

MARTÍN SILBERMAN
IANINA LOIS



LA SALUD COMUNITARIA EN DEBATE

Programas de Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud | UNAJ

**LA SALUD
COMUNITARIA
EN DEBATE**

La salud comunitaria en debate / Martín Silberman... [et al.] ; compilación de Martín Silberman ; Ianina Lois. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2021.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3679-56-8

1. Salud. 2. Medicina Comunitaria. I. Silberman, Martín, comp. III. Lois, Ianina, comp.
CDD 362.042



Universidad Nacional Arturo Jauretche
Rector: **Lic. Ernesto Fernando Villanueva**

Directora del Instituto de Ciencias de la Salud: Directora: Lic. Teresa Poccioni

Compiladores: Martín Silberman y Ianina Lois
Coordinación editorial: Gabriela Ruiz
Diseño interior y de tapa: Editorial UNAJ
Correctora: Victoria Piñera

1ª edición digital, Julio de 2021
© 2021, UNAJ
Av. Calchaquí 6200 (CP1888)
Florencio Varela Buenos Aires, Argentina
Tel: +54 11 4275-6100
editorial@unaj.edu.ar
www.unaj.edu.ar

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Universidad Nacional Arturo Jauretche

**LA SALUD
COMUNITARIA
EN DEBATE**

Compiladores:

Martín Silberman e Ianina Lois

Autoras y autores:

Martín Silberman	María Belén Maruelli
Ianina Lois	Marcos Llanos Nieto
Hugo Mercer	Marcela Iriberry
Anahí Sy	Vanina Giménez
Pedro Silberman	Matilde Melo
Natalia Deluca	Clara Girard
María Isabel Hartfield	María Pozzio
Nadia Percovich	Liliana Rivas
Teresa Poccioni	Maria Cecilia Scaglia
Marcela Bottinelli	

Índice

Prólogo	9
<i>Arnaldo Medina</i>	
Introducción	12
Capítulo 1	
La salud comunitaria	17
1.1. Apuntes para debatir la salud comunitaria	18
<i>Martín Silberman</i>	
Capítulo 2	
La salud comunitaria y el territorio	35
2.1. Militando territorios saludables	36
<i>Liliana Rivas y María Cecilia Scaglia</i>	
Capítulo 3	
La enseñanza de la salud comunitaria	57
3.1. La enseñanza de la salud comunitaria en carreras de medicina	58
<i>Pedro Silberman</i>	
3.2. La interprofesionalidad en la salud comunitaria	70
<i>Hugo Mercer y Diego de Zavalía</i>	
3.3. Las ciencias sociales y la enseñanza de la salud comunitaria	81
<i>Anahí Sy</i>	

Capítulo 4

Salud mental y salud comunitaria	91
4.1. Salud mental: debates y recorridos hacia una salud comunitaria	92
<i>María Isabel Hartfiel y Nadia Percovich</i>	
4.2. Haciendo historia en salud mental comunitaria, la experiencia de Lanús	101
<i>Marcela Botinelli</i>	
4.3. Desmanicomialización y externación sustentable: experiencias de trabajo en los manicomios de la Provincia de Buenos Aires	112
<i>Nadia Percovich, María Belén Maruelli, Marcos Marcos Llanos Nieto, María Isabel Hartfiel, Marcela Iriberry, Vanina Giménez, Matilde Melo y Clara Girard</i>	

Capítulo 5

Debates actuales en salud comunitaria	129
5.1. La comunicación en la trama de la salud comunitaria	130
<i>Ianina Lois</i>	
5.2. La alimentación en debate, fenómeno individual o comunitario	143
<i>Martín Silberman y Natalia Deluca</i>	
5.3. La perspectiva de género y la salud comunitaria	155
<i>María Pozzio</i>	
Sobre las y los autores	168

Prólogo



Arnaldo Medina

La Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) es hija del territorio, nace a instancias de las necesidades y los sueños de los municipios de la región sudeste del conurbano bonaerense, teje redes con las instituciones que la reciben y se vincula en un ida y vuelta solidario, donde crecen de manera sinérgica tanto las instituciones como la propia Universidad.

Por esta cualidad es que, para los responsables del Instituto de Ciencias de la Salud, la salud es comunitaria o no será; esto es un principio fundante de todas las carreras del área en nuestra universidad. Entendemos que la perspectiva colectiva permite una comprensión de los fenómenos de salud - enfermedad - atención - cuidados, que resulta mucho más abarcativa y mucho más potente que la perspectiva individual aislada.

Este libro busca dar cuenta de esta visión sanitaria elaborada de manera grupal, interdisciplinaria y fundamentalmente incorporando voces de actores territoriales, con historia en la región; como es el caso de Vicente Ierace.

Vicente, es una síntesis perfecta de lo que deseamos expresar en esta obra. Vicente es sanitarismo de a pie, sanitarismo a nivel del suelo; pero también un sanitarismo con teoría, con ideología, con política y con historia.

Este libro busca recuperar lo anteriormente mencionado, la teoría como instrumento que ayuda a explicar; no como un canon que pretende construir realidades inexistentes ni un relato que busca anular las contradicciones que se dan en el territorio.

Estamos convencidos y convencidas de que para mejorar la salud del pueblo debemos aprender a interpretar la realidad que fluye en el territorio en que las personas se desarrollan, nacen, viven, se educan, se alimentan, se enferman y se atienden, se relacionan y mueren.

Esta publicación en nuestro instituto y en nuestra universidad, y en estos tiempos de pandemia es necesario, es nuestro sello identitario y nuestro horizonte. Este texto debe ser una obra viva que a partir de su nacimiento ya debe buscar crecer e incorporar diferentes temáticas que deben ser abordadas críticamente.

Saludo el nacimiento del libro y también lo insto a crecer y desarrollarse en futuras ediciones que lo mejoren y actualicen de manera permanente.

*¿Cuántos caminos debe recorrer un hombre?
¿Antes de llamarlo hombre?
¿Cuántos mares debe navegar una paloma blanca?
¿Antes de que duerma en la arena?
Sí, y cuántas veces deben volar las balas de cañón
¿Antes de que estén prohibidos para siempre?
La respuesta, amigo mío, está soplando en el viento
La respuesta está soplando en el viento*

Bob Dylan

Introducción



Este libro nace en la UNAJ, en el Instituto de Ciencias de la Salud, en el marco de uno de sus programas de investigación: el Programa de Investigación en Salud Comunitaria.

El Programa se crea en el 2016; año en el que se realizaron las primeras jornadas de salud comunitaria, que se llevaron a cabo de manera ininterrumpida hasta la pandemia de 2020. En dichas jornadas se han debatido los que consideramos como los principales desafíos de la salud comunitaria del presente y los del futuro.

A partir de estas exposiciones se gestó la idea de que estas sean reunidas en un documento, sumando algunos debates que se dan al interior de la Universidad y que no fueron presentados en jornadas. De ahí que junto con otros compañeros y otras compañeras de la universidad, los editores y las editoras hemos consumado un documento que da cuenta de un pensamiento en relación con la actualidad del debate por la salud de los grupos, las familias, los barrios, sus instituciones y sus actores; sus historias y conflictos; sus logros y sus dificultades. A este entramado irregular, imperfecto, con la mirada instalada en el sur del Gran Buenos Aires le queremos denominar “comunidad”, palabra incómoda, muchas veces criticada por su uso ingenuo en una literatura sanitaria desprovista de contradicciones; a veces despojada de sentido cuando alude a una realidad inexistente. Uno de los primeros debates fue justamente el término “comunitaria”, término que, como cualquier otro, debe ser contextualizado y acompañado de sentidos, análisis y teorías. En este contexto, desde el Programa hemos decidido revalorizar lo comunitario

como forma de nombrar el contexto en que se dan las relaciones sociales que determinan las condiciones de salud de la población a la que aludimos.

Ahora bien, hay numerosos debates que deben darse al interior de la salud comunitaria; este libro no presenta respuestas definitivas a estos debates; sino que interroga y analiza las posibilidades y potencialidades de la salud comunitaria como teoría, como herramienta, que permite abordar de mejor manera las problemáticas de salud, enfermedad, atención y cuidados en nuestro medio.

Así, desde el capítulo 1 nos posicionamos en una línea de pensamiento que se ha desarrollado a lo largo de casi doscientos años en la que la salud comunitaria se inscribe como heredera de los debates de la medicina social europea, los movimientos por la salud, la medicina social latinoamericana, la salud colectiva y otras. También debatimos los términos “salud” y “colectiva” por separado y unidos en la teoría sanitaria.

El capítulo 2 incorpora la visión de la salud comunitaria desde el territorio mediante un texto de Vicente Ierace, quien, en nuestra universidad, fue el que abrió las puertas de la Universidad al espacio social en el que él se desarrolló durante años, el partido de Florencio Varela. El texto presenta el desafío real y concreto de trabajar con instituciones, personas y actores sociales del territorio. Además, y a causa de que el texto quedó inconcluso por ocasión de su fallecimiento; el capítulo fue completado por las compañeras Liliana Rivas y María Cecilia Scaglia. El aporte de ambas fue muy enriquecedor, ya que, con una precisión exhaustiva, nos presentan los principales elementos que permiten comprender este territorio del que Vicente nos habla.

El capítulo 3 se sumerge en una temática de gran actualidad en los debates al interior de las carreras de salud y muy especialmente en las de medicina, la cual está relacionada al perfil que los egresados y las egresadas se espera que tengan luego de la formación de grado y las modificaciones en los planes de estudio para que ello suceda. Las carreras de salud tienen un desafío por delante en relación con enfrentar modificaciones en los planes de estudio con el objetivo de resolver un déficit en áreas de vacancia dentro de las especialidades médicas. La información disponible en cuanto a la orientación actual de las

especialidades médicas muestra un cambio en las elecciones de egresados y egresadas de carreras de medicina que produjeron, en los últimos veinte años, un déficit en áreas sensibles en las especialidades denominadas “básicas” y una sobreabundancia en las denominadas “superespecialidades”. Las explicaciones a este fenómeno son múltiples; pero hay consenso en que las necesidades del mercado de la salud se imponen por sobre las necesidades sanitarias reales. Siempre queda latente la pregunta de si es suficiente con cambios en los planes de estudio, en el mecanismo de selección de ingresantes y en las modalidades de enseñanza aprendizaje. Estos temas son abordados en este capítulo con gran profundidad, Pedro Silberman expone las dificultades y las necesidades de los cambios en carreras de medicina muy conservadoras; Anahí Sy introduce la necesidad de incorporar a las ciencias sociales para una mejor comprensión de los fenómenos y Hugo Mercer con Diego de zavalía destacan la necesidad de incorporar la interprofesionalidad en las carreras de medicina como elemento superador de “grietas” en los discursos.

El capítulo 4 Marisel Hartfied y Nadia Percovich sistematizan, con un grupo de expertas y expertos en salud mental, los debates que dieron origen a la aprobación de la ley de salud mental, así como las dificultades en su aplicación. También se exponen experiencias positivas concretas que permiten pensar en un futuro de plena vigencia de la ley en relación con la necesaria defensa de los derechos de personas con problemas de salud mental

Por último, el capítulo 5 deja planteados los debates necesarios que se avecinan en cuanto al desarrollo de la salud comunitaria. Ianina Lois presenta los conflictos derivados de los problemas de comunicación, no solo a nivel individual, sino también comunitario. El texto de Martín Silberman y Natalia Deluca plantea al fenómeno que está apareciendo en los últimos años cada vez más asociado a la salud como es la alimentación y la salud comunitaria y comenta los desafíos a futuro. Otro fenómeno de reciente incorporación a las áreas específicas de la salud es el de género y salud en lo comunitario, María Pozzio expone elementos históricos, sociales y políticos que han permanecido ocultos en los debates de salud y que han generado dificultades tanto en la práctica de las profesiones sanitarias como en las políticas que las regulan.

Este libro es una realización colectiva, fruto del intercambio de ideas, no pretende más que abrir debates y reconocer tensiones que de no ser resueltas por las decisiones políticas del conjunto, se resolverán en pequeñas oficinas alejadas de las necesidades de la población. Es un documento incompleto e inacabado, las respuestas en relación con los destinos de la enseñanza, la organización y la estructura de los servicios de salud deberán provenir de las pugnas entre intereses y el poder de acumulación de fuerzas que tengamos quienes bregamos por una salud con perspectiva comunitaria. Una salud que responda a las necesidades del pueblo y que sea accesible al conjunto sin discriminación de ningún tipo como principios éticos fundamentales. Esta publicación es un esfuerzo en esa línea, ojalá que circule y sirva para remover las estructuras.



CAPÍTULO 1

LA SALUD COMUNITARIA



1.1. Apuntes para debatir la salud comunitaria



Martín Silberman

Introducción

El término “salud comunitaria” es altamente polisémico, por lo que, sin definiciones previas, puede producir en los lectores interpretaciones muy diferentes. En parte, esto se debe a que se trata de la conjunción de dos términos que tienen variados significados de forma individual, lo que no hace sino aumentar el rango de sus posibles significaciones. Por esta razón, en una primera parte de este trabajo se intenta ofrecer una revisión de algunos de los significados más difundidos de cada término individual. Luego, en parte basado en algunas definiciones difundidas por organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud [OMS-OPS]), pero también en diferentes autores que reflexionaron sobre los términos “salud” y “comunidad” se le dará una significación específica al término “salud comunitaria”. En otras palabras, el objetivo es distinguir y debatir diferentes genealogías que permiten acercarnos a los términos “salud” y “comunidad” para poder desarrollar puntos de acuerdo necesarios para avanzar en la producción y difusión de conocimientos en determinada línea de trabajo.¹

1 El presente trabajo tuvo su origen dentro del seminario mensual del programa de

Debates en torno al concepto de salud

El término “salud” ha sido definido y utilizado de manera muy diversa. Cada una de esas definiciones responde a campos de conocimientos distintos o a espacios ideológicos diferentes, que determinan a su vez organizaciones y prácticas diversas, algunas veces opuestas.

Por otro lado, cuando el término salud se aplica a una esfera supraindividual, se utilizan diversos términos, como los de salud familiar, salud comunitaria, salud colectiva o salud pública. En algunas situaciones, aunque de modo implícito, se suelen utilizar como sinónimo, ya que la supuesta diferencia no parece clara.

Presentamos tres líneas de discusión que luego se compararon con los ejes adoptados por la OMS-OPS en cuanto a la difusión de los acuerdos alcanzados entre los países.

Las tres líneas conceptuales seleccionadas² son: la primera es la medicina social europea; la segunda, la epidemiología crítica y salud colectiva latinoamericana y la salud colectiva; y, finalmente, la tercera, el higienismo y la medicina preventiva.

Medicina social europea

La *medicina social* debate el rol de las condiciones sociales en la salud, nace en Europa sobre todo en forma de denuncias que son parte de una crítica social y política incluida en algunos movimientos de reforma social. No denuncian porque observan las enfermedades, sino que estas les sirven para hacer críticas sociales; las cuales son realizadas por médicos a partir de observar enfermedades

investigación en Salud Comunitaria, en donde se comenzó a debatir el propio nombre del programa de investigación.

2 Estas tres líneas conceptuales se basan en textos de George Rosen (2005), Jaime Breilh (2003) y Sergio Arouca (2012) respectivamente.

que se hacen más prevalentes en grupos de personas que comparten una situación de pobreza, viviendas precarias y trabajos inhumanos.

Si bien se ubica el desarrollo de esta línea de pensamiento en aquellos países que ingresaron abruptamente a la denominada “Revolución Industrial”, se focaliza sobre todo en Francia, Alemania e Italia. Los trabajos de Louis Villermé en Francia (Villermé, 1840), Johan Peter Frank en Austria (Frank, 1790) y Rudolph Virchow en Alemania (Virchow, 1849) son los primeros tratados que relacionan la salud con diferentes condiciones sociales que trajo aparejado el desarrollo industrial capitalista. Entre estas condiciones se encontraban principalmente fuertes diferencias económicas, políticas y culturales.

En este sentido, la medicina social centró sus análisis (descriptivos) en estas diferentes condiciones y promovieron reformas o intervenciones en estos aspectos más que modificaciones sobre el modelo de atención de la salud. Estas reformas se basaban en los siguientes tres principios:

- La salud de una población es un problema que concierne a toda la sociedad.
- Diferentes condiciones sociales tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas asociaciones pueden (y deben) estar sujetas a la investigación científica.
- Si la sociedad decide políticamente asumir la obligación de proteger la salud de sus miembros y si reconoce que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, entonces es lógico que se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad y que las medidas que se tomen sean tanto sociales como médicas.

Epidemiología crítica y la salud colectiva latinoamericana

Las ideas de la medicina social fueron rápidamente relegadas del desarrollo del conocimiento sobre la explicación de los fenómenos de salud en la medida en que avanzó fuertemente la llamada “teoría microbiana” a mediados y fines

del siglo XIX, apoyada en el uso de la estadística aplicada. Este enfoque, con fuerte predominio del componente biológico sobre todo lo relacionado con la salud, dejó ubicado en una situación marginal y subalterna todo lo relacionado con las problemáticas sociales, económicas y políticas que se asocian a la producción de salud y enfermedad.

Este vínculo entre teoría microbiana y estadística fue muy importante y generó numerosos avances tanto a nivel teórico como en relación con medidas clínicas y sanitarias, dando un lugar de predominio a la denominada “epidemiología clásica”. Este predominio en cuanto al posicionamiento dentro del campo sanitario se conserva hasta la actualidad, aunque se ha venido desarrollando desde mediados del siglo XX una corriente latinoamericana que recupera la línea de la medicina social, esta corriente se ha nucleado dentro de lo que en el campo epidemiológico se llamó “epidemiología crítica” y en el campo sanitario, “salud colectiva”.

La *epidemiología crítica* plantea la debilidad de las teorías biologicistas alrededor de la definición del objeto salud, ya que en ningún caso definen “lo que la salud es”, lo que llevó a los teóricos de la epidemiología clásica a hacerlo de hecho, preferentemente, por su oposición, o sea, por la enfermedad. Esta perspectiva que ubica al objeto de estudio en la enfermedad es un gran obstáculo —plantea la epidemiología crítica— para comprender la complejidad de los fenómenos prevalentes y actuales de salud a los que la visión biologicista no da respuesta. Fenómenos como las enfermedades crónicas, las adicciones, los accidentes y otros que no tienen explicación desde una perspectiva clásica.

La enfermedad como punto de partida ha generado, en el planteo de la epidemiología crítica, una supremacía del predominio de un modo de conocer medicalizado, correspondiente a un tipo de práctica curativa y ligado a la lógica comercial de la salud. Así como se puede afirmar que la medicina social supone la salud como un bien público y la enfermedad como un mal público, la epidemiología crítica destaca la importancia de trabajar sobre las relaciones sociales más que sobre los cuerpos sanos o enfermos.

Por eso, para la epidemiología crítica, el conocimiento epidemiológico tiene necesariamente que estudiar las relaciones sociales de los grupos para

comprender los procesos generativos de la salud que se establecen en los mismos grupos analizados. Dentro de estas relaciones sociales, las relaciones de poder son las que discriminan los grandes contrastes entre los modos y estilos de vida de grupos situados en los polos sociales de una sociedad.

Esta corriente plantea que la salud no es primordialmente “individual, subjetiva, contingente” ni es primordialmente “colectiva, objetiva, determinada”; es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos que juegan y se determinan mutuamente.

Una familia en la que aparece un caso de infección de vías respiratorias crea respuestas y explicaciones según su libre albedrío, a su vez determinada por sus posibilidades materiales y formas culturales. Todo ese movimiento no se da en el vacío de relaciones sociales, sino inscrito en un modo de vida cuyos patrones influyen poderosamente las construcciones cotidianas. Este condicionamiento del modo de vida grupal sobre los estilos de vida personales y las maneras propias de percepción y resignificación de los fenómenos de salud es lo que Pierre Bourdieu denomina *habitus*, forma estructurante relacionada a la posición social del individuo o “lo social hecho cuerpo” (Bourdieu y Wacquant, 1992: p. 127).

El higienismo y la medicina preventiva

Lo que hoy se suele considerar como *medicina preventiva* puede deconstruirse como una formación discursiva en donde confluyen tres corrientes:

- El higienismo, que aparece en el siglo XIX, íntimamente ligado al desarrollo del capitalismo y del Estado-nación, como respuesta a la necesidad de contar con cuerpos de trabajo sanos y fortalecidos que puedan soportar largas horas de trabajo sin afectar la producción.³

3 Quizá su mayor exponente sea Johann Peter Frank (1745-1821), que fue director general de salud pública de la Lombardía austríaca y del ducado de Mantua. Con base en sus

- La discusión de los costos de la atención médica en las décadas de 1930 y 1940 en los Estados Unidos bajo la nueva división del poder internacional y en la propia dinámica de la gran depresión, que iba a configurar la aparición del Estado interventor.
- A partir de la redefinición de las responsabilidades médicas surgidas en el interior de la educación médica.

La higiene surge como práctica estatal dirigida a cuidar y alejar a las personas de las enfermedades, utilizando normas e instituciones del Estado para regular actividades y operando con poder de policía para obligar a los ciudadanos a protegerse a sí mismos y a terceros.

