



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

El sistema de salud como instrumento de justicia social.  
Curso Optativo en la Facultad de Ciencias Médicas – UNLP. Caso Expósito  
Fernanda Arrondo Costanzo  
Trayectorias Universitarias, 5(8), e005, 2019  
ISSN 2469-0090 | <https://doi.org/10.24215/24690090e005>  
<https://revistas.unlp.edu.ar/TrayectoriasUniversitarias>  
Universidad Nacional de La Plata  
La Plata | Buenos Aires | Argentina

# El sistema de salud como instrumento de justicia social.

Curso Optativo en la Facultad de Ciencias Médicas – UNLP. Caso Expósito

The health system as an instrument of social justice.  
Optional Course at the Faculty of Medical Sciences - UNLP. Case Expósito

Fernanda Arrondo Costanzo

<https://orcid.org/0000-0002-8791-2883>

[fernandaarrondo@yahoo.com.ar](mailto:fernandaarrondo@yahoo.com.ar)

Facultad de Ciencias Médicas | Universidad Nacional de La Plata | Argentina

## RESUMEN

Este trabajo tuvo por objeto el diseño de un curso optativo para proponer su inclusión en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata (en adelante FCM.UNLP), y así fortalecer el tratamiento curricular de los problemas de salud pública relacionados con la equidad, calidad, humanización y seguridad en salud.

El mismo, y a través del análisis de un material en formato audiovisual denominado “El caso Expósito”, propone reflexionar sobre ciertas tradiciones de la práctica profesional que se reproducen a través de las generaciones e incorporar en los futuros egresados conocimientos específicos, a fin de contribuir a incrementar la masa crítica de profesionales sensibilizados y capacitados en este problema prioritario de salud pública.

Este cambio de paradigma, que pone en tensión al llamado modelo médico hegemónico, debe ir acompañado de una ruptura metodológica, que repiense el vínculo docente-alumno-contenido. Es por ello que se propone desarrollar en el aula, a través de las relaciones entre alumnos y con los docentes, los valores, principios y formas de pensamiento necesarios para el abordaje de este tipo de problemas en la práctica profesional: trabajo en equipo, colaborativo, interdisciplinario, horizontal y predispuesto a la autocrítica.

## ABSTRACT

The purpose of this work was to design an optional course to propose its inclusion in the Faculty of Medical Sciences of the University of La Plata (hereinafter FCM.UNLP), and thus strengthen the curricular treatment of public health problems related to equity, quality, humanization and health security.

The same, and through the analysis of a material in audiovisual format called “The Expósito case”, proposes to reflect on certain traditions of professional practice that are reproduced through generations and incorporate specific knowledge in future graduates, in order to contribute to increase the critical mass of professionals sensitized and trained in this priority public health problem.

This paradigm shift, which puts the so-called hegemonic medical model in tension, must be accompanied by a methodological break, which rethinks the teacher-student-content link. That is why it is proposed to develop in the classroom, through relationships between students and with teachers, the values, principles and ways of thinking necessary to address these types of problems in professional practice: teamwork, collaborative, interdisciplinary, horizontal and predisposed to self-criticism.

## PALABRAS CLAVE

Curso Optativo,  
Equidad en Salud,  
Calidad en Salud,  
Seguridad en Salud,  
Humanización en Salud

## KEY WORDS

Optional Course,  
Health Equity,  
Health Quality,  
Health Safety,  
Health Humanization.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Economistas contemporáneos definen a las desigualdades en salud y educación como componentes intrínsecos de la pobreza, junto con el nivel de ingreso (Yunus, 1998, Sen, 2000). Lo mismo se concluye en la Declaración de Alma Ata, la cual afirma que “el sistema de salud es un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social” (OMS.UNICEF, 1978: 91).

Históricamente los resultados de un sistema de salud se han medido a través de indicadores de mortalidad y morbilidad. Comparando su magnitud en diferentes períodos de tiempo y con otros países, se llega a una conclusión sobre el funcionamiento del sistema.

Sin embargo estos valores promedio, no permiten ahondar sobre la inequidades del sistema de salud, definida como “las diferencias sistemáticas observadas en el estado de salud de los distintos grupos de población” (OMS<sup>1</sup>), para lo cual se requieren tasas específicas según grupos étnicos, nivel de ingreso, género, región geográfica y cualquier otra variable de análisis que permita observar estas diferencias en los resultados de salud.

Existen ciertos indicadores que son trazadores a la hora de medir la equidad en salud: mortalidad infantil, mortalidad materna y esperanza de vida, ya que captan las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema y las políticas en salud.

