006 y dos trabajos finales de grado de licenciatura del ISEF – UdelaR en Montevideo, publicados en el año de 2016. Estas tres producciones centran sus esfuerzos en destacar la importancia que tiene la Actividad Física como medio de promoción de salud, y en especial los trabajos finales de licenciatura al señalar la necesidad del licenciado en Educación Física como parte de los distintos equipos multiprofesionales existentes al interior del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Considerando que nuestra pregunta de revisión se encuentra direccionada a conocer ¿Que se ha elaborado en el campo académico en relación a Sistema Nacional Integrado de Salud y en cuál de estas producciones literarias la Educación Física se hace partícipe?, percibimos de forma inicial que la posición que ocupa la Educación Física dentro la literatura académico-científica hallada se centra específicamente en la propuesta, entendimiento, producción y promoción de la salud por medio de la actividad física desde una perspectiva hegemónica del riesgo. En este sentido, la actividad física como dispositivo de intervención del educador físico, aparece en cada texto –desde nuestra interpretación crítica– como una acción “salvacionista” de la existencia de los sujetos en la sociedad. Acción que, al ser ejecutada mediante una intensidad y tiempo determinado, visualizan (prometen) proyecciones o realidades generadoras tanto de salud, cuanto de calidad de vida, basadas en constructos teóricos de lente biomédica sustentada desde enfoques eminentemente epidemiológicos.

En otras palabras, la promoción de la actividad física en estas producciones de literatura se establece como un único medio posible para evitar o contrarrestar enfermedades, llevando así, a la configuración de una supuesta calidad de vida (de ideales hegemónicos) constituida por parámetros de existencia que se traducen en estilos de vida saludable (como contraposición a la vida sedentaria) bajo la noción fundamental de las conductas de riesgo. Noción que nos lleva a visualizar la relación

hegemónica multicausal entre las casi inexistentes políticas de salud que promueven la práctica de actividades físicas y los efectos de carácter positivos que las mismas proporcionarían a la salud del individuo. Así mismo, este tipo de perspectiva no contempla otra multiplicidad de determinantes de vida (Breilh, 2004) que condicionan las distintas posibilidades del ser, estar y existir en el mundo, dejando de lado la diversidad de sentidos a ser atribuidos por los sujetos a su propio proceso de salud-enfermedad.

Los autores de los textos analizados distinguen de forma puntual la labor a ser desarrollada por el profesional de la Educación Física mediante el fomento y la promoción de la práctica de actividades físicas como medida de prevención de conductas de riesgo, implementando así, acciones individuales como el movimiento corporal, la alimentación adecuada y la dosificación de la actividad física, lo que reduciría drásticamente la posibilidad porcentual del sujeto morir.

De este modo, la práctica de actividades físicas le permitiría al individuo mantenerse – en el caso de estar dentro de un padrón determinado como saludable – o retornar – en el caso de que el mismo se encuentre fuera del padrón – mediante el discurso ideológico correspondiente a la noción de la vida saludable, en la cual, el sujeto ideal se constituye como aquel ser activo, individual y responsable de su propio cuidado. Idealización del ser resultante de la construcción de un modelo de sociedad capitalista en donde se hegemoniza la existencia social mediante la mercantilización de la salud, la vida, el consumo y la subalternización de la otredad. En otras palabras, la manifestación hegemónica del entendimiento de la salud desde una perspectiva biopolítica que se alinearán coordinadamente (desde nuestra perspectiva crítica) con la actividad funcional al sistema que el educador físico produciría y reproduciría como agente promotor de una vida saludable al interior de la sociedad.

Teniendo en cuenta que nuestra temática de investigación busca “comprender de qué forma contribuye la Educación Física como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay”, los resultados suministrados por este marco referencial nos permiten notar que, la presente temática de investigación no ha sido abordada ni desde el campo de la Educación Física, ni discutida en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por este motivo, aunque existan estas tres producciones de literatura en las cuales se menciona de forma parcial la importancia del profesional de la Educación Física al interior del Sistema de Salud uruguayo (Achard, Nogueira, Rivas y Rodríguez, 2016; Ben, *et. al*, 2016; Gillman, Maisonneuve, 2009), las mismas no tienen como objetivo central el estudio de la contribución de la disciplina al sistema como un todo, y sí, los mecanismos por los cuales se operacionaliza una perspectiva ideológica centrada en un discurso biomédico bajo la noción de riesgo. Lo anterior nos permite asignarle a este trabajo final de licenciatura el carácter de inédito y original debido a que nuestra temática en sí no ha sido investigada hasta el momento por el campo específico de la Educación Física, lo que le otorga a esta tesis un espíritu germinal (Reyes, 2018) en el que a futuro se incentive el estudio, la reflexión crítica y el papel que puede desempeñar el profesional del área al interior del Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay.

2.2 Marco Teórico Conceptual

Para Tobar y Romano (2008), el marco conceptual es una moldura, delimitación o soporte que tiene como función sustentar teóricamente estudios investigativos. Hace referencia específica a las diferentes delimitaciones conceptuales o teóricas que se utilizan para fundamentar los trabajos de investigación, pues el mismo (marco teórico) funciona como orientador o guía para brindar garantías en las formas de entender, analizar y dialogar con la materialidad empírica que componen el estudio. En este sentido, entendemos al Marco Teórico Conceptual como la estructura organizativa o hilo conductor teórico que posibilita consensuar las interpretaciones del lector con respecto a los conceptos bases con los cuales el investigador interpreta al objeto indagado.

El presente capítulo está constituido por dos bloques temáticos que marcarán el recorrido teórico-conceptual por los cuales esta investigación irá a transitar, con la finalidad de establecer, por una parte, un hilo conector lógico entre cada uno de los bloques presentados, y por otra, una discusión y coherencia argumentativa que de sustento a nuestro tema de investigación.

En el primer bloque denominado de “Marco Normativo”, presentamos en forma descriptiva las diferentes legislaciones que regulan/reglamentan la creación, funcionamiento y operativización del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el Uruguay. En el segundo bloque, discutimos desde una perspectiva crítica cuestiones relacionadas al concepto de la salud, con la idea de deconstruir de forma general, algunas de las nociones hegemónicas que circulan en discursos científicos y sociales, los cuales terminan permeando a la Educación Física como disciplina académica y de intervención. Seguidamente, exploramos los entendimientos de la “salud integral” y lo que esta acarrea al interior del SNIS, permitiendo comprender los factores que favorecen la atención, el cuidado, la praxis y las distintas articulaciones que estos sentidos establecen con el campo específico de la Educación Física. Por último, establecemos nuestro foco en abordar la salud desde la lente de los estudios académicos de la Educación Física haciendo énfasis en la “perspectiva de salud ampliada”; aproximación teórico-conceptual con la cual pretendemos visualizar distintas formas de pensar los procesos de intervención, cuidado e integralidad que se presentan al interior del correspondiente sistema.

2.2.1 Marco Normativo

El surgimiento de las leyes que hacen referencia a la reforma del Sistema de Salud Uruguayo, se presenta a partir de la asunción del primer gobierno progresista en el año de 2005 con la intención de generar una reorientación de las políticas públicas de salud (APS, 2011) direccionado a un modelo de sistema de salud basado en la APS en el que se priorizaran aspectos como la equidad, el bienestar, lo público, la salud como derecho humano, la racionalización de los recursos y la justicia social como herramienta para conseguir la felicidad de los pueblos (p. 9).

La búsqueda del bienestar colectivo y de la salud como derecho humano esencial es un proceso de cambios constantes y de equilibrios frágiles para encontrar colectivamente las soluciones con mayor justicia social para todo un pueblo, las que a la vez sean éticamente sustentables para el país (Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas 2011, p.136).

El Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS se consolida luego de proponer, pensar y materializar la reorientación de las políticas de salud²⁰ en el año 2005. Durante este periodo, se origina el Ministerio de Desarrollo Social²¹ (MIDES) desde donde se impulsan un conjunto de leyes entre estas la 18.211²² en la cual se estipula la creación de un sistema que permita la promoción de la salud centrada en los determinantes de vida, el entorno de la población, la intersectorialidad de las políticas de salud y la accesibilidad en pro de cambios dirigidos hacia la universalidad, la solidaridad y la equidad. Secuencialmente, en el año 2008 es aprobada la ley 18.335²³ declarando así los derechos y obligaciones tanto del propio sistema como de sus pacientes y/o usuarios con la idea de ofrecer básicamente toda la información en relación a las reglamentaciones que rigen el acceso a los servicios que el sistema provee.

El proceso de diseño del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) requirió de la participación activa de los principales actores sociales, gremiales, empresariales y académicos y políticos que aportaron sus visiones diversas y de esa forma se llegó a la aprobación de las leyes fundamentales en el transcurso de año 2007 (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio 2018, p. 5).

2.2.1.1 Ley nº 18.211 - Creación del SNIS

La presente ley se encuentra conformada por 8 capítulos, que abordan temáticas relacionadas con la estructuración, asistencia, funcionamiento, financiamiento e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. En su capítulo I denominado de “*Disposiciones Generales*”, se reglamenta los derechos de todos los habitantes y residentes del país a tener acceso a servicios integrales y protección de salud mediante políticas/normas en las cuales se fundamenta o estructura el funcionamiento del propio sistema, así como la participación de

²⁰ El sistema de salud uruguayo desde los años 1985 y 2004 se conformaba por subsistemas fragmentados, inequitativos y sin vínculo de complementariedad, regido por la Ley Orgánica de Salud Pública Nº 9.202, siendo un modelo básicamente curativo, asistencialista y hospitalocéntrico, en el que no estaban claras las prestaciones y los programas de salud obligatoria. Posteriormente con la reforma, se crea y materializa el SNIS.

²¹ Mayor información: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17866-2005> Acceso en: julio de 2020.

²² Mayor información: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> Acceso en: julio de 2020.

²³ Mayor información: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008> Acceso en: julio de 2020.

prestadores públicos o privados implementados por el Ministerio de Salud Pública (MSP). También es posible encontrar los distintos principios rectores²⁴ que guiarán la configuración del SNIS (art. 3) entre los que se encuentran la promoción de la salud, la intersectorialidad, cobertura universal, equidad, prevención humanista, calidad, respeto y libertad de elección de los prestadores de servicio de salud entre otros.

En el siguiente cuadro es posible visualizar los objetivos a los cuales apunta el SNIS:

Cuadro 2 – **Objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.**

Recuadro 4.3 - Los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud
A. Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
B. Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
C. Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
D. Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
E. Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
F. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
G. Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
H. Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud

Fuente: **Artículo 4 ley 18.211**

Por su parte, en el capítulo II denominado de “*Integración del Sistema Nacional Integrado de Salud*” se marcan las disposiciones generales para la incorporación e integración de entidades o instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas al referido sistema mediante el obligatorio cumplimiento de algunas reglamentaciones en lo que tiene que ver con la administración y funcionamiento de las referidas entidades. Ya en su III capítulo titulado “*Junta nacional de salud*” se explicitan las características, disposiciones legales y lineamientos de gestión para la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA)²⁵ la cual será la encargada de velar

²⁴ Más información: <https://uy.vlex.com/vid/ley-n-18211-creacion-644725821> Acceso julio 2020.

²⁵ Mayor Información: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/junta-nacional-de-salud> Acceso en: abril de 2021.

por el cumplimiento tanto de los principios rectores que orientan el sistema, cuanto de los objetivos a los cuales el mismo apunta.

En su IV capítulo “*Red de atención en salud*” se presenta la organización del propio SNIS en tres niveles secuenciales de atención (primer, segundo y tercer nivel de atención), los cuales se constituyen por una parte, según las necesidades de salud de los usuarios y por otra, según la complejidad de las prestaciones del servicio, dando así prioridad al primer nivel de atención el cual se encuentra dirigido al individuo, la familia, la comunidad, el medio ambiente y la participación humana en el entorno social.

El Primer Nivel de Atención deberá ser su escenario principal, por la proximidad que sus servicios tienen al lugar donde transcurre la vida cotidiana de las personas y por configurar una puerta de entrada privilegiada a una red integral e integrada de servicios, con diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutoria de los problemas de salud (Atención Primaria en Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas 2011, p. 15).

Así mismo, remarca el apoyo de equipos interdisciplinarios, infraestructura, tecnologías para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. En cuanto al segundo nivel de atención, este se caracteriza por la atención integral enfocado al área clínica, quirúrgica u obstétrica, *basándose principalmente en la hospitalización de breve o mediana instancia, “orientado así a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad”* (art. 37). Ya en lo que refiere al tercer nivel de atención, se orienta específicamente al diagnóstico, orientación y tratamiento de patologías mediante el uso de recursos humanos, tecnológicos e infraestructura según las necesidades de especialidad requeridas por los usuarios.

En su V capítulo denominado de “*Cobertura de atención médica*” reglamenta la responsabilidad que tienen las entidades públicas y privadas integradas al SNIS de proporcionar programas integrales a sus usuarios, los cuales serán conformados por un conjunto de actividades entre las que se encuentran la promoción y protección de la salud, el diagnóstico/tratamiento adecuado de problemas de salud-enfermedad, así como las acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según las necesidades. También se orientan las bases para la prestación de los referidos

programas y la vigilancia que el MSP tendrá sobre las instituciones prestadoras para garantizar el cumplimiento técnico de estas acciones.

Por su vez, en su VI capítulo (*Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud*) se establece que todas las personas residentes del territorio nacional que estén registradas en la JNS son usuarios del SNIS, teniendo la libertad de elección en cuanto al prestador de servicios donde reciban la atención. Con respecto a las obligaciones y derechos de los usuarios, en esta sección se presentan las características principales que orientan tanto los derechos como los deberes que los usuarios y las prestadoras de servicio tienen al interior del SNIS.

El VII capítulo denominado de “*Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud*”, trata acerca del financiamiento, administración y configuración del servicio de salud público en pro de la eficiencia, racionalidad y optimización de los recursos para la prestación de un servicio integral y de calidad hacia los contribuyentes que lo subsidian y lo mantienen. Por último, el capítulo VIII denominado de “*Disposiciones transitorias*” sostiene que los beneficiarios que no están incluidos en el régimen de la presente ley continuarán pagando a sus prestadores por los servicios de salud recibidos. Así mismo, establece que el MSP y el BPS se encargan de ejercer las funciones de la JNS en el cual el Poder Ejecutivo dicta las normas reglamentarias de la presente ley.

En conclusión, la propuesta, reforma y creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud mediante la ley 18.211, reconfiguró la concepción de la salud como derecho humano fundamental (y no mercantilista) en relación al sentido propio de la salud en la sociedad uruguaya, considerando el establecimiento de principios específicos tales como la universalidad, integralidad, equidad, calidad, ética, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria. Principios que llevaron a considerar “*al individuo como integrante de una comunidad concreta (que actúa como factor determinante del proceso salud – enfermedad), y al abordaje integral y en equipo de los problemas de salud como la estrategia más adecuada*” (RAP, 2011, p. 27).

2.2.1.2 Ley N° 18.335 - Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud

Por su parte, la ley 18.335 o ley de Derechos de los usuarios del SNIS, se encuentra estructurada en 8 capítulos cortos en los que se establece cuáles son los derechos y deberes que todos los usuarios del sistema tienen al ser partícipes del mismo y de los programas que en su interior se presentan. Siendo así, en su capítulo inicial de "*Disposiciones generales*" se determina principalmente los derechos y obligaciones que todos los usuarios de los servicios de salud tienen bajo un tratamiento igualitario, y sin ningún tipo de discriminación sea esta económica, racial, cultural o de condición social. Ya en su capítulo II denominado de "*Definiciones*", se explicitan algunas definiciones de base importantes para ser consideradas por los diversos actores que hacen uso del propio sistema. En un principio, se considera como servicio de salud a todas las organizaciones, instituciones, entidades, empresas, etc. organizadas por personas físicas o jurídicas que brindan asistencia en relación a la salud. Así mismo, se define al trabajador de salud como toda aquella persona habilitada para desempeñar funciones en este ámbito sea de forma permanente, temporal o voluntaria. Por último, se considera como usuario de un servicio de salud a toda persona que posea el derecho a utilizar bienes o servicios de salud y que se torna paciente en el momento en el cual pasa a recibir atención en salud independientemente del servicio o nivel en el que se encuentre.

Por su parte en el capítulo III (*Derechos*) se abordan todos los derechos que el usuario tiene para acceder a un servicio de atención integral a través del personal de salud capacitado, así mismo el establecimiento de los principales lineamientos para la autorización, control y adjudicación de medicamentos, exámenes diagnósticos, estudios de laboratorios, etc. Ya en el capítulo IV (*De los derechos relativos a la dignidad de la persona*), se detallan los derechos que tiene el paciente al momento de disponer su cuerpo con fines diagnósticos o terapéuticos, siendo este tratado con respeto, dignidad y amabilidad. El V capítulo (*Derecho al conocimiento de su situación de salud*), habla específicamente de los derechos del paciente al conocimiento de su estado de salud-enfermedad, así como el acceso sin restricciones a su historial clínico que permanecerá en estado de seguridad bajo el cuidado del prestador del servicio de salud seleccionado por el usuario. De esta forma, en su capítulo VI titulado de "*De*

los derechos de privacidad”, se expresa que los servicios prestadores de salud y sus profesionales deberán cumplir con las obligaciones legales que le competen, en total privacidad del usuario tal como impone el MSP. Ya en el capítulo VII (*De los deberes de los pacientes*), son registradas las obligaciones que deben respetar los usuarios al momento de asistir en caso de enfermedad. Asimismo, menciona la necesidad de informar con franqueza su situación de salud, para tomar medidas preventivas o terapéuticas siendo el paciente responsabilizado por continuar tanto con los planes de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud, cuanto con sus acciones si llegara a rehusar distintos procedimientos sugeridos por el equipo médico.

Por último, en su capítulo VIII titulado (*De las infracciones a la Ley*), se explicitan las sanciones que podrán ser aplicadas por el MSP, precedentes de infracciones ejecutadas por las instituciones, los cuales serán juzgados por los estatutos correspondientes, como se menciona en el artículo 26 de la presente ley.

En conclusión, esta ley permite garantizar los derechos de cada paciente o usuario del SNIS, englobando los aspectos que componen la atención integral a cada usuario, además de consolidar las respectivas obligaciones para la legítima organización de los sectores implicados y la óptima sustentación del servicio de salud.

2.2.2 La Salud y su otra realidad.

En esta sección, presentamos diferentes diálogos, relaciones y análisis desde una lente crítica que a lo largo de nuestro proceso de formación han ayudado a consolidar las distintas miradas que se presentan en relación a la salud y las complejidades que emergen al intentar conceptualarla. Para esto, creemos conveniente iniciar este apartado realizando una lectura general de aquello que se entiende por salud y cómo estas comprensiones idealizan, consolidan, estructuran y homogenizan al sujeto desde parámetros muchas veces reduccionistas y otras veces utópicos. En este sentido, nuestro punto de partida se condensará específicamente en el análisis del concepto de salud referenciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “Situación de perfecto bienestar físico, mental y social” (1946), para luego cuestionar cuáles son los alcances que el mismo presenta en la actualidad y de qué

forma estos alcances contribuyen a entender el lugar que la Educación Física como disciplina académica y de intervención tiene en el propio campo de la salud.

De forma general, Segre y Ferraz (1997), en artículo titulado “*O conceito de saúde*” mencionan las dificultades en entender, materializar e implementar este concepto debido a su carácter irreal, poco lógico y homogenizante. Los autores problematizan una multiplicidad de cuestiones centrada específicamente en la noción “objetiva” de la Salud y las incongruencias que esta presenta al pretender representar las realidades de los sujetos desde calificativos como la “perfección”, el “bienestar” o incluso la “felicidad”. Calificativos que por sí solos son difíciles de definir debido a que desconsidera una diversidad de elementos subjetivos como la vida de los sujetos, su historia, el universo en el que se desenvuelven y sus experiencias de relación con el mundo que lo rodea.

Esta definición es frecuentemente objeto de críticas. Se dice, por ejemplo, que es un concepto utópico porque ese estado es inalcanzable. Se dice que es imposible medir el nivel de salud de una población a partir de ese concepto porque las personas no permanecen constantemente en estado de bienestar. Se afirma, la mayor parte de las veces, que se trata de una definición carente de objetividad porque está fundada en un concepto subjetivo que es el concepto de bienestar (Caponi. 1997, p. 298).