Posteriormente, la medicina preventiva aparece como parte o una sección de la higiene. En esta orientación se entiende a la medicina como medio para prevenir enfermedades. Por ello la higiene muchas veces se separa de la medicina como institución y le critica a esta, que, dado los límites que se autodemarca, se resiente su capacidad de resolver problemas de la propia vida.

La higiene centra en las medidas higiénicas y en una cultura higiénica la solución de problemas que (también) se hallan en las propias relaciones sociales. Por lo tanto, abstrae estas últimas causas concurrentes para afirmar una solución normativa dentro de la misma estructura de relaciones sociales que determina diferentes formas de existencias.

El proyecto original del *higienismo*, en una sociedad dividida en clases sociales derivados de su posición en las relaciones de producción y con el conocimiento monopolizado al interior de las profesiones, provocó que la higiene fuera disuelta y reemplazada por la medicina preventiva.

La *medicina preventiva* define un objeto de estudio y una práctica que abarca la concientización y difusión de aquellas actividades de prevención de

investigaciones se reconoció la importancia de no solo las diferentes condiciones sociales, sino también la importancia de actuar de modo preventivo desde el nacimiento hasta la sepultura contra los daños que amenaza el entorno físico o social. Su obra más representativa son los nueve tomos y más de 6.000 hojas de *Un sistema completo de policía médica*, escrito a través de casi 50 años (1779-1827).

enfermedades y protección e incentivo de la salud que pueden considerarse, no sin discusión, como responsabilidad directa del individuo y su familia. De este modo, sirve como pegamento para acercar las fisuras crecientes entre la práctica de la medicina liberal, centrada en el cuerpo individual y la salud pública, centrada en la salud de las poblaciones.

Estas fisuras se deben al gran desarrollo de la actividad liberal en términos económicos en los Estados Unidos, que llevó a un gran escalamiento de los costos de la atención médica. La crisis económica de 1929, y la posterior aplicación de las políticas del New Deal, inicia la discusión sobre los costos de la atención médica desde otra perspectiva. Esta nueva perspectiva implica aceptar el supuesto de que gran parte del estado de salud (o enfermedad) de los miembros de una sociedad puede considerarse como un bien (o mal) público y que, por lo tanto, algunos modos de coordinación (por ejemplo, estatales o comunitarios) pueden ser más eficientes que el mercado para su satisfacción.⁴

Por último, la racionalidad desplegada por el discurso de los originales médicos higienistas construye el campo propicio para el nacimiento de profesiones que actúen en consonancia con ese mismo discurso. Se impone así una mirada más científica y, por lo tanto, la necesidad de contar con personal capacitado en organizaciones que brinden una formación sistemática y que certifiquen esta capacitación con títulos habilitantes para el ejercicio profesional. Son estos médicos los que encabezan los movimientos tendientes a la creación de estos espacios, participando activamente en la formación de enfermeros profesionales, *nursery*, visitadoras de higiene y trabajadores sociales.

4 En el léxico económico, un “bien público” hace referencia a dos cuestiones: a) a un tipo de bien del que es relativamente difícil excluir a otros del consumo, y b) un tipo de bien cuyo consumo es no rival, esto es, el consumo de uno no implica un menor consumo para otros (Bowles, 2004). En cambio, un “bien común”, si bien comparte las condiciones de la dificultad de exclusión, difiere en que el consumo sí es rival, esto es, el consumo de uno implica un menor consumo para otros.

Se suele admitir que, salvo que se puedan redactar y cumplir contratos muy específicos acerca de las cargas y responsabilidades de los agentes (contratos completos), en este tipo de bienes el mercado suele presentar mayores fallas (fallas de mercado) en comparación a una combinación o complementación con estrategias estatales y comunitarias (Bowles, 2004, 2012).

No obstante, la fuerte tendencia liberal que se hacía presente en el movimiento higienista, la propia necesidad de garantizar ese “orden y progreso” llevó a estos hombres y mujeres a demandar la intervención del Estado. El higienismo original demanda la intervención social desde el Estado y sostiene esta como un deber ser normativo en términos de racionalidad científica llegando a extremos de usarse como policía de la salud (Rosen, 2005).

Lo supraindividual en el debate

En principio, se advierte que tanto en la génesis de la medicina social del siglo XIX como en la más actual epidemiología crítica, el planteo es que las enfermedades y la salud se dan de manera desigual entre individuos y familias que pertenecen a diferentes grupos sociales.

En este sentido, si las diferencias entre aquellos grupos están inscritas previamente, por ejemplo, en la desigual posición en las relaciones sociales de la esfera de la producción, es razonable pensar que la modificación de las distribuciones de las enfermedades y la salud se acompañe de alteraciones en aquellas relaciones. En otras palabras, la medicina social y la epidemiología crítica plantean una sociedad marcadamente desigual e inequitativa en la que se observan tensiones, conflictos, luchas por intereses y, parte de sus consecuencias, son la desigual condición de salud y enfermedad a través de diferentes grupos sociales.

En cambio, la actual *medicina preventiva*, si bien también se interesa por la desigual condición de diferentes grupos sociales, como su nombre lo indica, se concentra más en la prevención de la enfermedad y en el incentivo de la salud desde un enfoque algo más cognoscitivo o comportamental, que, por un lado, es un enfoque más estrecho, pero por otro, un poco más amplio.

Es más estrecho en cuanto a que no se interesa tanto por las causas sociales (temporalmente anteriores del tipo “lo social hecho cuerpo”, o bien concurrentes del tipo de recursos diferenciales), sino que se preocupa por las causas más inmediatas al comportamiento de los agentes. Por otro lado, es más amplio por-

que suele proponer una intervención más universal que focal, esto es, una intervención sin demasiados sesgos según grupos sociales. Esto último, al menos en términos comunicativos y en su posterior capacidad de generar consensos, los hace preferibles para discursos utilizados en la esfera pública, ya que puede esgrimirse que “son a favor de todos y en contra de nadie”. Expresado en términos económicos, se podría afirmar que proponen mejoras paretianas⁵, que, aun sin tener de modo necesario una franca preocupación por cuestiones de justicia, en parte por lo anterior son mejoras (más) viables en entornos democráticos.

La conjunción de los diferentes desarrollos teóricos arriba mencionados ha dado como productos importantes informes, trabajos científicos, avances legales e incluso determinadas políticas sociales y sanitarias en diferentes países. Pero no habría que exagerar. Los desarrollos anteriores hasta ahora no han sido el discurso más difundido dentro del campo médico.

En efecto, los avances anteriores fueron coexistentes con la gran expansión que tuvo la investigación microbiológica, que se adaptó perfectamente al crecimiento industrial y que permitió orientar la atención de las políticas sanitarias (y de recursos en general) desde el estudio y la evaluación de la salud poblacional hacia al desarrollo de antimicrobianos. Esta modificación trajo como consecuencias dos distinguibles y complementarios fenómenos de interés:

- la medicalización de la salud
- la mercantilización de la salud

La conjunción de ambos procesos, junto con algunas modificaciones de las reglas de juego institucionales como los sistemas de patentes, determinaron la suerte de la investigación en materia sanitaria. En efecto, se generaron fuertes

5 El óptimo de Pareto se basa en criterios de utilidad: si algo genera o produce provecho, comodidad, fruto o interés sin perjudicar a otro, despertará un proceso natural que permitirá alcanzar un punto óptimo. Vilfredo Pareto determinó científicamente dónde se encontraba el mayor bienestar alcanzable de una sociedad: la máxima prosperidad común se obtiene cuando ninguna persona puede aumentar su bienestar en un intercambio sin perjudicar a otra.

inversiones en materia de investigación, desarrollo y formación de recursos humanos en salud hacia esta vertiente que se puede denominar “biomédica”.⁶

Mientras tanto, la biomedicina crece y hegemoniza el amplio campo de la salud, las discusiones relacionadas a las visiones críticas dentro del campo de lo sanitario siguen generando y promoviendo interpretaciones diversas en relación con el modo de abordarse/conceptualizarse la salud en términos supraindividuales.

Debates en torno al concepto de comunidad

Como se afirmó en la introducción, parte del objetivo de este trabajo es indagar acerca de los diferentes significados de los términos que se incluyen en el término “salud comunitaria”. En la sección anterior se indagó en diferentes concepciones del término “salud”. Aquí se hará lo propio con el término de “comunidad”.

6 Un sistema de patentes puede entenderse como una modificación de las reglas de juego que hace posible que un bien, originalmente de difícil exclusión como un bien público o privado, se convierta en un bien *privatizable*. En los casos que, debido a la dificultad de exclusión a potenciales consumidores (por ejemplo, quienes pagan y quienes no), la producción de ese bien sea menor a la deseada, la implementación de algunos sistemas de patentes puede lograr un aumento de la producción a costa de alguna disminución en su posterior distribución. Algo similar puede decirse de los sistemas de protección que tienen los autores y las editoriales sobre productos culturales. Obviamente, un sistema de patente no es la única manera de aumentar la producción de un bien no excluible. En general, políticas que reduzcan los costos de innovación y aquellas que logren proveer mayores rentas de innovación (sin otorgar un monopolio transitorio al innovador) suelen ser políticas que favorecen tanto la producción como la posterior difusión del bien público. Ejemplos alternativos que lograron aumentar tanto la producción como la distribución de bienes no excluibles pueden considerarse Wikipedia, el *software* de código libre y el descubrimiento de la vacuna de la polio de Jonas Salk. En efecto, este último en una famosa entrevista de 1955, ante la pregunta sobre quien posee la patente de esa vacuna respondió: “Bueno, la gente, diría yo. No hay patente. ¿Podría usted patentar el sol?”.

En este caso, los enfoques sobre la comunidad que se indagarán serán los siguientes:

- I. La comunidad según Ferdinand Tönnies
- II. La comunidad como conjunto de prácticas
- III. La comunidad como modo de coordinación

Cabe destacar que los enfoques I y III se solapan parcialmente. La decisión de distinguirlos es para reconocer la importancia histórica sobre este tema de la obra de Tönnies y el muy diferente marco conceptual con lo que, parcialmente, se quiere afirmar lo mismo, en el enfoque 3.

1. La comunidad en la obra de Ferdinand Tönnies (1855-1936)

Desde su origen, la sociología se preocupa por los problemas sociales que emergen con la consolidación de las sociedades capitalistas e industriales. Es la llamada ‘cuestión social’ donde cada vez se difunden menos los tipos de relaciones sociales (y sus efectos) que se daban en las antiguas *comunidades*. De forma complementaria, se afirma que aumenta la presencia relativa de las relaciones sociales (y sus efectos) que promueven el Estado y el mercado. En el vocabulario de Tönnies, clásico sociólogo alemán, la mayor difusión de estas últimas puede considerarse parte de la esencia de las sociedades.

En este sentido, *comunidad* y *sociedad* son dos tipologías institucionales complejas y bien diferentes. Ambas pueden considerarse como tipos ideales, heurísticos, aunque extremos, que estilizan las siempre variables totalidades sociales concretas.

La esencia de la comunidad es el fundamento de la vida en común, es la interacción entre comunes. La sociedad, en cambio, carece de aquella esencia y se trata de una interacción, más que entre comunes, entre socios.

La sociedad construye un círculo de personas que conviven pacíficamente, pero no están esencialmente unidas, sino esencialmente separadas. La socie-

dad (*Gesellschaft*), entonces, es una forma derivada de la vida en común, una forma segunda y secundaria. Por un lado, la sociedad viene, lógica y cronológicamente, después de la comunidad; la época de las sociedades es segunda en relación con la época de las comunidades. Por otro lado, y en estrecho vínculo con lo anterior, la sociedad es secundaria. Es decir, que en el orden establecido según este sistema de significaciones la sociedad tiene un lugar accesorio y subalterno. Dicho de otra forma, Tönnies considera la sociedad, la vida societaria en su conjunto, como un sustituto necesariamente artificial de la naturaleza originaria de la vida comunitaria.

Disuelta la comunidad y las formas de vida en común que le son propias, la sociedad viene a ocupar su lugar. Sucede, en efecto, que la sociedad releva a la comunidad, pero alejándose de ella, desviándose de la base comunal, de aquellas formas originarias de la vida y el querer en común, con las cuales, no obstante, por cuestiones evolutivas mantiene una honda conexión.

II. Las comunidades de prácticas

Desde hace algunas décadas, el concepto de *conocimiento situado* ha ganado difusión en las ciencias sociales. Este se enmarca dentro un marco teórico más general, que incluye el concepto de *comunidad de prácticas*. La idea básica es que cada comunidad desarrolla un repertorio compartido de recursos, entre los que se encuentran las experiencias, historias, herramientas y maneras de abordar los problemas recurrentes. La comunidad vuelve explícita la transferencia informal de conocimiento dentro de redes y grupos sociales ofreciendo, en algunos casos, una gobernanza formal que permite adquirir más conocimiento a través de las experiencias compartidas dentro del grupo. En otras palabras, este enfoque destaca la práctica compartida como algo esencial de las comunidades.

Este repertorio compartido de recursos, obviamente, requiere de una interacción sostenida, por lo que, necesariamente, requiere de tiempo (aunque no de un mismo espacio geográfico).

III. La comunidad como modo de coordinación

Este enfoque, al igual que el de Tönnies, utiliza el concepto de comunidad como el de una tipología institucional que tiene características claramente distinguibles, con otras tipologías como pueden ser el mercado y el Estado. Los dos pueden considerarse como modos alternativos puros o tipos ideales de coordinar sistemas sociales a través de diferentes mecanismos.

Estos mecanismos se basan en distintos tipos de interacciones que producen y mantienen distintos tipos de sistemas sociales que, en parte por lo anterior, tienen sus propias características emergentes. En general, cualquier sistema social de envergadura, como una sociedad contemporánea, usualmente se caracteriza por una variada combinación de relaciones sociales para su reproducción y cambio.

En una comunidad pura se dice que se dan *muchas* interacciones con *pocas* personas, lo que permite un tipo de vínculo fuerte entre los que interactúan, basado en la repetición pasada de la interacción y en la expectativa de su continuación en el futuro. Usualmente, aunque de modo nada necesario, la cercanía geográfica propicia la interacción continua, permitiendo la emergencia de comunidades en su seno. En la actualidad, se suele reservar el término “territorio” para destacar la presencia de (al menos) una comunidad en algún espacio geográfico (Llanos Hernández, 2010).

Es cierto, como también se afirma en el enfoque de Tönnies, que la comunidad fue importante en tiempos históricos donde la presión evolutiva fue mayor y parece haber evidencia que algunas emociones sociales (reciprocidad, vergüenza, etc.) tienen alguna base en la llamada “coevolución gen-cultura” (Bowles y Gintis, 2011). Por ejemplo, en todas las culturas se observa una mayor tendencia a cooperar con individuos que se perciben parecidos a uno y una mayor desconfianza (y menor cooperación) entre los grupos diferentes a la comunidad de pertenencia (Henrich y otros, 2004).

A diferencia de lo planteado en relación a la comunidad en Tönnies, este enfoque (apuntalado por descubrimientos que vienen desde investigaciones de la teoría de juegos, la economía evolutiva hasta la economía conductual)

ha permitido un resurgir de diseños de políticas públicas que vuelvan a incluir el concepto de comunidad (en complementariedad con el mercado y el Estado) para la solución de los problemas de coordinación de las sociedades contemporáneas (Bowles, 2004).

Entre las afirmaciones que realiza este enfoque puede encontrarse:

- Las comunidades no suelen propiciar la diversidad entre sus miembros, ya que las preferencias, creencias y hábitos de estos se autorrefuerzan por la interacción continuada. Por otro lado, si se permite una diversidad más allá de cierto punto, la misma comunidad corre el riesgo de implosionar, ya que cambia la ecuación de cada individuo entre cooperar (voluntariamente) o dejar de cooperar (o cooperar en otra comunidad).
- Las interacciones reiteradas y (usualmente) cara a cara promueven la confianza entre sus miembros, aumentando las chances de cooperar en situaciones de incertidumbre, información asimétrica, dificultad de monitoreo, etc., lo cual permite la elaboración de promesas creíbles, así como mayores costos (informales) a su no cumplimiento. En otras palabras, los individuos que interactúan en una comunidad suelen cooperar cuando otros, ante la misma situación, prefieren optar por una solución más individual, perdiéndose de ese modo los (potenciales) beneficios de la acción colectiva.
- En las comunidades, sea por: a) cuestiones emocionales o éticas, de origen evolutivas o producto de la regular interacción pasada, o b) los altos costos (informales) de su incumplimiento, puede afirmarse que c) el cumplimiento de normas morales es mayor que en los mercados o los Estados. Esto permite la emergencia, difusión y persistencia de determinados tipos de relaciones sociales que no lo harían en el mercado o el Estado. En otras palabras, las preferencias que los individuos tienen internalizadas se suelen traducir en comportamientos mucho más habituales que en el mercado y en el Estado.

Breve síntesis

En las secciones I, II y III se hizo un paneo de (algunas de las) visiones más difundidas acerca del concepto de comunidad y puede afirmarse que la polisemia del concepto es tal que si se va a seguir utilizando el término, habría que especificar más claramente de qué “comunidad” se trata (De Marinis, 2015: p. 28).

Las opciones II y III son contemporáneas, pero no por eso desconocen el valor que puede tener hoy pensar en la comunidad de ayer. En cambio, I, la primera en términos cronológicos, parece bastante general como permitir aplicaciones basadas en una mirada algo más analítica. Su principal defecto, al menos como insumo para políticas públicas, en su insistencia entre las antinomias “sociedad” y “comunidad”.

En este sentido, si bien al comienzo de la evolución del *Homo sapiens*, la tipología institucional mayoritaria era la comunidad, las visiones II y, especialmente, III invitan a pensar, para las sociedades actuales, qué combinación de Estado, mercado y comunidad puede servir más explicar y solucionar los problemas de coordinación de los diferentes dominios de la realidad social, como por ejemplo, puede considerarse la salud humana.

A modo de conclusión

Desde las profesiones del campo de la salud, se han realizado diversos abordajes que buscan explicar los mecanismos causales de las enfermedades, a la vez las disciplinas provenientes de las ciencias sociales han aportado gran parte de los conceptos que permiten mayor comprensión de los fenómenos asociados a la salud y la enfermedad. De todos los aportes, hemos seleccionado tres que han tenido gran auge y que explican las visiones y tensiones actuales en la conceptualización, en la práctica profesional, en la enseñanza de las profesiones de salud y también en la investigación.

La medicina social, la epidemiología crítica e incluso la higiene plantean que determinadas condiciones sociales, económicas y sanitarias distribuidas

desigualmente mediante mecanismos legales, aunque injustos, promueven las diferencias en las probabilidades de enfermar y de morir. Plantean además que para resolver estas tensiones y conflictos deben afectarse intereses y permitir una distribución equitativa de bienes y servicios, hoy repartidos de manera desigual.

Estas propuestas, dentro del campo de la salud han sido subalternas y marginales en términos de poder y alcance en relación con el complejo médico industrial farmacéutico que domina tanto la práctica como la investigación y la formación de los profesionales.

El discurso de lo social o comunitario ha sido muchas veces atenuado quitándole potencia y redondeando sus aristas más incómodas al modificar algunos conceptos como el de comunidad, que queda reducido a un espacio romántico despojado de conflictos, como una postal de lo que nuestro mundo debiera volver a conquistar. O más aún, se observa una lectura de los grupos sociales muy ingenua aplicada a los problemas de salud, donde el sistema debe fomentar y promover la participación comunitaria en la toma de decisiones, que no se condice con el resto de las áreas de gobierno o este tipo de visión de la salud queda confinada únicamente al accionar de servicios sanitarios en áreas de alta vulnerabilidad.

La utilización de determinados conceptos sigue siendo muy ambigua a la hora de establecer con claridad posiciones en relación con la propuesta unificada de la biomedicina. Los conceptos de comunidad y sociedad son comúnmente utilizados como sinónimos, aunque en determinados espacios pretenden significar cosas diferentes.

Bibliografía

- Arouca, S. (2012). El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. *Región y Sociedad*, XXIV(55), 299-307.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.

- Bowles, S. y Gintis, H. (2011). *A cooperative species. Human reciprocity and its evolution*. Princeton: Princeton University Press.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bunge, A. (1910). *Las conquistas de la higiene social*. Buenos Aires: Departamento Nacional de Higiene.
- (2004). *Emergencia y convergencia. Novedad cualitativa y unidad del conocimiento*. Barcelona: Gedisa.
- (2012). *Filosofía para médicos*. Barcelona: Gedisa.
- De Marinis, P. (2015). 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es). *Papeles del CEIC*, 15, 1-39.
- Frank, J. P. (1976). *A system of complete medical police: Selections from Johann Peter Frank*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Henrich, J. y otros (Eds.) (2004). *Foundations of Human Sociality: Economic Experiments and Ethnographic Evidence from Fifteen Small-Scale Societies*. Oxford: Oxford University Press.
- Llanos-Hernández, Luis. (2010). El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 7(3), 207-220.
- Menéndez, E. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51, pp. 17-22.
- Rosen, G. (2005). *De la Policía Médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México D. F.: Siglo XXI Editores.
- Slovic, P. (2000). *The perception of risks*. Nueva York: Earthscan.
- Sunstein, C. (2014). Nudging: A very short guide. *Journal of Consumer Policy*, 37(4), 583-588(4).
- Villermé, Louis René (1840). Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie
- Virchow RC. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. 1848. *Am J Public Health*. 2006;96(12):2102-2105. doi:10.2105/ajph.96.12.2102



CAPÍTULO 2
**LA SALUD COMUNITARIA
Y EL TERRITORIO**



2.1. Militando territorios saludables

Vicente Ierace *in memoriam* (1947-2018)



Liliana Rivas
María Cecilia Scaglia

Introducción

Este artículo constituye una versión revisada de la exposición presentada por el Dr. Vicente Ierace¹ en las I Jornadas de Salud Comunitaria, en el panel correspondiente a “La comunidad, espacio social y territorio como categorías”, realizadas en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), en 2016. En él se abordó la noción de territorio, las características peculiares de la gestión de la salud en Florencio Varela y la participación de la Universidad como un actor de este territorio.