En los tres se pueden advertir diferencias sistemáticas entre grupos poblacionales, no existiendo motivos biológicos ni genéticos que las expliquen. La mortalidad en menores de un año es de 100 de cada 1000 nacidos vivos (en adelante NV) en Angola, 13 de cada 1000 NV en Argentina y 2,4 de cada 1000 NV en Japón. La mortalidad materna es de 40 cada 100.000 NV en Argentina, 50 de cada 100.000 NV en Brasil y 5 de cada 100.000 NV en Japón. Los niños que nacen en Angola pueden esperar vivir 50 años, los que nacen en Argentina 75 años y los que nacen en Japón 83 años (OMS<sup>2</sup>).

Si bien, el análisis de la morbimortalidad general y específica es elemental, actualmente, los especialistas en salud pública creen que estos indicadores no son suficientes para evaluar el funcionamiento de un sistema de salud, proclamando la denuncia, registro y análisis de indicadores más refinados relacionados con la seguridad del sistema y servicios de salud. Éstos darían cuenta de los problemas de organización y gestión, los cuales

persisten alimentados por las características de una cultura que se debe transfigurar, a través de la formación y educación continua.

La seguridad en la atención, se mide a través de la frecuencia de eventos adversos (en adelante EA): “todo accidente imprevisto e inesperado que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente”. (OMS. IBEAS, 2009: 24).

Lógicamente, se supone que la frecuencia de EA se incrementa en los grupos poblacionales más vulnerables, sin embargo, no se cuenta con datos precisos, ya que la denuncia o registro de este tipo de situaciones no es habitual.

El “Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos en Salud” (IBEAS), fue el primero llevado a cabo a gran escala en América Latina en el año 2010, para medir los EA en 58 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Se analizaron 11.555 pacientes hospitalizados, de los cuales el 10,5% sufrieron EA.

La probabilidad de ocurrencia de resultados no deseados, puede minimizarse mediante el cumplimiento de estándares de calidad definidos de acuerdo a la experiencia y evidencia científica. Sin embargo, su implementación requiere, como se mencionó precedentemente, de un cambio cultural. El desarrollo de una “cultura hacia la calidad de atención”.

En muchas ocasiones, se consideran “normales” las distancias existentes entre el estado de salud de diferentes grupos sociales, la brecha en la calidad de atención recibida, como así también la presencia de eventos adversos. Pareciera como si este estado de las cosas se hubiera naturalizado.

“...tomamos como natural ciertas costumbres, como inquestionables e inmodificables ya que asumimos que así lo impone la naturaleza y que siempre ha sido así; cuando la realidad es que las conductas sociales son sociales y no tienen nada que ver con la naturaleza”. (Marqués, 1992:15)

Tal vez por este motivo, se observa que el tratamiento de estas cuestiones resulta escaso en todos los niveles comunitarios: la sociedad en general, la educación de grado, la comunidad médica y de todo el equipo de salud.

Uno de los factores que limita su abordaje es el arraigo del llamado modelo médico hegemónico, el cual afianza su perdurabilidad en convicciones culturales aún vigentes como, por ejemplo, la supremacía del biologismo sobre otros modelos explicativos de los problemas de salud-enfermedad, y condiciones de trabajo que estimulan el individualismo. Esta creencia, excede a la comunidad médica y se expresa en los modos de relación de los componentes del sistema entre sí y con el contexto, configurando una matriz social con estas características.

Es así como la formación de nuevas generaciones reproduce particularidades de dicho modelo: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, superespecialización, relación médico-paciente asimétrica,

entre otras (Belmartino, 1987, Menéndez, 1988, Outomuro, 2008).

En la Facultad de Ciencias Médicas-UNLP, especialmente a nivel de la formación de grado, se observa insuficiencia curricular de los problemas de salud pública relacionados con la equidad, calidad, humanización y seguridad de la atención de la salud. El currículum está orientado a contenidos biológicos, y en general, acompañado por una práctica docente aun marcadamente enciclopedista e individualista.

**En la Facultad de Ciencias Médicas-UNLP, especialmente a nivel de la formación de grado, se observa insuficiencia curricular de los problemas de salud pública relacionados con la equidad, calidad, humanización y seguridad de la atención de la salud. El currículum está orientado a contenidos biológicos, y en general, acompañado por una práctica docente aun marcadamente enciclopedista e individualista.**

En términos de Bourdieu (1970), citado en De Alba (1998), el currículum es un arbitrario cultural; sin embargo, tal arbitrario está conformado por elementos de diversas conformaciones culturales y por ello contiene rasgos culturales hegemónicos, pero también rasgos culturales opuestos, que son germen y expresión de resistencia. Estos rasgos son congruentes con el proyecto político de cada grupo.