Siendo así, alcanzar una perfección al interior de nuestra sociedad contemporánea, además de ser un “imposible” debido a la no existencia de formas subjetivas para medir esa llamada perfección, también limita la posición del sujeto como ser social para visualizar, proyectar/organizar la extensión de lo perfecto en lo que tiene que ver con la vida y sus condiciones de posibilidad. Lo mismo podríamos decir en relación al bienestar, a lo físico, lo mental y lo social, pues como menciona Caponi (1997), “*la mayor dificultad de esta definición radica en el carácter “cambiante”, “móvil” y “subjetivo”*” (p. 298) que, por un lado, los sujetos construyen de forma diferente en el pasar de su vida, y por el otro, legitiman construcciones de sentido en relación a la normalización/normatización de esos sujetos al interior de la cultura en la cual se desenvuelven. Siendo así, creemos indispensable problematizar el concepto de salud evidenciando lo utópico que resulta encarar y legitimar esta perspectiva, considerando que la misma, excluye variabilidades específicas en lo que tiene que ver con los determinantes sociales de vida, estilos de vida, riesgo epidemiológico a los cuales se exponen los sujetos y finalmente, los indicadores que

las políticas públicas consideran importantes para gerenciar acciones contra esos mismos riesgos.

Breilh (2013), se refiere a la epidemiología como el terreno de lucha de ideas y disputas sobre el cómo enunciar a la salud y cómo actuar frente a determinados riesgos. En este sentido, dichas disputas obedecen a diversos intereses sociales, políticos y económicos – muchas veces encontrados – que operan de forma masiva y simbólica bajo la “expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad” (p.14). Considerando que lo mencionado excluye muchas veces condiciones y limitantes que los sujetos presentan en su entorno social, el reconocimiento o legitimación de la salud como un elemento de constitución negativa (vista desde el ángulo de la enfermedad), se ve permeado por intereses de idealización colonial occidental, que nos conducen a producir/reproducir una sociedad cada vez más individualista centrada en el consumo de la cura, lo activo y lo saludable.

Para Breilh y Almeida (2006), *“la tendencia del pensamiento europeo y anglosajón hacia las construcciones “negativas” de la salud, como un objeto mirado preponderantemente desde el ángulo de la enfermedad”* (p. 45), ha generado la desvinculación de una multiplicidad de sentidos y simbolismos que hacen de la salud un fenómeno imposible de estandarizar en nuestra sociedad contemporánea. En ese sentido, y tal como lo menciona Czeresnia *et al* (2013), el intento por definir la salud como un concepto científico, deja de lado aquello que no es denominado ni aceptado como conocimiento no sistematizado, debido a que, lleva en consideración únicamente límites orgánicos producidos tanto por la lógica específica de las ciencias básicas, cuanto a la estadística presentada por la epidemiología, las cuales determinan estados específicos de normalidad en lo que a la salud se trata (p. 11).

En años recientes se han hecho más visibles las restricciones del pensamiento científico convencional, que tiende a reducir a la salud en tres formas: a) reducir la salud a la enfermedad y a lo individual; b) reducir la realidad en salud al plano único de los fenómenos empíricamente observables; y c) atribuir el movimiento de esa realidad a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente determinado por leyes determinísticas (Breilh. 2003, p. 46).

Considerando lo expuesto por Breilh, pensamos que la forma en que la OMS entiende el concepto de salud, se encuentra visualizada desde una lógica totalmente

radicalizante, formulada desde una perspectiva epidemiológica la cual, a partir de estadísticas, tiempos, referencias numéricas y reduccionismos científicos, empadrona y construye un objeto de salud medible, consumible y cuantificable. En otras palabras, el concepto de “*Situación de perfecto bienestar físico, mental y social*” es fundamentado en una lente totalizante de características biomédicas donde se visualizan los distintos problemas de salud desde la lógica de la enfermedad, las conductas de riesgo y la idealización (consumo) de los estilos de vida saludables.

De esta forma, la no consideración de múltiples aristas como el medio, la existencia del sujeto en su entorno cultural, el trabajo que desempeña y sus sacrificios para sobrevivir etc., influyen de forma determinada las relaciones existentes entre en la mantención de la salud, la enfermedad y las interacciones que entre estas se establecen, pues como Breilh (2003) menciona, existe una diferencia abismal entre el objeto (salud), el concepto que la define y las prácticas reales que los sujetos vivencian en su día a día.

Para Luz (2001), pensar en la lógica en la cual se posiciona Breilh, implica la “deconstrucción del orden médico dominante, donde se reproduce el interés por seguir pensando la salud solo en la forma de enfermedad” (p.67). Esta perspectiva que critica la “negatividad” de la salud, propone considerar en sí mismo otros conjuntos de sentidos, significados, interacciones e incluso de experiencias corporales, que ayudan a interrelacionar múltiples aristas no solamente biológicas (biología del cuerpo), sino también ambientales, sociales y políticas, influenciadas en un alto grado por la perspectiva capitalista en la cual convivimos. En relación a lo anterior, Canguilhem (1995), manifiesta la importancia de dejar de considerar la salud como una percepción netamente biologicista para entender que lo social y lo biológico comparten una estructura inseparable en la cual la una indisociablemente puede afectar a la otra.

no solo es la vida en medio del silencio de los órganos, sino en medio del silencio de las relaciones sociales”, y que la salud científica debería asimilar aspectos de la salud individual subjetiva o filosófica, de tal manera que no se vea reducida solo a la enfermedad y a los llamados “riesgos” (Canguilhem, 1995, p. 13)

Por esta razón, y tal como lo mencionan Czeresnia *et al* (2013), “*reconocer el carácter relativo de la salud o de la enfermedad, exhibe la diferencia entre el concepto*

científico y la experiencia vivida” (p.14), ya que en la mayoría de las veces, esta se distancia considerablemente de los criterios de clasificación biológica, pues tal como lo menciona Campos (2016), “o ser humano é dotado de desejo, de vontade, bem como de bloqueios e dificuldades resultantes de vários padrões de vida e de sociabilidade” (p. 11).

Breilh en su libro *“Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud (2010)*, menciona que para entender el fenómeno de la salud es necesario visualizar al objeto como resultante de múltiples procesos, causas, vivencias, creencias y comportamientos constituidos a lo largo de la vida no solo de los sujetos, sino también de sus antecesores. Lo anterior, lo describe en virtud de entender que este cúmulo de tradiciones generacionales marcan un fuerte componente en las formas en las cuales se vivencia e interactúa la salud en ambientes culturales, sociales y/o familiares.

Así, plantea considerar las condiciones de posibilidad, así como las de vulnerabilidad, haciendo uso de los determinantes sociales de la salud los cuales representan los distintos modos/capacidades de vivir de las personas, pues estos se manifiestan como condiciones transversales a la vida cotidiana, entorno, ambiente, contexto, trabajo, consumo, cultura, religión etc. Teniendo en cuenta lo mencionado, la determinación social de la salud plantea el desafío de una construcción de salud de carácter crítica, interdisciplinaria e intercultural con la idea de estipular una visión más amplia de aquello que contribuye a entender el fenómeno de la salud desde el sujeto y su contexto. Siendo así, Carbonell (2009), hace alusión a estos determinantes como aquellas relaciones causales y cotidianas que manifiesta

una amplia gama de factores socioeconómicos que promueve las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y que hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano (2009, p. 174).

Por su parte, Souza et. al, (2014), indican que los aspectos antes mencionados son comúnmente desconsiderados por los propios profesionales de la salud debido a que, los mismos son influenciados por el modelo biomédico, en el cual el proceso es impersonal y su centralidad está en la cura de la enfermedad, la hospitalización y la

fragmentación del sujeto, enfatizando el dominio y la autoridad sobre el proceso de salud-enfermedad de las personas (p. 2).

En esta lógica, autores como Souza *et al* (2014), en su texto “*El proceso de salud-enfermedad y la estrategia salud de la familia: la perspectiva del usuario*”, nos permite aproximarnos a interpretar cómo los usuarios significan la salud, la enfermedad y los servicios de asistencia en salud a los cuales los mismos concurren en la ciudad de Maceió – Alagoas/Brasil. Este texto es un importante ejemplo para intentar comprender la multiplicidad de factores que contribuyen al discernimiento de los sentidos y significados de la salud a partir de dos grupos poblacionales diferentes como son ancianos y mujeres embarazadas. Siendo así,

para los ancianos el significado de salud y enfermedad presenta un punto dualístico, oponiendo los fenómenos, de esta manera, la salud es vista como la plenitud física que les permitirá resistir a la adversidad, aludiendo a la vida joven como sinónimo de vitalidad, libertad y placer, ya a la enfermedad como disparador de sufrimiento y dependencia. Colocando a la salud y enfermedad como condiciones transitorias, de carácter evolutivo, natural e inevitable, cuanto al proceso de salud-enfermedad se direcciona a la noción de poder divino y espiritual, donde el servicio de salud representa una bendición para el control de las enfermedades (Souza *et al*, 2014, p.3).

En el caso de la acepción del proceso de salud-enfermedad para las embarazadas,

lo simbólico radica en el autocuidado como elemento decisivo y determinante para la conservación de la salud, en cuanto a la enfermedad se indican como la incapacidad o déficit para el propio cuidado, y sobre el servicio se enfatiza la facultad del mismo representando la recuperación de salud y la capacidad de autocuidarse (Souza *et al*, 2014, p.3).

Tal y como se visualiza en los párrafos anteriores, los grupos de usuarios mostraron distintos significados en relación a su salud, así como al servicio de asistencia en salud al cual concurren (centro de salud), manifestando concepciones en base al proceso de salud-enfermedad construido subjetivamente a partir de sus experiencias de vida, creencias, responsabilidades y relaciones de interacción con el mundo. En el primer caso, el grupo de ancianos que concurren al centro de salud, demostraron apreciaciones en relación al proceso de salud-enfermedad como un evento característico propio de la existencia humana, aceptándolo específicamente como parte del proceso evolutivo y degenerativo de la vida y del cuerpo.

En esta lógica, los mencionados asistentes, hacen hincapié en que la

manutención de su salud se encuentra mediada específicamente por un poder espiritual y sobrenatural en el cual la política pública (o en este caso el centro de salud que le brinda la asistencia por medio de sus distintos funcionarios y todo lo que esto conlleva) es producto de una bendición divina del Dios en el cual confían su vida, su fé y justamente el propio control/atención/cura de sus enfermedades o dolencias. Por su parte, el grupo de mujeres embarazadas manifiesta una perspectiva bastante diferenciada del grupo poblacional anteriormente mencionado, pues desde sus entendimientos, el autocuidado marca un importante lugar en lo que refiere la propia dinámica de su salud. Desde esta óptica, para el grupo en específico, el proceso de salud-enfermedad se ve reflejado en su cuerpo en el momento en que lo saludable respecta a la posibilidad del propio cuerpo ser capaz de autocuidarse, mientras que, en caso contrario, la enfermedad se visualiza en la incapacidad que las mismas tienen para ejercer ese cuidado autónomamente.

Por lo tanto, este grupo de mujeres concurren al centro de salud para sus respectivos controles y/o actividades diversas, responsabilizando al modelo asistencial por la eficiencia en la recuperación de las afectaciones biológicas que impiden su cuidado autónomo y familiar, lo que nos deja evidenciar que para ambos casos, el predominio de las prácticas hegemónicas de asistencia curativas son necesarias, pero están determinados por otros factores que obedecen a racionalidades diferentes.

Teniendo en vista todo lo hasta aquí discutido, creemos prioritario que para deconstruir la perspectiva biológica, económica y capitalista en la cual se han fundamentado tradicionalmente los entendimientos del proceso salud-enfermedad en la sociedad, se hace necesario establecer cambios en los distintos referenciales teóricos, metodológicos y operativos que dejen de ver al sujeto como un ser homogéneo, único y lineal. Lo anterior considerando lo que menciona Campos (2016), en que aunque critiquemos la industria que transforma el cuerpo en un objeto homogenizado, convivir bien con el propio cuerpo hace parte de lo que muchas veces denominamos como salud integral (p. 10).

Para Czeresnia *et al* (2014), el *estar saludable o enfermo no es una calificación suficiente para estimar la posición de los individuos frente a la vida* (p. 26), puesto que los efectos/sentidos que el proceso de salud-enfermedad pueden formar en los propios sujetos, consiguen traducirse en la capacidad creativa generada para desafiar las limitaciones u obstáculos ocasionadas por las dolencias.

Desde este punto, y tomando nuestra corta experiencia de formación en lo que a salud se refiere, creemos necesario y fundamental que el educador físico aborde desde mayor énfasis crítico, las formas en las cuales desde su actuar profesional puede ayudar a construir otra noción alterna de salud direccionada más hacia los ideales humanos del propio Sistema Nacional Integrado de Salud, que hacía el simple entendimiento de la atención y la salud como lógica de mercado global.

2.2.3 Pero, realmente ¿qué podemos entender como Salud Integral?

A lo largo de las lecturas realizadas durante este trabajo investigativo, fue muy notorio el hecho de encontrar en gran cantidad de documentos la palabra “Salud Integral” haciendo referencia desde nuestra perspectiva, por una parte, a una diversidad de factores que en su conjunto contribuyen a que el sujeto tenga una salud adecuada y acorde a sus propias necesidades. Por la otra, hace referencia a las acciones generadas dentro del propio Sistema Nacional Integrado de Salud para atender las distintas necesidades de salud del usuario. En este sentido decidimos intentar entender más profundamente qué significa eso de lo “integral” y de qué forma esa palabra constituye aquello que comúnmente oímos mencionar al interior del campo de la salud como la tan nombrada “Salud Integral”.

Nuestro punto de partida, se direccionó inicialmente a la búsqueda de la definición específica de la palabra “Integral” en el diccionario de la Real Academia Española (RAE) (2001). El mencionado diccionario explicita lo siguiente: “*Completo: instrucción integral, Dicho de cada una de las partes de un todo; que entra en su composición sin serle esencial, de manera que el todo puede sustituir, aunque incompleto, sin ella*” (p. 872).

Así mismo, encontramos que el Diccionario Larousse (1988) define este mismo término (Integral) como, “*dícese de las partes que entran en la composición de un todo*” (p.585).

Al confrontar estas dos definiciones fue posible encontrar que, en el primer caso, si bien, por un lado, la acepción **Integral** es entendida como idea de la existencia de una totalidad constituida por varias partes, estas partes no necesariamente pueden estar presentes para lograr su propio funcionamiento. De esta forma, la participación o no de cada parte no hace que las mismas sean decisivas en los resultados que la totalidad en sí presente, pues las distintas partes, al no ser esenciales en el proceso, pueden o no ser incorporadas en el funcionamiento final sin afectar radicalmente sus respectivos resultados.

Ya en el segundo caso, el sentido que concede la descrita definición, se centra de forma general y básica en un elemento específico que hace parte de algo mayor y

que como tal lo compone. Siendo así, y a pesar de que las dos definiciones tienen elementos en común que las aproximan, creemos necesario resaltar que, en este trabajo final de licenciatura, el sentido de lo integral se encuentra más configurado desde una perspectiva crítica orientada hacia la composición de un “todo”, que en este caso, denominamos de “ser humano” compuesto por multiplicidad de dimensiones que se afectan paralelamente a lo largo de la existencia e interacción del sujeto con el mundo que lo rodea.

Considerando lo descrito, creemos que el término integral hace referencia a la afectación, construcción/constitución de las distintas dimensiones que componen al ser humano como persona singular, irrepetible, única y subjetiva en su respectiva realidad. En esta sintonía, Martínez (2009), menciona que el ser humano, es un todo integrado que constituye un suprasistema dinámico formado por subsistemas perfectamente coordinados y codificados entre sí. De esta forma, los referidos subsistemas hacen referencia a las distintas dimensiones sociales del ser humano entre las que podemos encontrar la física, la química, biológica, psicológica, social, cultural, ética moral y la espiritual (entre otras), donde todas juntas e integradas, forman la personalidad del ser, alegando que la falta de conjunción entre las mismas, pueden llegar a desencadenar procesos patológicos orgánicos, psicológicos, culturales o sociales (p.120).

Tal y como describe Martínez (2009), la dimensión social toma gran valor ya que en esta se presenta la compleja relación entre los propios sujetos, la vida, su comportamiento e interacción con el medio ambiente, los sentidos simbólicos, éticos afectivos, morales, culturales, así como con los distintos determinantes de vida que le condicionan las posibilidades de existencia para alcanzar el desarrollo, más allá de su funcionamiento físico o biológico (p.127). Elementos que nos desafían a pensar que, alcanzar el pleno desarrollo del ser humano desde una perspectiva integral, representa una tarea un tanto compleja y en parte ambiciosa, pues son tantas las afectaciones que actúan en el ser humano, que el desconsiderar alguna de estas (dimensiones) afecta sustancialmente la propia existencia del sujeto en nuestro mundo real.

En esta medida Alonso y Escorcía (2003) mencionan que, para proyectar el progreso total del desarrollo humano de los sujetos en lo que a la salud se refiere, se deberá considerar primordialmente las condiciones de posibilidad de los mismos (hogar, economía, educación, empleo, medio en el que vive etc), así como sus percepciones, sentimientos y emociones en relación a la vida con la que constantemente interactúan, llevando a ser propuesto por los respectivos autores, un trabajo profesional de carácter interdisciplinar para alcanzar el desarrollo integral.

El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad, que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita)" (Alonso y Escorcía 2003, p.4).

Siendo así, el desarrollo humano integral dependerá de la estimulación de las diferentes áreas y dimensiones, además del nivel y capacidad que las mismas tengan de afectar y ser afectadas, pues como menciona Alonso y Escorcía (2003), *el individuo es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre la otras o cuánto depende la una de las otras frente a los procesos de salud-enfermedad (p.4).*

Para complementar lo anterior, Breilh (2013) alude a la existencia de una diversidad de factores que pueden dar soporte colectivo, a través de la implementación de un modelo clínico integral basado en terapias integrativas que proponen la cura, prevención y promoción de la salud en relación a su cotidianidad, proyectando la misma como un objeto de carácter multidimensional (p. 25). De esta manera, creemos que lo antes mencionado nos permite, por una parte, pensar y por otra cuestionar, acerca de la implementación de la denominada "salud integral" como principio de derecho civil, así como acto de cuidado integral y digno hacia el propio usuario del sistema sanitario y las prácticas allí impartidas, tanto por los diferentes profesionales cuanto por los equipos interdisciplinarios que del sistema hacen parte.

En este aspecto, el primer paso para poder comprender a la salud desde una perspectiva integral, se centra específicamente en la ruptura hegemonía de las respectivas nociones reduccionistas biomédicas, epidemiológicas y de riesgo en las que constantemente se centraliza, tanto el proceso de salud-enfermedad, cuanto las

prácticas de atención en salud. Prácticas estas que, a su vez, obedecen a una lógica de racionalización-consumo neoliberal y de poder medicalizante que operan indefinidamente tanto en el individuo como en la sociedad en la que este se encuentra.

Comprendiendo que no se puede lograr una vida saludable con cambios a nivel de los estilos de vida individuales, ni siquiera en movimientos masivos, habiendo mejoras, pero no sustentables. Se podría cambiar un problema de salud en la consulta y eso está bien y es necesario, lo que da para pensar que se pueden lograr cambios masivos con operaciones masivas en individuos, y es muy bueno y necesario hacerlo, pero sólo se pueden lograr transformaciones profundas y sustentables cuando se dan cambios de la reproducción social más amplia y en los modos estructurados de vivir de las clases sociales. (Breilh 2010, p.110).

Siendo así, Mattos (2005), menciona que la integralidad gana visibilidad al interior de un sistema cuando se alcanza una resolutivez (de los servicios y los equipos que de estos hacen parte) a las distintas necesidades de salud de los sujetos. Es desde la humanización de la atención, el proceso de escucha y el trabajo interdisciplinar crítico, que emergen multiplicidad de alternativas direccionada a una intervención ampliada por la cual “fosse possível dialogar com a incerteza e a imprevisibilidade que são elementos constitutivos do trabalho em saúde (Carvalho y Mendez 2016, p. 138).