Vicente Ierace fue un activo militante de la salud pública en Florencio Varela y en la provincia de Buenos Aires. Se recibió de médico en 1972 y entre 1974 y 1987 trabajó como neumonólogo en el Hospital San Juan de Dios de esta provincia. Entre 1973 y 1975 participó en la organización y puesta en marcha de un programa interdisciplinario de asistencia a pacientes con tuberculosis

1 El Dr. Ierace falleció en 2018 y no pudo realizar él mismo la revisión de su presentación.

coordinando acciones entre los equipos profesionales del Hospital Municipal Dr. Nicolás Boccuzzi (Florencio Varela) y el San Juan de Dios (Ramos Mejía). A partir de esta experiencia, desarrolla acciones en la comunidad en diversos barrios del distrito, en principio actividades de prevención y educación para la salud. En toda su práctica profesional le otorgó un lugar central a la participación de la comunidad en el cuidado de la salud. Con esta misma perspectiva, desarrolló una destacada labor como secretario de salud en el distrito y como director de la Región Sanitaria IV.

Su gestión se caracterizó por la integración de los servicios del sistema local, la formación de equipos interdisciplinarios en los Centros de salud en los que incorporó nuevos perfiles profesionales, la capacitación continua como estrategia de coordinación y conducción de esos equipos y la participación comunitaria como un concepto político y no meramente instrumental. Cada uno de estos ejes tuvo su contenido y su distinto grado de realización, pero todos quedaron incorporados a la cultura local de concepción y gestión de la salud, inaugurando una etapa (Rodríguez, 2019).

Vicente Ierace supo conjugar la militancia política y el compromiso territorial con la perspectiva de la salud comunitaria, siendo un pionero en este sentido y un maestro para muchos de quienes trabajamos junto a él.

En este trabajo, nos centraremos, en una primera instancia, en analizar conceptualmente la noción de territorio y su apropiación desde diferentes perspectivas desde las ciencias sociales, para luego abordar cómo se fueron constituyendo particulares tramas territorializadas en el distrito de Florencio Varela a partir de procesos históricos con especificidad local. Desde esa perspectiva, intentaremos dar cuenta del desarrollo urbano de este distrito y del surgimiento de los actores sociales más relevantes, para luego analizar cómo estos procesos se plasmaron en una modalidad específica de gestión local a partir del relacionamiento con las organizaciones de la sociedad civil, que explica la conformación de un sistema de salud fuertemente territorializado con énfasis en la estrategia de atención primaria.

Territorios en disputa

El concepto de territorio en nuestro país, más allá de su connotación geográfica, ha sido apropiado y reinterpretado a partir de 2003 por las ciencias sociales en general y particularmente en lo que refiere a la reflexión respecto de la implementación de políticas públicas. El concepto lleva implícita la idea de apropiación, ejercicio del dominio y control de una porción de la superficie terrestre, pero también hace referencia a la pertenencia y proyectos que una sociedad desarrolla en un espacio dado y, en términos de organización política, podemos definirlo como “municipio”, “provincia” o “país”, entre otros.

Horacio Bozzano (2012, pág 3), aludiendo a los aportes del geógrafo brasileño Milton Santos, define el territorio como “un lugar de variada escala, donde diversos actores, ponen en marcha procesos complejos de interacción, constituidos por un medio proceso de organización territorial, con diversos grados de inserción en las relaciones de poder”.

En las últimas décadas, el concepto de territorio ha desbordado los límites del pensamiento geográfico para adquirir, cada vez más, una mayor relevancia al interior de otras disciplinas de las ciencias sociales, como la sociología, antropología o economía. Esta apropiación del concepto forma parte de los cambios teóricos y conceptuales que, desde enfoques disciplinarios, interdisciplinarios o transdisciplinarios, buscan explicar la complejidad de los procesos sociales que ocurren en la actualidad en el contexto de una sociedad globalizada.

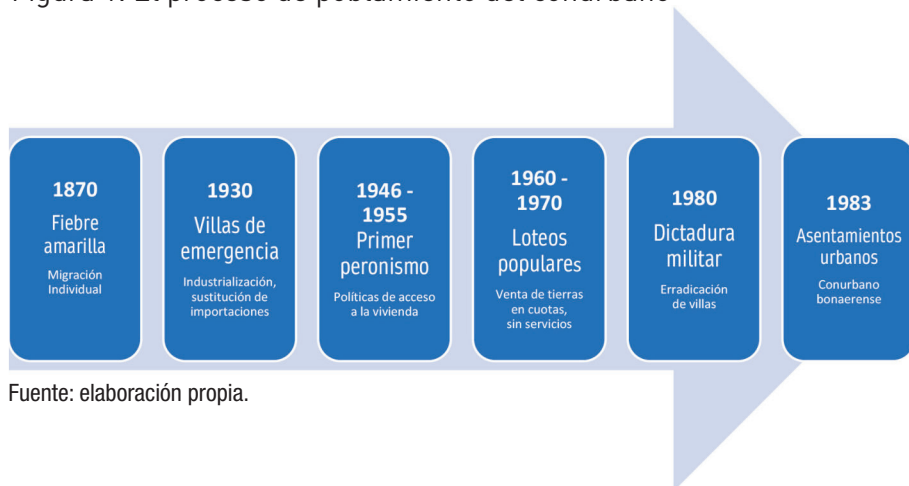
El renovado énfasis en lo territorial se relaciona con el reconocimiento de que es en el territorio donde se hace inteligible lo general, lo macro y la estructura. Lo territorial supone una serie de espacios en los que las relaciones se dan cara a cara: los microgrupos domésticos, la escuela, el barrio, los lugares de trabajo, incluso el cuerpo. Los procesos macrosociales se viven en el territorio y es esta esfera la que les otorga sentido. Así, dar cuenta de la importancia de la dimensión territorial no puede excluir el reconocimiento de la determinación de los procesos generales.

Territorios varelenses

A la hora de caracterizar el territorio en el que se inscribe la Universidad, es preciso historizar el proceso de urbanización² de Florencio Varela, que forma parte de un proceso más amplio de urbanización del segundo cordón del conurbano.

El crecimiento más documentado es el del primer cordón bonaerense –ya que le otorga su actual conformación al conurbano metropolitano– que se desarrolló en la década de 1930 con el impulso del incipiente proceso de industrialización por sustitución de importaciones, por lo cual estuvo constituido centralmente por población joven proveniente de distintas provincias. En la década de 1940, el incremento poblacional en las nuevas áreas de urbanización del Gran Buenos Aires (GBA), fue favorecido por las políticas de acceso a la vivienda del primer peronismo que fueron consolidando áreas más extensas que densamente pobladas.

Figura 1. El proceso de poblamiento del conurbano



- 2 Entendemos que los procesos de urbanización cristalizan en la trama urbana múltiples procesos sociales y económicos que dan por resultado fuertes flujos migratorios que se plasman en la ocupación del territorio.

A mediados de la década de 1970, el proceso de desindustrialización selectiva y de apertura económica iniciado en la última dictadura cívico militar marcó el fin de ese patrón de crecimiento del GBA y, a partir de la década de 1980, comienza un proceso de crecimiento de la población en el segundo cordón (figura 2).

Figura 2. Mapa de la Región Metropolitana de Buenos Aires



Fuente: elaboración propia.

Florencio Varela, en cuanto territorio, presenta particulares condiciones socioeconómicas y demográficas, que son producto de un proceso histórico determinado. Es uno de los municipios más pobres del conurbano bonaerense, con muy baja recaudación tributaria y una gran dependencia de los fondos coparticipables provenientes de la provincia y la Nación. Las desigualdades

que padecen los municipios en la distribución del gasto público por habitante cobra una dimensión más dramática cuando se las compara con los municipios más ricos. Los habitantes de Florencio Varela se ubican entre los que menos recibieron, siendo nueve veces menor a lo recibido por los habitantes porteños (Triguboff y Ruffo, 2016).

Paralelamente, a partir de la década de 1980, se implementaron políticas sociales a través de programas, algunos focalizados, los que constituyeron un insumo clave para la reproducción de la vida, al tiempo que se tornaba crecientemente difícil conseguir trabajo o ingresos monetarios. “En estos territorios fue ocurriendo una transformación de la matriz de sociabilidades históricamente construidas desde el mundo del trabajo hacia el mundo de la asistencia” (Cravino, Fournier, Neufeld y Soldano, 2002).

Florencio Varela es un distrito cuya población total asciende a 508.671 habitantes, (Indec, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010), y se trata de una población mayoritariamente joven que muestra altos índices de natalidad. Esto se debe al proceso de urbanización, ya hablamos de un distrito que recibió y sigue recibiendo sucesivas oleadas migratorias, principalmente de países limítrofes y de provincias del interior del país, porque resulta atractiva su disponibilidad de tierras cercanas al mayor centro urbano del país.

Si bien se trata de un desarrollo urbano desordenado, es posible identificar diferentes períodos. Los primeros habitantes de Florencio Varela fueron los productores agrícolas de quintas (horticultores y floricultores) que se asentaron a principios del siglo XX, entre ellos una numerosa colonia de japoneses. Luego, durante la etapa de sustitución de importaciones, arriban al distrito migrantes del interior del país y de países limítrofes; este proceso se profundiza hasta mediados de la década de 1970, cuando se acuña una concepción muy propia de los habitantes varelenses, quienes caracterizan su localidad como una “ciudad dormitorio” en referencia a los trabajadores que salen de la localidad para trabajar durante el día y regresan por la noche a sus hogares.

Durante el gobierno de la última dictadura cívico militar, arriba una segunda y gran oleada migratoria producto de los desalojos masivos de las “villas miseria”³ de la Capital Federal realizados a partir del Plan de Erradicación de Villas Miserias del intendente de la ciudad Buenos Aires, el brigadier Osvaldo Cacciatore. Estos conjuntos se asentaron en loteos precarios que se comercializaron bajo el amparo de la Ley N° 1014, que facilitó la especulación inmobiliaria. Grandes inmobiliarias lotearon tierras sin tener los documentos de dominio en condiciones y sin la infraestructura urbana indispensable (agua corriente, luz, gas y cloacas).

A partir de esta situación, fueron los nuevos vecinos quienes se hicieron cargo de dotar a sus barrios de la infraestructura urbana necesaria, se crearon sociedades de fomento y otras organizaciones barriales que comenzaron a constituirse para conseguir la extensión de la red de energía eléctrica, resolver los problemas de desagües pluviales y mejorar el estado de las calles.⁴ Estas organizaciones barriales también trabajaron para conseguir una escuela y un centro de salud para su propio barrio; en el caso de los centros de salud, muchos empezaron funcionando en la sede de estas sociedades de fomento a partir del trabajo voluntario de algún médico conocido.

A principios de la década de 1980, cuando ya se avizoraba el fin de la dictadura, surgen movimientos sociales de toma de tierras. Las tierras que se ocuparon en algunos casos eran predios fiscales, es decir, propiedad del Estado y, en otros, eran de propiedad privada, pero que llevaban varias décadas en situación de abandono. En todos los casos, se crearon “asentamientos”, es decir que fueron los propios vecinos quienes subdividieron los predios en parcelas de similares medidas e intentaron dejar los espacios libres para una futura apertura

3 Toman ese nombre de la novela de Bernardo Verbitsky (1957).

4 El hecho de vivir en calles de tierra no solamente era una dificultad para el ingreso del transporte público a los barrios, sino que además el hecho de tener el calzado embarrado era un signo que delataba la condición social a la hora de insertarse en el mercado de trabajo urbano. Muchos vecinos iban en zapatillas hasta la parada del colectivo y luego, al subir rumbo a la ciudad, se ponían otro calzado limpio.

de calles. Este modo de ocupación se diferenci6 notablemente de los procesos de creaci6n de villas, ya que, en el caso de los asentamientos, la organizaci6n colectiva prioriz6 la posibilidad de incorporaci6n a la trama urbana existente, intentando evitar ser v6ctimas de los procesos de estigmatizaci6n social que sufren quienes habitan en villas miseria.

Florencio Varela: la construcci6n de un territorio

El desarrollo urbano de Florencio Varela dio lugar al surgimiento de actores sociales propios de este territorio. Los movimientos de tomas de tierras, as6 como las sociedades de fomento fueron actores relevantes en el desarrollo social y pol6tico del distrito. Como ya se dijo, se trata de un territorio caracterizado por una multiplicidad de organizaciones de la sociedad civil con un alto grado de participaci6n en el gobierno local. As6, para entender las configuraciones del poder local, el sentido y las implicancias que asume la participaci6n en el 6mbito de las pol6ticas sociales es necesario rastrear los procesos particulares de constituci6n del poder pol6tico (Auyero, 1997).

En este sentido, es pertinente hacer una breve rese6a acerca de algunas situaciones significativas para comprender los procesos de los que hablamos, que parecen contribuir a configurar una orientaci6n pol6tica con continuidad hasta este momento, en lo referente a modalidad de gesti6n y en particular a la participaci6n de organizaciones vecinales en este municipio. Desde la recuperaci6n de la democracia en 1983, se supo consolidar la acci6n de gobierno, lo cual gener6 espacios de participaci6n para las organizaciones vecinales que hab6an crecido en n6mero y se fortalecieron durante el proceso de urbanizaci6n del distrito en la d6cada de 1970.

La estrecha relaci6n entre la estructura pol6tico-partidaria del gobierno y la red de organizaciones intermedias locales resulta significativa para considerar las formas particulares que asume en el distrito la participaci6n. Ciertamente se sucedieron numerosas experiencias de gesti6n creadas desde el ejecutivo municipal, en las que se incorporaba a organizaciones de la sociedad civil en

ámbitos de consulta, evaluación, planificación y, en algunos casos, toma de decisiones conjunta, generalmente descentralizadas a nivel barrial. Esta metodología de “gestión participativa” de las políticas sociales en el espacio territorial fue el proceso que dio origen a una imagen de gobierno que contribuyó a gestionar recursos exitosamente ante agencias gubernamentales supralocales.

En la década de 1990, los barrios de Florencio Varela fueron también escenario de los procesos de pauperización y fragilización de la vida cotidiana. En ellos se dieron una serie de tramas relacionales que hicieron posible la reproducción de sus habitantes, asumiendo estos procesos de reproducción formas heterogéneas. Por esto señalamos que las tramas territoriales de la reproducción son el marco en el que se desarrolló la intervención estatal. Sin embargo, ya antes de iniciarse la década de 1990, con el proceso hiperinflacionario que atravesó este país, surgen nuevas organizaciones sociales: una de ellas fueron los comedores comunitarios. Estos estaban conformados por grupos de vecinos que, con la crisis de 1989, habían organizado ollas populares para paliar necesidades alimentarias colectivas. Eran principalmente beneficiarios del Plan País,⁵ quienes con el subsidio colectivo organizaban grandes ollas de comida para todos aquellos que no podían enfrentar la escalada en los precios de los alimentos. Luego consiguieron locales precarios para sostener esta modalidad de alimentación colectiva, en la que se daba prioridad a los niños. Sobre estas organizaciones colectivas, se implementó en 1993 el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) para atender a los niños que presentaban déficit nutricional, para los que se construyeron comedores comunitarios.

En la década de 1990 se crea también la red de manzanas del Programa Vida, que apuntaba a disminuir las tasas de morbimortalidad infantil a través de la distribución de raciones diarias de leche, cereales y huevo. Los destinatarios eran mujeres embarazadas y niños menores de seis años. La distribución era

5 Un programa provincial que otorgaba subsidios para compras comunitarias de alimentos básicos.

realizada diariamente por trabajadoras vecinales, “manzaneras”, cada una de ellas a cargo de cuatro manzanas, con una o dos coordinadoras por barrio, que eran elegidas entre las mismas manzaneras. La elección de las manzaneras, en este distrito, era responsabilidad de las organizaciones de la sociedad civil de cada barrio. En el proceso de elección de las manzaneras, se puso de manifiesto también un conflicto por la supremacía en las relaciones entre organizaciones vecinales, que daba cuenta de una “dialéctica del control” (Guiddens, 1995) característica de la estructuración de las redes de relación territorial. Si bien las organizaciones barriales legitimaron la red de manzaneras, progresivamente estas fueron construyendo sus propias bases de legitimación a partir de la actividad asistencial que desarrollaban, y así fueron ganando grados de autonomía respecto de las organizaciones que las habían propuesto. Este proceso de mediación llevó a las manzaneras a incorporarse en la disputa por el control territorial de poder en el mismo nivel que estas organizaciones.

Entre 1996 y 1997 se implementa otro programa social que, por su magnitud y las formas en que se desarrolló, también tuvo como resultado el surgimiento de nuevas organizaciones sociales que fueron incorporándose a la trama de relaciones existentes a nivel barrial en un proceso contradictorio y conflictivo. El Programa Barrios Bonaerenses era un subsidio a las familias sin ingresos y constituye un antecedente a lo que luego fueron los planes de empleo Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, Argentina Trabaja y, posteriormente, la Asignación Universal por Hijo (AUH); se diseñó como una respuesta de emergencia a los crecientes índices de desocupación que presentaba el conurbano de la provincia. Estaba orientado a familias sin ningún ingreso comprobable. La estructura financiera del Plan se componía con el aporte que realizaba el gobierno provincial para la mano de obra en forma de subsidio, y el aporte en materiales y herramientas que pudiera realizar toda institución pública (gubernamental o no gubernamental), que presentaba proyectos de mejoramiento urbano. Las actividades por realizar debían tener como objetivos el embellecimiento urbano o el mejoramiento de la infraestructura urbana de los barrios.

Si bien existía en términos de sugerencia una orientación provincial de trabajar con el aval de entidades intermedias, la conformación de ámbitos participativos, intersectoriales y territorializados, con cierto grado de permanencia, fue una marca distintiva de la gestión local. En cuanto que este programa implicaba un proceso de selección de beneficiarios y que este proceso se daba en estos ámbitos interinstitucionales, se manifestaron también en ellos las relaciones que estaban ancladas en la experiencia histórica propia de los procesos locales. Ello se expresó claramente en la disputa de los dirigentes barriales participantes de estos espacios por ubicar mayor cantidad de beneficiarios y, de este modo, adecuar los criterios de selección establecidos en el diseño del programa a la lógica de sus propias prácticas. En estos ámbitos, además, las organizaciones se hacían cargo de la elección de un obrador y de distintos aspectos que hacen a la modalidad de ejecución de las obras.

Sin embargo, a partir de la implementación del programa de generación de empleo, emerge como nuevo actor social el denominado “movimiento piquetero”; este nuevo actor introdujo una cuña dentro del modo de relacionamiento con las organizaciones de la sociedad que planteaba el gobierno municipal. Se conformaban como interlocutores diferenciados y que utilizaban mecanismos de negociación diferentes a los previstos hasta este momento por el gobierno local. Estas organizaciones sociales fueron generando una dependencia directa de los recursos públicos, en cuya mediación participan, se multiplican y consolidan sus liderazgos en el territorio del conurbano.

Un sistema territorializado de atención de la salud

La conformación del sistema local de salud es el resultado también de múltiples procesos en los que se articulan la historia de participación de los sujetos sociales territoriales y las decisiones políticas tanto en el nivel local, como en su lógica de negociación con otros niveles jurisdiccionales (nacional o provincial). Así, en el territorio se plasma un sistema extendido de centros

de salud correspondientes al primer nivel de atención que fueron el resultado de la acción de estos sujetos en el territorio.

La participación en salud asumió diferentes formas de acuerdo con los distintos momentos históricos, así en la década de 1980 estuvo orientada por la demanda de creación de nuevos centros de salud y los principales actores fueron las sociedades de fomento. En la década de 1990 se trató de una participación más instrumental, en cuanto a que se trabajó con la red de manzanas y comadres con el objetivo de reducir la mortalidad infantil en el distrito. A partir de 2001 se incorpora a estas instancias de participación el movimiento piquetero con sus demandas de puestos de trabajo, así se incorporan a trabajar muchas mujeres que eran beneficiarias de planes de empleo (a modo de contraprestación) en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) como administrativas y mucamas.