Si bien la relevancia de la inclusión de los contenidos mencionados es inapelable, no son suficientes ante una visión renovada y más amplia de la práctica médica, que incorpore a los factores sociales, ambientales, psicológicos y culturales en sus modelos explicativos de los problemas de salud-enfermedad. Asimismo, resulta necesario un cambio cultural, la incorporación de nuevas formas de pensamiento orientadas a la horizontalidad de los vínculos, al trabajo en equipo, a la integralidad del análisis y a la toma de decisiones colectivas basadas en información y evidencia científica.

**resulta necesario un cambio cultural, la incorporación de nuevas formas de pensamiento orientadas a la horizontalidad de los vínculos, al trabajo en equipo, a la integralidad del análisis y a la toma de decisiones colectivas basadas en información y evidencia científica.**

Es por ello que se considera ineludible una ruptura epistemológica de la formación médica, la cual debe ir acompañada de una ruptura metodológica, una alteración en las formas habituales de la relación docente-alumno-contenido, que acompañe el aprendizaje cognoscitivo, pero sobre todo afectivo, sin descuidar un marco contextual y relacional para entender los diversos problemas que enfrenta la práctica médica.

Curso Optativo "Equidad, Seguridad, Calidad y Humanización en Salud"

## UBICACIÓN EN EL CURRÍCULUM Y EJE TEMÁTICO

En relación con lo expuesto, el presente trabajo tiene por objeto el diseño de un curso optativo, de 50 hs., sobre equidad, seguridad, calidad y humanización en salud, para proponer su inclusión en el currículum de grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

A partir del análisis de los contenidos de las Cátedras pertenecientes al Departamento de Ciencias Sociales y al de Ciencias Humanísticas, se propone situar este curso en el quinto de la carrera, por considerar que su temática y metodología ofrecen una experiencia educativa que promueve la articulación de conocimientos previos y acerca al alumno a su práctica profesional.

Se define como EJE TEMÁTICO de este curso la PROBLEMATIZACIÓN DEL MODELO MEDICO HEGEMÓNICO EN POS DE LA DESNATURALIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA. Este eje actuará como principio organizador, y como orientador de las reflexiones que se pretenden generar, al atravesar de manera transversal todos los contenidos del programa.

## OBJETIVOS PEDAGÓGICOS

-Adquirir conocimientos sobre entidades, políticas, normativas y herramientas específicas relacionadas con la equidad, seguridad, calidad y humanización en salud.

-Obtener habilidades para analizar situaciones problemáticas de la práctica profesional y planificar acciones integrales en base a un diagnóstico basado en evidencia científica, que puedan generar impacto positivo en los problemas de equidad, seguridad, calidad, y humanización en salud.

-Desarrollar actitudes para el abordaje de problemas de equidad, calidad, seguridad y humanización de la atención de la salud en la práctica profesional: trabajo en equipo, colaborativo, interdisciplinario, horizontal.

## UNIDADES TEMÁTICAS

Los contenidos, se distribuirán en cuatro unidades: Unidad 1-Equidad en Salud, Unidad 2-Seguridad en Salud, Unidad 3-Calidad en Salud y Unidad 4-Humanización en Salud.

La idea básica de la **Unidad 1-Equidad en Salud**, orienta a conocer y desnaturalizar las diferencias que se producen en la atención y estado de salud de diferentes grupos sociales, e incorporar en el análisis de las causas, determinantes que van más allá de los considerados por el modelo biologista. Determinantes sociales, culturales, ambientales, pero sobre todo los relativos a la organización y características de los sistemas y servicios de salud. De esta manera, se pretende sensibilizar al futuro profesional, acentuando su rol humanista en un sistema de salud considerado como un componente de desarrollo y justicia social.

La idea básica de la **Unidad 2-Seguridad en Salud**, invita a reflexio-

nar sobre el tradicional juramento médico “lo primero es no hacer daño” y sobre la importancia de la notificación y análisis de los errores y eventos que se producen en el proceso de atención, a fin de prevenirlos. Se pretende, además, reubicar al futuro profesional, alejándolo temporalmente de la asistencia individual de pacientes, para formar parte de un proceso integral que por su complejidad requiere ser normatizado y coordinado con un equipo interdisciplinario.

La idea básica de la **Unidad 3-Calidad en Salud**, será internalizar los principios de la gestión de calidad en organizaciones de salud, y conocer los estándares (requisitos) nacionales e internacionales de calidad. Se pretende, además, que el futuro profesional, incorpore herramientas básicas de gestión en pos de las competencias que demanda el sistema de salud en la actualidad.