En el año 2005 en Uruguay, se originó la reforma sanitaria en la cual se planteó un nuevo modelo de cuidado para la salud, promulgando un conjunto de leyes que tenían como objetivo la universalización de la atención en la salud para toda la población. Entre las mismas, se encuentra principalmente la ley N° 18.211 en la cual, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS se priorizan aspectos como la equidad, metas asistenciales, el servicio integral, con el fin de igualar aspectos de atención y asistencia, acordando las reglamentaciones y derechos a la protección de la salud. En esta ley, se hace referencia a la “salud integral” en el sentido del potencial transformador que el desarrollo de acciones integrales en salud presenta a partir de la implantación de nuevas políticas que favorezcan las prácticas en el campo de la salud desde una perspectiva intersectorial - interdisciplinar, llevando a prestar un servicio de calidad en la protección, promoción, diagnóstico y tratamiento oportuno según las necesidades de salud de los usuarios.

La calidad en salud debe concebirse en función de un modelo integral donde esté incluida la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y ambientales, la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, además del diagnóstico oportuno, la terapéutica adecuada, la rehabilitación y la reinserción (Atención Primaria en Salud Uruguay, p. 177).

Considerando lo mencionado, Pinheiro (2005), menciona que la integralidad en salud es concebida institucionalmente como el

conjunto de acciones que articula el servicio de salud, cuidado preventivo y curativo, individuales o colectivos, con la particularidad de cada caso y su nivel de complejidad al interior del sistema, aplicadas a cada acto y vivencia cotidiana de los trabajadores de la salud, lo cual ha resultado en experiencias que producen transformaciones en la vida de las personas, cuyas prácticas superan el modelo idealizado, gestando eficacia para el cuidado (p. 256).

De este modo, creemos que la noción de integralidad planteada por el referido autor, tiene más a ver con los sentidos y significados establecidos hacia el cuidado de la salud universal propia de ciertos estados de bienestar en la cual son considerados una multiplicidad de esferas y/o micromundos, conllevando a entender al ser humano como sujeto de derecho y a la salud como un proceso de constitución complejo de la sociedad y la cultura. Tomando como punto de partida los principios rectores de integralidad los cuales proponen estrategias de cuidado para el cumplimiento de las funciones esenciales en la salud y la vida (Art 3º ley 18.211), la integralidad

no solamente tienen que ver, con las acciones curativas y de consulta espontánea de la población, sino que agrega criterios de calidad en la atención, acciones de prevención y promoción de la salud, intersectorialidad de las políticas, cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad del sistema, equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, respeto al derecho de los usuarios, solidaridad en el financiamiento, eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales. (Atención Primaria en Salud Uruguay, p. 92)

Comprendiendo que el sistema nacional de salud, marca sus bases fundamentales en la estrategia de la atención primaria, es importante entender que el primer nivel de atención se encuentra constituido principalmente por “*equipos interdisciplinarios donde juega un rol clave el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, recibiendo allí también los imprescindibles aportes de muchas disciplinas*” (p.30). Entendimos que adquirir eficiencia y eficacia en la atención integral en la población usuaria según el enfoque dado por el SNIS y sus respectivos objetivos, demanda el accionar de prácticas multiprofesionales en el campo de la salud, a través

de equipos interdisciplinarios (críticos) que procuren la resolución de problemas de salud de la comunidad y/o la satisfacción de las necesidades del usuario como ser humano, razón por la cual;

el trabajo profesional interdisciplinario que abarcan los equipos del servicio de salud y la asistencia intra e intersectorial, requiere acciones que construyen a la calidad de vida de la población usuaria, articulando con los efectores relacionados a cada temática” (Atención Primaria en Salud Uruguay, p.48).

Finalmente, y contribuyendo a lo anterior, Mattos (2005), indica que *“el cuidado integral permite la praxis y el trato humanizado”*²⁶ (p.40), tornado el vínculo entre los profesionales de la salud y la comunidad en un acto de responsabilidad y derecho ciudadano, categorizando así el concepto de salud y su práctica en un elemento polisémico, lo que a nuestro entender resulta difícil efectuar, si los distintos actores se posicionan desde la concepción radical (homogénea) propuesta y establecida por la propia OMS. Propuesta que a nuestro parecer genera diferentes tonalidades de ruido para entender cómo opera lo integral desde la perspectiva interdisciplinar, considerando que no solo “os saberes de otros profissionais pode nos ensinar formas de pensar sobre como gerir um problema de modo compartilhado” (Carvalho y Mendez 2016, p.236), sino que la interacción entre los mismos, también nos ayuda a visualizar que la enfermedad hace parte de la existencia concreta de los sujetos.

2.2.4 La *BioEducación* Física y la Salud desde la perspectiva Ampliada.

Considerando lo descrito anteriormente y tomando como punto de partida para esta sesión el área disciplinar de la Educación Física, proponemos pensar la salud desde otra perspectiva. Siendo así, abordaremos desde un pensamiento crítico, reflexivo y de cuidado las cuestiones relacionadas con la Educación Física y la salud

²⁶ Considerando los aportes presentados por el tribunal del presente trabajo final de licenciatura, es necesario dejar claro que, como principio fundamental de la Universidad de la República en lo que tiene que ver con la formación de los profesionales (recursos humanos) para el Área de la Salud, esta se inicia desde el (ingreso de los estudiantes a los respectivos cursos de formación) siguiendo los direccionamientos del trato humanizado. En este sentido, la problemática encontrada es que los distintos profesionales al ingresar al campo de la salud se enfrentan a lógicas locales, institucionales o de lineamientos que direccionan sus accionar a dejar en un segundo plano el trato humanizado para responder – alcanzar distintas dinámicas relacionadas con tiempos, atendimientos, cobertura y resultados.

vista desde la perspectiva ampliada, así como las contribuciones que el campo de la Educación Física puede ofrecer al SNIS. En este sentido, iniciaremos tomando distancia de enfoques puntuales como el epidemiológico (indicadores de control de política pública), el biomédico (estructurado desde las relaciones de poder, saber, ser y riesgo) y el tradicionalismo en que la Educación Física se ha parado para pensar el campo de la salud (actividad física/ejercicio físico, estilos de vida saludable). Esto con la intención de constituir una idea diferencial de la función estructural, intervención y cuidado que la Educación Física puede generar al interior del Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS.

En esta lógica, no queremos desconocer el valor y la función que la epidemiología, el saber biomédico o la actividad física han constituido a lo largo del tiempo en relación a la salud, factores de riesgo y calidad de vida, así como tampoco deseamos imponer la perspectiva crítica como una única verdad en lo relacionado a las percepciones, ideas y perspectivas de los sujetos hacia el proceso de salud-enfermedad. Más bien, pensamos en que será necesario comenzar a considerar la epidemiología como una herramienta colaborativa desde una postura contrahegemónica, dando cabida al sentido que expresa la salud integral, totalmente en defensa de la vida, el cuidado, y el trato humanizado hacia el sujeto y su comunidad. Considerando esto, hablaremos de las compresiones existentes entre la Educación Física, la salud y el cuidado, así como las distintas tendencias de intervención que nuestra disciplina académica ha desarrollado durante su existencia en lo que tiene que ver con la salud y la política pública.

Para Campos (2007), la Educación Física ha establecido una estrecha relación con la salud basándose principalmente en una lógica tradicional, limitada y reducida en relación a los procesos de salud-enfermedad-intervención centrando su énfasis en la enfermedad y la fisiología, desconsiderando a la salud, como un proceso complejo de la existencia del sujeto. Siguiendo con Campos, este indica la existencia de una *Bio-Educación Física*, llevando en consideración la presencia permanente de otras fuertes perspectivas de conocimiento como la *Biomedicina* o la *Bioenfermería*, las cuales presentan modos específicos de intervenir la salud “de manera prescriptiva, culpabilizadora y homogenizante, en base al referencial que orientan las acciones de los profesionales desde la racionalidad biomédica” (Mendez y Carvalho. 2016, p. 44).

En principio la *Bio-Educación Física*, hace énfasis en el actuar del profesional de la Educación Física y sus prácticas socioculturales direccionadas a la salud, centradas específicamente en la utilización de modelos homogeneizadores con ideales como el de la prevención de la enfermedad, la medicalización del cuidado o la actividad física como medio “salvacionista” del sedentarismo, en pro de generar un cuerpo y una sociedad supeditada al riesgo. En pocas palabras, con la disculpa de promover la salud de la población general, la *Bio-Educación Física* da privilegio a la dimensión biológica del ser humano en detrimento del conjunto de factores relacionados al proceso de salud-enfermedad, responsabilizando las conductas de riesgo de los sujetos como condicionantes de su propia vida (Carvalho, 2005, p.19).

Según Soares (2001), la *Bio-Educación Física* surge como modelo de intervención entre siglo XVIII Y XIX mayormente influenciado – en aquel entonces – por los saberes del área médica y de las instituciones militares. Saberes que siguen, por una parte, lógicas o lineamientos eugenésicos y de disciplinarización del cuerpo (perfecto y eficiente) y por otra, las conductas o acciones desarrolladas por la población en contraste con las corrientes capitalistas las cuales pensaban al cuerpo como medio específico de producción continua (cuerpo-máquina). En relación a este último punto, Carvalho (2001) menciona que este tipo de lógicas carecen de humanidad, así como de sensibilidad, ya que no contemplan los valores dados por los sujetos, sus pensamientos, sentimientos, emociones o deseos (p.92) a sus experiencias en relación al fenómeno de la salud, impidiendo que las distintas subjetividades sean legitimadas como validas, reforzando así el peso cientificista que el positivismo tiene en la construcción del conocimiento.

De esta manera, Carvalho (1995), señala que “*o termo Educação Física não é neutro*” (p. 95), ya que es fuertemente influido por un contexto histórico social, que, en su defecto, moldea y da forma específica a esta área del conocimiento, lo cual aumenta las posibilidades de producir y reproducir tendencias infundadas en mecanismos científicos (biomédicos), que finalmente direccionan las formas de proyectar e intervenir del propio profesional del área en el campo de salud. Siendo así, entendemos que la Educación Física como disciplina académica (y de intervención), se ha encargado de reproducir y legitimar esta perspectiva de modelo homogeneizador dando énfasis a ideales estereotipados en lo que tiene que ver con

el cuerpo “sano”, el movimiento, el rendimiento, la belleza estética, la apariencia por el consumo y la espectacularización del sujeto en la sociedad, lo que lleva a que la misma disciplina se convierta en un agente regulador de las conductas morales del contexto que la rodea.

Lo anterior puede ser visto en las distintas *performances* que existen en lo que tiene que ver con las actividades de intervención del profesional del área en relación a la vinculación de los sujetos a prácticas, gimnasios o programas de actividad física, que lo que centralmente buscan es visualizar una idea general de salud mediante el riesgo que genera el vivir un estilo de vida particular (norma de la cual los sujetos deben huir). Llevando en consideración algunas de las tendencias antes mencionadas, se van configurando diferentes concepciones de los sentidos de la Educación Física en sintonía con la salud, pasando a ser entendida como “acto de practicar” que, en cierta medida, tanto los sujetos como los profesionales del área asumen como sujeto/objeto/objetivo de trabajo. Siendo así, se toma como elemental el discurso de lo “saludable” que el activismo de distintas prácticas/actividades generan al ser realizadas de forma constante y activa durante un tiempo y espacio determinado, pues como menciona Carvalho (1995) vivimos en un universo donde *“actividad física es difundida como productora de salud” y la Educación Física como sinónimo de actividad física* (p. 63).

Entendiendo esto, la actividad física se transforma en un “bien de consumo” en pro de la adopción de estilos de vida considerados como saludables sustentados en políticas de industria, mercado y belleza. De esta forma, y tal como lo indica Fraga (2006), *“hoje a ênfase está mais dirigida para a produção e difusão de informações acerca dos benefícios da atividade física, em detrimento da própria prática da atividade”*, comprendiendo que los sentidos atribuidos a la realización de estas prácticas no consideran la subjetividad del ser que de ellas participan, pues como se anotó párrafos atrás, las mismas se enfocan en la ejecución de gestos y

fines que promueven la curación, o el no padecimiento de las condiciones que califican al ser humano; como sedentario, gordo, fumante, estresado, hipertenso, diabético, drogado, etc, en fin, un determinismo irracional, sobre cómo deberá ser la vida saludable (Fraga 2006, p. 42).

En relación a lo anterior, Fraga remarca la importancia que presenta el entendimiento y la concientización por parte del profesional de la Educación Física en cuanto a no caer en la lógica universalista que promueve el “*mercado de la vida activa y la racionalidad biomédica*”, que da predominio a la tendencia de la *bio-educación física* para intervenir y homogenizar la salud de la población. De esta manera, se hace hincapié en la comprensión, innovación y proyección de intervenciones, que vistas desde la crítica académica, científica y profesional, ayuden a promover prácticas centradas en la producción de salud (y no tanto en la prevención centrada específicamente en la actividad física) con el objetivo de humanizar el sentido de los sujetos hacia su salud en función de su entorno, necesidades y prácticas cotidianas.

Es por esto que nos surge la idea de pensar otros caminos que resignifiquen el sentido atribuido a la labor del profesional de la Educación Física en el campo de la salud, ampliando así su horizonte desde perspectivas críticas direccionadas a comprender al ser humano como una estructura cambiante en la cual sus intereses, deseos, experiencias y saberes se modifican y resignifican constantemente.

En consonancia con lo mencionado, el sentido de resignificación al cual nos referimos en el párrafo anterior fue denominado por Campos (2007) como “perspectiva de diagnóstico ampliado” lo que nos lleva a entender que esta perspectiva ampliada se encuentra más enfocada

não apenas para a identificação dos problemas de saúde, mas também para a constituição de “fatores de proteção” que tem como propósito contribuir para que os sujeitos tenham a capacidade de inventar outras formas de viver, ainda que apresentem dado problema de saúde (Campos 2007, p. 74).

Junto a lo mencionado, Campos (2000) sugiere la incorporación de la Clínica Ampliada, como proyecto de intervención/práctica de salud con la idea de redefinir los saberes con los cuales se interviene desde la Educación Física, implementando así las Prácticas Corporales a los servicios de salud (p.192). De esta forma, la mencionada implementación estaría centralizada en mejorar las intervenciones individuales y colectivas en el campo, contribuyendo así a la adquisición de cambios discursivos en los profesionales del área que permitirán conocer y abordar diferentes aspectos de los sujetos en relación a su salud, su cuidado y su vida en el contexto con el cual interactúa.

Pensamos que para alcanzar la eficiencia al interior del campo de salud desde la referida “perspectiva ampliada”, se torna necesario que, tanto el desempeño profesional cuanto la participación de los usuarios sea tomada como “proposta de co-produção de sujeitos, modelo de análise para a clínica que reconheça a relação clínica como um encontro desses dois sujeitos co-produzidos” (Campos 2000, p.55).

Comprendiendo que el modelo de la clínica ampliada propone revelar las singularidades de cada sujeto el cual crea en forma conjunta a otros, ya sea el universo que lo rodea como las particularidades que en él influyen, donde evidentemente se presenta un encuentro marcado por la fortaleza de una institución externa a los dos sujetos, permaneciendo por un lado, la institución de salud y sus directrices como la delimitación de la relación clínica entre sujeto que demanda la intervención, sus particularidades y el profesional de la salud (Campos 2000, p.73).

Campos (2003) describe la necesidad de superación de las “*prácticas tradicionales y degradadas, que enfatizan los aspectos biológicos en detrimento de la incorporación de las dimensiones subjetivas y sociales relativas al proceso de salud-enfermedad*” (p.157), con el fin de pensar en la reconstrucción de acciones de intervención (por parte del profesional de salud) más acordes a las necesidades de los sujetos en detrimento de las del mercado.

En este sentido, el objetivo de las prácticas desde la perspectiva de “salud ampliada”, se dirige a la producción y/o coproducción de la salud desde la autonomía de los sujetos (acciones que se potencian desde las prácticas corporales), dando sentido a la producción de cuidado colectivo, donde la “*intervención de los profesionales se oriente hacia el sujeto y su realidad en conciliación con sus necesidades y los factores que lo constituyen como la familia, el trabajo y las prácticas cotidianas, etc*” (Campos 2003, p. 96).

Por este motivo, situarse desde los criterios de la clínica ampliada, y desde las prácticas corporales como pilar de construcción de salud y cuidado (desde la Educación Física), requiere por parte del propio profesional del área, la adquisición, administración y reformulación de saberes y prácticas relacionadas al trabajo en salud, así como el reflexionar si la utilidad de estos saberes se direccionan “*según modelos prescritos del cuidado, o si es una actuación con la población, partiendo del trabajo compartido con los usuarios y con el equipo de salud*” (Campos 2003, p.99).

Otro aspecto importante a tener en consideración, son los protocolos biomédicos usados en lo cotidiano de las prácticas clínicas, sobre los sentidos dados a su utilización, aunque éstos sean recursos necesarios en atención hospitalaria no deberán ser asumidos como los únicos parámetros de cuidado, justamente porque las personas son construidas por sus contextos singulares (Cunha 2005, p. 45).

Lo anterior nos posibilitaría pensar, o hasta mismo proyectar, que la amplia gama de Prácticas Corporales desde la cual la Educación Física puede intervenir en el campo de la salud (por ejemplo, al interior del SNIS), (re)definiría una multiplicidad de saberes, metodologías, procedimientos y actividades prácticas instauradas como propias, científicas o verdaderas – en lo que a salud se refiere – provenientes específicamente desde el imaginario biomédico y epidemiológico. A lo anterior se sumarían los grandes desafíos, aportes y formas de intervención que se pueden propiciar desde el trabajo interdisciplinar, ya que para Campos (2008), esta forma de trabajo más horizontal y menos jerarquizada exige la reformulación y rediseño de saberes epistemológicos para enfrentar las múltiples problemáticas de salud que los distintos usuarios presentan (p.156).

En este sentido, el integrar estos espacios de construcción, trabajo y vinculación interdisciplinar demandará del profesional de la Educación Física

aproximaciones relacionadas al funcionamiento del SNIS, conocimiento de la salud desde una perspectiva crítica, habilidades de habla y escucha tanto para los usuarios cuanto para los demás profesionales y lo más importante, el saber lo que es y el cómo se trabaja desde una perspectiva interdisciplinar. Estos dos últimos en un gran déficit debido a que, en mi formación de licenciatura, nunca tuve la oportunidad de aproximarme, conocer o saber lo que es trabajar con, desde y en pro de la interdisciplinariedad; lo que me lleva a reflexionar, que el trabajo que predominó en mis cuatro años de estudio superior estuvo centrado más hacia la individualidad técnica que hacia el trabajo interactivo con otras áreas, profesionales o espacios de acción diferenciados de los tradicionalmente vistos” (Salvatierra, 2020, p. 67).

3. METODOLOGÍA

Se le denomina metodología al capítulo del estudio en el cual se busca configurar o definir un conjunto de especificaciones/tomas de decisión en relación a la organización, producción, categorización y/o análisis de la información para, por una parte, generar un hilo conductor entre las fases que componen el conjunto de la investigación, y por otra, otorgar rigor científico al tema o asunto estudiado. Para Strauss y Corbin (2008), la metodología es una forma de pensar y entender la realidad para seguidamente estudiarla (p. 17), pues es a partir de la misma (metodología) que es posible reunir conocimiento acerca del mundo social que nos rodea y de los fenómenos específicos que circulan en relación a las cuestiones a ser indagadas.

En esta lógica, entendemos a la metodología como aquella guía que delimita, marca y proyecta los caminos por los cuales el estudio investigativo debe transitar, dejando evidente al lector las acciones, métodos y técnicas consideradas como necesarias de ser usadas tanto en la producción de la información, cuanto en el análisis de la misma. Por su parte, Bettyhán y Cabrera (2011), mencionan que la metodología

está conformada por procedimientos o métodos para la construcción de la evidencia empírica. Se apoya en los paradigmas, y su función en la investigación es discutir los fundamentos epistemológicos del conocimiento. Específicamente, reflexiona acerca de los métodos que son utilizados para generar conocimiento científico y las implicancias de usar determinados procedimientos (p. 10).

En este sentido, nuestra investigación será desarrollada a partir de un delineamiento descriptivo con un abordaje teórico metodológico cualitativo. Es descriptiva ya que, además de interpretar las contribuciones que la Educación Física como disciplina académica y de intervención puede generar al Sistema Nacional Integrado de Salud, la misma busca describir las fisuras que permitirían pensar el lugar de esta disciplina al interior del referido sistema. Acción que, como menciona Tobar y Romano (2003), es importante ya que en esta se “*se expõem características de determinada população ou determinado fenómeno*” (p. 69), desde las cuales se pueden visualizar diversas correlaciones, diferencias o variables.