Actualmente este sistema local de salud se estructura a partir de recursos nacionales, provinciales y municipales: cuenta con una red⁶ de 42 CAPS de dependencia municipal, un hospital general de agudos (el Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo) de dependencia provincial, que representa el segundo nivel de atención, y el Hospital El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner de dependencia mixta, nacional y provincial (SAMIC) que representa el tercer nivel de atención.

La historia del Hospital Mi Pueblo da cuenta también de las acciones de los actores sociales en el territorio. Se trata de un hospital polivalente con un nivel 6 de complejidad, y un importante desarrollo en la atención materno infantil y de la urgencia. Este hospital fue creado por iniciativa de la Asociación Civil Mi Pueblo en 1974 y funcionó desde entonces bajo la órbita del gobierno municipal. En 1992 fue ampliado con recursos del gobierno nacional y finalmente en 2005 fue provincializado. La provincialización de este hospital

6 Cuando hablamos de funcionamiento en red, nos estamos refiriendo a la existencia de mecanismos de derivación, referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención y entre los centros de salud.

era una vieja demanda del gobierno local, ya que el mantenimiento implicaba un gran esfuerzo presupuestario para el municipio, ya que insumía un 73% del presupuesto en salud, por lo que se asignaba al primer nivel de atención tan solo el 27% restante. Si bien esta situación de inequidad entre ambos niveles se fue sosteniendo históricamente, esto no hacía más que reproducir en forma ampliada la inequidad en el acceso al sistema de salud, además de la ineficiencia que implicaba en términos económicos.

En 1974, se produce un hecho que sería trascendente en la futura conformación del sistema regional de salud: los municipios de Berazategui, Florencio Varela y Quilmes adquieren, en conjunto, la compra de un predio en el Cruce de Florencio Varela, lindante con los laboratorios de YPF, con el objeto de destinarlo para la construcción de un hospital regional. En 1975, se elabora un proyecto de construcción del hospital, pero no se concreta debido a la irrupción de la dictadura militar en 1976. Luego de varios intentos frustrados de construcción, durante el gobierno de Néstor Kirchner se comienza la construcción y se inaugura a fines de 2007. A partir de 2008 comienza su funcionamiento el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner, construido con presupuesto nacional y administrado por el gobierno provincial. Se trata de un hospital del tercer nivel de atención, que funciona en red con los hospitales provinciales de cada uno de estos distritos y con el hospital del distrito de Almirante Brown. Para acceder a la atención del hospital, es indispensable ser derivado de estos hospitales porque se requiere atención más especializada. Dispone de 130 camas, de las cuales 65 están destinadas a los servicios de internación de mayor complejidad (terapia intensiva, unidad coronaria, etcétera).

Como ya se dijo, el sistema local de salud cuenta con 42 CAPS distribuidos en toda la geografía del distrito. Estos centros de salud son establecimientos que están dotados de un equipo interdisciplinario compuesto por personal médico, obstétrico, odontológico, de enfermería y salud mental, así como trabajadores sociales y personal administrativo y de mantenimiento. Al estar bajo la responsabilidad municipal el sostenimiento del primer nivel de atención la oferta de servicios, así como su integralidad y calidad, tiene

relación directa con los recursos disponibles en cada municipio, es decir, está en relación directa con la capacidad contributiva de su población, lo cual determina que aquellos municipios que tienen mayores porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), son en general los que tienen menos posibilidades de invertir en atención primaria de la salud (APS). La no existencia de mecanismos que garanticen la equidad desde los otros niveles (provincial y nacional) hace que se presente una situación de profunda inequidad en el sistema.

En 2011, se inauguró un nuevo centro de salud, el Centro de Salud Villa Vatteone, donde funciona la Secretaría de Salud Municipal, localizado en la zona residencial del distrito, cercano al Hospital Mi Pueblo. Es de complejidad intermedia; cuenta con laboratorio, radiología, mamógrafo y especialidades; funciona articulando la demanda a través del área de referencia contrarreferencia desde él y hacia: el primer, el segundo y el tercer nivel de atención. En 2015, se inauguró el Centro de Salud Universitario Padre Gino, donde funciona la coordinación del área programática I, el área de capacitación de las carreras de medicina, kinesiología y enfermería, y cuenta con un mamógrafo.

Si bien la historia de creación de los CAPS es bastante diversa, es posible identificar dos procesos que dieron origen a su creación. Por una parte, una fuerte demanda organizada desde la comunidad (14 CAPS empezaron siendo un consultorio de enfermería que funcionaban en el local de una sociedad de fomento); por otra, la implementación de programas sanitarios de los ministerios nacional o provincial que implicaban la construcción / refacción / ampliación de centros de salud.⁷ Estos programas en general también contemplaban el financiamiento de recursos humanos por parte de esos niveles. Así, se fueron formando los equipos locales de salud. Si bien el arribo

⁷ Entre estos programas cabe señalar el Plan Muñiz, el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) y más recientemente la construcción de los centros de integración comunitaria (CIC).

al sistema de salud ha sido por diversas vías, la mayoría de los CAPS cuentan con una dotación similar.

Las políticas sanitarias en el distrito han tenido un fuerte efecto “compensador”, que no es ajeno a la trama territorial de organizaciones involucradas en la gestión local de la salud. Durante la gestión de Vicente Ierace como secretario de Salud desde 1987 a 1993, se creó el Sistema Municipal de Salud (SIMus), tomando la propuesta de los Sistema Locales de Salud (SILOS) de la Organización Panamericana de la Salud, que establecía la normativa para el funcionamiento de los centros de salud y del Hospital Municipal Boccuzzi en un sistema que se proponía articulado y organizado en niveles y capacidades de resolución. Se pusieron en marcha los primeros mecanismos de referencia contrarreferencia para la derivación de pacientes desde los CAPS hacia y desde el Hospital Boccuzzi.

Para dotar de mayor entidad la propuesta del SIMuS, esta fue establecida por una ordenanza municipal. El SIMuS contemplaba la regionalización del primer nivel de atención del distrito en tres áreas programáticas con un promedio de 10 centros de atención primaria. Cada área estaba a cargo de un equipo coordinador y los centros de salud fueron definidos con la función de sede administrativa.

En 1987, durante la gestión de Floreal Ferrara como ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, un grupo de médicos jóvenes comenzó a elaborar y a implementar el plan de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) y el Sistema de Atención Progresiva de la Salud (SIAPROS). Este programa proponía la incorporación de un equipo de salud familiar y comunitario, integrado por un médico, una enfermera, un administrativo, un trabajador social, un psicólogo y, cada dos ATAMDOS, un odontólogo. Trabajaban con población a cargo, 300 familias, lo que representaba unas 1200 a 1500 personas. Esto permitió una mayor y efectiva integración de la propuesta con la gestión local y el resto de los centros de salud que no ingresaban al programa, evitando paralelismos en la conducción. En Florencio Varela, se desarrolló en dos centros de salud de los barrios Villa Hudson y Villa Argentina. Por otra parte, el Municipio tomó las propuestas programáticas y

tecnológicas del ATAMDOS y las generalizó en la medida de sus posibilidades, como sucedió con los sistemas de registros, mecanismos de referencia y propuestas de trabajo interdisciplinario y participación social.

Otro hecho trascendente fue la incorporación de los centros especializados de bachilleratos para adultos (CEBAS) con orientación de salud pública, en los cuales numerosos trabajadores y trabajadoras del sistema de salud completaron su formación secundaria. En Florencio Varela funcionó el CEBAS N° 13, su finalidad era la de capacitar y formar a trabajadores de la salud del primero y segundo nivel de atención cubriendo, de esta manera, las necesidades que surgían de la inminente inauguración y funcionamiento del nuevo Hospital Mi Pueblo e impulsando la formación de recursos humanos en enfermería, para superar la fuerte predominancia del empirismo en la atención de la salud.

Si echamos una mirada a los programas que se llevan adelante en la actualidad desde los CAPS, podemos identificar continuidades, discontinuidades y rupturas con distintas corrientes sanitarias. Unas más universalistas, con una perspectiva más integral de los procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado (PSEAC) y permeadas por los discursos que intentan recuperar las formulaciones de la APS entendida como estrategia; y otras más cercanas a las perspectivas focalizadas. Lo más llamativo es, no solamente las continuidades, sino, también, la superposición de perspectivas que se imprimen en las prácticas de los trabajadores de la salud que llevan adelante estos programas. La atención de la salud se organiza por una parte a partir de la implementación de programas de prevención y, por otra parte, en función de la demanda abierta de asistencia.

Esta superposición de programas hace que convivan diversas prácticas médicas en los centros de salud, que afectan todo el proceso de trabajo médico. Por último, esta heterogeneidad se expresa en la composición del salario, los trabajadores de salud perciben remuneraciones de diferente tipo y origen en relación con los programas en los que están incluidos.

Universidad y territorio

La UNAJ nace en 2010 y se localiza en el Cruce de Varela, en la región sudeste del conurbano bonaerense, un territorio definido por la intersección de tres distritos (Berazategui, Quilmes y Florencio Varela), que posee características propias como su pertenencia al segundo cordón del conurbano y, además, una población con rasgos particulares y necesidades específicas.

La apelación a lo territorial estuvo y está presente en el accionar diario de la Universidad y, en especial, del Instituto de Ciencias de la Salud, en cuyo caso a este anclaje territorial se suma la relación con una amplia red de servicios de salud de distinta dependencia y niveles de complejidad, resultado de un dilatado proceso histórico regional, que, a su vez, fue determinante en las etapas iniciales del surgimiento de la UNAJ.

En las universidades tradicionales, como la Universidad de Buenos Aires (UBA) o la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) (que, si bien se encuentran localizadas en un territorio definido, expanden su influencia a otras ciudades o provincias, incluso al exterior), se desdibuja el rol territorial de la universidad. Es más, casi que es posible pensar que estas universidades, que fueron creadas por los líderes de la denominada “Generación del 80”, aspiraron siempre a la producción de un conocimiento universal, más allá de las necesidades y los problemas de los territorios y de los procesos históricos que les dieron origen y cabida.

Por lo contrario, en el caso de las nuevas universidades del conurbano, el territorio como realidad no solo geográfica, sino histórico-social aparece mucho más nítido. Se puede decir que estas universidades y, por supuesto, la UNAJ, por su génesis y desarrollo particular, más que estar integradas al territorio son parte de este, son un actor más en el espacio territorial, desarrollando vínculos estrechos y dinámicos con los demás actores.

Es a través de la noción de vinculación que la UNAJ pretende superar el tradicional concepto de “extensión universitaria” al cual propone transformar en un esquema de compromiso más activo con las problemáticas sociales, económicas o políticas de su ámbito territorial. Por esto se visualiza la vinculación

como un proceso formativo integrador y sistémico, cuyo núcleo es la interacción cultural universidad - sociedad y, en el intercambio que se produce mediante la interacción, se genera la transformación de ambos y el enriquecimiento mutuo.

La vinculación como interacción entre la universidad y los diferentes actores sociales del territorio requiere necesariamente la presencia simultánea e integrada de las otras funciones sustantivas de las instituciones universitarias: la docencia y la investigación.

En el caso del Instituto de Ciencias de la Salud, los vínculos con el territorio se encuentran establecidos desde sus inicios y la mayoría de sus propuestas formativas han surgido desde esta mutua interacción, con las que existe una constante retroalimentación. La interacción entre el Instituto de Ciencias de la Salud y el territorio, su población y los servicios de salud, en especial los del subsector público, está presente desde sus inicios; del mismo modo se expresa en la oferta académica y en las competencias y los perfiles profesionales que el Instituto se propone.

En cada una de las actividades, hubo interacción con organizaciones de la comunidad, con las cuales se coordinaron y se realizaron algunas de las acciones, especialmente las de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Por otra parte, siempre se interactuó con las secretarías de Salud de los municipios de Berazategui y Florencio Varela, principalmente en lo relacionado con el contacto con las organizaciones de la comunidad y las actividades de promoción de la salud.

A modo de cierre

Es posible señalar que, cuando hablamos de “territorio”, estamos tratando de desentrañar los procesos históricos, sociales y políticos que se expresan en una geografía determinada otorgándole características particulares a esta dimensión local. Entre estos aspectos, cabe señalar el proceso de urbanización, propio de muchos distritos del segundo cordón del conurbano bonaerense y las características socioeconómicas que ubican a Florencio Varela como uno de

los municipios más pobres de la región y que, precisamente, por esa condición, sus habitantes han desplegado las más diversas estrategias de reproducción, resistiendo el proceso de concentración de capitales y de pauperización al que se vieron sometidos por el desarrollo del modelo de acumulación neoliberal.

Vale destacar también la existencia de un importante entramado de organizaciones territoriales fuertemente imbricadas en la gestión municipal, que posibilitaron y potenciaron estas estrategias de resistencia que mencionamos más arriba.

Podemos decir entonces que se trata de un territorio caracterizado por altos niveles de desigualdad; que muestra la existencia de prácticas participativas constituyentes de un modelo de gestión que promueve la construcción de variados ámbitos de participación de organizaciones vecinales, ámbitos que forman parte de la metodología de casi todos los planes y programas sociales de las distintas áreas de gobierno.

Respecto del sistema de salud, cuenta con una amplia red de centros de salud creada a partir de un fuerte entramado de las organizaciones barriales con la gestión municipal que ha permitido que las demandas de salud se materializaran en dicha red.

En cuanto a la gestión territorial de la salud, resulta de interés señalar el desarrollo de programas locales que intentan articularse con la implementación de programas nacionales y provinciales; en esta convergencia, en el plano de lo local, se pierden de vista las concepciones ideológico-políticas en las que se inspiraron estos programas. Las políticas sanitarias en el territorio implican entonces una diversidad y heterogeneidad que dificulta la adopción de una estrategia integral por parte de los equipos de salud.

Así, la acción estatal se inscribe en la historia, en el territorio y en la red de relaciones que caracterizan cada espacio social específico; la intervención de los agentes del Estado produce prácticas, y es, a su vez, resignificada por los sujetos receptores de estas políticas (Cravino, Fournier, Neufeld y Soldano,

2002). Del mismo modo, la intervención pública es moldeada por el territorio en el que se inscribe, y son los ejecutores de estas políticas quienes, a su vez, les otorgan nuevos significados según el espacio social en el que se imprimen.

Bibliografía

- Auyero, J. (1997). Introducción. En J. Auyero (Comp.), *¿Favores por votos? Estudios sobre clientelismo político contemporáneo*. Buenos Aires: Losada.
- Bozzano, H. (2012). *El territorio usado en Milton Santos y la inteligencia territorial en el GDRI INTI: Iniciativas y perspectivas*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Castel, R. (1998). Empleo, desocupación, exclusiones. Buenos Aires: Piette.
- Chiara, M. y Aronovich, A. (2013). Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cuadernos Metropolitanos*, 15(29).
- Cravino, C., Fournier, M., Neufeld, M. y Soldano, D. (2002). Sociabilidad y micropolítica en un barrio bajo planes. En *Cuestión social y política social en el Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Ediciones Al Margen.
- Guiddens, A. (1995). *La estructuración de la sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grassi, E., Hintze, S. y Neufeld, M. R. (1996). Crisis del Estado de bienestar y construcción del sentido de las políticas sociales. *Cuadernos de Antropología Social*, 9.
- Indec, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010,
- Moro, J. (2012). Heterogeneidad y fragmentación del subsector público de salud en el Gran Buenos Aires. En Chiara, M y otros, *Salud, Política y Territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Ribeiro, M. (1999). Exclusión: problematización del concepto (Trad. Marcela Woods). *Educação e Pesquisa*, 25(1).

- Rodríguez, M. (2019). Vicente Ierace. Militante de la salud pública. *Mestiza*. Recuperado de <http://revistamestiza.unaj.edu.ar/vicente-ierace-militante-de-la-salud-publica/>
- Scaglia, María C. (2012). *Curarse en salud. Saber en atención primaria de la salud: la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina* (Tesis doctoral). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1639>.
- Scaglia, M. y Woods, M. (1998). Redes clientelares y políticas sociales en un municipio del Gran Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 11.
- Triguboff, M. y Ruffo, R. (2016). *Una radiografía social de Florencio Varela*. Florencio Varela: Centro de Estudios Metropolitanos (CEM).
- VERBITSKY, B. ([1957] 1966) *Villa miseria también es América*. Buenos Aires: Eudeba



CAPÍTULO 3
**LA ENSEÑANZA DE LA
SALUD COMUNITARIA**



3.1. La enseñanza de la salud comunitaria en carreras de medicina



Pedro Silberman

Resumen

El artículo analiza las diferentes dimensiones de la formación profesional para el trabajo en salud comunitaria. Da cuenta de algunas tensiones en torno a las características de los médicos generalistas, en relación con sus necesidades de formación. Propone una distinción entre disciplinas, profesiones y saberes. Examina lo que se llama el “modelo de la medicina comunitaria” respecto de los currículos universitarios, las formas de evaluación y los espacios de práctica profesional. Desarrolla exhaustivamente la cuestión de la comunidad como escenario de enseñanza-aprendizaje. Describe las cualidades de los modelos de formación médica en función de su categorización entre programas tradicionales y programas innovadores.

Introducción

En esta exposición se intentará analizar y promover la reflexión sobre algunos conceptos y realidades con base en experiencias previas. Es la intención de estas jornadas generar intercambios y compartir nuestras experiencias como

material disparador del debate por varios motivos: el primero que no me considero un experto capaz de sintetizar la problemática en discusión, segundo porque probablemente cada una de estas experiencias puede dibujar más fielmente las diferentes dimensiones que tiene el problema y, finalmente, porque necesariamente deben existir opiniones o visiones diferentes y complementarias que permitan desde aquí volvernos cada uno con una perspectiva diferente de la que traíamos, y en eso también quiero estar incluido.

Voy a intentar organizar la discusión en función de ideas fuerza que definen o aproximan a la definición del problema y que también debe ser motivo de cuestionamiento. Al pensar en la propuesta de las I Jornadas de Salud Comunitaria, podríamos identificar un sinnúmero de categorías de análisis que se pueden poner en tensión. Abordaré, en este caso, la cuestión de la comunidad como espacio de enseñanza-aprendizaje en una carrera que apunta a un egresado con un perfil generalista.

En esta instancia, se pone en valor el hecho de que un egresado de una carrera con perfil generalista, simplifica o sintetiza lo que realmente se busca, un médico formado con una visión integral de la salud y de la enfermedad, que analice en su práctica los determinantes de la salud como variables indisociadas de su práctica profesional, que encuentre en otros saberes la complementariedad de la compleja realidad del proceso de salud - enfermedad -atención-cuidado (PSEAC) y la requiera para su abordaje. En definitiva, con lo de *médico generalista* deberíamos estar hablando de un profesional que se adecue a las necesidades de la comunidad —una práctica centrada en el derecho a la salud— más que a las necesidades del mercado o de la corporación profesional —una práctica centrada en el consumo—.

Desarrollo

En este camino considero que hay algunas ideas fuerza que valen la pena ponerse en discusión.

Términos que es importante diferenciar ("disciplinas" / "profesiones" / "saberes")

Antes que desarrollar aspectos relacionados a mi experiencia y práctica, y sin adentrarme demasiado en categorías teóricas, es importante definir algunos conceptos. Cuando decimos "disciplinas", no estamos diciendo "profesiones" y tampoco estamos refiriéndonos a "saberes". Cada uno de estos conceptos refiere a cuestiones diferentes, y sin profundizar demasiado en los cuerpos teóricos, aunque más no sea para esta disertación/discusión, propongo que llamemos *disciplinas* a una selección específica de contenidos del saber científico que han sido puestos a disposición del proceso formativo, entendiendo que son clave para la construcción de una identidad profesional (Hawes, 2009). De esta forma, si bien la bioquímica puede ser considerada una ciencia en sí misma, su propósito y contenido no son los mismos cuando se enseña a un futuro ingeniero en alimentos o a un médico. Las *profesiones*, en tanto, son aquellas certificaciones acreditadas que habilitan a un sujeto para desempeñarse en ciertos ámbitos problemáticos que les son reconocidos como propio. Finalmente, cuando hablamos de *saberes* se incluye a todos los saberes provenientes de la ciencia, así como otros tipos de conocimientos.

En cuanto podemos, tentativamente, diferenciar estos conceptos, aunque mas no sea para que nos guíen hacia algún análisis concreto, podremos decir que, epistemológicamente, las *disciplinas* refieren a objetos relativamente bien definidos y se organizan en formatos internamente consistentes, en una matriz teórica unitaria, con sus propios léxicos, lógicas, criterios y ritos; incluso disciplinas que aparecen como la intersección de otras poseen una identidad que no se agota ni se traduce completamente en las disciplinas iniciales. Por su parte, las *profesiones* se caracterizan por la interdisciplinariedad, en el sentido que sus objetos no pueden ser entendidos sino en la articulación de diversas fuentes disciplinares, las cuales son organizadas por el sujeto para dar cuenta de la identidad profesional, así como para enfrentar los problemas o las familias de problemas que son propios de la profesión.

Por ello, cuando definamos *disciplina*, de esta manera, verificaremos que su construcción teórica avanza desde y hacia la teoría, mientras que cuando definimos *profesiones* estamos planteando que el saber producido se orienta a la solución de problemas, por lo cual no puede de ninguna manera estar dissociada de la realidad empírica, desde contextos claramente definidos e identificables, en un tiempo y en un espacio determinado, en una cultura y una sociedad dada.