Por último, la idea básica de la **Unidad 4-Humanización en Salud**, propone ubicar al paciente y su familia en el centro, y tomar decisiones en base a su bienestar y no al de los demás actores del sistema. Se pretende consolidar en el futuro profesional el sentido de la vocación y la ética profesional. Recuperar la visión integral del paciente, la cual ha sido reemplazada por la actual fragmentación del ser humano para su diagnóstico y tratamiento.

## **METODOLOGÍA**

Se destaca la naturaleza optativa del curso, lo que supone la elección del alumno en base a sus intereses y preocupaciones, lo que los convierte en potenciales sujetos de cambio, hacia un paradigma de modelo médico humanista.

El curso se desarrollará, a partir del análisis del caso “Expósito Paulo Qualitas” (en latín, Expósito=expuesto; Paulo=poca; Qualitas=calidad<sup>3</sup>). Este hombre de 37 años, casado, con dos hijos, transita el proceso de atención a partir de un padecimiento frecuente y de moderada complejidad. Sin embargo, enfrenta complicaciones propias de la organización de los sistemas y servicios de salud, que complejizan su estado de salud y repercuten en su vida cotidiana.

La presentación del caso puede realizarse a través de formato escrito o audiovisual. Este último, contempla los cambios en el sujeto que aprende: un individuo formado por la imagen, de manera que forma, movimiento y color son los “medios” en los que se desarrolla el pensamiento (homo videns). (Díaz Barriga, 1991)

Por este motivo, desarrollamos un guion para formato audiovisual, el que alterna entre circunstancias vividas por Expósito y opiniones de especialistas sobre cada escena de ficción. También incluye entrevistas a representantes de los diferentes actores del sistema de salud, integrantes del equipo de salud, estudiantes y población en general, para contar con diferentes visiones del problema definido.

De este caso audiovisual, que recorre todos los contenidos del curso, se extraerán conceptos clave que serán desarrollados en los encuentros, para generar en el estudiante interrogantes y búsqueda de información,



que le permitan reflexionar sobre la magnitud y causa de los problemas vividos por Expósito, y el diseño de alternativas de solución.

De esta manera, se invierte la secuencia metodológica, identificando en el caso problemas de conocimiento, que deberán resolverse en el transcurso del curso, para poder analizar críticamente la realidad de los sistemas y servicios de salud, y sus actores intervinientes.

El docente, en su rol de tutor, acompañará a los alumnos en este proceso de aprendizaje por descubrimiento, clarificando las brechas entre los saberes adquiridos previamente y los necesarios para la comprensión acabada de la problemática que se presenta en el caso.

A partir de allí, y utilizando la tecnología disponible, el tutor orientará la búsqueda bibliográfica de los estudiantes en bibliotecas virtuales y páginas web de entidades reconocidas. Al mismo tiempo, se recurrirá a una plataforma virtual, para compartir información y reflexiones entre los integrantes del curso, extendiéndolo más allá de los momentos áulicos tradicionales.

## MODALIDAD DE EVALUACIÓN

“Evaluar supone efectuar una lectura orientada sobre el objeto que se evalúa, en función de la cual el evaluador se pronuncia sobre la realidad... Hay siempre un proceso de interacción entre el evaluador y la realidad a evaluar. En ese proceso, en función de las propiedades de esa realidad, el evaluador construye el referente, es decir, aquello con relación a lo cual se va a efectuar la evaluación, aquello que le permitirá pronunciarse sobre la realidad que evalúa”. (Bertoni, Poggi, Teobaldo, 1996: 7)

En el primer encuentro presencial, se analizarán los criterios de evaluación (referente) que se utilizarán para evaluar el desempeño de los alumnos, tanto en el aula como en el espacio virtual.

Este referente será construido en función de los objetivos pedagógicos del curso. Se ponderará la participación del estudiante en los equipos de trabajo y su rol en la construcción colectiva del conocimiento, la originalidad en la generación de preguntas de aprendizaje, la profundidad en la búsqueda bibliográfica, la creatividad y empatía con el paciente y su familia al desarrollar estrategias de intervención.

Al finalizar el curso, los alumnos recibirán una devolución sobre cada uno de los criterios de evaluación mencionados.

## CONCLUSIONES

La principal pregunta de intervención de este proyecto, y atendiendo al eje temático del curso, estuvo orientada a cómo desarrollar en los alumnos nuevas formas de pensamiento y actitudes acordes con el modelo médico humanista.