En relación a lo anterior, Díaz y Calzadilla (2015), afirman que la finalidad de la investigación descriptiva es descubrir una nueva característica del objeto o

fenómeno estudiado (p. 120), lo que nos llevaría a interpretar de mejor forma la realidad haciendo uso de métodos y procedimientos adecuados para analizar la misma.

Considerando que el método hace referencia a la diversidad de procedimientos, técnicas de producción y las formas en las cuales será analizada la información, este estudio fue proyectado desde un abordaje cualitativo en razón de pretender captar de manera flexible y desestructurada, ligaciones, padrones o correlaciones entre las informaciones producidas, lo conceptual y la interpretación del fenómeno investigado. En base a lo dicho, Taylor y Bogdan (1987), proponen considerar la metodología cualitativa como la forma en la cual *“el investigador desarrolla conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas”* (p.19), pues lo anterior permitirá establecer una articulación entre los instrumentos a ser usados en la producción de la información, el fenómeno estudiado y las variables halladas durante el proceso analítico.

En función de lo anterior, adoptamos como metodología de investigación una perspectiva de “análisis de contenido” desde la lente de Bardin (1996), la cual como su nombre lo indica, busca estudiar los contenidos de forma atenta, flexible y abierta acerca de un material previamente seleccionado (Tinto 2013, p. 139), en el cual, sea posible analizar puntualmente la descripción del contenido de los mensajes. Para Bardin (1996), el análisis de contenido se centra en,

el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (p. 32).

De esta forma, el análisis de contenido en su sentido más amplio, es un método analítico de textos que permite trabajar con distintas materialidades para producir inferencias de forma puntual y objetivada en los distintos contextos en los que dichas materialidades intervienen. Desde esta perspectiva, el análisis de contenido nos permite *“construir indicadores y cosmovisiones, valores, actitudes, opiniones, preconcepciones o estereotipos, para así compararlos entre las distintas comunidades”* (Bauer, 2013) constituyendo relaciones, por un lado, semánticas y por el otro sintácticas. *“Os procedimentos semânticos dirigem seu foco para a relação entre os*

sinais e seu sentido normal – sentidos denotativos e conotativos em um texto. A semântica tem a ver com o que é dito em um texto, os temas e avaliações” (p. 193).

En efecto, el uso del análisis documental nos permite realizar un proceso de organización, descripción y categorización de la información resultante desde cada una de las materialidades empíricas las cuales nos ayudarán a comprender por una parte la realidad del objeto investigado y por otra, la posible contribución que la Educación Física puede proporcionar al SNIS del país. Siendo así, las materialidades empíricas que componen nuestro *corpus investigativo* se encuentran configuradas a partir de 5 producciones textuales relacionadas con nuestra especificidad investigativa. Considerando lo anterior, nuestro *corpus empírico* (cuadro 2) fue seleccionado en virtud de los mismos ser, por una parte, documentos oficiales que presentan, informan, regulan/reglamentan y conceptualizan cuestiones relacionadas acerca del Sistema Nacional Integrado de Salud, su organización, avances y funcionamiento en el país, y por otra, contribuir como documentos de apoyo para la articulación de los distintos servicios de salud que hacen parte del referido sistema.

Cuadro 2 – Corpus investigativo a ser analizado (Apéndice 4).

MATERIALIDADES EMPÍRICAS DEL ESTUDIO	
1	Ley Nº 18.211 (2007) – Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2	Ley Nº 18.335 (2008) – Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.
3	Texto “La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)” (Ministerio de Salud Pública, 2009).
4	Texto “Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas” (OPS, 2011).
5	Texto “A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio. (Ministerio de Salud, 2018).

Fuente: Las Autoras

Por su parte, seleccionamos como primer documento para ser analizado la Ley 18.211 (2007) titulada “**Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud**” en virtud de la misma ser la piedra angular para reglamentar/regular el entendimiento de la salud tanto como derecho público en el país cuanto como derecho humano. En este sentido, nos pareció importante analizar dicha ley considerando nuestra temática

central de investigación y entendiendo que en dicha materialidad se establecen las principales bases normativas/conceptuales para la implementación y funcionamiento del referido sistema en el país.

Como segundo documento, creímos conveniente hacer uso de la ley 18.335 (2008) denominada de “**Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud**”, ya que la misma tiene como función presentar los distintos derechos y obligaciones que tanto usuarios como el sistema tienen para la implementación y funcionamiento del SNIS, lo que posibilita saber hasta qué punto los servicios y programas que hacen parte del sistema cumplen o no con la cobertura mencionada. Como tercer documento a ser considerado para su respectivo análisis, tenemos el texto titulado “**La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)**” de autoría del Ministerio de Salud Pública, donde se resumen las distintas acciones y lineamientos programáticos iniciales que sirvieron para la idealización, planificación y creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Creemos importante su análisis debido a que en este se configuran, además de distintos lineamientos políticos e ideológicos en favor de la salud como un derecho fundamental para los residentes del país, una serie de conceptos plasmados desde la académica en pro de humanizar la salud y el acceso universal a la misma. Ya como cuarto documento, fue seleccionado el texto titulado “**Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas**” de autoría de la Organización Panamericana de Salud – OPS (2011) el cual trata acerca de la sistematización de intervenciones, experiencias, lecciones, abordajes empíricos y conceptuales desde la Atención Primaria de Salud, en pro de contribuir en la profundización de conocimientos para la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por último, el documento titulado “**A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio (2018)**”, de autoría del Ministerio de Salud, fue seleccionado en favor de ser esta un recuento temporal evaluativo (como primera etapa) de los múltiples avances, proyecciones, diálogos y desafíos enfrentados tras haberse realizado la reforma y creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. En esta lógica, este texto fue indispensable de ser analizado ya que en este también se presentan las dificultades presentadas para la implementación del referido sistema

proyectando algunas alternativas que nos hacen ver de qué forma la Educación Física como disciplina académica y de intervención tiene espacio y cabida en el Sistema Nacional de Salud.

Para llevar a cabo esta implementación, Krippendorff (1980) propone una distinción específica entre los diferentes tipos de unidades de muestra las cuales servirán para organizar el futuro análisis. Estas son:

- a. Unidades Físicas: Hacen referencia a libros, cartas, programas de televisión, filmes etc.
- b. Unidades Sintácticas: Hacen referencia a bloques específicos y puntuales como capítulos de libros, títulos, artículos o frases determinadas de un diario.
- c. Unidades Proposicionales: Hace referencia a núcleos lógicos de frases que pueden ser divididos, separados o deconstruidos en núcleos centrados en el sujeto/verbo/objeto.
- d. Unidades Temáticas o Semánticas: Se encuentran relacionadas con las características de los textos que implican un juicio humano. La definición de las unidades implica muchas veces ciertos juicios de estratificación.

En este sentido, las unidades que servirán de base para nuestro análisis serán las de carácter temática, pues como menciona (Bauer y Aarts, p. 198), “*A representação, o tamanho da mostra e a divisão em unidades dependem, em última instância, do problema de pesquisa que também determina o referencial de codificação*”. Por lo anterior, las unidades temáticas a ser seleccionadas, organizadas y codificadas serán aquellas en las que podamos descubrir recurrencias y/o ausencias existentes en el *corpus* seleccionado, con el objetivo de visualizar las posibles fisuras que se presenten para la inserción de la Educación Física en el SNIS.

Para implementar este proceso, fue necesario establecer algunas codificaciones (modo sistemático de comparación entre los distintos textos) así como como categorías analíticas (organización de sentido mayor en la cual se concentran diversos códigos) con las cuales buscamos dar respuesta a nuestra pregunta de investigación centrada en entender ¿de qué forma contribuye la Educación Física como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS en el Uruguay?

4. ANÁLISIS DE LA EMPIRÍA

Para este capítulo, se efectuará el análisis general de las 5 materialidades empíricas que hacen parte del *corpus* investigativo (Ley N° 18.211/2007; Ley N° 18.335/2008; Texto “La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009”/MSP; Texto “Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas”/OPS, 2011; Texto “A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud/MSP 2018). De esta manera, se marcará una estructura de análisis deductivo que permita articular lo proporcionado por las distintas materialidades que integran el estudio, el campo teórico-conceptual crítico de la salud, así como el del al Educación Física, y finalmente, el proceso analítico desarrollado por las investigadoras para alcanzar el objetivo propuesto en esta investigación. Dicha articulación fue realizada por medio de un proceso de triangulación de datos que, de acuerdo a Flick (2014), es generado desde la combinación de diversos métodos e informaciones que, en este caso, aportan cualitativamente a la construcción y producción de conocimientos para dar respuesta a la pregunta inicial de investigación (p.67). En otras palabras, el proceso de triangulación de la información empírica nos ayudó no solo a articular las distintas materialidades usadas en este estudio, sino también a visualizar las múltiples relaciones que surgieron entre los temas abordados tanto en el Marco Teórico Conceptual y el Referencial.

Como resultado de la implementación del proceso de triangulación de informaciones (Apéndice 5), emergieron tres dimensiones de acción analítica (Salud Integral y trabajo interdisciplinario como punto de quiebre; La formación como medio de inserción al SNIS; Prácticas Corporales como aportes de la Educación Física al campo de la Salud) en las cuales se concentraron nuestros esfuerzos para llegar al objetivo propuesto, direccionado a comprender de qué forma contribuye la Educación Física, como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

4.1 Salud Integral y trabajo interdisciplinario como el punto “cero” para reconfigurar el trabajo en salud.

En nuestro país, desde la reforma sanitaria ocurrida en 2005 mediante la creación e implementación de la ley N° 18.211 (Sistema Nacional Integrado de Salud), se consideró necesario desarrollar un sistema de salud y cuidado centralizado en la atención a la salud integral de los futuros usuarios del sistema. A lo anterior, se sumó la idea del establecimiento de servicios integrales de salud equitativos y universales en pro del desarrollo de prácticas orientadas hacia el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales, financieros y de capacidad sanitaria, haciendo uso de distintas estrategias de intervención entre las que se encuentra el trabajo interdisciplinario al interior del campo de la salud.

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (Ley 18.211, art. 1).

Lo mencionado, referencia de forma directa a la “salud integral” como un potencial transformador para el desarrollo de acciones integrales hacia la protección de la salud, a partir de la implantación de nuevas políticas que favorezcan prácticas de salud centradas en una intervención interdisciplinaria e intersectorial. Lo anterior, con la idea de prestar un servicio de calidad en la protección, promoción, diagnóstico y tratamiento oportuno según las necesidades de salud que los sujetos presenten en sus respectivos contextos. Considerando lo expuesto, entendemos que las intervenciones en el marco de la salud integral, demandan un abordaje complejo como lo son el trabajo, articulación y coordinación entre las distintas disciplinas que operan al interior del SNIS, lo intersectorial centrado en los determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad, así como las mejoras propias al sistema sanitario nacional (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria, 2018, p. 85).

Con la finalidad de alcanzar el bienestar colectivo y de la salud, como derecho humano esencial, el SNIS pasó por un proceso de cambios y equilibrios constantes para encontrar colectivamente soluciones con mayor justicia social y que a la vez sean éticamente sustentables para el país (La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, p. 7), lo que demuestra comprender que la salud está en constante evolución y que depende no solo de los cambios en el propio sistema de salud, sino

de los cambios generados en el propio contexto en el cual los ciudadanos realizan su vida.

Tal y como fue mencionado en nuestro Marco conceptual, el ser humano es un ser integral, el cual consta de un sinnúmero de características que lo influyen, donde según Alonso y Escorcía (2003), el desarrollo del mismo dependerá de la estimulación de las diferentes áreas, considerando *que el individuo es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre la otra o cuánto depende, la una de las otras frente a los procesos de salud-enfermedad (p.4)*

Creemos como tal que el término integral hace referencia a la afectación, construcción y constitución de las distintas dimensiones que componen y configuran al ser humano como persona singular, irrepetible, única y subjetiva en su respectiva realidad. En esta sintonía, Martínez (2009), menciona que el ser humano es un todo integrado, que constituye un suprasistema dinámico formado por subsistemas perfectamente coordinados, así como codificados. De esta forma, los referidos subsistemas, hacen referencia a las distintas dimensiones sociales del ser humano entre las que podemos encontrar la física, la química, biológica, psicológica, social, cultural, ética, moral y la espiritual (entre otras), donde todas juntas forman la personalidad del ser, alegando que la falta de conjunción entre las mismas, provocarán problemas de distinta índole que pueden desencadenar procesos patológicos orgánicos, psicológicos, culturales o sociales (p.120).

Pinheiro (2007), menciona que la integralidad en la salud, es una construcción colectiva, que gana sentido y expresión en los distintos espacios de encuentro y escucha, entre las subjetividades de las personas implicadas y la producción de cuidado para su salud (p. 262). Así mismo, expresa que lo anterior dependerá no solo de las directrices nacionales, políticas públicas y/o voluntades institucionales, sino también de algunos elementos determinantes para la producción de cuidado en los sujetos y su respectiva realidad social. Lo antes dicho, es considerado un pilar fundamental en los principios del SNIS, siendo identificado en el art. (4-B) de la ley 18.211, como un movimiento amplio de acciones para el acompañamiento general y diferenciado de los individuos.

A integralidade é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização” (Pinheiro 2005, p. 256).

En esta lógica Salvatierra 2020, relata que la atención prestada a los distintos usuarios del servicio de salud es un acto que va más allá del simple hecho de tratar individualmente a los sujetos. Es una labor de trabajo interdisciplinar, en la cual se articulan procesos de reconocimiento, sensibilidad, formación, aprendizaje y entendimiento del trabajo en la salud, en pro de articular acciones de intervención desde diferentes saberes científicos/disciplinares según las necesidades de salud que fueran requeridas. Para la autora, la atención integral estaría centrada en la escucha al usuario y todo lo que el/la mismo/a tiene para expresar, haciendo del equipo interdisciplinar un oyente activo, analizador de cuestionamientos y discusiones específicas para proponer multiplicidad de soluciones a los problemas o situaciones que involucran la salud de la población (p.66).

Es así que, para propiciar una atención integral y de calidad a los usuarios del sistema, la ley Nº 18.211 exhibe en sus objetivos (Art.4), alcanzar el más alto nivel posible de salud en la población, mediante el trabajo integrado de actividades, dirigiendo y promoviendo hábitos saludables, como también la implementación del modelo de atención integral y el desarrollo de la interdisciplinaridad entre los distintos equipos profesionales que lo integran. Siendo así, se concibe a la calidad en salud en función de un modelo integral donde esté incluida la acción intersectorial sobre los determinantes sociales y ambientales, la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, además del diagnóstico oportuno, la terapéutica adecuada, la rehabilitación y la reinserción (Atención Primaria en Salud Uruguay, p. 177).

La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones. La orientación preventiva, integral y de contenido humanista. La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios. El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud. La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los

usuarios. La participación social de trabajadores y usuarios. La solidaridad en el financiamiento general. La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales. La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud (Ley 18.211, Principios Rectores, art. 3).

Creemos que lo descrito anteriormente nos permite, por una parte, pensar y por otra cuestionar, acerca del desarrollo de la denominada “salud integral” como principio de derecho civil, así como acto de cuidado integral y digno hacia los usuarios del SNIS y las prácticas que a este se le imparten, tanto por los diferentes profesionales cuanto por los equipos interdisciplinarios que del sistema hacen parte.

Los programas integrales de prestaciones incluirán: Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas. Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados. Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda. Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes. La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descritas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores. (Ley 18.211, art. 45)

Comprendiendo que el sistema nacional de salud, marca sus bases fundamentales en la estrategia de la atención primaria, es importante entender que el primer nivel de atención se encuentra constituido principalmente por “*equipos interdisciplinarios donde juega un rol clave el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, recibiendo allí también los imprescindibles aportes de muchas disciplinas*” (p.30). En este sentido, entendimos que, según el enfoque dado por el SNIS y sus respectivos objetivos, se requiere el accionar la salud integral desde prácticas multiprofesionales a través de equipos interdisciplinarios (críticos) que procuren la resolución de problemas de salud de la comunidad y/o la satisfacción de las necesidades del usuario como ser humano, razón por la cual;

el trabajo profesional interdisciplinario que abarcan los equipos del servicio de salud y la asistencia intra e intersectorial, requiere acciones que construyen a la calidad de vida de la población usuaria, articulando con los efectores relacionados a cada temática” (Atención Primaria en Salud Uruguay, p.48)

Retomando el trabajo investigativo de Salvatierra (2020) el cual aborda la contribución de la Educación Física a la ley integral para personas trans en una policlínica de la ciudad de Paysandú, la deconstrucción crítica sobre las miradas tradicionales y homogéneas desde las cuales se ha constituido el profesional de la

Educación Física a lo largo del tiempo en el país, ha hecho posible visualizar que, tanto la formación cuanto la intervención del licenciado se encuentre centrada más en una acción de trabajo individualidad que no en una colectiva e interdisciplinar. La autora, refiere a la importancia y permanencia del profesional de Educación Física al interior de los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud entendiendo que

la salud va más allá de lo biofísico y patológico; que requiere una intervención de un equipo interdisciplinario que escuche, discuta y cuestione a partir de su conjunto de perspectivas, conocimientos y capacidades [...]. La Educación Física desde la comprensión de un sujeto multidimensional y su perspectiva de salud integral, contribuye a la atención a partir de la interdisciplinariedad, aportando y acompañando a la persona en la búsqueda y desarrollo de su expresión de género mediante el cuerpo, reforzando vínculos y generando nuevas vivencias tanto individuales como colectivas en pro de contribuir a la salud del individuo (p.77).

Siendo así, la perspectiva demandante que aborda y expresa el SNIS en relación a la integralidad tanto en la asistencia, cuanto, en el trabajo interdisciplinar, nos permite hoy cuestionar la ausencia/no presencia del profesional de Educación Física al interior de dicho sistema. Lo anterior lo cuestionamos considerando que, en distintos ámbitos de la vida social, cultural, comercial y educativa, la cobranza realizada a los profesores del área en lo que tiene que ver con su ejercicio profesional y la influencia del mismo en la salud de los sujetos es amplia, teniendo como punto de partida el discurso hegemónico de la actividad física (bajo la perspectiva del riesgo) como prometedora de estilos de vida saludables.

En la actualidad, el binomio actividad física y salud es más consistente que nunca, debido principalmente al preocupante incremento de las enfermedades de la civilización actual, las cuales han activado las alarmas en todo el mundo. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que para el año 2020 las enfermedades no transmisibles serán la causa de más del 70% de la carga mundial de morbilidad. Es por ello que ha invitado a los gobiernos a promover y reforzar programas de actividad física de erradicación del sedentarismo como parte de la salud pública y política social y como un medio práctico para lograr numerosos beneficios sanitarios, ya sea de forma directa o indirecta. (Valenzuela 2016, p. 56)

Para Magallanes 2008, el ejercicio físico no es solamente un estímulo biológico, sino un fenómeno complejo de múltiples dimensiones (biológicas, psicológicas, sociales, culturales). Por lo tanto, desde el momento en que el ejercicio físico está integrado por diversos aspectos, muchos de ellos imposibles de ser cuantificados, los criterios e indicadores fisiológicos que son utilizados para evaluar su eficacia en los procesos de salud/enfermedad, poseen una validez ampliamente

limitada (p.47).

En relación a lo mencionado, pensamos que es importante dejar claro que, aunque la actividad física contribuye desde diversos factores para constituir salud en los sujetos que de estas participan, la práctica de la misma no es garantía/sinónimo de obtención de salud, a pesar de ella establecer un modelo de cuerpo/sujeto/sociedad de apariencia ampliamente saludable y a la cual se debe alcanzar sin importar los medios. Desde esta perspectiva, y como menciona Magallanes (2008), se hace necesario, por un lado, analizar de una manera más criteriosa las relaciones existentes entre la salud y los distintos estilos de vida catalogados desde la ciencia epidemiológica como de riesgo, y por otro, comprender los argumentos utilitarios, morales, corporales y estéticos, que los referidos estilos de vida (como contraposición a los de riesgo) adquieren al interior del discurso hegemónico de la salud (p. 51). En este sentido, Magallanes (2008) menciona que la actividad de promoción de salud, de la cual el ejercicio físico forma parte, no es una actividad neutra, ya que, en el mismo, está comprendido implícitamente un cierto conjunto de valores fuertemente normativos y reguladores, llevándonos a cuestionar como investigadoras aquello que sería denominado como un estilo de vida deseado, correcto o adecuado (p. 51).