En este contexto de definiciones, también se puede plantear que las profesiones son necesariamente interdisciplinarias, ya que la profesión requiere de varios saberes disciplinares que luego son utilizados de acuerdo con los problemas y contextos que exige la profesión y que, naturalmente, son diferentes a saberes de la misma disciplina en diferentes profesiones o contextos de práctica.

Entonces ahora podemos avanzar hacia el valor que tiene la definición del objeto profesional, hacia cómo están definidas las incumbencias de las profesiones y también cómo a partir de ello las disciplinas aportan. Porque difícilmente podemos aportar a la construcción profesional con contenidos o saberes de una disciplina que está por fuera de aquel objeto. En esto hay responsabilidades de las mismas disciplinas. Por ejemplo, no es viable la discusión del aporte de las ciencias sociales a la medicina si no convertimos el objeto de ella en una problemática de complejidad social, además de la biológica y psicológica. Lo mismo con otras disciplinas y con otras profesiones. Si el objeto de la enfermería es el cuidado, y en la medicina dicho objeto no está incluido como parte de su práctica, es poco probable que se dé la interprofesionalidad (y viceversa). Si la psicología no discute y tensiona el objeto médico en el abordaje de las problemáticas de salud mental, cada uno podrá aportar desde su lugar, pero nunca van a complementar el abordaje. Cada uno hará su trabajo profesional con muy pocos puntos de contacto real y beneficioso para la persona, familia o comunidad. En este sentido, mucho menos podemos incorporar el saber común de las personas, expertas en su propio sufrimiento como parte de la discusión en el abordaje médico, ya que no hay espacio en la profesión médica que legitime la participación activa del sujeto.

Pongo el foco en el objeto de la medicina porque es el modelo dominante, pero seguramente podríamos analizarlo desde diferentes profesiones. Pretendo decir que no hay manera de generar espacios de trabajo común entre disciplinas y profesiones si no podemos construir un objeto común, o al menos una manera adecuada de articulación entre campos y núcleos disciplinares. Para ello el desafío es intentar ampliar y articular los campos de saberes y no alcanza con definirlo (pero si es necesario hacerlo), sino que hay que enseñarlo, hay que trabajar en residencias integradas y plantear un sistema de atención basado en equipos de salud. En esa lógica hay que enseñar la medicina, que el estudiante entienda que el saber biomédico no es suficiente para abordar la hipertensión o la diabetes, y que existen otros marcos explicativos que son fundamentales para mejorar la atención de la salud de las personas (Merhy, 2006).

Formamos profesionales para realidades diferentes

En cuanto a la medicina comunitaria, por ponerle un nombre, que representa el modelo a seguir de los estudiantes de medicina, nos preguntamos: ¿cuál sería el aporte organizacional en el currículo?, ¿cuál es la lógica de funcionamiento actual?, ¿a qué apela un estudiante para que esos espacios fueran un ámbito de aprendizaje estructurador de su práctica futura profesional?, ¿qué medicina se practica actualmente? Seguramente el escenario ofrece otras cuestiones indispensables y útiles a la formación, pero ¿qué mira un estudiante cuando mira?

Entonces, los escenarios de prácticas comunitarias deben construirse a la par de la construcción del currículo, pero ¿deben adaptarse?, ¿debe haber laboratorios de prácticas profesionales? O, definitivamente, ¿debemos salir con nuestros estudiantes y reflexionar sobre dicha realidad y los múltiples intentos de modificarla que abundaron en fracasos o, en el mejor de los casos, éxitos relativos?

Creo que, a modo de propuesta, la comunidad debe ser un escenario de aprendizaje en todo el recorrido de la carrera, y que esté fuertemente implicado en una práctica interprofesional. Debe ser necesariamente un laboratorio

donde se construya un campo con núcleos articulados y deben estar implicados todos los saberes, todas las profesiones, todas las disciplinas. Es un esfuerzo que debe entenderse como una subversión de un orden preestablecido y, como tal, debe dar cuenta del campo de tensiones que lo habita y de las disputas de poder que se dan. Esto implica un compromiso adicional de las universidades que es plantear al sistema de salud un modelo adecuado a ese perfil, que incluya una organización acorde, un financiamiento adecuado y las condiciones de trabajo correspondientes.

Decimos lo que quisiéramos que suceda

En términos exclusivos de la formación profesional, en este caso médica, existe un discurso políticamente correcto que se plasma en cuanto ámbito oficial haya, y que es el de una formación de médicos con el perfil citado anteriormente. Se menciona también, sobre todo en ámbitos generales, la formación de un médico “más humano” (Onocko, 2004), como si eso fuera un valor agregado o significase lo mismo para todos. Pero, lo que pone en relieve es la denuncia de que existen los médicos *menos humanos*. De cualquier forma, no quisiera adentrarme en dicha discusión. Ese discurso, que no dice mucho de la formación, da cuenta de un déficit aceptado de manera global que el profesional médico a formar deberá responder más a las necesidades de las personas que a los de sus propios intereses (individuales y corporativos). Ahora bien, ¿cómo se plasma ese supuesto deseo o intención en aspectos teóricos de la formación, que contenidos supone?, ¿qué disciplinas lo proveen, a qué saberes refiere? Esto sin entrar en cuestiones demasiado álgidas, ¿qué saber, qué habilidad y qué actitudes se requieren para dicho producto final? Es decir, ¿cómo se definen unas competencias, que parecen ser una evolución natural de los currículos innovadores, que den de dicha humanización médica?, o sea, ¿qué queremos decir en realidad cuando decimos humanizarla? Suponiendo que exista dicho concepto, que los contenidos puedan plantearse objetivamente y que dicha competencia pueda definirse, ¿cómo se enseña?, ¿en qué escenarios

de prácticas se pueden desarrollar? Dado que hay escenarios que ofrecen el contexto y otros que justamente no.

Aquí es donde pareciera que el escenario de la comunidad exige o, al menos propone, un lugar adecuado, pero ¿suficiente?, ¿existe en los escenarios comunitarios las suficientes unidades de intervención como para lograr conformar dicha competencia?, ¿tienen esos escenarios posibilidades de compensar aquellos donde las personas y su sufrimiento son objetivadas o escasamente atendidas (atendidas en alusión a percibidas)?

No he podido asistir a carreras donde eso sucede, pero creo que el escenario comunitario se vuelve un contexto ideal de desarrollo de estas competencias, que de ninguna manera puede fracasar. Creo que la lucha está en hacerlo prevalecer a lo largo de toda el currículo y, de alguna manera, tensar un modelo profesional apático y desobjetivado / desobjetivador.

Los medios no aseguran el fin

Desde un tiempo a esta parte, los currículos de medicina se han diferenciado, a grandes rasgos, entre innovadores y tradicionales. Los primeros responden a un modelo de enseñanza-aprendizaje desarrollado desde una perspectiva constructivista (Díaz-Barriga, A. F. y Hernández Rojas, G. 2005), en cuanto a los segundos, sobrevienen de un modelo denominado “flexneriano” (Flexner, 1910), que hace mención del informe Flexner de 1910. Naturalmente se supone que uno de los modelos es superior al otro por cuanto el innovador puede dar cuenta de enormes diferencias en cuanto a la adquisición del aprendizaje, desde modelos mentales, políticos, e ideológicos. No se puede no estar de acuerdo con un proceso de enseñanza por sobre el otro.

Ahora bien, según las mediciones que podríamos hacer, los resultados no serían tan diferentes. Por ejemplo, si quisiéramos medir las especialidades médicas que eligen los egresados, no estoy tan seguro de que los egresados de carreras innovadoras elijan masivamente especialidades más generales

que los de carreras tradicionales. Teóricamente, un currículo integrado, con aprendizaje basado en la comunidad, con disciplinas sociales en la construcción del currículo, y un contexto de aprendizaje que propone un egresado generalista deberían propiciar un egresado que apunte a especialidades básicas, cuestión que, en las adjudicaciones de residencias, por ejemplo, no se verifica.

No es la intención querer expresar que el modelo tradicional es mejor que el innovador ni mucho menos. Lo que quiero compartir es que, dado lo innovador, el foco de dicho proceso curricular está justamente focalizado en los procesos didácticos y no en los resultados de este en términos de producto final. Esto es, ¿cuánto de las actividades o los métodos instrumentados dan respuesta a las necesidades finales (competencias) que aseguren un egresado generalista? Es cierto que los procesos planificados justifican claramente el nivel de adquisición de la competencia (Smith, 1999), pero la realidad es que una cuestión es la planificación curricular, otra el currículum en acción y finalmente el currículum oculto (López, 2015). De este último se puede dar cuenta en múltiples momentos de la formación, sobre todo en el ciclo clínico, donde la exposición permanente en grupos pequeños siguiendo a su docente ofrece oportunidades de aprendizaje profesional que tal vez sean suficientes para su experticia clínica; como el modelo de enseñanza de la antigüedad, donde el maestro guiaba a su discípulo (y este le debía la gratitud eterna), compensando los eventuales déficits del modelo curricular innovador en la práctica pedagógica real. De cualquier manera, son suposiciones que la realidad me permite conjeturar, ya que nada asegura que un buen proceso necesariamente devenga en buenos resultados, y, este caso, no es la excepción.

De esta forma, la comunidad debe ofrecer no solo escenarios de aprendizajes, estrategias didácticas, sino un esquema concreto de adquisición espiralada de competencias y una forma de evaluación que dé cuenta de dicha experiencia de aprendizaje, y que explicita a los estudiantes de dicho avance y oportunidades para mejorarlo, y nuevamente debe ser transversal a toda lo largo de la carrera.

Formar en cualidades y medir en cantidades

Cuando uno supone la conformación de un perfil a partir de competencias por adquirir, necesariamente deberá explicitar las estrategias docentes que abonarán a esas competencias, en qué medida lo harán y cómo se evaluará. En este sentido, uno supone que las competencias a adquirir en espacios comunitarios deben ser calificadas al igual que las otras dimensiones de la carrera y representar a los estudiantes una instancia que debe ser superada a partir de esfuerzos relacionados a dicha adquisición. Ahora bien, ¿de qué manera evaluamos?, ¿cuáles son los instrumentos?, ¿qué medimos?, ¿cómo transformamos aspectos cualitativos en cuantitativos?, ¿cómo construimos las “notas” si el sistema informático institucional acepta notas y el promedio de la carrera que se le exige a los egresados para ingresar a las residencias es una nota de 1 a 10? Entonces todo el sistema de formación se debe traducir a una escala numérica. Con lo cual, es poco probable que dimensiones que no sean referidas al conocimiento concreto puedan ser medidas y los estudiantes no las van a identificar con la nota final de un ciclo formativo, cuestión que aporta al desmedro de su jerarquía.

Por ello, creo que se deben generar espacios donde elaboremos instrumentos que puedan servir a la formación profesional y a su respectiva evaluación, válidos y confiables, pero que se adecuen a las lógicas de las instituciones y sus sistemas, sino es probable que en definitiva culminen dentro de un entramado complejo de buenos deseos y apelando al espíritu solidario de los estudiantes.

Cuánto de cambio para que todo siga igual

El discurso de las innovaciones pedagógicas en cuanto al currículum integrado versaba en la imposibilidad/ineficiencia de la integración de disciplinas de forma espontánea al egreso de los programas fragmentados. Es probable que con los nuevos programas eso no estuviera sucediendo, ahora bien, existen varias cuestiones entre una y otra estrategia o diseño curricular.

Como primera medida, se han hecho adaptaciones a los que se denomina “currículums integrados o innovadores”. Algunas carreras tienen actividades en pequeños grupos —tipo tutorías— de manera complementaria a las clases tradicionales; otras tienen tutoría, pero en el marco de cada materia, al igual que siempre; otras tienen formatos innovadores, pero sin la suficiente capacitación docente; otras no tienen instrumentos válidos y confiables de evaluación y así un sinnúmero de variables. En este contexto mezclado es complicado establecer una norma general o un diagnóstico que abarque todas las realidades. Difícilmente podamos medir el impacto de uno u otro formato pedagógico si se impide hacer comparaciones.

Pero más importante que ello, y suponiendo que todas las carreras de medicina tienen un currículum acorde a las nuevas estrategias y que dan lugar a un perfil coherente con la formación, es que cuando se verifican los estándares propuestos para la evaluación y acreditación de las carreras de medicina y se quiere encontrar algunos que promuevan y verifiquen la práctica interdisciplinaria, no solo no se encuentran, sino que justamente la obvia, la invisibiliza, la omite. Cuando se quiere observar la carga horaria en cada ciclo, o la distribución de dicha carga horaria, se verá que es muy compleja la articulación con otras disciplinas. Más aún, cuando se observan otros estándares de carreras de la salud que deberían complementarse.

Conclusión

Como comentario final, creo que estos espacios son muy promisorios. Es aquí donde se deben proponer ideas, construir hechos y generar políticas. Tener claro que estamos ante un problema complejo, que tiene innumerables aristas, y que en cada instancia su definición, su magnitud, su vulnerabilidad (capacidad de cambiar), sus actores implicados (la industria farmacéutica, los colegios profesionales, los gremios, el Estado) y sus intereses representan una complejidad en sí misma.

Es necesario construir entre todos una forma de articularnos, proponer un modo de trabajo en salud que nos incluya, definir prácticas, saberes y nuevas tecnologías y, a la vez, reflexionar sobre las adaptaciones necesarias que debemos realizar y concretar para mejorar lo que tenemos. Debemos trabajar fuertemente en la idea, en el instrumento y en la producción de conocimiento que sustente todo lo anterior. El campo de la formación profesional es un campo en permanente tensión y la única manera de tensionar a nuestro favor es la acumulación. Debemos ser lo suficientemente abiertos y entender que la única manera de plantear un trabajo interdisciplinario es realizarlo desde la interdisciplina, y que el único escenario posible es la comunidad. La universidad es un espacio donde debemos plantear nuestras responsabilidades y realizar los cambios pertinentes, pero también debemos exigir que los demás actores guíen su propio proceso en la misma dirección.

Bibliografía

- Díaz-Barriga, A. F. y Hernández Rojas, G. (2005). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. México: Mc Graw Hill.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Nueva York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Hawes, B. (2009). *Las disciplinas, las profesiones y su enseñanza*. Seminario Inaugural del Programa de Diplomado en Docencia Universitaria. Santiago, Universidad de Chile: Dirección de Pregrado, Unidad de Perfeccionamiento Docente.
- López, W. (2015). Profesionalismo: ¿huellas de un currículo oculto? *Revista Iberoamericana de Educación*, 69(1).
- Merhy, E. (2006). *Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Onocko, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En H. Spinelli (Org.), *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Smith, S. R. (1999). A mee Guide N° 14: Outcome-based education: Part 2-Planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Med Teach*, 21.

3.2. La interprofesionalidad en la salud comunitaria

Hugo Mercer y Diego De Zavalía

Introducción

Esta ponencia se suma a los diálogos en torno a temas importantes centrales de las políticas públicas de educación y de salud de nuestro país y también a una cuestión que nos interesa cotidianamente como miembros de la comunidad de la Universidad Arturo Jauretche (UNAJ), como es definir el modelo educativo que vamos a llevar adelante.

Este artículo habla sobre la relación entre disciplinas en el campo de la salud y las grietas entre las mismas. Grietas es una palabra que últimamente se usa mucho dentro de nuestro lenguaje cotidiano, pero que no da debida cuenta del problema. ¿Qué significa “grieta”? Es una palabra que viene del griego y hace referencia al ruido que se produce al separarse una porción de tierra. Incluso la palabra “crepitar” es un concepto que deriva del ruido que se oye cuando se produce fisura en la tierra por algún movimiento sísmico que produce una grieta. La palabra, justamente, hace referencia al ruido que eso produce. En ese sentido, el concepto de grieta, grito, es elocuente, algo está pasando. Pero no creemos que entre las disciplinas que trabajan en salud sea una situación de rupturas geológicas y de gritos entre disciplinas. Al contrario,

pensamos que es un momento de tensión, que a lo largo de la historia hay tensiones, pero estamos en un momento donde el grito está suplantado por una voluntad de colaboración, una necesidad de cooperación del trabajo mutuo. No da cuenta del clima intelectual y laboral en el que se está expresando la relación entre disciplinas.

Dicho esto, vamos a hacer referencia a algunos conceptos sobre educación interdisciplinaria. Por un lado, la definición que está en uso plantea qué es lo que ocurre cuando dos o más profesiones aprenden mutuamente para facilitar una colaboración efectiva y mejorar los resultados en salud. En este momento, en el mundo, hay instituciones, escuelas de medicina y enfermería, pero también de otras profesiones en salud que trabajan con un enfoque interprofesional para acercarse a la comunidad. Esta es la definición que está en uso sobre todo en los países desarrollados y que comenzó en la década de 1960. Refiere a una forma de entender y superar problemas comunicacionales, dentro de los miembros del equipo de salud, y de los miembros del equipo con la población, sobre todo con los pacientes que sufren alguna enfermedad en particular. Aborda la cuestión de cómo comunicarse mejor con enfermos con padecimientos mentales o con otro tipo de enfermedades crónicas y, en ese sentido, cómo proponer el diálogo entre profesionales.

La idea de profesiones, el tipo de definición que esto avala, implica pensar en un profesional de la salud desde una perspectiva abarcativa, al unir a todos aquellos que tienen conocimiento y destrezas para colaborar y mejorar en los resultados de salud que se manifiestan en individuos y comunidades. La práctica colaborativa a la que apunta la educación interprofesional (EIP) ocurre cuando múltiples trabajadores con diferentes perfiles profesionales brindan servicios integrados y de calidad al trabajar con pacientes, familias, cuidadores y comunidad. Está llamada a entender modelos, desarrollar un mejor diálogo entre los integrantes del equipo de salud y de estos con los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó en 2006 a expertos en EIP que tenían prácticas en diferentes países y desarrolló un modelo que explica el tipo de intervención en EIP. La idea es que hay necesidades sociales de salud y que estas necesidades operan generalmente en un sistema de salud

fragmentado. No solamente en la Argentina es fragmentado, sino en general en todos sistemas de salud. En los sistemas de salud realizan acciones tendientes a optimizar el estado de salud de la población, mejorar el acceso y la calidad de los servicios, mientras que la situación que le impone el mercado, lo desvía de ese objetivo de cobertura universal, de acceso equitativo, y se produce una fragmentación que altera esa finalidad, esos valores positivos.

La comunidad recibe la intervención desde un servicio fragmentado. La idea es que dentro del modelo que se discutió en la OMS, la EIP implicaría una manera de desfragmentarlo, volver a la comunidad algo que aparece dividido, desorganizado y son cosas aisladas de cada profesión. La educación es preparar a los alumnos, es preparar al equipo de salud en su etapa formativa para que posteriormente puedan brindar una práctica colaborativa que les permita alcanzar mejores resultados de salud y redunde en un sistema de salud fortalecido. Ese es el modelo que acordaron los expertos que se reunieron en 2006. Posteriormente mantuvieron otras series de reuniones donde vieron cómo es posible orientar a las facultades, escuelas, instituciones formadoras de profesionales de la salud para que elijan un modelo formativo que no aisle en compartimentos estancos a quienes esperan que posteriormente trabajen en equipos de salud.

Hay varias revisiones sobre para qué nos sirve la EIP. Incluso hay una metodología, que se llama “los estudios Cochrane”¹, que revisa toda la innovación que funciona en el campo de la salud para ver si conviene adoptarla como una política pública, adoptarla como una conducta terapéutica, recomendar el funcionamiento de las instituciones de salud. También se aplica a una innovación como la EIP.

Hay varias características positivas sobre la EIP, algunas de ellas configuran ventajas, otras no tanto. Es buena para crear una cultura en unidades de

1 La Cochrane Library (ISSN 1465-1858) o Biblioteca Cochrane es una colección de bases de datos que contienen diferentes tipos de evidencia independiente, de alta calidad para informar la toma de decisiones sobre salud.

emergencia, un equipo que atiende en emergencia si no funciona como un equipo, con diálogo interprofesional, con una fuerte asignación y distribución de responsabilidades, no va a funcionar bien. Entonces habría que educar a los integrantes de los servicios de emergencia de una manera interprofesional para que posteriormente se desempeñen compartiendo una cultura.

Asimismo, se recomienda para aumentar la satisfacción de los pacientes. Estos se sienten más satisfechos si hay coherencia, si el mensaje es consistente entre lo que le dice el personal de enfermería, el personal médico, el kinesiólogo y el personal de nutrición, si hay un discurso y un trato homogéneo. La satisfacción del paciente es importante, ya que, si no la hay, tampoco habrá adherencia a las indicaciones médicas y, por ende, habrá abandono de tratamiento. Por lo cual es importante educar a los futuros profesionales en que tengan presente que la satisfacción es uno de los resultados a considerar.

La EIP es importante para la cooperación en el equipo, para reducir la tasa de errores clínicos ya que, si el equipo coopera, no son decisiones aisladas y personales, sino que el equipo es solidario, se ayuda, son varias cabezas que piensan y se reducen los errores clínicos.