Se pretende que el futuro profesional de salud, actúe críticamente

ante situaciones concretas que se producen en el proceso de atención de la salud, y que transcurren inadvertidas.

Desnaturalizar ciertos problemas e indagar sobre su abordaje, no requiere solamente del aprendizaje de determinados conocimientos, sino también de habilidades específicas y sobre todo de actitudes que se deben conservar en la práctica profesional.

El verdadero desafío de este proyecto, se orienta a desarrollar la empatía con el paciente, y que, desde ese sentimiento, el alumno sea protagonista en su proceso de aprendizaje.

Como sabemos, el contenido no es independiente de la forma en que se presenta, ni de la relación que se establece entre el sujeto y el conocimiento. La intencionalidad buscada desde lo filosófico -epistemológico-, se concreta en lo metodológico.

La innovación propuesta en este trabajo, requiere de una ruptura epistemológica y de las formas habituales de la relación docente-alumno-contenido. En términos de Lucarelli (2004) ruptura de objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza, evaluación, recursos, prácticas de enseñar y aprender, que posibilite la formación de sujetos que desarrollen tanto aprendizajes cognoscitivos como afectivos en situaciones alternativas a la tradicional.



## BIBLIOGRAFIA

Belmartino, Susana (1987). "Modelo Médico Hegemónico". Ponencia Jornadas de APS-CONAMER. A.R.H.N.R.G. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>

Bertoni Alicia, Poggi Margarita, Teobaldo Marta (1996). "Evaluación nuevos significados para una práctica compleja". Buenos Aires: Editorial Kapelusz.

Casco, Miriam (2007). "Prácticas comunicativas del ingresante y afiliación intelectual". V Encuentro Nacional y II Latinoamericano "La Universidad como objeto de investigación". Tandil, Argentina.

Correa Uribe, Santiago (2002). "La flexibilidad curricular". Biblioteca electrónica Universidad de Antioquia.

Coscarelli, María Raquel (2013). "Perspectivas de las innovaciones educativas". En: De docentes para docentes Experiencias innovadoras en Ciencias Naturales en la escuela pública. Buenos Aires: El Colectivo.

Davini, María Cristina (2008). "Métodos de enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores". Cap 5: Métodos para la acción práctica en distintos contextos. Buenos Aires: Editorial Santillana.

De Alba Alicia (1998). "Curriculum: crisis, Mito y perspectivas". Miño y Dávila editores, Argentina

Díaz Barriga Frida, Lule MA de Lourdes, Pacheco Pinzón Diana, Saad Dayán Elisa (1990). "Metodología de diseño curricular para la educación superior". México: Trillas.

Díaz Barriga, Ángel (1991). "Didáctica. Aportes para una polémica". Cap. 2 en La enseñanza y la evaluación en el contexto actual de la Universidad. Buenos Aires: Aique.

Edelstein, Gloria (1996). "Lo metodológico. Un capítulo pendiente en el debate didáctico". En Corrientes Didácticas Contemporáneas. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Litwin, Edith (2008). "El Oficio en Acción: construir actividades, seleccionar casos, plantear problemas". En El Oficio de Enseñar. Buenos Aires: Paidós Educador.

Lucarelli, Elisa (2004). "La innovación en la enseñanza ¿camino posibles hacia la transformación de la enseñanza en la universidad?" Ponencia presentada en la 3° Jornadas de innovación Pedagógica en el Aula Universitaria. Universidad Nacional del Sur, junio.

Marqués, Josep Vicent (1992). "No es natural" en Para una sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Anagrama. (Pág.13-18).

Méndez Puga, Ana María (2004). "¿Cuál es el sentido de las materias optativas dentro del curriculum de la escuela de psicología?" *Revista Uaricha* Número 3. México.

Menéndez, Eduardo. L (1988). "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 / 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. pág. 451- 464.

Obaya, V. Adolfo y Martínez, H Elva. (2002). "El curriculum flexible". *Revista Contactos. Número 46*. FES Cuautitlán UNAM. México.

Organización Mundial de la Salud, Joint Commission International, Joint Commission. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007. p. [36]

Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Atención Primaria de la Salud. Alma Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. p. 91

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003. p. 209. Disponible en [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud - Ministerio de Sanidad y Política Social España. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: España. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. p.24

Organización Mundial de la Salud. IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura, Ginebra, 2010. P. 10. Disponible en [http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina (2011). Traducción al español Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

Organización Mundial de la Salud. página web [http://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/es/](http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/)

Outomuro, Delia (2008). "Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina". *Acta bioeth.* [revista en la Internet]. [citado 2014 Nov 25]; 14(1): 19-29. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2008000100003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100003&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100003>.