En esta línea, pensar en la proyección de políticas de salud pública en las cuales los sujetos adopten determinados hábitos de vida “saludables”, nos permite interrogarnos hoy acerca de ¿cómo los profesionales ligados al campo de la salud – y en especial del campo de la Educación Física – están reflexionando de forma crítica y cuidadosa acerca de la actividad física como única forma viable de promoción y producción de salud?

En cuanto a esto, Carvalho, reflexiona en su artículo “Onde está e quem é o “sujeito” da relação entre a atividade física e a saúde” (2001), el valor otorgado al sujeto y los sentidos dados por el mismo en la relación actividad física y salud. La autora, indica la importancia de caracterizar los “sujetos” al interior de la actividad física, para finalmente proponer otras formas de pensar esa respectiva relación (p.10). De esta manera, enfatiza la importancia de situar, primeramente, al “sujeto” dentro de los parámetros subjetivos de vida social, para luego pensar en proyectos y/o políticas públicas que sean acogedoras y factibles, potencializando así la humanidad del ser y

no la mercantilización de las distintas necesidades de salud que los sujetos demanden.

O sujeito assume o seu posto de centro das atenções – e não somente o “sujeito” – indivíduo mas o “sujeito” também do ponto de vista coletivo. Assim, ao se propor um programa de atividade física, não poderia ele ser um programa cujo conteúdo priorizasse a relação atividade física e saúde, a atividade física visando a saúde mas a proposta seria fundamentada na ideia de que é o conhecimento e a experiência do homem com a cultura corporal que possibilitam a ele manifestar-se, expressar-se visando a melhoria de sua saúde. Não podemos esquecer que a saúde como conceito também estaria fundamentada nas ciências humanas e sociais (Carvalho 2001, p.11).

Teniendo en cuenta los dos factores descritos en relación a la actividad física y su discurso “salubrista”, discurso que esta tesis deja de lado para posicionarse desde la criticidad al modelo biomédico de ver la salud como un elemento netamente estructurado en factores epidemiológicos y de riesgo, invitamos a pensar y reflexionar que la integralidad al interior del SNIS va más allá de una simple acción de atención individual a las necesidades biológicas que el usuario presente.

Por otra parte, en el art. 36 de la ley N° 18.211, se menciona que implementar la atención integral en el servicio de salud nacional, estará a cargo de la configuración de equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para lograr una intervención de calidad. Por este motivo, podemos pensar que, para los documentos, las formas de visualizar transitar y direccionar la composición de los grupos interdisciplinarios se configuran como espacio de diálogo, escucha y posibilidad de enriquecimiento para el abordaje de las necesidades de salud que los sujetos individuales o sus colectividades presentan frente al medio que los rodea.

Monteiro y Carvalho (2015), hacen alusión a que las experiencias de trabajo en estos espacios demuestran cómo la escucha, la comunicación y comprensión del funcionamiento de las relaciones de poder entre los profesionales, o la ausencia de ellas, puede contribuir de forma positiva viabilizando o dificultando la producción de cuidado para la salud, pues la “abertura para o diálogo e o interesse para a construção de um trabalho compartilhado são determinantes para a qualidade das relações produzidas” (p. 606).

Esse movimento, tal como o de uma artesanía, que é o elemento-chave do trabalho com os pressupostos da Clínica Ampliada, exigindo novas costuras em relação à dinâmica dos encontros. Foi assim que o reconhecimento da necessidade de mudanças revelou uma nova face do trabalho coletivo, que diz respeito ao exercício da escuta e da capacidade de negociação/pactuação (Monteiro y Carvalho, 2015, p. 606).

Lo descrito nos hace prever/visualizar que el trabajo de la Educación Física al interior del respectivo sistema, estaría centrado, por una parte, a integrar un equipo interdisciplinar para dar solución a las distintas necesidades de salud que el usuario pueda presentar, y por otra, centrar la atención en la escucha y la producción de cuidado desde el propio trabajo interdisciplinar, dejando de lado la acción/ejecución de dosificación de una actividad como disculpa para la adquisición de un determinado estilo de vida saludable.

Siendo así, observamos que en el documento “A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria (2018)”, se alude a la presencia de diferentes grupos de especialidades que componen y respaldan al servicio sanitario entre las que se encuentran la Medicina del Deporte, Rehabilitación y Medicina Física (p.73). En este ámbito, es curioso que el profesional de Educación Física no se encuentre allí considerado, ni en ningún otro sector de la salud, lo que a nuestro entender (nuevamente) es discutible, ya que en los programas creados, planificados y promovidos en la salud pública, se distribuyen guías de actividad física para incentivar el ejercicio y la recreación, en pro de la modificación de hábitos de vida, que más allá de ser irreales, se convierten en una acción biopolítica para homogenizar una idea de salud única, válida e ideal para el sujeto contemporáneo.

A esta distribución, Fraga (2006) la denomina de “Exercício da informação”, acción que se centra específicamente en la circulación de información en medios masivos de comunicación (actividades, prácticas, recomendaciones, dosificaciones, recetas correctas etc.) para alcanzar un estilo de vida activo que, lo que hace es eliminar la responsabilidad del estado en la creación y manutención de políticas de prevención y promoción de salud, para responsabilizar al individuo por las problemáticas que este pueda llegar a desenvolver. Lo anterior queda claro cuando el autor menciona que,

Na era do estilo de vida ativo, torna-se muito mais importante exercer domínio sobre o campo conceitual da educação física, e fazer valer determinadas recomendações no espaço aberto da mídia, do que exercer controle do tipo *real time* sobre a movimentação corporal. Informar é a ação requerida para tal finalidade, é o verbo que comanda o movimento pro-vida ativa, é – como diz Deleuze – “fazer circular uma palavra de ordem [...] o que equivale a dizer que a informação é exatamente o sistema de controle” (1999). Mas isso não significa dizer que as academias de ginástica, clubes esportivos, centros de lazer etc. deixaram de ter relevância para a atividade física, muito pelo contrário, eles ainda são aparatos importantes para o discurso da vida ativa, porém, não são mais vistos como passagem obrigatória para legitimação de

saberes que compõem a área, e sim, como segmentos de um modelo *on-line* de regulação dos corpos (p. 26).

Esto también puede ser observado en uno de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN), donde se marcan líneas de acción para favorecer estilos de vida saludable y entornos saludables para disminuir los factores de riesgo, (p.85), acciones en las que el educador físico no es considerado, pero es moralmente obligado y casi juzgado en tela pública, si no apunta sus actividades en pro del objetivo mencionado.

Lógicamente, para ocasionar los distintos cambios referenciados se necesitará generar acciones en la producción de salud, tal y como menciona Cunha (2005), pues ayudan a fomentar las prácticas de corresponsabilidad ya que *“las intervenciones deberán ser entre todas las partes, reconociendo la composición de los sujetos, su clase social, cultura, trabajo, familia, miedos, deseos, como sus necesidades, el contexto asistencial y las formas de trabajo interdisciplinario”* (p. 47). En relación a lo anterior, Breilh (2013) menciona que considerar los distintos determinantes sociales con los cuales los sujetos conviven constantemente, permitirá la aproximación criteriosa a términos como calidad de vida y vida saludable articulando las bases de la vida del sujeto en todos sus espacios, ya sean, de producción, contexto, construcción de subjetividades, aspectos interculturales, políticos, espirituales etc. (p.24). En este sentido, Alonso y Escorcía (2003), refieren a la importancia que el trabajador de la salud reconozca al individuo como un ser integral y como centro de la atención en salud, pues desde esta perspectiva se hace posible el reflexionar las formas en las cuales se puede llevar adelante una atención integral generada por un equipo interdisciplinario, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que se articulen diversas disciplinas y saberes entre sí. (Alcántara, 2008, p. 100).

Así mismo visualizamos que la integralidad al interior de un sistema gana espacio a partir de múltiples elementos y sentidos que establecen diversas conexiones entre sí, donde la intervención, los saberes de los equipos interdisciplinarios y las formas de entender las necesidades de salud de los sujetos adquieren relevancia y más, cuando en esta participa el educador físico, pues sus aportes co-ayudan a complementar la idea, no solo de integralidad, sino también de experiencia de intervención desde un área cultural, corporal y humana.

En este sentido, González (2016), alude la Educación Física como productora de un conjunto de competencias²⁷ para el desarrollo integral del individuo, mencionado que estas privilegian múltiples factores en las dimensiones humanas, pues se hace necesario

10- Comprender la relación entre la actividad física y la complejidad de factores colectivos e individuales que afectan el proceso salud/enfermedad, reconociendo los vínculos entre las condiciones de vida producidos socialmente y las posibilidades/imposibilidades de cuidar de sí mismo y de los demás. 11-Comprender el universo de producción de estándares de desempeño, salud, belleza y la estética corporal y la forma en que estos afectan la educación de los cuerpos, analizando críticamente los modelos difundidos en los medios de comunicación, evitando posturas reduccionistas, consumistas y discriminatorias. (González 2016, p.189).

De esta forma, construye valores en base a distintos principios orientados hacia la cultura corporal del movimiento, con la finalidad de potencializar a los sujetos en sus intervenciones, de forma autónoma, crítica y creativa, pero, sobre todo, destaca la coherencia que debe existir en la intencionalidad al momento de establecer prácticas corporales y accionar las mismas, punto en el cual la dimensión de la vida social representa el universo de los significados. A este respecto, González 2016, menciona que la Educación Física plantea temas estructuradores para sus abordajes, en este caso (1-Prácticas corporales y sociedad / 2- Prácticas corporales y salud), demostrando que los mismos se organizan en dos conjuntos, el segundo de estos, con base en el estudio de las representaciones sociales que constituyen la cultura corporal de movimiento y afectan la educación del cuerpo de una manera general, pero que no están vinculada exclusivamente a una práctica corporal específica (p.190). Lo anterior permite reflexionar sobre los sentidos atribuidos y las formas de ver las problemáticas en la producción de las prácticas de salud y como estas dependen de muchos criterios.

En líneas generales, el sub-eje reúne conocimientos que permiten a los estudiantes analizar las manifestaciones de la cultura corporal de movimiento en relación a las dimensiones políticas, éticas y estéticas, a la época y la sociedad en la que surgen, las razones de su producción y transformación y el vínculo local, nacional y global. Además, este sub eje incluye la reflexión sobre las posibilidades y las razones que los estudiantes tienen (o no) de acceder a una determinada práctica corporal en el lugar donde viven, los

²⁷ Mayor Información: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/43563/25496> Artículo titulado "Desafíos para la educación física escolar brasileña: una propuesta de currículum" (2016), de autoría de Fernando Jaime González. Acceso en: diciembre de 2020.

recursos públicos y privados disponibles para tal fin, los agentes sociales involucrados en el desarrollo de la actividad, entre otros aspectos (González 2016, p.192)

En conclusión, y a lo que a la salud se refiere, consideramos fundamental la participación del educador físico al interior de los equipos interdisciplinarios, con el fin de enriquecer tal abordaje y aportar, desde sus saberes profesionales, al tratamiento de las problemáticas de salud (desde una perspectiva de atención integral), en consideración a las necesidades de los sujetos y sus comunidades, lo que llevaría a la materialización de los principios propios del SNIS. En virtud de ello, creemos que la aproximación del área de la Educación Física al campo de la salud, contribuirá desde su perspectiva pedagógica, científica, corporal y humana a alcanzar los objetivos planteados por el SNIS constituyendo de esta forma, aportes académicos y de intervención que puedan colaborar en cómo hacer visible el estado y/o la salud de los (sujetos-usuarios) del sistema con los sentidos propios de los usuarios y no con los sentidos biomédicos homogeneizantes de los factores de riesgos e índices epidemiológicos. En esta lógica, Freitas et al. (2006), menciona la reflexión crítica que se debe tener sobre la Educación Física acerca de las posibilidades de actuar sobre las concepciones teóricas y las formas en las que ocurre la integración con otros profesionales del área de la salud, la comunidad y los sentidos atribuidos a las distintas prácticas llevadas a cabo dentro del propio sistema. Por esta razón, creemos que los aspectos formativos (siguiente categoría) son representativos para acercarnos aquellos espacios donde puedan interactuar la salud desde una perspectiva crítica, la interdisciplinariedad como forma de trabajo y la humanización del ser como proyecto de construcción ciudadana.

4.2 La formación del licenciado en Educación Física como medio de inserción al SNIS.

Uno de los principales temas que visualizamos a lo largo de las lecturas de las diversas materialidades que componen esta investigación, fue lo relacionado con la proyección/planificación en materia de Recursos Humanos en Salud (RHS). Lo anterior, implica, por un lado, identificar de forma general cuáles son las necesidades de formación de recursos humanos de salud de acuerdo a las particularidades propias del SNIS (sociales, culturales, tecnológicas, epidemiológicas, etc.), y por otro, en qué

medida existen recursos disponibles para satisfacer las referidas necesidades, (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria, 2018, p.66).

Los recursos humanos en salud son el recurso esencial de cualquier sistema de salud. Su dotación, distribución, formación y capacitación son determinantes claves a la hora de definir el acceso de la población a servicios de salud de calidad de manera oportuna. (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria, 2018, p.49).

En este sentido, fue posible evidenciar las distintas disciplinas que hacen parte de los RHS del SNIS. Esta área se encuentra integrada por Lic. En Medicina, Lic. Enfermería, Aux. Enfermería, Lic. Nutrición, Lic. Psicología, Obstetras parteras, Odontólogos, entre otras categorías y profesiones nombradas como especialidades médicas según el caso y que incluyen la

Alergología, Laboratorio de Patología Clínica, Microbiología y parasitología y micología médica, Anatomía Patológica, Medicina del Deporte, Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología y Metabolismo, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Neuropediatría, Gastroenterología, Oncología Médica, Genetista, Oncología radioterápica, Geriatria, Rehabilitación y Medicina Física, Hematología, Reumatología, Hemoterapia y Medicina Transfusional. (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria, 2018, p.73).

Como se pueden notar en lo citado, las profesiones dentro del referido espacio no incluyen a la Educación Física, tornándose para nosotras algo incoherente, ya que, sí se encuentran integradas la Medicina del Deporte, la Rehabilitación y la Medicina Física – ciencias que tienen mucho que ver con la Educación Física o a las que la misma podría contribuir desde su perspectiva pedagógica, social y de salud – la pregunta que emerge es ¿cuáles son los distintos impedimentos para que el profesional de la Educación Física no participe de este conjunto de profesiones y/o especialidades?

Tal vez pudiese ser por una cuestión de credibilidad profesional, de formación, de imagen cultural e incluso de epistemología científica, teniendo en cuenta la representatividad social que el área tiene (en muchos ámbitos) en relación al mantenimiento, proyección y aporte hacia la salud de los sujetos con los cuales constantemente interactúa (educación formal – no formal). Sin embargo, a lo largo de nuestra carrera de licenciatura pudimos observar en diferentes unidades curriculares la responsabilidad otorgada al docente del área en la implementación de acciones provenientes de políticas públicas y planes estratégicos (centrados en componentes

epidemiológicos) que mencionan la necesidad del sujeto ser activo para alcanzar y mantener una determinada “calidad de vida” que a nuestro juicio es irreal, segregadora y compleja.

Este alcanzar y mantener se genera como contracara a lo denominado como sedentarismo casi centralizado en una calidad de vida negativa de la cual hay que alejarse debido al malestar moral, corporal, social, estético y epidemiológico que representa en la sociedad. Algunas de las acciones que estudiamos en nuestra formación fueron el Plan Nacional Integrado de Deporte (2012)²⁸; Guía de Actividad Física “A Moverse” (2017)²⁹; Guía de Alimentación Saludable y Actividad Física³⁰, la Ley Nacional del Deporte – 19.828 (2019)³¹ entre otras, las cuales señalan la importancia de ser sujetos activos y de realizar actividades/prácticas físicas/deportivas para alcanzar un estado ideal de salud.

Vivenciar lo anterior, nos permitió cuestionar cómo son articuladas las acciones de trabajo e implementación al interior de estas normativas, planes y guías, sin considerar de forma directa la colaboración, presencia o integración del profesional de Educación Física en su respectiva proyección/elaboración, pero dejando un fuerte insumo para que estas acciones se lleven a cabo (en la mayoría de los casos) por un profesional de la Educación Física. Esto se puede ver reflejado en los componentes integrados en la Comisión Interinstitucional³² (2013) que tiene como función aplicar, supervisar y fiscalizar las acciones planteadas en respuesta a las políticas públicas de la ley 19.140.

Desde el año 2015 dicha comisión está desarrollando un proyecto que cuenta con tres componentes: i. Las cantinas y comedores de centros educativos públicos y privados ofrecen alimentos agradables, seguros y saludables. ii.

²⁸Mayor Información: https://www.gub.uy/secretaria-nacional-deporte/sites/secretaria-nacional-deporte/files/2019-05/Plan_Nacional_Integrado_de_Deporte_PNID_2012-2018.pdf Acceso en: abril de 2021.

²⁹Mayor Información: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1377:a-moverse-guia-de-actividad-fisica&Itemid=451 Acceso en: abril de 2021.

³⁰ Ley 19.140. Mayor Información: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2162663.htm> Acceso en: abril de 2020.

³¹ Mayor Información: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19828-2019> Acceso abril de 2020.

³²La Comisión Interinstitucional representa el trabajo en conjunto de los sectores, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, la Administración Nacional de Educación Pública con representantes de los cuatro Consejos Desconcentrados sumado a la Secretaría Nacional del Deporte, para implementar como efectuar distintas políticas públicas en la sociedad.

Los docentes, adscriptos y coordinadores como actores claves cuentan con herramientas para el fomento de una dieta saludable y aumento de la actividad física. iii. Los centros educativos han sido acreditados por el desarrollo de prácticas que favorecen el incremento de la actividad física y la alimentación saludable. (*A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria, 2018*, p. 91)

En este sentido, nos parece que lo mencionado manifiesta grandes contradicciones cuando la mayor responsabilidad de estas acciones (Actividad Física) recae sobre el profesional del área y más específicamente aquel que se encuentra al interior del espacio educativo.

Por otra parte, alegando que, para alcanzar la atención integral pretendida por el SNIS, en su Art.4 (F), se promueve el desarrollo profesional y continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. A este respecto, reflexionamos sobre uno de las materialidades abordadas la cual realiza una evaluación del SNIS después de 10 años de su creación/implementación en el país. En esta, se establecen nuevos objetivos sanitarios, expresando planes estratégicos de formación de RHS para la composición de equipos multidisciplinarios que lleven adelante el trato humanizado y mediante la acción interdisciplinaria.

Siendo así, se proyectan Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020, con la finalidad de entender a la salud como derecho, procediendo con responsabilidad y de forma inherente al Estado, no limitándose únicamente a la atención sanitaria, sino incluyendo otro conjunto de factores que inciden en la calidad de vida de los/las usuarias del sistema.

Los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 focalizan la atención en la salud de la población del país. Impactando en problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, se busca reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo comunes modificables, fortaleciendo al mismo tiempo su capacidad para tomar decisiones más saludables y adoptar comportamientos que propicien la buena salud, velando por asegurar ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales razonables para el correcto desarrollo de las personas. (*A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de intercambio 2018*, p. 81)

En este sentido, si consideramos a la salud como fenómeno complejo según los supracitados autores, la misma debe estar integrada por múltiples aportes desde diversas perspectivas en la cual las diferentes áreas profesionales permitan

comprender otras formas con las cuales los sujetos visualizan, sienten, e interpretan las vivencias al interior de un contexto específico.

Necesitamos más aportes de las ciencias sociales al estudio de los procesos de atención a la salud y sus protagonistas. Ello no puede quedar librado a las iniciativas académicas que puedan surgir, sino que se precisan Convenios entre el SNIS y la Udelar para generar nuevos conocimientos (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de intercambio 2018, p.168).