Otro aporte es que mejora la gestión de atención en casos de violencia doméstica. Particularmente para ese tipo de problemas es muy importante la multiplicidad de miradas, de oídos que escuchan y que están dispuestos a percibir lo que ocurre. Es importante para mejorar las competencias respecto a la salud mental.

En el mundo, ya hay una cantidad de instituciones donde se pone en práctica la EIP, en lugares tales como Europa, Australia, Canadá, Estados Unidos, Sudeste Asiático, Japón, entre otros. En especial, en el caso de Japón están muy preocupados por problemas de resolución de enfermedades oncológicas. Allí perciben la importancia del trabajo interprofesional, la calidad en el diálogo con los pacientes y la necesidad de desarrollar una fuerte capacidad de intervención en la EIP.

Quiero demostrar que, desde 1960 hasta el presente, hay toda una experiencia en esta perspectiva. Esto lo saben muy bien los docentes de medicina. En general, la educación médica es muy receptiva a las modas, y la formación

interprofesional fue una moda que venía a suplantar a otras. Funcionó como un recurso cosmético para mejorar la calidad de educación que se da en especial a los médicos. En los últimos años, esta situación comenzó a cambiar, hubo razones en el funcionamiento de los servicios y razones científicas que fueron muy elocuentes, es decir, que no bastaban con reformas cosméticas que mejoraran la calidad del diálogo o hacer estudios de evaluación de funcionamiento de algunos servicios, sino que era necesario cambios más sólidos y comprometidos.

Algunos de esos cambios están presentes en lo que aparecen ahora como las metas para el 2030. En un mundo donde hay tipos de enfermedades que padece la población, es necesario educar al futuro personal de salud para que pueda funcionar a pleno en 2030. Muy pronto, dentro de cinco o seis años, este personal de salud va a entrar en funcionamiento, va a tener la responsabilidad de hacer cumplir las metas para el 2030. Todos los países del mundo que estuvieron debatiendo en la asamblea de la OMS han aceptado las metas del desarrollo sostenible para 2030; que son una serie de indicadores y trazadores del tipo de cambio que se encuentra en la forma de enfermarse de la población. El objetivo de estas metas en cada país es mejorar condiciones de salud de la población.

Al observar cuáles son los problemas que funcionan como indicadores y hacia donde apunta el cambio en la salud de la población. Por un lado, la atención prenatal, la mortalidad infantil tiene un punto duro, un aspecto crítico que hay que cambiar y que, si los sistemas de salud son capaces de cumplir el control prenatal, eso va a ser un indicador en el que se ponga toda la atención en el primer año de vida y también después. En esto son elocuentes los problemas sociales, bioéticos, de la calidad de atención. Es muy importante que los países pongan toda la atención en el control prenatal. El caso de los antirretrovirales para pacientes que sufren de VIH/sida; la resolución de cataratas como un problema elocuente de la prolongación de la esperanza de vida en la población; la diabetes; las inmunizaciones; la planificación familiar; la hipertensión; el acceso agua potable y el saneamiento; la atención profesional del parto; la cesación de fumar y la tuberculosis son las manifestaciones de los problemas de salud que, en conjunto, determinan un umbral.

Si los países cumplen las condiciones de los trabajadores, los sistemas de salud van a necesitar una cierta cantidad de trabajadores de salud. En 2006 (OMS, 2006),² se decía que hacen falta 2,3 trabajadores de salud cada 1000 habitantes. Para alcanzar este umbral, con estos problemas de salud, que no son solamente inmunización o atención profesional del parto como fue en 2006, haría falta más personal de salud y que el personal de salud funcione como equipo.

Quienes son estudiantes en la actualidad van a trabajar en un contexto donde se necesitan más trabajadores de salud y que estos funcionen como equipo de salud para atender este tipo de problemas. Es decir, un mundo donde los problemas están cambiando, y en el cual tienen mayor relevancia los determinantes comunitarios y sociales.

En el mismo informe (OMS, 2006), se dijo que el mundo necesitaba 4.300.000 de personas como personal de salud adicional porque había un déficit. Ese déficit en algunas regiones del mundo descendió, hay un déficit mucho menor; sigue siendo un déficit fuerte en países del Sudeste Asiático y de África. Va a bajar en el 2030 porque casi todas las regiones del mundo comenzaron a formar más trabajadores, más médicos, y más enfermeros, se crearon nuevas escuelas, y aumentaron en número de alumnos en esas escuelas una vez que se produjo ese llamado. En muchas de esas escuelas, toman la EIP, el diálogo entre disciplinas del trabajo colaborativo como mensaje. El déficit va a aumentar considerablemente en África, va a seguir siendo un problema. En el mundo cuantitativa y proporcionalmente no va a ser suficiente el número de trabajadores de la salud y van a seguir existiendo, para las próximas décadas, problemas de carencia y de migración. Los países más ricos siguen atrayendo a los profesionales de los países más pobres. Los Estados Unidos, por ejemplo,

2 Allí se presenta una evaluación realizada por expertos acerca de la crisis de personal sanitario que atraviesa el mundo, así como varias propuestas ambiciosas para abordar ese problema a lo largo de los próximos diez años. El informe revela que, según las estimaciones, existe un déficit de casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores auxiliares en todo el mundo.

importaron 10.000 médicos para sus residencias, de no tener esos médicos (egresados de otros países) no tendrían cómo cubrir el funcionamiento de sus servicios hospitalarios en muchas zonas del país. Eso pasa también en otros países altamente desarrollados.

Veamos algunos datos de la Argentina. Hay una hipótesis sobre el crecimiento de la población argentina que sostiene que para 2060 estaremos viviendo en un país de 60 millones de habitantes, donde la esperanza de vida va a estar por arriba de los 85 años en mujeres y de 80 años en hombres. Es decir, vamos a estar padeciendo los mismos problemas, sobre todo enfermedades crónicas con una población añosa. Lo que vemos que se plantea es cómo se distribuye la proyección de esperanza de vida en mujeres. Como nuestro país, Brasil y otros de la región van a estar en una situación similar, la población femenina que tendrá una esperanza de vida de 80-85 años.

En la Argentina, como parte de las políticas sanitarias del 2005, 2009 y 2013 se realizó, de manera continua, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Esto es una novedad en nuestro país, dado que en general, todo estudio de comunidad y de población siempre fueron un hecho aislado. Es un hecho importante que en los últimos diez años haya habido varias investigaciones y estudios sobre la salud colectiva de la población. El estudio de los factores de riesgo es un muy buen ejemplo de esa preocupación estatal. Ojalá se continúe en el presente y en los próximos años. Me interesa destacar de este estudio es que da cuenta de cómo van cambiando, mejorando o empeorando algunos aspectos de la condición de salud de una población.

Cuando se le pregunta a la población qué piensa sobre su salud en general, cómo es su estado de salud, dos de cada diez argentinos perciben que su salud es mala. En 2005, 19,9% de los encuestados percibían que era mala; varió un poco en 2009, donde descendió a 19,2%, y aumentó a 21,2%, en 2013. Hay una tendencia y hay que ver qué pasa ahora, si se pregunta a qué se asocia esa sensación de sentirse mal. Si se le pregunta si está ansioso o deprimido, en 2005 la respuesta fue afirmativa en 22%; en 2009 bajó; y en 2013, llegó a 16,3%. Al responder sobre cuántos argentinos realizan actividad física, la

mayoría manifestó que realizan poca, en 2009 era 54,9%; mientras que en 2013, descendió a 54,7%.

También se pregunta respecto del uso de sal y en qué momento se usa, como indicador de diferente tipo de enfermedades. El uso de tabaco viene sostenidamente en declive en los últimos años. Conductas preventivas como la realización del papanicolaou (PAP) y mamografías; en el primer caso, en mujeres entre 25 y 65 años y, en el segundo, en mujeres entre 50 y 70 años da cuenta del aumento de la adopción de conductas preventivas. Una mayor conciencia de las conductas preventivas y, seguramente, un mayor compromiso para explicar, para motivar a la población hacer uso de los servicios. El uso de cinturón de seguridad en 2005 es era de 48% y, en 2013, pasa casi al 70%.

Lo que importa de estos datos es que se vea cómo hay una dinámica, cómo hay movimiento en lo que hace, piensa y se compromete la población. Eso no es solamente producto de lo que hacen los servicios de salud, es también producto de políticas de empleo, políticas de seguridad social, políticas educativas, la existencia de una esperanza, estar motivado a estar más sano y a cuidarse porque se quiere un mañana mejor.

Los servicios de salud comprenden eso, tienen que entender eso como un clima, como una cultura, como los valores que están presentes en ese momento. Hay encuestas que se aplican con regularidad a la población y permiten conocer qué dinámicas o cambios se están produciendo. Frente a eso, tenemos datos de 2008. En número de médicos, la Argentina está en 168.000 médicos en el presente. Esto significa que tenemos una fuerza de trabajo con más de 300.000 profesionales que están trabajando, no de una forma organizada y cooperativa, sino que en general es un funcionamiento disciplinario poco claro, y que el concepto de equipo de salud no es predominante sobre todo por los servicios de salud limitados a lo esencial y a la prestación privada de los servicios de salud. Esta es una dinámica que tendría que cambiar para cumplir con esas metas de desarrollo sostenible.

El gran cambio viene en la forma de contraer la enfermedad. Hay profesionales que todavía están trabajando y pensando en la enfermedad desde una perspectiva única. Una perspectiva donde el agente productor de

la enfermedad —un microbio, una bacteria— es lo que hay que combatir con un medicamento aislado. Esa es una concepción con la cual se han formado muchos de los profesionales de la salud que todavía prestan servicios, pero que ha sido reemplazada científicamente, no solo en la Argentina, sino en el mundo. Esta otra concepción tiene presente que la enfermedad, la vida y la muerte son fenómenos complejos, biológicos, subjetivos, sociales y económicos, que se producen por la articulación de una multiplicidad de variables que el profesional que trabaja en este campo tiene que entender. No el profesional aislado, sino un profesional trabajando en equipo de salud.

Este es un ejemplo de un modelo de determinantes sociales que se usa en España, por ejemplo, donde hay determinantes contextuales, que hacen referencia a la desigualdad en una sociedad que emplea recursos materiales para cambiar, mejorar u optimizar el funcionamiento de los servicios de salud. Trata de intervenir para resolver desigualdades en materia de salud, no solo desigualdades en cuanto al estado de salud, sino a la capacidad con lo que cuenta cada recurso, cada individuo o comunidad.

Para poder trabajar en este sistema, entre esos 300.000 trabajadores de salud de la Argentina hace falta dialogar con economistas, politólogos, sociólogos, psicólogos, biólogos y otras diferentes profesiones que ayudan a un mejor funcionamiento, y que rompen una imagen del equipo de salud únicamente en hospitales, en centros de salud. Sobre todo, que abren la posibilidad a un diálogo con la comunidad, con las representaciones sociales y políticas de esa comunidad, pensando que la mejora de la salud es una cuestión por lograr en conjunto.

Hoy en día hay un cambio de escenario, sacar a una EIP originalmente vista como una intervención al lado de la cama del paciente y pensar cómo se da en el seno de una sociedad muy compleja, con cambios políticos, culturales y económicos, que los profesionales de la salud tienen que entender. En el caso de la Argentina, es necesario para los próximos años, una EIP que no solo mejore el diálogo entre el equipo de salud y con los pacientes con enfermedades crónicas, pacientes oncológicos, diabéticos o con enfermedades venéreas;

sino que se entienda cómo llevar cambios en la forma de producción de la desigualdad, de empleo y desempleo, el optimismo con el que se enfrentan los desafíos cotidianos, eso también en materia de estudios de comprensión de demanda para lo que va a ser la EIP en el futuro.

En las carreras de medicina, sobre todo las que tienen currículos innovados, si tomamos la EIP como un desafío, nos vamos a contentar con lograr que los profesionales de diferentes disciplinas incorporen contenidos educativos o vamos a tomar como desafío ir incluso más adelante que donde han llegado países que vienen trabajando tanto en este campo desde 1960.

Algunas reflexiones: las brechas y la idea de grietas no se presentan solamente en la sociedad ni únicamente en las profesiones de la salud, sino que son divisiones que se originan en la desigualdad social, preexistente, y cuando se intenta poner de manifiesto esto es cuando se reciben las reacciones dolorosas.

Si el equipo de salud se educa y trabaja en condiciones dignas, los trabajadores de salud son valorados, remunerados adecuadamente, con disponibilidad de recursos para trabajar, la relación con el trabajo tiende a ser colaborativa, va a haber una construcción de mensajes que apunten a las buenas relaciones, a participar en un contexto de mutuo respeto y nos vamos a convencer que tenemos que funcionar mejor, que tenemos que construir también condiciones estructurales que hagan del trabajo en el equipo un trabajo respetable, que se vea que la sociedad protege el trabajo en equipo y no solamente algunos profesionales aisladamente.

Por último, la EIP funciona cuando el Estado y la sociedad valoran la salud como un bien público. No basta con que alguien pague por sus servicios de salud, de su propio bolsillo y tenga capacidad de pago. Para que funcione bien tiene que haber responsabilidad del Estado para apoyar que se los forme en una EIP de diálogo, como parte del equipo de salud y que la sociedad valore también este trabajo, no solamente con una actitud de respeto, sino también como una modalidad de trabajo colaborativo y grupal.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). *Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo*. París: OMS.

3.3. Las ciencias sociales y la enseñanza de la salud comunitaria

Anahí Sy

Resumen

Este texto se orienta a reflexionar en torno a aquellos encuentros y desencuentros entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud desde la perspectiva antropológica en la que se ha formado la autora y desde la cual se acerca a los temas de salud.

Se parte de algunas dimensiones que habilitan un análisis crítico: el ámbito en el que se desarrollan cada una de estas disciplinas, su actuación con relación a la sociedad/comunidad; qué se espera y qué se le demanda a cada una de ellas y, por último, de qué modo son evaluadas.

Se observa que, mientras las ciencias sociales se desarrollan —mayormente— en el ámbito de la academia, las ciencias de la salud lo hacen especialmente en los espacios de atención médica. Mientras que las primeras se orientan a formular problemas o problematizar la realidad, las segundas se orientan a la resolución de problemas; a la vez, cada una en su ámbito, es demandada para algo diferente. Tales diferencias permiten mostrar cómo desde las ciencias sociales se ha secundarizado el trabajo aplicado a problemáticas concretas y, en el ámbito de la salud, no se prevé un tiempo dedicado a investigar sobre

aquello que afecta a la salud colectiva, cuya comprensión sería más valiosa en términos de cuidado de la salud.

A partir de estas diferencias, se delimitan algunas dificultades que ocurren cuando ambas disciplinas logran encontrarse, especialmente de índole *idiomática* y de los *tiempos* que exigen las ciencias sociales para comprender, frente a la urgencia de respuesta que necesita el sector salud para curar. Se presentan algunas experiencias y dificultades, con el fin de tender lazos que acerquen y transformen las indiferencias en diferencias que las tornen complementarias y potencien el trabajo de cada una en relación con la salud de la comunidad.

Introducción

Este texto se orienta a reflexionar en torno a aquellos encuentros y desencuentros entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud desde la perspectiva antropológica en la que he sido formada y *deformada* profesional y humanamente.

En primer lugar, aclaro que, desde mi perspectiva las ciencias de la salud necesariamente son ciencias sociales o, como plantea Samaja (2004), se encuentran entre las ciencias naturales y las sociales, en cuanto a que su objeto y métodos pertenecen a ambos campos de conocimiento. Entonces la distinción entre ciencias sociales y de la salud representa una falsa dicotomía, aunque resulte útil a los fines analíticos y es en ese sentido que sostenemos tal distinción en adelante. Sin embargo, reconozco las diferencias entre aquellos que hemos sido formados en el campo de las ciencias sociales (sociología, psicología o antropología entre otras) y quienes se han formado en las ciencias de la salud (medicina, enfermería, odontología o bioquímica, entre otras). Si estas diferencias no fueran tales no hablaríamos del modelo biomédico y su hegemonía, que entre otras cosas tiene que ver con la biologización de la salud.

Pensemos incluso en términos lo más biológicos posibles, en los órganos del cuerpo humano. El corazón, el riñón, el intestino, entre otros existen por-

que en un momento sociohistórico determinado fue posible la disección del cuerpo, la identificación de un órgano, el nombrar a ese órgano, diferenciar ese tejido y asignarle ciertas características y funciones “normales”. Es decir que se construye la “salud” de ese órgano y, por el contrario, se define su enfermedad, es decir, qué sería su “anormal” funcionamiento. Todo eso no está dado en la naturaleza de esa manera, sino que es algo que se ha construido y que ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Como sostiene Hugo Mercer “históricamente las concepciones de salud y de la enfermedad han ido cambiando sociohistóricamente”¹.

Desarrollo

Ahora quiero presentar cómo pensar la relación ciencias sociales - ciencias de la salud. Las ciencias sociales siempre hemos tenido una actitud un tanto ambivalente hacia las ciencias de la salud: por una parte, la convertimos en nuestro objeto de estudio y de crítica y, por otra, creemos que es importante incorporarnos al campo de la salud y trabajar junto con quienes se dedican a la salud en la resolución de los problemas que afectan a la salud comunitaria.

Esta ambivalencia también se da a partir de algunas cuestiones relacionadas con diferencias que han marcado nuestras prácticas. Por una parte, los lugares donde desarrollamos nuestro trabajo, en el caso de las ciencias sociales, es generalmente el ámbito de la academia, vinculado a la docencia y la investigación; mientras que, para las ciencias de la salud, el lugar por excelencia ha sido el ámbito del hospital o de la clínica. Entonces, esto es una primera diferencia: el espacio. En cuanto a las tareas que desarrollamos, las ciencias sociales, específicamente la sociología o la antropología, por ejemplo,

1 Se hace referencia a la ponencia de Hugo Mercer, titulada Disciplinas y trabajo interprofesional, cómo achicar las grietas en el trabajo comunitario y presentada durante las jornadas mencionadas.

partimos de una problematización de la realidad, entonces todo el tiempo estamos planteando o formulando problemas, cuestionando el estado de cosas “dadas”. Por su parte, las ciencias de la salud buscan resolver los problemas de salud que afectan a las personas mayormente y a la población, en menor medida. Sostengo esto en términos generales, no afirmo que profesionales de la salud no trabajen en ámbitos académicos o viceversa.

A la vez, a cada una en su ámbito, se le exige y se la evalúa de manera diferencial. Mientras que los científicos sociales generalmente desarrollan tareas de docencia e investigación, siendo evaluados a través de las publicaciones de los resultados en revistas científicas, que no son aquellas que favorecen la divulgación del conocimiento científico. En el caso de la atención en el ámbito de la salud, la valoración se hace por productividad, es decir, cuántas personas se atendieron en una hora, por ejemplo. No se prevé que un tiempo dedicado a investigar sobre un aspecto que afecta a la salud y su comprensión quizá sea más valioso y hasta evite la llegada de casos a la clínica, pero eso no es lo que se premia en estos ámbitos.

Cuando ambas se acercan, en general, la demanda de respuesta viene del campo de la salud hacia el de las ciencias sociales y, en su mayoría, lo que la experiencia me dice es que la demanda llega con una respuesta implícita. Es el “problema del embarazo adolescente” o “las adicciones”, “la demanda de la gente al segundo o tercer nivel de atención antes que al primero”, “las dificultades para que los usuarios adhieran a determinado tratamiento”, entre otras. En todos, la demanda se formula como problema compartido por usuarios, comunidad, trabajadores de la salud; especialmente porque la demanda la formula el trabajador de la salud y, desde ya, requiere que lo que para él es un problema para resolver, lo sea también para aquellos que tienen ese “problema” que él les atribuye.

Una primera pregunta que nos vamos a hacer, al menos desde la antropología es: ¿ese es un problema para quiénes?, ¿para los médicos o las médicas?, ¿los enfermeros o las enfermeras?, ¿las madres?, ¿los padres?, ¿los adolescentes?

Retomando a Luis Aguirre (2016) en su presentación, al respecto del caso del hombre migrante:² ¿para quién es un problema que salga a la calle vestido de determinada manera?, ¿para quién es un problema que tenga ciertos relatos y ciertas visiones particulares en un contexto urbano diferente al de su cultura de origen?

Esta cuestión es fundamental cuando vamos a trabajar en la comunidad en torno a temas de salud, esto de definir para quién es un problema. Y saber que, aquello que el personal de salud define como problema de salud, no siempre es un problema para la comunidad o las personas con las cuales estamos trabajando. Menéndez, el antropólogo argentino radicado en México, va a proponer la idea de trabajar desde el “punto de vista del actor” con un “enfoque relacional”. Porque la subjetividad que planteamos se construye en la relación con los otros, intersubjetivamente (Menéndez, 2002, 2006 y 2009).

Aun cuando encontremos que todos los actores sociales significativos en relación con un tema planteado lo reconocen como problema, hallaremos que para cada uno tendrá sentidos y significados diferentes. Ante esto se vuelve problemática la idea de “comunidad” o de “resolución de problemas” en el trabajo desde salud cuando la salud es concebida como el trabajo en la unidad sanitaria o el hospital. Entonces, la pertinencia de pensar en términos sociales no es solamente cuando hay una diferencia en la población por su carácter de migrante o étnico —por pertenecer a pueblos originarios—, sino que esa diferencia y diversidad de perspectivas va a estar presente también en la misma población de la comunidad a la cual nosotros pertenecemos. Dado que así como yo me he formado en antropología y miro la realidad atravesada por esta lente, los profesionales de la salud se han formado dentro de campo de la salud y van a mirar la realidad atravesada por la lente de la medicina, del mismo modo la enfermería, la psicología, el trabajo social u otras, y lo cual va a

2 Allí, expone el caso de una persona perteneciente a un pueblo de la sabana africana que emigra a la Argentina y que tiene comportamientos rituales propios de su lugar de origen y que es tratado e institucionalizado en centros de internación de salud mental.

imprimir un cierto sesgo que no necesariamente será compartido por quienes se dedican a manejar un taxi, a la docencia, la ingeniería, la carpintería, la pintura, las artes o cualquier otro oficio, profesión u ocupación.

Esas diferencias van a marcar la necesidad de abordar los problemas en la comunidad y con la comunidad. Esto plantea una cuestión o una problemática que antropológicamente es importante: qué pasa si el problema, que yo desde el campo de la salud defino como un problema importante técnicamente, no es reconocido como problema por la comunidad. Desde la antropología, trabajando con el punto de vista del actor, uno podría absolutizar³ ese punto de vista y no intervenir, porque no es reconocido como problema por las personas con las que estoy trabajando.

Sin embargo, un límite a esta absolutización de la perspectiva de la población es ético: qué pasa si no intervengo en algo que está perjudicando a la comunidad con la cual estoy trabajando y mi no intervención puede que perpetúe una problemática que afecta física o psíquicamente a la población o, aún más, afecta en términos sociales o económicos la calidad de vida de esa población. Entonces, en este punto, Eduardo Menéndez (2002), por ejemplo, va a señalar que necesitamos problematizar esa comunidad, es decir, donde no hay un problema, generarlo.

Problematizar a la comunidad sobre una determinada situación exige un tiempo de elaboración del problema y de pensar su abordaje de un modo más extenso de lo que en general se requiere para intervenir en el campo de la salud. Esto hace que el uso de las ciencias sociales en salud sea más instrumental con todo el potencial que tiene para pensar las problemáticas de salud.

Desde esta perspectiva, advertimos que para que un problema médico se transforme en un problema social y sea indagado, es decir, se lleve adelante la producción de conocimiento, va a requerir unos tiempos que quizá desde

3 Absolutizar, concepto que remite a una idea considerar que un fenómeno social es de cierto modo en toda sociedad, en todo momento y en toda cultura; vinculado a la “naturaleza humana”, a lo universal. Es en cierto modo opuesto a la idea de relativismo cultural.

el ámbito de la salud no sean los esperados. Las preguntas y los problemas que plantea el sector salud necesitaban resolverse “ayer” y las propuestas y posibilidades de abordaje de esos problemas para los científicos sociales pueden encontrarse “mañana”.

Muchas veces nos pasa a los antropólogos, sociólogos, comunicadores, a quienes trabajamos en el ámbito de la salud, que terminamos al servicio de los profesionales de la salud. Pensando metafóricamente, si fuera una danza, se trataría del tango, donde el sector salud es el hombre que dirige cuáles deberían ser los pasos de la mujer (las ciencias sociales) que tiene en sus brazos.

Esto parece un problema irresoluble, aunque no lo es tanto, creo que en lo que fallamos es en la capacidad de comunicar lo que podemos hacer, cómo visualizamos el problema y de qué modo realizar un abordaje de este. Problematizar a los trabajadores de la salud sobre sus certezas y, aquí lo más difícil, que las ciencias de la salud se permitan ser permeables a otras modalidades de pensamiento y abordaje de problemas. En este punto, entra en juego una cuestión clave: los procesos de enseñanza-aprendizaje. Si yo no fui “sensibilizado, sensibilizada” / “enseñado, enseñada” como estudiante de medicina sobre la complejidad de mi objeto, sobre la complejidad de lo social, es claro que puedo reducir los problemas a mi mirada y, junto con esto, su respuesta a aquello que en la carrera me enseñaron podía solucionar el problema.

Considero crucial el acercamiento entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales más tempranamente o más primariamente en las carreras y no tan primitivamente. En este espacio de la enseñanza-aprendizaje, los científicos sociales ocupamos un lugar clave. Si un alumno pasa por la academia y no logramos transformar su mirada sobre la carrera que eligió, estamos haciendo algo mal. Afortunadamente, lo hacemos bien y la mayor parte de las veces esa mirada se transforma. En ese sentido, creo que el lugar de las ciencias sociales en las carreras de salud es fundamental desde el inicio de la carrera. Los nuevos currículos de formación en medicina y enfermería, por ejemplo, favorecen esa introducción temprana de la aproximación social en la formación de los médicos, esa formación va a transformar esa mirada, va a hacer que tengan una lente más amplia y a la vez más afinada para mirar la realidad.

En lo personal, cuando hice la carrera de Antropología, cuando estaba finalizando quería cursar alguna materia social vinculada a la salud y elegí una materia del último año de la carrera de Medicina que se llama o llamaba “Higiene y Medicina Preventiva y Salud Social”. Recuerdo que era la primera materia social que tenían los estudiantes de medicina de La Plata y para los cursantes era la materia “pesada” que había que pasar, secundaria absolutamente en términos de su formación. Hoy la miro y me parece horrible, pero en ese momento para mí representó la posibilidad de abrirme a pensar esta intersección entre mi profesión, antropología (o ciencias sociales) y la medicina, la epidemiología (que tenía un lugar muy importante en la materia) y la salud más allá de lo individual, pensar más a nivel poblacional.

Conclusión

Para finalizar, lo importante en estos encuentros y desencuentros entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud es no solidificar o fijar, ni la mirada del médico o del enfermero o del trabajador social o del psicólogo ni la del antropólogo o el sociólogo, ni siquiera la mirada o las miradas de la comunidad entorno al problema.

El encuentro y la posibilidad de ponernos de acuerdo sobre ciertos conceptos, ciertas problemáticas y modalidades de actuar sobre la realidad son las cuestiones que van a favorecer el trabajo en la comunidad y con la comunidad. No en la comunidad imponiendo categorías de afuera, sino trabajando con la comunidad desde sus propias acciones, porque el proceso salud-enfermedad es una tensión, es uno de los procesos que genera más cuestiones subjetivas y acciones en relación con lo que hace la gente.

Entonces todo el tiempo estamos tomando decisiones que promueven nuestra salud o que promocionan una vida saludable o que previenen una enfermedad. Trabajar eso en la comunidad resulta fundamental en vez de ir e imponer desde afuera o desde el saber médico una cierta realidad o ponderación. El análisis permite ver cómo el significado cultural de esos síntomas, que

puede verse en otras culturas o poblaciones originarias; el significado cultural de esa sintomatología es leído como enfermedad biomédicamente por cómo se conforman las ciencias médicas: la medicina y la práctica médica. Sin embargo, desde otras miradas de la salud va a ser leído de otra forma, esa “sintomatología” ni siquiera va a ser pensada de esa manera o asociada a una problemática de salud. Por supuesto que entiendo que el problema o esto que aparece como problema para los profesionales de la salud y cómo sufrimiento de un sujeto tiene que ser algo resoluble, sin embargo, no debe pasarse por alto su complejidad.

En el análisis de cada caso, creemos importante incorporar un área que ha mostrado sus efectos terapéuticos en las personas, las artes: el teatro o la literatura, entre otras disciplinas artísticas ofrecen la posibilidad a los sujetos de actuar ese sufrimiento de una determinada manera en un ámbito donde no sea leído patológicamente, como puede ser el teatro, darle un lugar de (re)presentación de la persona diferente, acorde a su subjetividad. Abre a una modalidad de tratamiento más social de algo que desde la psiquiatría se podría medicalizar.

Bibliografía

- Aguirre, L. (junio de 2016). “Las ciencias sociales, su relación con las disciplinas de la salud”. *I Jornadas de Salud Comunitaria* realizadas en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (2002). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- (2006). *Reflexión teórica e intervención aplicada, o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos*. En E. Menéndez y H. Spinelli (Coords.), *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.

----- (2009). *Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.



CAPÍTULO 4
**SALUD MENTAL Y
SALUD COMUNITARIA**



4.1. **Salud mental: debates y recorridos hacia una salud comunitaria**



**María Isabel Hartfiel
Nadia Percovich**

Resulta ineludible pensar la salud mental como un componente esencial de la vida de los sujetos y, por lo tanto, imprescindible en términos de analizar la salud comunitaria. Esta dimensión ha tenido un lugar marginal en el campo de la salud, enfocado en una mirada biologicista centrada en el cuerpo y marginando las dimensiones subjetivas y sociales (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (2012) señala la salud mental dentro de los problemas de salud más graves de las poblaciones del mundo, debido a la alta prevalencia y cronicidad, la temprana edad de aparición y la baja tasa de tratamiento. Estudios epidemiológicos recientes en la Argentina (Stagnaro, 2018) indican que una de cada siete personas ha padecido algún trastorno mental en el último año, pero menos del 30% recibió tratamiento. La poca capacidad de respuesta del sistema, la respuesta tardía y la inadecuada calidad en la atención (cuando se la recibe) tienden a transformarlos en problemas aún mayores.

Si analizamos la salud mental desde una perspectiva sociohistórica observamos que no siempre ha sido tema del campo sanitario, durante siglos predominaron explicaciones mágicas o religiosas que llevaban a la exclusión social a las personas con padecimiento mental. Este modelo de la prescindencia (Palacios, 2008) se extendió durante la Antigüedad y la Edad Media, y continuó tenien-

do vigencia hasta el siglo XIX, cuando en Europa comienza a haber intentos de tratamiento médico para los llamados “alienados”. En este nuevo modelo, denominado “médico” o “rehabilitador”, las causas de la discapacidad pasan a ser científicas y la persona con padecimiento mental puede ser rehabilitada o normalizada y volverse útil para la sociedad. Sin embargo, la terapéutica continúa basándose en la exclusión: la institucionalización será la respuesta social por excelencia, los manicomios constituirán lugares de reclusión donde se oculte la diferencia y se aísle a estas personas como medida rehabilitadora y de disminución de la carga familiar y social. En estas instituciones, se considerará a los adultos como niños o incapaces, objetos de tutela, con suspensión total de derechos.

A partir de los años 1960 en Europa, profesionales, periodistas, artistas, familiares y personas con padecimiento mental comienzan a denunciar las condiciones de vida en los hospicios y a mostrar que no había recuperación posible en el contexto de encierro (Galende, 1991). Producto de ese movimiento nacen experiencias internacionales y nacionales alternativas al manicomio. Un ejemplo paradigmático de ello es la reforma iniciada por Franco Basaglia en Trieste (Italia) iniciada en 1972, que implicó el cierre definitivo de los manicomios en ese país y su sustitución por dispositivos de atención comunitaria (Pasquale, 2000).

En nuestro país, hubo intentos de reforma que fueron interrumpidos por las dictaduras cívico militares: la experiencia de Mauricio Goldemberg con la creación del primer Servicio de Psicopatología en el policlínico de Lanús en 1957, la instauración del Centro Piloto del Hospital José A. Estéves, con base en el trabajo de comunidad terapéutica, llevada a cabo por Wilbur R. Grimson en 1968, la Comunidad Terapéutica de Colonia Federal (Entre Ríos), dirigida por Raúl Caminos en 1968 (Carpintero y Vainer, 2004). Con la vuelta a la democracia se produjeron reformas totales del sistema en Río Negro, donde se cerraron los manicomios, y en San Luis, donde se transformó la forma de atención. En el resto de las provincias también tuvieron lugar distintas experiencias de programas de base comunitaria centrados en los derechos del paciente (Chiarvetti, 2008).

La Declaración de Caracas (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1990) hizo visible una situación que ya se vislumbraba en la realidad de los sistemas de salud: los hospitales psiquiátricos no eran espacios para recuperación de la salud, sino lugares de aislamiento, de profundización de los síntomas y pérdida de autonomía y de lazo social. Los sistemas de salud invertían recursos en sostener espacios que no generaban resultados que pudieran medirse en términos de salud de la población. Esta declaración establece como prioridad la atención comunitaria, participativa, preventiva y descentralizada, adoptando la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y promoviendo modelos alternativos centrados en la comunidad y las redes sociales. Es importante recordar que, en la Argentina, a partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994, adquieren jerarquía constitucional los pactos y tratados internacionales de derechos humanos, por lo tanto, esta declaración sienta bases para la defensa de derechos en salud mental, que luego serán incorporados en la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley N° 26657), sancionada en 2010.

Otro antecedente central para la transformación del campo lo dará la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008) que plantea el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, la no discriminación por motivos de discapacidad, el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Esta vida independiente, se hace posible a través de ajustes razonables, modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, implica salir de la idea de atención o asistencia, para adentrarse en la categoría de cuidado y de apoyos. “La noción de cuidado abre una vía para problematizar la constante tensión entre autonomía y protección que es transversal a la atención tradicionalmente brindada a las personas con padecimiento mental” (CELS, 2015: p.17). En esta línea el Nuevo Código Civil rompe con lo que proponía su antecesor: quien era declarado incapaz pasaba a ser considerado objeto de tutela y protección por parte del Estado y se le designaba un representante legal para que actuara en su nombre,

mientras que el nuevo código propone que la restricción de la capacidad es siempre limitada a ciertos actos, que deben ser explicitados y fundamentados. Las personas pueden requerir de apoyo para ciertas acciones y manejarse con autonomía en otras, por ejemplo, pueden necesitar ayuda para administrar bienes patrimoniales, pero no necesitar autorización judicial para contraer matrimonio o divorciarse, trabajar, etc.

La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley N° 26657) significó la consolidación del paradigma de derechos humanos en salud mental. Su decreto reglamentario establece el cierre de los hospitales monovalentes para 2020, y su sustitución por servicios de base comunitaria, respetuosos de los derechos y la autonomía de las personas con padecimiento mental. La internación, de ser necesaria, debe ser lo más breve posible y realizada en hospitales generales. Por tratarse de un recurso terapéutico restrictivo, solo se indica en casos donde exista un riesgo cierto e inminente para la persona o terceros. Esta concepción rompe con el supuesto o representación de peligrosidad asociado al padecimiento mental. Las personas con padecimiento mental no son consideradas peligrosas de por vida y, por lo tanto, reclusas por tiempo indeterminado, sino que se considera que simplemente atraviesan una crisis que se supera con un tratamiento adecuado. Esto implica centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo, analizar que incluye cómo esta situación es vivida por la persona, su relato y las consecuencias en su entorno. Los lazos comunitarios y familiares de la persona (que en el modelo anterior eran escindidos por las internaciones prolongadas), en los modelos centrados en la comunidad son la clave para no generar cronicidad y evitar las consecuencias iatrogénicas que producía el manicomio.

La atención de las personas en este nuevo paradigma se propone en el ámbito comunitario. Lo comunitario adquiere múltiples significados en el campo: desde las concepciones más amplias que consideran comunitario a todos los servicios que se encuentran por fuera del hospicio hasta prácticas en el primer y segundo nivel de atención y acciones territoriales de promoción, prevención y rehabilitación, organizadas por distintos actores.

Si el modelo asilar-manicomial proponía la separación del sujeto del ámbito propio y natural que era su comunidad, aquel espacio en el que los individuos nacen y desarrollan su vida con otros; el modelo comunitario intenta desandar ese proceso. Para ello, trabaja, por una parte, en el fomento de prácticas de salud mental que eviten internaciones prolongadas y en la promoción de la recuperación de la persona en su propio ámbito y, por la otra parte, generando dispositivos que estimulen la inclusión en la comunidad de las personas que han pasado por prolongadas internaciones psiquiátricas. Un doble trabajo de deconstrucción y construcción de nuevas prácticas de atención y cuidado de los equipos de salud, pero también un desafío que implica a las comunidades como actor destacado y, por lo tanto, lo comunitario no solo como actividad extramuros, sino implicando el involucramiento de familias, amigos y redes sociales e institucionales, que funcionen como soporte a una verdadera inclusión social, sin eludir las responsabilidades que le competen al Estado.

La desmanicomialización es un proceso de enorme complejidad que requiere un gran esfuerzo de transformación de prácticas, una gran creatividad e incorporación de nuevos actores. Para que sea exitosa, lo comunitario no puede ser un concepto vacío, no puede ser solo una denominación que signifique trabajo por fuera del manicomio. La comunidad debe ser un actor central pensado en cada dispositivo nuevo que se genere, con las particularidades de cada contexto social y territorio. Deben ser pensados en la comunidad, para la comunidad y con la comunidad y las personas con padecimiento mental como parte de ella.

Esta transformación tan profunda implica un desafío para los equipos de salud mental que tienen que repensar sus roles, estrategias y contextos laborales. Gran parte de la deuda en relación al cambio de paradigma tiene que ver con la creación de dispositivos alternativos a los grandes hospitales monovalentes. Trabajar con la complejidad del padecimiento mental y desde un enfoque de derechos implica un corrimiento del mero espacio de la clínica, es necesario pensar el trabajo desde lo interdisciplinario y lo intersectorial.

El abordaje de la complejidad requiere de equipos interdisciplinarios, cuyas tareas trasciendan lo estrictamente clínico individual para dar lugar a la

inclusión de las condiciones en que se desarrollan las vidas de los sujetos tratados. Justamente por tomar en cuenta esas condiciones en cada consideración, evaluación e intervención, resultan abordajes estrictamente singulares entendiendo las diferentes necesidades de soporte y acompañamiento en cada momento (Cáceres, 2017: p. 52).

Analizar las necesidades de apoyo en cada caso implica tener también una mirada atenta que evite la sobreasistencia o sobreprotección. Tanto la falta de apoyos como el acceso pueden ser invalidantes en el proceso de recuperación de cada sujeto. Incorporar la conceptualización de ciudadanía y derechos como componente de la práctica curativa y preventiva significa trabajar desde una mirada de la clínica ampliada (Sousa Campos de, 2001), con el énfasis puesto en la persona y no en la enfermedad y en que la intervención abarque todas las dimensiones del sujeto para promover su salud.

El nuevo paradigma plantea el abordaje de la salud mental como parte de la salud en general, no solo en lo referente a las internaciones que, como ya hemos mencionado, se proponen en el hospital general, sino además integrando acciones en el primer nivel de atención y como estrategia de APS. La dimensión subjetiva del padecimiento es inherente a las personas y debe contemplarse en todo abordaje integral y comunitario. Esta transformación no interpela solo al campo de la salud mental, sino al campo de la salud en general que debe, paulatinamente, incorporar a sus prácticas este aspecto central de la salud que por largo tiempo se derivaba a los “especialistas”.

El debate científico pareciera marcar claramente el fin de un paradigma, el del encierro y la tutela, pero una reforma profunda y de amplio alcance requiere de una fuerte decisión política para crear dispositivos variados en todo el territorio que permitan superar la idea de “experiencias”, para dar lugar a políticas de salud que den una respuesta global al padecimiento mental.

Con el debate en escena, no podemos dejar de ver este contexto como una oportunidad para formar profesionales dispuestos a trabajar integrando la salud mental en el campo de la salud general, dispuestos a recuperar y reinventar abordajes desde una idea de clínica ampliada (Sousa Campos de, 2001) centrada en el sujeto y dando respuestas interdisciplinarias e intersectoriales a los

problemas complejos. Este es el desafío que, desde el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), proponemos incorporando la salud mental en un campo más amplio, el de la salud comunitaria.

Elegimos introducir con este apartado las ponencias que siguen y que fueron presentadas en jornadas realizadas en la UNAJ desde el Programa de Salud Comunitaria y que nos permiten ahondar en distintos ejes.

En una primera instancia presentamos la exposición de Marcela Botinelli y, en la línea de lo que enunciábamos como la necesidad y el desafío de formar profesionales de acuerdo con este nuevo paradigma de la salud mental comunitaria, nos relata las condiciones históricas para la creación de la Maestría en Salud Mental Comunitaria en la Universidad de Lanús y el funcionamiento de la propuesta de posgrado de esa universidad. En su texto se rescatan algunas de las experiencias ya mencionadas como pioneras en este modo de trabajar la salud mental.

En segunda instancia, se sintetizan las exposiciones de equipos de los tres grandes monovalentes de la provincia de Buenos Aires, que relatan sus logros y dificultades de cara a la implementación de la Ley y transformación en las formas de atención. El relato de experiencias concretas resulta central a la hora de analizar la complejidad en aspectos económicos, sociales, legales y de gestión que nos permiten entender las dimensiones particulares en cada territorio. El desafío será que estas experiencias sean las que guíen las políticas públicas a través de una propuesta de reorganización de la red de servicios de salud que ponga en el centro a las personas y sus derechos, y ya no a los grandes hospitales psiquiátricos. Sabemos del desafío que tenemos por delante en el que la formación de nuevos profesionales tendrá seguramente un lugar fundamental.