Asimismo, observamos que una de las principales ideas para la organización de los RHS, es incorporar la perspectiva del cambio de modelo planteado por el SNIS, e integrar distintos actores, especialmente la voz de los usuarios (2018, p.25), como también las acciones del campo intersectorial, punto donde los argumentos afirman nuestro respectivo análisis. De esta forma, y considerando que el Instituto Superior de Educación Física - ISEF como institución formadora de licenciados en el área y perteneciente a la Universidad de la República, también se encuentra en la acción de pensar la proyección de un profesional competente que aporte desde su saber al campo de la salud uruguaya y más específicamente en lo que tiene que ver con su inserción en el SNIS. Proyección generada desde la configuración de su nueva versión curricular 2017 la cual ayuda a pensar, investigar y discutir la salud desde una perspectiva crítica, política, académica y social. En este sentido, consideramos importante mencionar el lugar que representa la Universidad de la República y más específicamente el ISEF como instituciones formadoras de RHS para el área de salud y el SNIS del país.

La formación continua no puede quedar librada a la voluntad de cada técnico o trabajador, sino que debe estar estructurada en planes concretos, que asuman un diseño en espiral, para generar progresivamente respuestas de mayor calidad en la atención. No hay avances en calidad sin un incremento sustancial en la formación continua del personal de la salud incluyendo los aspectos técnicos, éticos y de gestión y relaciones humanas. Completar Estudios y la Profesionalización son dos capítulos fundamentales en una estrategia de este tipo y la FUS ha presentado propuestas claras y ambiciosas de avance en este plano. Del diálogo fecundo con las facultades y escuelas del área de la salud la FUS entiende que son necesarios además planes de formación continua con impacto que tengan en cuenta el modelo asistencial integral, los Objetivos Sanitarios Nacionales y los protocolos de actuación definidos. (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de intercambio 2018, p. 178)

Por estas razones, es necesario reconocer al sujeto y sus distintas experiencias en lo que tiene que ver con la salud, entorno sociocultural y las vivencias

que lo afectan, lo que a nuestro entender, permite considerar las posibilidades que la Educación Física – como un nuevo actor en el campo de la salud – tiene de generar prácticas, formas, acciones y modos que ayuden a fortalecer el campo de la salud, además de consolidar lazos al interior del trabajo interdisciplinar tal como lo menciona el Art. 36 de la ley 18.211.

Lo anterior puede ser sustentado cuando en el documento “A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de intercambio 2018”, se menciona lo siguiente:

Las transformaciones estructurales en salud, educación o protección social y el conjunto de sus determinantes, no son posibles sólo desde el gobierno, sin participación activa de la sociedad, sin nuevos actores cuya voz pueda expresarse y puedan incidir en las decisiones. Esa participación social no es una resolución institucional, ni se resuelve con sentar a los actores en espacios de diálogo. Requiere una construcción amplia y audaz donde los actores sociales se involucren y se fortalezcan a través de prácticas que los vinculen con la población. Es acción social y cultural sobre problemas existentes. Este parece ser un camino privilegiado para que la población del país en su conjunto pueda involucrarse en las acciones necesarias para alcanzar los Resultados Esperados en los OSN: asumir las opciones de alimentación más saludables, auto regular los consumos de riesgo, fomentar el disfrute del tiempo libre, el ocio y la actividad física, mejorar la comunicación interpersonal, manejo del conflicto y la violencia, integrar los hábitos de autocuidado y heterocuidado, las mejores prácticas de crianza, etc. (p. 93)

En el caso de la Educación Física como disciplina académica y de intervención, creemos que para lograr abordar el campo de la salud será necesario generar aproximaciones que nos permitan conocer la estructura, formas de trabajo y el día a día de la acción interdisciplinar al interior del SNIS, llevándonos a repensar nuevos espacios que aporten al enriquecimiento e intercambio de vivencias desde otros conocimientos/saberes provenientes de las interacciones con profesionales y más cuando se habla de la propia formación del educador físico.

Sobre este aspecto, Salvatierra (2020), menciona la necesidad de vivenciar nuevas maneras de abordar los espacios de formación por medio de la inserción, asistencia y participación del profesional de la Educación Física en un equipo interdisciplinar al interior de la estrategia de atención primaria en salud, mediante la propuesta, creación e implementación de prácticas corporales. Prácticas que se tornarían, por una parte, enriquecedoras para los usuarios que de ellas participan, y por otra, alternativa a la racionalidad prescriptiva, colonial y homogénea en la cual

comúnmente se posiciona tanto al educador físico, cuanto a la funcionalidad que este presenta en la sociedad. La autora en su trabajo final de grado, narra el acontecimiento que pasó al ser partícipe de la organización de la “Feria Diversa” y en donde el equipo interdisciplinar de la cual ella participaba le solicitaba la creación de una actividad que desde la Educación Física apoyara y articulara las otras actividades propuestas para el respectivo día. En relación a lo solicitado, el equipo interdisciplinar realizó algunas sugerencias específicas de las actividades que la Educación Física desarrolla en estos espacios y las cuales

variaba desde la idea de realizar una actividad aeróbica que implicaría el uso de música y/o ejercicios calisténicos para “recordar lo saludable que es realizar 30 minutos de actividad física”, hasta actividades recreativas que permitieran animar y contener a los asistentes en la referida feria.” Demostrando lo anterior, por una parte, las ideas y perspectivas que los profesionales de la policlínica tenían en relación al trabajo que el licenciado en Educación Física podría desempeñar al interior del campo de la salud, y por otra, las tareas que tradicionalmente se nos asignan como parte del imaginario de acción de nosotros como profesores del área (p. 67- 68).

Entendiendo lo vivenciado por la referida autora en aquella policlínica, así como nuestras experiencias de formación, interacción y aprendizaje académico-profesional con el área de la salud al interior de la licenciatura del ISEF en Paysandú, consideramos que el nuevo Plan de Estudios (versión 2017)³³, nos brindó mediante algunas unidades curriculares del núcleo, herramientas generales para hoy pensar críticamente la participación del educador físico en el campo de la salud. Prueba de esto se evidencia en este trabajo final de licenciatura que, si bien es muy incipiente y en algunos momentos prometedor, hace una aproximación general a una idea que tal vez hoy en el país sea novedosa, pero que en lugares como Brasil ya tienen una amplia experiencia de trabajo en su Sistema Único de Saúde - SUS³⁴. Experiencias que, a lo largo del tiempo, han ido proponiendo, validando e implementando otras prácticas terapéuticas, de cura y de cuidado que, vistas desde una perspectiva crítica, marcan un posicionamiento político del usuario frente al sistema y los servicios que el mismo frecuenta. Tema que hoy nos impulsa a pensar y cuestionar, ¿Por qué razón

³³ Mayor Información: <http://isef.edu.uy/wp-content/uploads/2017/02/Plan-de-Estudios-2017.pdf> Acceso en: noviembre de 2020.

³⁴ Mayor Información: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> Acceso en 2020.

el profesional de Educación Física no es incluido al campo de la salud ni a los servicios integrales que tanto se promueve en la política de salud pública?

En parte, este movimiento de interpelar el *statu quo* de las cosas que nos rodea, nos hace pensar en la necesidad de apertura de nuevos espacios pedagógicos, académicos e investigativos que permitan enriquecer absolutamente la formación de los futuros docentes para un contexto que demanda una reformulación de políticas, ideas, saberes y prácticas de intervención.

Para llegar a lo anterior, estamos convencidas que el fomentar espacios de interacción experiencial, de acción investigativa, de práctica profesional (comunitarias), de pasantía y de extensión dentro de la formación académica-universitaria, permitirá que el estudiante de licenciatura entienda las lógicas de la intervención al interior del SNIS, el trabajar interdisciplinariamente, así como de entender otras racionalidades que generalmente se encuentran ocultas en los saberes científicos brindados en la universidad.

Racionalidades que son importantes de visibilizar y que en nuestra formación en Paysandú han generado dificultades en los distintos espacios de intervención a los cuales hemos llegado, pues factores como la recurrencia en el uso de los espacios de práctica, la estática en las propuestas de trabajo de los docentes orientadores (de esas prácticas) junto a la poca reflexión que en estos espacio se incentiva, torna poco fructífero el aprendizaje y la generación de ideas que impacten realmente la calidad de la formación.

no podemos concebir la función de la extensión universitaria, desvinculada de las otras dos funciones básicas, la enseñanza y la investigación. La extensión no solo es un proceso de formación integral a través del cual se corresuelven problemáticas sociales definidas con el aporte del conocimiento generado, sino que es fuente de información principal para la planificación de la enseñanza formal universitaria y para el direccionamiento de la investigación científica. Es por tanto la función que sirve de guía política a la institución, garantizando la pertinencia social del trabajo en la universidad” (Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas, 2011 p. 51)

En el caso específico del documento Atención Primaria en Salud (2011), se cita a la Universidad de la República como promotora de criterios orientadores, en la constitución de “aulas potenciales”, curricularización de la extensión, conformación de espacios interdisciplinarios, dando reconocimiento de los servicios del SNIS como un

ámbito natural de desarrollo del proceso educativo (p.28).

Un ejemplo claro que podemos presentar en relación a lo anterior está en la continua organización de jornadas de actividades corporales en fechas celebrativas (día de la actividad física; semana del corazón; caminata en pro de la lucha contra el cáncer, obesidad etc.) que han tenido la función tradicional de concientizar al sujeto en un tiempo, espacio y lugar determinado, acerca de los maleficios que genera la inactividad corporal en su existencia y la de los demás. Propuestas que se interesan solo en la actividad corporal momentánea, dejando de lado la crítica a los maleficios capitalistas de la falta de tiempo por el exceso de actividades laborales, la condición del sujeto en la sociedad mercantil, la exotización del cuerpo como ideal de calidad de vida consumida y finalmente, la no posibilidad para realizar/ejecutar libremente este tipo de actividades.

Analizando lo descrito, si se forman sujetos que piensen más allá de estos tradicionalismos al interior del Sistema de Salud nacional, se podrían generar avances y orientaciones que modifiquen sustancialmente las intervenciones de las cuales se vale tanto el educador físico, cuanto el equipo con el cual este trabaja. En consonancia con esto, es importante recalcar que ante la demanda generada en el proceso de actualización del ISEF mediante el cambio del plan de estudios (2017) en el cual, en parte, se proyecta su inserción al SNIS, este requiere cambios estratégicos de índole crítico en el modelo de comprensión, formación, investigación e intervención en lo que a la salud se refiere.

A modo de cierre, creemos que el ingresar, entender y proyectar transformaciones para ambos campos (Educación Física – Sistema Nacional Integrado de Salud) amerita un trabajo integrativo e intersectorial entre las mismas, que aporte directamente a la propia planificación de RHS. Pensamos que este mancomunado trabajo permitirá mayor aproximación e innovación para alcanzar los objetivos establecidos por la referenciada política pública en salud, pues tal y como lo menciona el art.14 de la ley 18.335 (ley de Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud), la docencia de las diferentes actividades profesionales en el ámbito de la salud podrá ser realizada en cualquier servicio de salud entre los que podría proyectar la propia licenciatura.

4.3 Las Prácticas corporales como aporte de la Educación Física al campo de la Salud Uruguaya.

Se de fato a saúde é tema, área de pesquisa e de intervenção que diz respeito à Educação Física – por sua vez, campo de atuação e investigação –, como se explica o profissional de Educação Física não trabalhar, por exemplo, nos serviços de saúde voltados para o coletivo da população? Como se explica a Educação Física não ser questão fundamental das políticas sociais? (Carvalho 2001, p.19).

Para este apartado, pensamos en la relación entre la Educación Física y el campo de la salud, cuestión que creemos la mayoría de las veces es planteado desde líneas hegemónicas y discursos biomédicos como ya fue mencionado a lo largo de este texto. Por este motivo, intentamos desnaturalizar el vínculo que ha sido construido históricamente entre la Educación Física y la Salud, para tratar sentidos que permitan entender cómo reflexionar otras perspectivas desde una lente crítica en lo que tiene que ver con la salud, su concepto y el campo en el que se localiza.

Não podemos esquecer que a saúde como conceito também estaria fundamentada nas ciências humanas e sociais. Desloca-se a ideia da saúde centrada no organismo, no físico, no biológico para a saúde como processo e resultado das opções na vida, opções essas relativas ao trabalho, à moradia, ao lazer, mas especialmente nos valores e princípios de vida que se quer, que se acredita ser a melhor. Entretanto, a mudança de enfoque não é tão simples e imediata como parece, à primeira vista. Deslocar o “sujeito” de uma posição secundária para situá-lo em primeiro plano é rever as bases de sustentação (Carvalho 20, p.12).

En esta lógica Fraga et al (2010), alude a una serie de reflexiones sobre el tema relacionado a la Educación Física y la Salud como una práctica pedagógica que envuelve a las prácticas corporales en el ámbito de las instituciones educativas, enfatizando así la necesidad de ampliar las nociones de salud colectiva a partir de la idea de integralidad en la formación de los profesionales, sus saberes y prácticas (p.20).

O conceito práticas corporais está diretamente vinculado à crítica contemporânea relativa às práticas de saúde e tem sido apresentado como um contraponto a discussão e intervenção centrada na atividade física (Fraga et al 2010, p13).

En este sentido, pensamos en las contribuciones que podría aportar la Educación Física como disciplina académica y de intervención al interior del campo de la salud partiendo de las prácticas corporales como vínculo entre los actores y sus propias necesidades dentro de una comunidad.

as *práticas corporais* são mediações, são discursos sociais que compõem sistemas simbólicos, são, portanto, materialidade que pode produzir outras representações sobre o corpo. Pensar que as representações de corpo, de velocidade, potência, performance não foram sempre as mesmas, que qualidades físicas não foram sempre valorizadas do mesmo modo e por uma mesma sociedade, numa mesma época, pode fornecer elementos para um olhar mais sereno, para uma atitude menos desvairada no que diz respeito ao corpo e à sua educação. Pode, portanto, permitir imaginar que a *voga do esporte*, que esta *versão muscular da vida*, que a *performance máxima*, que a *explosão da aventura* pode, em um breve espaço de tempo, não ser mais o grande foco da vida. Pensar deste modo possibilita abrir espaço para experiências de práticas corporais e de vida em sociedade que tomem como eixo a delicadeza, a lentidão, a amizade, a solidariedade, a compaixão, a alegria, o respeito a todos os seres vivos e ao planeta e, por que não, o ócio (Soares, 2005, p. 61).

La multiplicidad de prácticas con las cuales los sujetos se constituyen e identifican a lo largo de su vida, pueden ser manifestadas mediante el proceso de asignación de sentidos que las mismas generan en las individualidades o colectividades de aquellos que vivencian las respectivas prácticas. En esta perspectiva y considerando que las prácticas corporales hacen parte de las manifestaciones socioculturales del movimiento humano, las mismas se constituyen como un espacio de exploración potencial para el campo específico de la Educación Física en lo que tiene que ver con la investigación, intervención y producción de conocimiento (educativo, sociocultural, pedagógico, de salud, recreación etc.).

En este sentido, las prácticas corporales, además de movimiento, presentan elementos culturales que reflejan la identidad de pueblos o colectividades poniendo en circulación las funciones atribuidas a las mismas (prácticas) dependiendo del contexto en el cual estas se manifiestan, pues tal como menciona Brasil (2012), “*são expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer)*” (p. 28).

Compreendemos, também, que as práticas corporais, como fruto do processo de diferentes construções coletivas e como potencialidade individual, devem permitir vivências e experiências mais densas e significativas possíveis. [...] É nessa condição que percebemos, também, que as práticas corporais são significativas, portadoras de um sentido para aqueles que delas participam, permitindo contrapor-se à perda do enraizamento cultural e das referências grupais que vem caracterizando as sociabilidades contemporâneas (SILVA; DAMIANI, 2006, p. 24)

Siendo así, las prácticas corporales presentes en la sociedad contemporánea, pueden expresar distintos grados de variabilidad (cambiante) en sus formas dinámicas (institucionalizada, organizada y sistemática, así como esporádicas, espontáneas y desestructuradas) las cuales *se justifican por sus practicantes por diversos motivos tales como la convivencia, la salud, la distracción, el divertimento, la estética, para mantener la forma física o alguna combinación entre estas* (González 2015, p. 136).

Para Lazzarotti *et al* (2010), el término “prácticas corporales” ha sido considerado por diversidad de campos de estudio (Educación, Antropología, Sociología, Historia, Salud etc.) entre estos la Educación Física, teniendo en cuenta que, cuando este se le interrelaciona con la salud, su direccionamiento se concentra hacia las preocupaciones del cuidado del cuerpo ampliamente analizado desde las ciencias humanas y sociales, como elemento complementario a los cuidados convencionales, terapéuticos y educativos. Los referenciados autores, mencionan que el término en cuestión ha sido utilizado indistintamente en la producción de literatura del área problematizando críticamente los conceptos de actividad física y ejercicio físico (y sus representaciones en la salud), los cuales llevan a desechar la incorporación de sentidos y significados subjetivos, atribuidos por los sujetos a la cultura corporal de movimiento de la cual hacen parte. En esta lógica, Carvalho (2016), menciona que la actividad física evidencia un movimiento impositivo, normalizador y corporativista de pensar a la salud, lo cual se fundamenta específicamente desde la racionalidad biomédica como una perspectiva medicalizante y homogenizadora del cuidado (p. 38). Así mismo, presenta la problemática de que el entendimiento de los términos «prácticas corporales» y «actividad física» ha generado en el campo de estudios, debido a que son utilizados como sinónimos presentando un cierto tipo de incertidumbre e indiferenciación en su uso razón por la cual constantemente en la literatura aparecen separados por una barra (p. 23).

En lo que refiere al campo de salud, las Prácticas Corporales desde la perspectiva de la clínica ampliada, visualizan la construcción de la salud integral y su interrelación con otras formas/perspectivas de cuidado fuera de la lógica biomédica, epidemiológica y homogeneizante. En esta línea, autores como Fraga, Carvalho y

Gomes (2010), abordan críticamente cuestiones relacionadas con la “promoción de la salud, las prácticas corporales y la atención básica” como elementos centrales en la generación de políticas de formación que se direccionen a la articulación entre la educación, el servicio y la comunidad, consolidando así, redes de saberes y prácticas que den respuesta a los distintos desafíos de la formación, defensa y consolidación de un sistema específico de salud (p.12).

La formación curricular de base es un capítulo fundamental que debe adecuarse a la estrategia sanitaria y al modelo de atención que trata de construir el SNIS. Pero es insuficiente en un contexto de muchos avances científicos y revisión de prácticas asistenciales referidas a problemas prioritarios de salud. La formación continua no puede quedar librada a la voluntad de cada técnico o trabajador, sino que debe estar estructurada en planes concretos, que asuman un diseño en espiral, para generar progresivamente respuestas de mayor calidad en la atención (A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de intercambio 2018, p. 178).

Las Prácticas Corporales al interior del campo de la salud, posibilitan desde la Educación Física, reconfigurar, pensar, así como reivindicar las formas de abordaje, cuidado y visualización de los procesos de salud-enfermedad con los cuales los sujetos conviven socioculturalmente, y que difícilmente son considerados al interior de los respectivos sistemas sanitarios. En referencia a lo anterior, la operacionalización de las prácticas corporales al interior del sistema de salud y más específicamente en el primer nivel de atención, contribuiría a discutir, estudiar y proponer la resignificación de la producción de cuidados, de intervención y prácticas sociales (Carvalho 2001, p. 43) como potencia generadora de experiencias críticas en el desarrollo del trabajo interdisciplinar. En este sentido, el estudio, fortalecimiento e implementación de estas prácticas como elemento de trabajo interdisciplinar contribuirían no solo a construir un elemento de acción terapéutico, sino a articular procesos, saberes y prácticas que reconozcan al sujeto y sensibilicen al conjunto profesional para ocasionar mejoras en la salud, debido a que su centralidad estaría dirigida hacia la exploración de los sentidos que despotencializan la existencia de los sujetos en nuestra sociedad (Bilibio, 2013. 119).

Para ello, se procura reafirmar la importancia y calificación en las acciones del profesional de Educación Física en la atención básica para dar dirección a la construcción de proyectos de cuidado capaces de dialogar con las necesidades de las personas, el vínculo positivo, la corresponsabilidad del trabajo compartido entre

los sujetos y las acciones al interior de un sistema de salud (Monteiro y Carvalho, 2006, p. 175). Como fue mencionado en nuestro capítulo “marco conceptual”, el SNIS se organiza por redes en niveles de atención. Dicho sistema establece como primordial la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) la cual ha transcurrido cambios en lo que refiere a conceptualización y prácticas de asistencia.

En tal sentido, a partir del año 2005, se elaboró en Montevideo un documento aprobado posteriormente por la OPS/OMS de Renovación de la APS. En éste la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores. Distingue entre valores, principios y elementos. Los *valores* son los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad, como, por ejemplo, el derecho al mayor nivel de salud y la equidad. Los *principios* son los fundamentos, leyes, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos. Por ej: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, con orientación hacia la calidad. Los *elementos* son parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial por ejemplo; atención integral e integrada, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención. (Vignolo et al 2011, p. 13)

En este sentido, la APS es la estrategia guía en la cual se basa nuestro sistema de salud para brindar atención integral. Esta asistencia comprende al primer nivel de atención, siendo éste el más cercano a la población; es decir, este nivel es el primer contacto de los usuarios donde todos los recursos humanos, en equipos interdisciplinarios dan apoyo para resolver las necesidades de salud de los sujetos. Para esto, se configuran espacios como actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y otros procedimientos de recuperación o rehabilitación, permitiendo una adecuada accesibilidad a la población, logrando realizar una atención oportuna y eficaz (Vignolo et al, 2011, p. 12).

En el documento de Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas (2011), fue posible percibir que dentro de los fines aparecen las directrices con las que la APS gestiona la red de servicios. Su primera línea, determina al primer nivel de atención, demostrando una clara integración de todas las partes, gestiones estratégicas y clínicas donde el equipo interdisciplinario y la comunicación liderará los diagnósticos en cuanto al análisis de las situaciones de todos los usuarios, pensando a la salud desde la inclusión participativa y las distintas intervenciones en la realidad local.

El equipo de salud del Primer Nivel de Atención, es la estructura organizativa, funcional, flexible. Integrada por profesionales, técnicos, representantes de la comunidad, que desarrollan actividades de APS con el objetivo de

contribuir a mejorar la salud de la comunidad (Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas" /OPS, 2011, p. 49).

Lo antes dicho, contribuye para pensar en que el profesional de Educación Física puede aportar en las diferentes singularidades de los usuarios, al colectivo y la comunidad, colaborando en las complejidades del trabajo en salud, además de proporcionar saberes en la reivindicación de las prácticas de intervención al interior de la atención primaria.

Tal y como menciona Bueno (2016), es necesario romper con la lógica “higienista” orientada a la biomedicina donde se visualiza la asistencia desde la “promoción de actividad física para la prevención de la enfermedad”, de tal forma que, se procure entender los procesos de cuidado en la salud y la complejidad de la atención básica, para reformular los modos de hacer y compartir los saberes (p. 147). En este sentido, Monteiro *et. al*, (2016), aluden a la producción de cuidado en la atención básica de salud del Sistema Único de Salud – SUS (Brasil), mencionando que la misma (producción de salud) se da por medio de encuentros de distintas líneas y planos de acción que determinan, construyen y reinventan prácticas, para abrir fisuras en los campos cuanto en las relaciones sociales cuanto en sus espacios de actuación (p. 26).

Considerando lo anterior, creemos que las prácticas corporales afianzarían – por lo menos en la estrategia de atención básica y al interior del equipo interdisciplinar que la componen – vivencias, trabajos y/o experiencias que resignifiquen en el sujeto el concepto de salud-enfermedad (no como perfecto estado de bienestar sino como proceso natural en la existencia del ser), de cuidado y de producción de vida, que lo ayuden a ser partícipe de aquellas políticas públicas que se alinean a los distintos fines y objetivos que el propio SNIS presenta como política nacional.

A este respecto, la formación académica profesional del licenciado en Educación Física podría contribuir en los espacios de intervención orientados hacia la atención primaria del SNIS, aportando conocimientos desde distintos estudios en base a la educación sociocultural sobre la Salud, la Educación Física y las Prácticas Corporales. Lo anterior con el fin de tomar distancia de las nociones hegemónicas posicionadas desde las perspectivas biomédicas, que plantean únicamente discursos

biologicistas. Si lo pensamos de esta forma, generaríamos la posibilidad de restablecer vínculos entre la Educación Física y la Salud, para incursionar desde el punto de vista de las Prácticas Corporales, ya que estas, enfatizan el sentido y significado de la cultura corporal de movimiento, donde se producen las relaciones que manifiestan e influyen en la constitución de los sujetos como un ser totalidad.

En secuencia, y tal como lo menciona Carvalho (2006), las prácticas corporales pueden estar presentes dentro de la atención básica (desde una perspectiva crítica, no homogénea ni biomedicalizante), haciendo parte de programas de atención integral, de la creación/proyección de espacios para el cuidado, así como en la atención a las necesidades de salud del sujeto, la familia y la comunidad. Por lo tanto, será preciso comprender que las funciones de los profesionales del área no se basan en adoptar o legitimar una postura verticalizada en lo que refiere a la atención en salud, y sí *“actuar en conjunto con cada persona y con la comunidad, lo que demanda abrazar otra actitud como ciudadanos, como estudiantes, como profesores, como miembros de un equipo de salud (Onocko y Campos 2006, p. 69).*

Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública (Ley 18.335, art. 6).

Siendo así, pensamos al área de la Educación Física y sus respectivos profesionales como agentes generadores de salud en defensa de la vida, lo público y el trato humanizado, que, desde sus saberes críticos, políticos, didácticos, experienciales y pedagógicos, ayuden a construir una política de formación, participación, construcción y proyección de vida a partir de la relación existente entre el cuerpo, la salud ampliada³⁵, el contexto y la existencia del ser.

En conclusión, entendemos que la perspectiva del modelo de salud ampliada y sus respectivos fundamentos dentro de la Educación Física, a partir de las prácticas

³⁵ Entendemos la salud ampliada tal como lo mencionamos en nuestro marco conceptual, de la forma como lo propone Campos 2003, a la producción y/o coproducción de la salud desde la autonomía de los sujetos (acciones que se potencian desde las prácticas corporales), dando sentido a la producción de cuidado colectivo, donde la intervención de los profesionales se oriente hacia el sujeto y su realidad en conciliación con sus necesidades y los factores que lo constituyen como la familia, el trabajo y las prácticas cotidianas, etc.

corporales, distingue las acciones calificadas en relación a los sujetos, el trabajo en el equipo interdisciplinar, la cogestión y corresponsabilidad, así como los vínculos existentes entre los participantes del proceso de salud-enfermedad y las diferentes realidades de las cuales estos provienen. Así mismo, para lograr su implementación, se hace necesario pensar, repensar y estructurar las prácticas de interacción con el sujeto y sus necesidades de salud fuera de una lógica biomédica, pues el (des)aprender en pro de visualizar cambios en el modo de concebir la atención en salud, el trabajo interdisciplinar, los recursos a usar y el abordaje de las problemáticas individuales/colectivas de cada contexto, favorecerá la amplitud en las múltiples intervenciones que se puedan proyectar de acuerdo con los fines que el propio SNIS presenta en el Uruguay. Como consecuencia de lo anterior, destacamos la urgente necesidad en el campo de la Educación Física de generar experiencias, prácticas, conocimientos e interacciones que produzcan cambios en el modo de concebir la formación del profesional del área en cuanto a la salud se refiere, así como su interacción directa en la sociedad, acciones que hasta el momento en el Instituto Superior de Educación Física – ISEF se ha generado en virtud de la implementación del nuevo currículo de formación en su versión 2017.

Siendo así, Fraga *et al* (2012), manifiesta que este sentido de cambio en el proceso de formación, no pasa estrictamente por la superación de la lógica tradicional en la promoción de cuestiones relacionadas a la salud (actividad física – riesgo etc.), y sí, por redireccionar crítica y humanamente sus acciones hacia la producción de prácticas integrativas³⁶, que hagan confluir el trabajo compartido entre la formación (docente-estudiante), el servicio (profesionales y gestores de la salud), la comunidad (usuarios del servicio) y el contexto (p.53). Acciones a las cuales González (2013) manifiesta como potenciales de convertirse en “locus” de actuación para el profesional de Educación Física en el campo de la salud (p.144).

³⁶ Para profundizar acerca del tema de las prácticas integrativas al interior del Sistema Unico de Salud (SUS-Brasil) se recomienda la lectura de la tesis doctoral de autoría de Priscilla de Cesaro Antunes titulada “Práticas corporais integrativas: experiências de contracultura na atenção básica e emergência de um conceito para o campo da saúde” (2019), defendida en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano PPGCMH. Escola Superior de Educação Física, Fisioterapia e Dança – ESEFiD, bajo orientación del Prof. Dr. Alex Branco Fraga. Mayor Información: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/203795> Acceso en: abril de 2021.

5. CONSIDERACIONES FINALES.

Esta investigación como trabajo final de grado de licenciatura, es el resultado de todo un proceso de formación crítico, académico y profesional que surge desde nuestra experiencia como estudiantes de la Licenciatura en Educación Física del Instituto Superior de Educación Física en el CENUR. L.N. – Sede Paysandú. El mismo, se encuentra dividido en 5 capítulos que, mediante una estructura lógica, organizacional, así como sistemática, procura articular una visión crítica de la salud, haciendo uso de elementos teóricos, metodológicos y analíticos que permitan establecer relaciones conceptuales tanto al interior de cada sesión, como entre las distintas partes que componen el documento.

En el primer capítulo denominado de “Introducción”, describimos los distintos trayectos de vida recorridos por nosotras como investigadoras para llegar al tema que hoy nos convoca. Así mismo, narramos las distintas experiencias que nos hicieron pensar en la Educación Física como perspectiva de vida profesional, al igual que las importantes tomas de decisión que conlleva el ser estudiante de la Universidad de la República, considerando nuestra posición de sujeto como mujer, proveniente del interior del Uruguay y procedente de familias humildes sin condiciones económicas para apoyar a su primera generación en el ingreso/tránsito por la Educación Superior.

En el segundo capítulo, desarrollamos un Marco Teórico Referencial haciendo uso de la metodología de revisión sistemática, con la intención de mapear la producción de literatura académica producida en relación al Sistema Nacional Integrado de Salud y el campo de la Educación Física. La referida revisión nos permitió visualizar la falta de estudios e investigaciones que discutan la salud en el Uruguay desde el campo específico de la Educación Física y más puntualmente desde una perspectiva crítica no homogenizante, razón por la cual, estos resultados le asignan a este trabajo final de licenciatura el carácter de inédito y original.

Ya como segundo bloque de este capítulo, fue desarrollado un Marco Teórico Conceptual en el cual describimos, cuestionamos y discutimos, por una parte, los distintos marcos normativos que regulan/reglamentan el funcionamiento de la salud en el país, y por otra, los conceptos, teorías y saberes que sustentan críticamente nuestro objetivo de investigación direccionado a comprender de qué forma contribuye

la Educación Física, como disciplina académica y de intervención al Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay.

El tercer capítulo presenta las distintas decisiones teórico-metodológicas contempladas para abordar el presente estudio, y las cuales se enmarcaron en un delineamiento descriptivo cualitativo, a través del análisis de contenido de las distintas materialidades que componen el *corpus* investigativo.

Por su parte, en nuestro último capítulo se presentan los resultados del proceso de triangulación de las distintas informaciones provenientes del respectivo *corpus*, y que evidenciaron tres dimensiones de acción analítica como lo son “Salud Integral y trabajo interdisciplinario como punto el punto “cero” para reconfigurar el trabajo en salud”; “La formación del licenciado en Educación Física como medio de inserción al SNIS”; “Prácticas Corporales como aporte de la Educación Física al campo de la Salud Uruguay”. Lo anterior nos llevó a visualizar las distintas formas en la cual la Educación Física, como disciplina académica y de intervención puede contribuir haciendo parte del SNIS.

Nuestra primera dimensión analítica (Salud Integral y trabajo interdisciplinario como el punto “cero” para reconfigurar el trabajo en salud), permite entender que, para que la Educación Física integre el SNIS es necesario que la misma entienda la salud desde criterios de integralidad conjugados con el trabajo interdisciplinario. En este sentido, la labor del educador físico como profesional de la salud, estaría centrada, por una parte, en participar/integrar un equipo interdisciplinario (inicialmente en la atención primaria), con el fin de enriquecer dicho abordaje desde la perspectiva de atención integral. De esta forma, aportaría significativamente tanto al servicio, cuanto, al equipo de trabajo, desde un saber crítico, pedagógico, corporal y disciplinar en pro de la atención, tratamiento y cuidado de las problemáticas de salud de los usuarios del sistema. Acciones que lo llevaría a materializar en su trabajo multiprofesional, los principios y objetivos planteados por el propio Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por otra parte, aportaría significativamente el centrar la atención del trabajo interdisciplinario en la escucha y la producción de cuidado de los usuarios del servicio, dejando de lado la acción/ejecución/dosificación de una actividad como disculpa para

la adquisición de un determinado estilo de vida saludable, lo que llevaría a la apropiación de espacios, sentidos y prácticas en las cuales el sistema, como política pública, sea aprovechado de la mejor forma posible según las necesidades de los respectivos usuarios.

Ya en nuestra segunda dimensión analítica, fue posible entender el proceso de formación como un medio fundamental para la inserción del educador físico en el Sistema Nacional Integrado de Salud, considerando que el mismo (sistema) promueve/exige/posibilita la formación de sus recursos humanos en salud (RHS) en articulación con los servicios, los programas de formación académica y la propia Universidad de la República. En esta vía, la formación del licenciado en el área se convierte en un recurso importante para integrar los distintos espacios con los que cuenta el referido sistema, proyectándola a desarrollar un trabajo de pensamiento que vaya más allá de tradicionalismos academicistas o de acción práctica, para pensar sus futuras intervenciones en salud desde una visión crítica, interdisciplinar, ampliada y de cuidado. Para que esto suceda, se hace necesario reconocer la demanda generada en el proceso de actualización del Instituto Superior de Educación Física – ISEF en relación a su plan de estudios (2017) en el cual se proyecta la inserción del educador físico en las políticas públicas de salud. En este sentido y para atender a las respectivas demandas, se requiere pensar sustancialmente políticas de formación que visualicen cambios estratégicos críticos en el modelo formación, comprensión, investigación, práctica e intervención en lo que tiene que ver con salud y los saberes que en las distintas unidades curriculares del área se generan/experiencian.

Considerando lo mencionado, creemos que el proyectar políticas de formación en esa vía, permitirá, generar experiencias investigativas y de trabajo en los distintos servicios que integran el propio sistema, haciendo que el educador físico reflexione su quehacer docente, al mismo tiempo que aporta formas diferentes de entender la intervención en salud desde el área. Acciones que ayudarán a cambiar ciertos imaginarios sociales acerca de la labor del profesional de la Educación Física y del trabajo a ser desempeñado frente a los otros profesionales que hacen parte del sistema.

En lo que refiere a nuestro último movimiento analítico, se constató que las Prácticas Corporales, como aporte de la Educación Física al campo de la Salud, contribuiría en entender este fenómeno no como una característica negativa en la vida de los sujetos, y sí, como una naturalidad propia del ser humano determinada en parte por percepciones culturales, sociales, ambientales, económicas y políticas. Siendo así, la Educación Física como disciplina académica/intervención contribuiría desde la perspectiva de la clínica ampliada al desenvolvimiento de prácticas corporales que generen acciones de interacción entre los sujetos que hacen uso del sistema y las necesidades de salud que los mismos presenten, analizadas estas últimas fuera de la lógica biomédica. Por otra parte, contribuiría a dar valor a la asignación de sentidos y significado que dichos usuarios le otorgan a su participación recurrente en los respectivos espacios de encuentro, promovidos en y por los propios servicios, lo que permitiría, de forma general, ganar entendimientos en relación a la cultura corporal de movimiento que traspasa el contexto en el cual el usuario se encuentra inmerso y el propio proceso de salud-enfermedad por los cuales dichos sujetos pasan. Por tal motivo, la propuesta, creación y organización de prácticas corporales al interior del SNIS, aparte de generar apropiaciones de espacios y de políticas públicas en la cual el usuario sea entendido como un ser humano y no simplemente como un enfermo, amerita pensar estrategias de acción en pro de la producción de salud. Trabajo que el educador físico mediante su experiencia de integración práctica, teórica y formativa constantemente reflexione para brindar un servicio acorde a los principios democráticos que defiende el SNIS.

Para finalizar, al ser este estudio un primer boceto en el campo de la Educación Física para pensar su inserción al SNIS uruguayo, requerirá de distintas aperturas, así como proyecciones temporales, experienciales o académicas, en la cual se generen líneas de estudio con un rango mayor de profundidad (maestría – doctorado), donde los aportes teóricos, prácticos o de intervención en relación a la criticidad de la salud tengan una fuerte reflexión de índole epistemológica y decolonial. Por nuestra parte, esperamos haber contribuido desde este trabajo final de licenciatura a las nuevas proyecciones que el ISEF presenta en su nueva versión curricular (2017), pues esta actualización, que en su momento fue germinal, hoy genera un pequeño fruto desde nosotras como estudiantes de esta primera cohorte,

permitiéndonos pensar críticamente la salud integral, la formación y las prácticas corporales como apertura de nuestra labor docente hacia el campo de la salud.

6. REFERENCIAS

Achard, N., Nogueira, S., & Rivas, J. (2016). La actividad física en la Administración de los Servicios de Salud del Estado: equipos interdisciplinarios de salud. UdelaR, ISEF, Uruguay. Portal Colibrí. Retrieved Abril, 2020, from <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/>

Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación,, 9(1), 93-107. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Alcántara, G. M. (2008, Junio 1). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. Revista Universitaria de Investigación,, 9(1), 3-107.

Alonso Palacio, L., & Escorcía de Vásquez, I. (2003). El ser humano como una totalidad. Salud Uninorte, 3-8. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701701>

Anfara, V. A. (2008). Marcos Teóricos. En: DADO Lisa (Org). La enciclopedia SAGE de métodos de investigación cualitativa., (SAGE), 870 -874.

Antunes. P. (2019). “Práticas corporais integrativas: experiências de contracultura na atenção básica e emergência de um conceito para o campo da saúde”, Universidade Federal do Rio Grande do Sul no Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano PPGCMH. Escola Superior de Educação Física, Fisioterapia e Dança – ESEFID.

Anzalone, P., & Mallo, S. (2018). Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.

Arbulo, V., Castelao, G., Oreggioni, I., & Pagano, J. P. (2014, Diciembre). Incentivos a la eficiencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Arias, F. G. (1999). El proyecto de investigación (3rd ed.). Episteme Oriol Ediciones. Caracas.

- Balestrini, A. M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Consultores Asociados, (7).
- Bardin, L. (1986,1996,2002). *El Análisis de Contenido* (1,2,3 ed.). Akal S.A. <https://books.google.com.pe/books?id=lvhoTqllEQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=true>
- Batthyány , K., & Cabrera , M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial*. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República. Obtenido de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9491/1/01_FC_S_Batthianny_2011-07-27-lowres.pdf
- Bilibio M. A. (2013). *Ecopsicologia e Sustentabilidade: De frente para o Espelho./ Marco - Tese de Doutorado*. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília, Brasília
- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1): S13-S27.
- Breilh J. Las Tres 'S' De La Determinación De La Vida: 10 Tesis Hacia Una Visión Crítica De La Determinación Social De La Vida y La Salud. En: *Determinação Social Da Saúde e Reforma Sanitária*, ed. Roberto Nogueira. Rio de Janeiro: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2010.p. 87–125
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Obtenido de https://www.terceridad.net/STR/semestre_2017-
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1),13-27.
- Bueno, A. X. (2012). *Entre o Fazer e o Registrar da Educação Física no NASF: a relação conflitante entre a classificação brasileira de ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física*. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre.
- Campos, G. (2003). *A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada*. São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, G.W. *Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos*, Um 1. Ed. São Paulo: Hucitec. 2000.

- Canguilhem, G. O. (2002). . O normal e o patológico. Trad. Maria Teresa Redig de Carvalho Barrocas e Luís Octávio Ferreira Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária,, (5).
- Canon Buitrago, E. A. (2017). TEMÁTICAS INDÍGENAS NA EDUCAÇÃO FÍSICA COLOMBIANA: Uma análise do discurso do programa de Licenciatura da Universidade Pedagógica Nacional. Porto Alegre. Obtenido de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/172500>
- Canon-Buitrago, E. A., & Fraga, A. (2020). As Práticas Corporais Indígenas no Ensino da Educação Física: Um Estudo de Revisão da Literatura Brasileira e Colombiana. *Licere*, 23(3), 709-726. Obtenido de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/25082/19942>
- Caponi, S.: 'Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud'.
- Carvalho, Y. M. (2001). Atividade Física e Saúde: Onde está e quem é "sujeito" da relação? *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, 22(2), 9-21. Carvalho, Y. M. (2006). Promoção da Saúde, práticas corporais e atenção básica. *Rev Saude Fam*, 11(7), 33-35.
- Carvalho, Y. M., Gomes, I. M., & Fraga, A. B. (2013). As práticas corporais no campo da saúde. São Paulo: Hucitec, 178-97.
- Cunha, G. (2005). A CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO BÁSICA Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Czeresnia, D., Godinho de Seixas Maciel, E.M., & Malagón, R. A. (n.d.). Temas em saúde. In *Los sentidos da saúde e da doença*. Editora Fiocruz.
- Díaz-Narváez VP, Calzadilla-Núñez A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las ciencias de la salud. *Rev Cienc Salud*. 2016;14(1): 115-121. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10
- Diccionario Larousse Planeta, S.A. (1 Enero 1988).
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata
- Fraga, A. (2006). Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: SP: Autores Associados.
- Fraga, A. B.; Carvalho, Y.M. & Gomes, I. M.. Políticas de formação de educação física e saúde coletiva. *Trab.educ.saúde online*, 2012, vol. 10, n.º3, pp.367-86.
- Fraga, A. B., & Carvalho. (2017, octubre-diciembre). Avaliar As práticas corporais no

campo da saúde: o que podem os diálogos entre educação física e saúde coletiva. 39(4), 458-460.

Fraga, A., Carvalho, Y. M., & Gomes, I. M. (2013). As práticas corporais no campo da saúde. São Paulo: Hucitec Editora.

Freitas, F. F., Carvalho, Y. M., & Mendes, V. M. (2013). Educação física e saúde: aproximações com a clínica ampliada. Rev Bras Cienc Esporte, 35(3), 639-656.

Gallego Ramos, J. R. (2018). Cómo se construye el marco teórico de la investigación. Cuadernos de pesquisa, 830-854. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/cp/v48n169/1980-5314-cp-48-169-830.pdf>

Gillman, Y., Maisonneuve, L. (2009, Agosto). Actividad física y calidad de vida en mujeres adultas mayores. REVISTA UNIVERSITARIA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DEPORTE, 2, 38.

Glosario Temático de Promoción en Salud en Brasil. (2012). Prácticas Corporales. Brasil, 28.

Gomes, Y. M. (2013). As práticas corporais no campo da saúde. São Paulo: Hucitec, 117-38.

Gomez, I., & Caminha, I. (2014, marzo enero). Guia para estudos de revisão sistemática, uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. Movimento, 20(1), 395 - 411.

González, F. J. (2015). Práticas corporais e o Sistema Único de Saúde: Desafios para a intervenção profissional. En I. M. Gomes, A. B. Fraga, & Y. M. de Carvalho, Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação (págs. 135-162). Porto Alegre: Rede UNIDA.

Guía de Actividad Física “A Moverse”, (2017). https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1377:a-moverse-guia-de-actividad-fisica&Itemid=451

História, Ciências, Saúde — Manguinhos, IV (2):287-307, jul.-out. 1997 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/10-anos-del-sistema-nacional-integrado-de-salud>

ISEF. (2017). Licenciatura en Educación Física: Plan de Estudios 2017. Uruguay.

Krippendorff K, (1980). Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona.

- Lazzarotti Filho, A., Silva, A., de Cesaro Antunes, P., Salles da Silva, A., & Oliveira Leite, J.(2010). El término «prácticas corporales» en la literatura científica brasileña y su repercusión en el campo de la Educación Física. *Movimento*, 11-29.
- Levcovitz E, Antonio G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS. (2011).
- Ley de Alimentación Saludable y Actividad Física-19.140 (2013). <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2298631.htm>.
- Ley N° 18.211. (Diciembre de 2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.
- Ley N° 18.335. (Agosto de 2008). Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Montevideo, Uruguay.
- Ley Nacional del Deporte-19.828, (2019). [:https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19828-2019](https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19828-2019)
- Magallanes Mira, C. (2008).Ejercicio Físico y Salud: un llamado a la prudencia. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*,45-53.
- Martinez, M. (2009). Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral, 119 – 137. *Revista de la Universidad Bolivariana*, Volumen 8, N° 23, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Mattos, R. (2005). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R & Mattos,R. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde*.Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, (4).
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA/ URUGUAY Saludable. (2005-2009). La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Fuente: Elaboración propia en base a documentos del Área de Informática Jurídica – Departamento Jurídico (División Jurídico Notarial del MSP), Archivo Jurídico de la Junta Nacional de Salud y la Secretaría General y Acuerdos del MSP. https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf
- MINISTERIO DE SALUD-URUGUAY. (2018). A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de intercambio (1st ed.). Marta Pérez Impresos DIB.

- Monteiro, V., & Carvalho, Y. (2015). Sem começo e sem fim...com as práticas corporais e a Clínica. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 19(54), 603-613.
- Monteiro, V., & Carvalho, Y. M. (2016). *Práticas Corporais & Clínica Ampliada*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Montes de Oca, M. S. (2014, octubre 22). TRANSFORMACIONES EN LA GOBERNANZA DE UN ESTADO SOCIAL CENTENARIO: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD DE URUGUAY.
- Olesker, D. (n.d.). Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud. Retrieved 2020.
- OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. New York.
- ONOCKO CAMPOS, R.T. ; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 669-714, 2009.
- Oreggioni, I. (2012, Diciembre). El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud/ BICENTENARIO URUGUAY. (2011). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Prontográfica S.A. <https://uruguay.campusvirtualsp.org/libro-atencion-primaria-de-salud-en-uruguay>
- Pinheiro, R. (2007). Integralidade em Saúde. *Diccionario da Educação Profissional em Saúde*, 255-262.
- Pinheiro, R. A. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 65-112
- Plan Nacional Integrado de Deporte (2012). https://www.gub.uy/secretaria-nacional-deporte/sites/secretaria-nacional-deporte/files/2019-05/Plan_Nacional_Integrado_de_Deporte_PNID_2012-2018.pdf
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*.
- Salvatierra, F. (2020). "Hasta que vos no llegaste acá, no lo había pensado": Un relato de experiencia desde la Educación Física como parte del equipo interdisciplinario de la Policlínica Vespertina Chaplin de atención integral para

personas trans en la ciudad de Paysandú. UDELAR–UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. CUP–CENTRO UNIVERSITARIO DE PAYSANDÚ ISEF – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN FÍSICA.

Santos, Débora de Souza, Tenório, Elaine de Albuquerque, Brêda, Mércia Zeviane, & Mishima, Silvana Martins. (2014). El proceso salud-enfermedad y la estrategia salud de la familia: la perspectiva del usuario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 918-925. Epub December 16, 2014. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0002.2496>

SCHÜTZ, G. R., SANT'ANA, A. S., & SANTOS, S. G. (2011). Política de periódicos nacionais em Educação Física para estudos de revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cineantropometria do Desempenho Humano Santa Catarina*, 13(4), 313-319. 10.5007/1980-0037.2011v13n4p313. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n4/11.pdf>.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538- 542, 1997.

Silva, A. M., & Damiani, I. R. (2005). As práticas corporais na contemporaneidade: pressupostos de um campo de pesquisa e intervenção social. En A. M. Silva, & I. R.

Damiani, Práticas Corporais. Gênese de um Movimento Investigativo em Educação Física (págs. 17-27). Florianópolis: NAUEMBLU CIÊNCIA & ARTE.

Soares, C. L. (2005). Práticas corporais: invenção de pedagogias? En A. M. Silva, & I. R. Damiani, Práticas Corporais: Gênese de um movimento investigativo em Educação Física (págs. 43-61). Florianópolis: Nauembla Ciência & Arte.

Tamayo, M. (2002). Aprender a investigar. El proyecto de investigación, (Colombia, Serie de textos universitarios Universidad ICESI).

Taylor, S. J., Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación (2nd ed.). Paidós. <https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>

Tobar, F., & Romano, M. (2001). Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses de pesquisas (1st ed.). Fundação Oswaldo Cruz.

Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de Educación Física y Deporte*. Año 9, Nº 9, Noviembre de 2016. Montevideo (Uruguay). p. 50 - 59. ISSN 1688-4949

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 34(1).

7. APÉNDICES

APÉNDICE 1 - Tabla de registro sistemático.

TÍTULO	COMBINACIONES	BASE
Actividad física y calidad de vida en mujeres adultas mayores	Educación Física - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
La Educación Física como ámbito de gestión del riesgo en la promoción de la salud en edades escolares: el caso de las escuelas primarias públicas del municipio E en Montevideo, Uruguay.	Educación Física - Atención Integral	Colibri
La actividad física en la Administración de los Servicios de Salud del Estado: equipos interdisciplinarios de salud	Salud Integral - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
LA EDUCACIÓN FÍSICA EN LA AGENDA POLÍTICA: UN ANÁLISIS DE LA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN	Educación Física - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
Nuevos paradigmas de construcción institucional del Estado Análisis de la política pública metas asistenciales en el marco del Sistema Nacional de Salud	Intersectorialidad - SNIS	Colibri
LA INSERCIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DESALUD EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DESALUD FINANCIAMIENTO E IMPACTO.	Atención Integral - Sistema Nacional Integrado de Salud	Colibri
Aportes del enfoque familiar y comunitario en los Programas de Atención en Salud en Uruguay	Atención Integral - SNIS	Google Académico
Sistema de salud de Uruguay	Atención Integral - SNIS	Google Académico
El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria	Atención Integral - SNIS	Google Académico
Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay	Atención Integral - SNIS	Google Académico
Modelo en obra implementación del modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud. Una aproximación desde la perspectiva de médicos pediatras del primer nivel	Atención Integral - SNIS	Google Académico
La mortalidad por causas en personas mayores en Uruguay: desafíos para el sistema de salud y las políticas de cuidado	Actividad Física - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
EL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO EN LA POST DICTADURA: ANÁLISIS DE LA REFORMA DEL FRENTE AMPLIO Y LAS CONDICIONES QUE LA HICIERON POSIBLE	Actividad Física - Sistema Nacional Integrado de Salud	Colibri
Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud	Uruguay - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
Las políticas públicas en salud bucal dentro de la reforma sanitaria implementada en el primer período de gobierno del Frente Amplio	Intersectorialidad - Sistema Nacional Integrado de Salud	Colibri
El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay 2010. Cinco años después. Un Análisis de los progresos en la expansión del aseguramiento en salud y la reforma del sistema sanitario	Intersectorialidad - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.	Intersectorialidad - Sistema Nacional Integrado de Salud	Colibri
El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud	Uruguay - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
VI JORNADAS DEL PERSONAL DEL SNIS OCTUBRE 2018	Intersectorialidad - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay. Su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud	Uruguay - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
Incentivos a la eficiencia en el Sistema Nacional Integrado de Salud	Uruguay - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
Sistema Nacional Integrado de Salud	Uruguay - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico
TRANSFORMACIONES EN LA GOBERNANZA DE UN ESTADO SOCIAL CENTENARIO: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DESALUD DE URUGUAY	Educación Física - Sistema Nacional Integrado de Salud	Colibri
Reforma de la salud en Uruguay: avances y vacíos	Salud Integral - Sistema Nacional Integrado de Salud	Google Académico

APÉNDICE 2 - Agrupamiento Sistema Nacional Integrado de Salud.

Nº	TÍTULO	AUTOR(ES)	AÑO	AGRUPAMIENTO
4	Nuevos paradigmas de construcción institucional del Estado Análisis de la política pública metas asistenciales en el marco del Sistema Nacional de Salud	Rébori	2014	SNIS
5	LA INSERCIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD FINANCIAMIENTO E IMPACTO.	Lousarot, Leys, Tourn	2010	SNIS
6	Aportes del enfoque familiar y comunitario en los Programas de Atención en Salud en Uruguay	Carrillo	2018	SNIS
7	Sistema de salud de Uruguay	Aran y Laca	2011	SNIS
8	El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria	Sollazo y Berterretche	2009	SNIS
9	Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay	Arbulo et, al	2014	SNIS
10	Modelo en obra Implementación del modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud. Una aproximación desde la perspectiva de médicos pediatras del primer nivel	Schelotto	2017	SNIS
11	La mortalidad por causas en personas mayores en Uruguay: desafíos para el sistema de salud y las políticas de cuidado	Pollero y Paredes	2016	SNIS
12	Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud	Olesker	2015	SNIS
13	Las políticas públicas en salud bucal dentro de la reforma sanitaria implementada en el primer período de gobierno del Frente Amplio	Beñaran	(s/f)	SNIS
14	El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay 2010. Cinco años después. Un Análisis de los progresos en la expansión del aseguramiento en salud y la reforma del sistema sanitario	Banco Mundial	2010	SNIS
15	Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.	Anzalone	2018	SNIS
16	El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud	Oreggioni	2012	SNIS
17	VI JORNADAS DEL PERSONAL DEL SNIS OCTUBRE 2018	Uruguay	2018	SNIS
18	Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay. Su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud	Sbárbaro	2015	SNIS
19	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD. Aporte desde las práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.	Doménech	2007	SNIS
20	TRANSFORMACIONES EN LA GOBERNANZA DE UN ESTADO SOCIAL CENTENARIO: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD DE URUGUAY	Setaro	2014	SNIS
21	Reforma de la salud en Uruguay: avances y vacíos	Barot	2016	SNIS

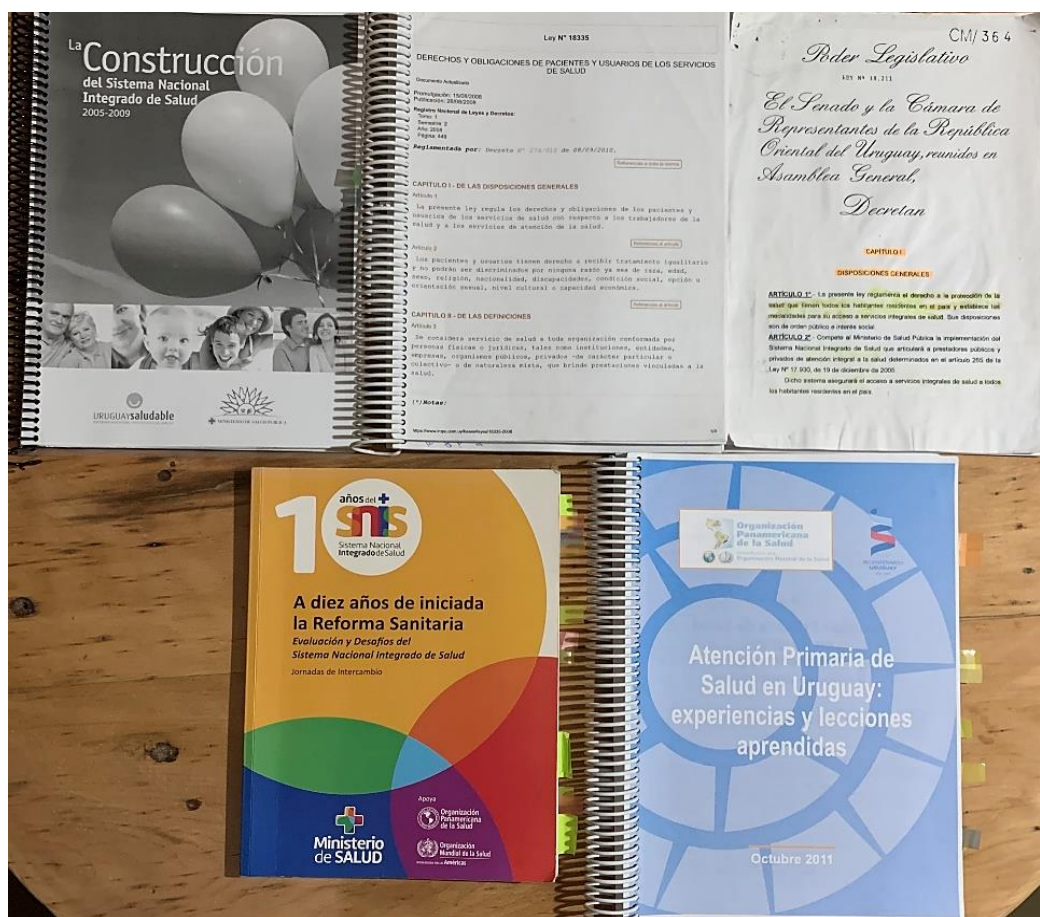
Fuente: Autoras

APÉNDICE 3 - Agrupamiento Educación Física

Nº	TÍTULO	AUTOR(ES)	AÑO	AGRUPAMIENTO
1	Actividad física y calidad de vida en mujeres adultas mayores	Gillman y Maisonneuve	2009	Educación Física
2	La Educación Física como ámbito de gestión del riesgo en la promoción de la salud en edades escolares: el caso de las escuelas primarias públicas del municipio E en Montevideo, Uruguay.	Ben et al,	2016	Educación Física
3	La actividad física en la Administración de los Servicios de Salud del Estado: equipos interdisciplinarios de salud	Achard, et al,	2016	Educación Física

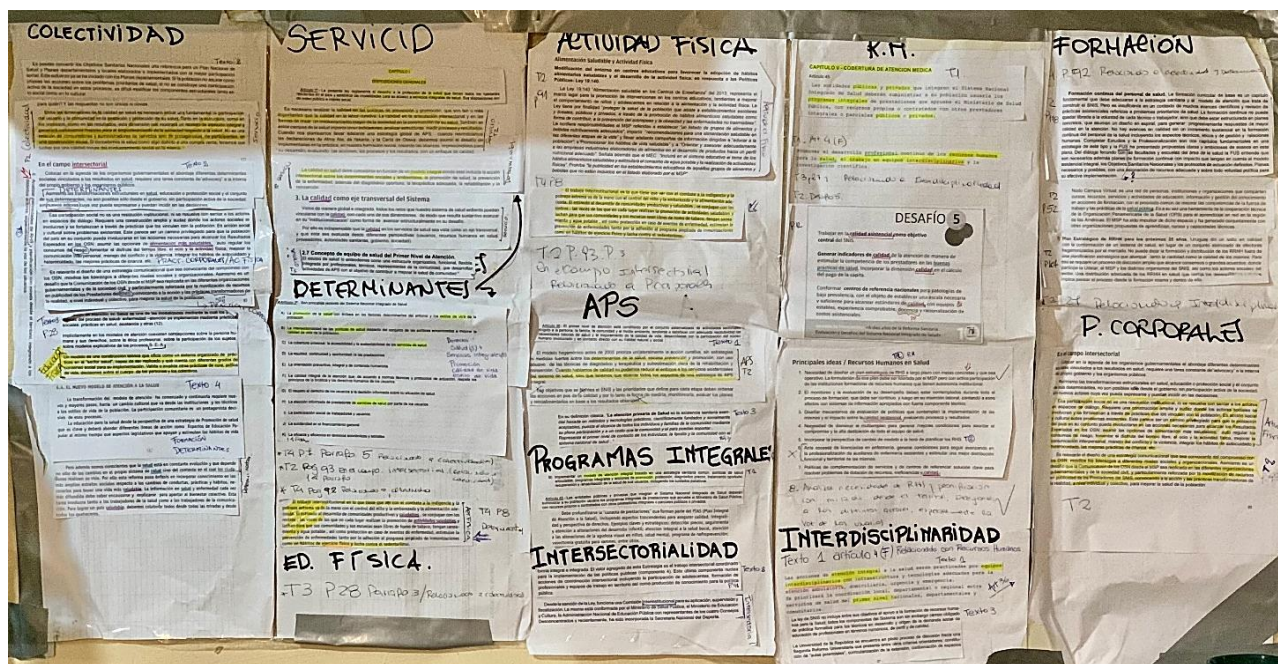
Fuente: Autoras

APÉNDICE 4 - Material Empírico - Corpus Investigativo



Fuente: Autoras

APÉNDICE 5 - Información Analítica



Fuente: Autoras