Bibliografía

- Argentina. Código Civil y Comercial de la Nación.
- Argentina. Ley N° 26378.
- Argentina. Ley N° 26657.
- Cáceres, C. M., Granja, G., Osella, N. P. y Percovich, N. M. (2017). *Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental*. Lanús: Asociación por los Derechos en Salud Mental.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires: CELS.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(2), 173-182.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Paidós
- ONU, (2008) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1990). *Declaración de Caracas: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)*. Caracas: OPS/OMS.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad*. Madrid: Grupo Editorial CINCA.
- Pasquale, E. (2000). *Psiquiatría y salud mental*. Trieste: Asterios Editore.
- Sousa Campos de, G. W. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Stagnaro JC, Cía A, Vázquez N, Vommaro H, Nemirovsky M, Serfaty E, et al. Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex* 2018 [Citado 2019 Jun. 6]; 29 (142). Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/vertex142e.php> .
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII, 57-67.

4.2. Haciendo historia en salud mental comunitaria, la experiencia de Lanús

María Marcela Botinelli

En la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), en el marco de la responsabilidad que tenemos las universidades como formadoras de profesionales que trabajan sobre los problemas o necesidades sociales, se fundan cuatro departamentos, entre los cuales uno de ellos es el de Salud Comunitaria.

La UNLa desde sus orígenes se reconoce como una universidad urbana comprometida, que se propone colaborar en el abordaje de las problemáticas nacionales y regionales. El estatuto de la UNLa indica en su art. 2:

“La Universidad de Lanús tiene como misión primaria contribuir a través de la producción y distribución de conocimiento y de innovaciones científico-tecnológicas al desarrollo económico, social y cultural de la región a fin de mejorar su calidad de vida y fortalecer los valores democráticos en el conjunto de la sociedad, articulando el conocimiento universal con los saberes producidos por nuestra comunidad. La universidad debe priorizar la articulación y cooperación de los distintos productores del saber, transformar la información en conocimiento y en su tarea hermenéutica y axiológica, atender las demandas sociales”.

Desde su fundación hace 20 años, el Departamento de Salud Comunitaria a cargo en sus inicios de Daniel Rodríguez, convoca y encomienda al Emiliano Galende y a Valentín Barenblit la creación del Área y los posgrados en Salud Mental Comunitaria.

Emiliano Galende queda a cargo de su coordinación y convoca a varias personas que trabajaron en experiencias comunitarias anteriores y referentes como Elena de la Aldea, Mirta Clara, Rubén Efrom, varios de ellos exiliados o perseguidos durante la dictadura militar que además aportaron las riquezas de sus recorridos. Construyen tres propuestas formativas: especialización, maestría y doctorado y articulan con la Red internacional Maristán, que plantea el trabajo en salud mental desde una perspectiva comunitaria.

El primer punto de coincidencia fue recuperar lo que llamamos las “experiencias fundantes” en el campo de la salud mental comunitaria.

Entre las más potentes, que además coincidían territorial e ideológicamente en muchos aspectos con la propuesta de la Universidad Nacional de Lanús, está la del Hospital Interzonal General de Agudos Evita. Allí a mediados del siglo pasado se crea el “1º” Servicio de salud mental en un Hospital General, el Servicio de Psicopatología del Hospital Policlínico de Lanús, a cargo de Mauricio Goldenberg, también conocido como “el Lanús”, con una propuesta paradigmática y pionera que al principio el mismo Goldenberg refería en algunas entrevistas como: “tres locos que fundaron un servicio y que estaban al lado de la morgue”.

Entre los aspectos de dicha propuesta relevantes para pensar los posgrados podemos resaltar: en primer lugar, una amplitud de criterio de quienes armaron la propuesta, los cuales decidieron que los profesionales que trabajaran allí no fueran solo médicos psiquiatras, sino que necesitaban trabajar con profesionales de otras disciplinas. La segunda cuestión es que no les importaba tanto de qué formación venían, sino que tuvieran como obligación y compromiso el trabajar juntos en la formación. Entonces leían juntos sobre diferentes cuestiones y convocaban a autores de ese momento, personas que nosotros ahora consideramos los grandes fundadores de estas miradas (por ejemplo, Eduardo Tato Pavlovsky, Enrique Pichón Rivière); ellos eran las personas con las que se reunían a discutir temas, pero también leían teatro, hacían música y discutían sobre cuestiones sociales cotidianas.

Este grupo que comenzó con “tres locos” (como decía Goldemberg) llegó a tener más de seiscientas personas trabajando, y dada la demanda creciente

y contar solo con dos oficinas muy pequeñas debieron ampliar a espacios no tradicionales por ejemplo en lo que ellos denominaban “auto terapia”. Al no tener más lugares dentro del Hospital, entonces usaban los autos —los que tenían autos—. Trabajaban, atendían, compartían con las personas padecientes que iban a consultar en sus vehículos y, por supuesto, también salían del Hospital. Había todo un grupo de profesionales que organizaban su trabajo a partir de lo preventivo promocional saliendo a la comunidad, salían a hablar con la gente, por las casas, y esa era su tarea cotidiana: “ir a hablar con la gente, por las casas”.

En una investigación que realizamos desde el Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg “Propuestas formativas fundantes en salud mental. Lanús: antecedentes en la formación interdisciplinaria y comunitaria en salud mental integral.” (Bottinelli, M. y cols., 2017) y tuve el honor de dirigir, trabajamos con fuentes secundarias y entrevistas con el objetivo de caracterizar los supuestos epistemológicos que subyacen y expresan continuidades y rupturas en las propuestas formativas fundantes del Servicio de Psicopatología del Hospital Aráoz Alfaro y los posgrados en Salud Mental Comunitaria de la UNLa.

A partir de eso, aparecen una serie de cuestiones que llamamos “ideologías de servicio”, porque cuando definimos alguna cuestión profesional como campo de la salud mental comunitaria, debemos reconocer que es un concepto; pero todos los conceptos tienen una carga ideológica, simbólica, epistémica, ontológica, valorativa, que hacen a por qué se elige usar y cómo se define ese concepto. En ese sentido, caracterizamos esa ideología de servicio con algunas de las cuestiones que repiten y valoran en las entrevistas, relatos y fuentes de esa experiencia los mismos participantes dicen de esa experiencia, lo que ellos muestran que es lo que hizo impacto cuando llegaron a ese lugar a hacer su práctica, su residencia o su pasantía:

- respeto hacia todas las orientaciones teóricas
- intercambio y colaboración
- compromiso profesional y humano
- sensibilidad a los problemas nacionales
- actitud plástica y crítica
- búsqueda y modificación de esquemas referenciales

Nosotros pensamos que parte de estos esquemas, de estos saberes y prácticas, se plasmaron en la conformación de los espacios de atención en Lanús a partir de todo lo que habían aprendido en sus prácticas, incluso en el diseño de políticas públicas. Luego de estar en el servicio, Goldemberg construye un plan de salud para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un plan de salud mental, cuyos ejes son retomados en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26657).

Hay un fuerte eje, que tenían también en el Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús, que era la formación de los profesionales que por ahí pasaban. Cuando empieza la formación del área de Salud Mental en la UNLa participan personas como Valentín Baremblit, Elena de La Aldea, entre otros que habían sido partícipes de la experiencia con Goldenberg. Cuando revisamos por qué se considera a estas experiencias “fundantes”, y cómo definir la salud mental comunitaria, encontramos que la forma de trabajo era paradigmática, implica y transforma a quienes trabajaron allí, a través de la participación cotidiana en cada una de las actividades, espacios y tareas que el trabajo en esa experiencia y por ende modificaba la forma de entender y pensar en salud mental.

La experiencia era tan valorada por los actores, que pedían, de cualquier lugar del país, hacer residencias gratuitas allí, sin pago. Querían participar y no solo en los espacios de atención sino en todos los espacios de formación de la experiencia.

En algún sentido se constituyó en algo que ellos nombraban como “laboratorio de programas y políticas a futuro”, no solo para armar un plan de salud mental a Mauricio Goldemberg, sino en algo que nosotros desde nuestra investigación denominamos “formación rizomática”. Todo quien participó por allí se llevó no solo la experiencia sino una forma de pensar el trabajo, una forma de entender la realidad de forma distinta, que hizo que, en cualquier lugar donde fuera a trabajar, ya no pudiera mirar las cosas de la misma manera, ni hacer las cosas de la misma forma.

Se inscribe, por primera vez en un espacio asistencial de formación pública, que involucra a todos no solo a los más jóvenes y que se convierte en multiplicador, con una tendencia a la horizontalidad en las relaciones tanto entre profesionales

como con pacientes, que valora la palabra, el lugar del otro, el acompañamiento de propuestas, la supervisión grupal, las prácticas de cuidado de los equipos y de recreación. Incluye prácticas por fuera del hospital; no se hacía salud mental adentro del hospital, se hacía afuera y con otros: en el pasillo, mientras se caminaba en el barrio, se trabajaba en y con otros servicios. Esto también se reproduce en cómo armar los núcleos temáticos en nuestra área de Salud Mental Comunitaria.

La interdisciplina era una experiencia concreta, el nombre vino después, pero es muy importante este aspecto, y en los relatos es muy claro. En uno de los últimos relatos trabajamos con Carlos Sluzky, quien era uno de los primeros residentes que estuvo en el servicio de salud mental, y nos cuenta que no se había enterado de cuáles eran las disciplinas de cada uno de los que estaban allí. Cuando llegó trabajaba con “Fulano y con “Mengano”, se trabajaba en equipos. Mucho tiempo después, cuando ya hacía un año que trabajaba ahí, alguien le dijo a su compañero: “Vos que sos enfermero, vení a hacer tal cosa” y él se dio vuelta y lo miró a su referente y le preguntó: “¿Cómo?, ¿no sos psiquiatra?”. En ese mismo momento, se arrepintió de lo que estaba diciendo porque le parecía una blasfemia. Esta tendencia a la horizontalidad en las relaciones, incluyendo a los pacientes, es una cuestión central en esa formación del Lanús que resaltamos en nuestros espacios formativos.

En el área de salud mental de UNLa ya realizamos por las XII Jornadas de Salud Mental Comunitaria. Las mismas fueron pensadas como espacios de intercambio polifónicos y horizontales basados en las prácticas. Se trata de encuentros, donde participan investigadores, docentes, estudiantes, personas usuarias, grupos de familiares, grupos de trabajo, etcétera. En una jornada, en un momento había una exposición participativa del Frente de Artistas del Borda, y entonces uno de los estudiantes, que estaba al lado mío, me dice: “Profe, usted que sabe, ¿cuáles son los ‘locos?’”, entonces yo lo miro y le digo “Nosotros...”. El estudiante me mira desconcertado hasta que se da cuenta de que no tenía sentido la pregunta: estábamos participando de una actividad, todos éramos partícipes de esa actividad, para qué necesitaba ese etiquetamiento. Tiempo después me dijo que le había impactado mucho darse cuenta de cuan naturalizado tenía esos prejuicios.

El valor por la palabra y el lugar del otro también es otro aspecto para recuperar de la experiencia del Lanús. Imagínense en un hospital, en la década de 1950, decir que cualquiera podía hablar y decir algo respecto de su salud o intervenir. ¡Imagínense incluso decirlo ahora en algunos lugares!

Esta formación tan fuerte médico-hegemónica que tenemos, es colonizadora ya que incluso quienes no son médicos la sostienen. Incluso yo les diría que es una representación mucho más fuerte y tenaz, porque la sociedad tiene esa representación médico-hegemónica, y muchas veces nos demanda que trabajemos desde ese lugar. En ese sentido, cuando uno plantea una posición distinta (como la de la salud mental comunitaria), es muy difícil y desafiante trabajar con los valores, anticipaciones, prejuicios, lo que siente el otro, o cómo ve la salud.

Una vez estábamos trabajando con la gente del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan y una pediatra me decía:

¿Sabés lo que me costó que una mamá me contestara un día? Ella me decía: “El nene tiene fiebre” y yo le preguntaba: “¿Y tiene fiebre como siempre o tiene fiebre de forma distinta?”. Y ante esa pregunta la mamá me miraba como diciendo: “¿Usted es estúpida?”. Volvía a decirme: “Tiene fiebre”, y yo le volvía a preguntar si había algo que le haya llamado la atención de esta vez, ya que tuvo fiebre otras veces y no lo trajo, entonces ¿qué fue lo que esta vez hizo que usted lo trajera?, ¿a usted le parece que tiene algo más? Y allí la señora le contestó: “¿Y a usted qué le importa lo que a mí me parece?”. Ahí la pediatra le dijo: “Es lo más importante, porque usted lo ve todos los días”.

La pediatra que tuvo que discutir con la paciente, darle voz al paciente. En este sentido, algunas veces suenan muy bonitas las palabras “interdisciplina”, “horizontalidad”, “participación”, etc.; pero incluso nosotros todo el tiempo estamos discutiendo con representaciones sociales muy fuertes, muy hegemónicas, de lo que debemos o qué es lo que se espera de nosotros. Es difícil sostener esos espacios y lugares.

En la UNLa, Emiliano Galende fue el primer director de la maestría, que se fundó en 1997; en lo sucesivo, se inauguraron: el Área de Salud Mental Comunitaria, en 1998; el doctorado, en 2003 y la especialización, en 2007. En el 2013, la Universidad nos pide que armemos el Centro de salud mental al que llamamos “Mauricio Goldemberg” y en 2014 trabajamos y plasmamos una reformulación del plan de estudios de la maestría. Entre los fundamentos iniciales ya estaban el enfoque comunitario e interdisciplinario, la promoción de los procesos de reforma, la protección de los derechos ciudadanos, el cuestionamiento a la patologización, medicalización, estigmatización, el enfoque desde la salud y no desde la enfermedad, la construcción de espacios ligados a la vida cotidiana de las personas y el desarrollo de prácticas interdisciplinarias e integrales en salud.

Había un trabajo del Área por la que habían pasado muchos profesionales que se formaron allí, habíamos hecho once jornadas, creamos la revista de *Salud Mental y Comunidad*; múltiples investigaciones y trabajos de cooperación, y la Universidad seguía apostando a esto. Pero, entendíamos la necesidad de revisar situadamente el contexto actual y repensarnos estratégicamente, lo que conceptualmente podríamos llamar “reflexividad crítica”. Se trata de la posibilidad de revisarse a uno mismo y plantearse por qué se hacen las cosas; por qué se dicen, con qué fundamento; y sumamos un concepto antropológico: “desnaturalizar” las prácticas, no dar por obvias las cosas que hacemos cotidianamente. Frente al contexto político y normativo que acompaña internacional y nacionalmente algunos de los principios fundacionales del campo de la SMC se consideró de suma relevancia revisar el plan curricular de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, articulando y profundizando los contenidos que permitan interpretar el marco actual de las reformas y acciones en el campo de la salud mental comunitaria.

Decidimos, entonces, en 2014 revisar el programa de la maestría en función, sobre todo, de la contextualización de un programa de posformación que trabaja con gente ya formada y, en ese sentido, no solamente necesita revisar cómo viene esa formación, quiénes están aprovechando el posgrado, sino también qué cambios hubo respecto de esa temática: las leyes, los contextos y

las políticas. Para 2014 ya hacía tres años que se estaba implementando la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (sancionada en 2010), las Recomendaciones de formación para las universidades propuestas a partir de los Lineamientos de CONISMA, también fueron parte de un proceso de trabajo conjunto con referentes de todas las universidades y se habían realizado varias investigaciones que profundizaban los temas a abordar, todo ello fue parte de lo que revisamos. Y la ley, nuevamente, retoma todas estas cosas ligadas a revisiones de prácticas, sostiene el paradigma de derechos desde su determinación social, el cuidado de la salud integral, propone fortalecer APS y dispositivos sustitutos, priorizando estrategias comunitarias, la participación desde una perspectiva de derechos de familiares y personas usuarias y trabaja fuertemente en varios artículos esta necesidad de pensar la formación de recursos humanos en marcos interdisciplinarios e intersectoriales.

Estas perspectivas son excelentes pero el desafío es cómo hacer para trabajar eso, para promover aprendizajes y brindar herramientas a profesionales que ya vienen con formaciones de base muy específicas en un posgrado. Los posgrados son interdisciplinarios *per se*, porque pueden inscribirse personas de diferentes disciplinas, y por ende se necesita trabajar con diferentes marcos de formaciones. En ese sentido, nosotros pensamos que uno de los desafíos era transversalizar los contenidos de salud mental comunitaria en los diferentes módulos de la maestría. Por ello quedan así planteados:

- Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria
- Políticas Sociales de Salud y Salud Mental
- Comunidad, Territorio e Instituciones
- Planificación, Gestión y Evaluación en Salud Mental
- Problemáticas Actuales en Salud Mental
- Modelos de Atención/Cuidado y Dispositivos de Abordaje en Salud Mental Comunitaria
- Teorías y Prácticas de la Investigación en Salud y Salud Mental
- Taller de Tesis
- Seminario de Integración

Además, tratamos de poner en juego esos conceptos, por ejemplo, proponiendo que hubiera equipos docentes con personas con diferentes trayectorias y formaciones. Fuimos trabajando los diferentes nudos críticos para abordar y profundizar qué es esto de lo comunitario. Si lo comunitario es ir a trabajar en el territorio o si lo comunitario es salir extramuros a trabajar. Del mismo modo con el concepto de interdisciplina, si es ir a trabajar con otros o de qué manera trabajar con otros. En ese sentido, estas fueron las cuestiones que fuimos plasmando en cada uno de los módulos, dándole bastante peso a lo que nosotros denominamos los “seminarios de integración”. En cada uno de ellos participan los docentes de los diferentes módulos previos de manera conjunta, lo cual también es una propuesta distinta en nuestros posgrados. La propuesta implica que los docentes que trabajan en diferentes módulos y en diferentes asignaturas compartan espacios de trabajo problematizando y abordando problemas concretos de sus temáticas. Esto es fundamental porque uno de los requisitos de ingreso que nosotros tenemos es que todos los estudiantes tengan prácticas en territorio previas, de este modo en los seminarios de integración se potencian los saberes y experiencias de diversos docentes y estudiantes de diferentes disciplinas, formaciones y espacios de trabajo.

Para nosotros la experiencia de Lanús es una de las experiencias fundantes, pioneras, que permiten pasar a una lógica distinta a través de una experiencia, lo cual es necesario cuando uno quiere repensar y profundizar lo conceptual. En el aprendizaje, los pedagogos saben que no hay aprendizaje sin implicación; y el aprendizaje implicado supone poder hacer, el aprendizaje pasa por la experiencia propia, y eso es lo que logra modificar las prácticas, las miradas y la forma de trabajo. Lo que logra que eso ocurra es que sea significativo, que sea problemático (no en el sentido de enfermedad), sino en el sentido de interrogarnos; si lo que estamos haciendo no es suficiente o qué no funciona dentro de lo que estamos haciendo. Incluso el cuestionamiento desde el campo de la salud, por qué hablamos de salud mental. Hicimos, hace un tiempo, una investigación sobre representaciones sociales (en tanto algo que nos atraviesa más allá de lo que nosotros sepamos y digamos conscientemente) y pedimos a las personas entrevistadas que dibujaran algo relacionado con la salud mental

y todos dibujaron una persona desencajada, encerrada, con chaleco de fuerza, detrás de barrotes, etcétera, con los ojos dando vueltas a la que nominaron “loco”. Viendo los dibujos les dijimos: “Les pedimos que el dibujo fuera sobre salud mental, ¿por qué creen que surgen estos dibujos?” y se quedaban mirándonos sin comprender al principio.

Muchos de los profesionales cuando pasan por los procesos formativos de posformación vuelven, al tiempo, contándonos lo que están haciendo, y podemos notar el cambio de mirada al que apuntábamos; muchos aparecen con esta idea de que fue una experiencia, que “una vez que yo entendí eso ya no pude hacerlo de otra manera porque si no me sentía mal”. En este sentido, obviamente los posgrados y las investigaciones aportan ciertos contenidos, pero esos contenidos tienen que problematizar, ponerse en funcionamiento en función de los problemas concretos en las prácticas, sin ese componente en la formación esto no funciona, solo es un decir.

Para nosotros, es un desafío constante, en el cual podemos decir que trabajamos en lo que Pierre Bourdieu llama “illusio”, “ese interés por disputar un juego que vale la pena ser jugado”, que nos convoca a pensar la promoción y educación para la salud mental comunitaria no como un fin imposible, sino como un desafío cotidiano, diverso y polifónico. Una utopía presente, una forma de transitar el camino, donde en ese caminar lo estemos haciendo realidad como parte de nuestra vida cotidiana, como compromiso, lucha, y disfrute colectivo en *comunidad* (por cierto nada *común* de entendernos y construir *como-unidad* nuestro transitar *comunitario*). (Bourdieu, 2007, Bottinelli, 2013).

Bibliografía

- Bourdieu, P. (2007). Las contradicciones de la herencia. En *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bottinelli, M. M. (2013). *Promoción y educación para la salud en el marco de las políticas nacionales de salud mental. Tensiones y desafíos en la delimitación y evaluación del campo de la promoción y educación para la salud mental en Argentina*. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Lanús: Lanús.
- Bottinelli, M. M. y cols. (2016). Formación universitaria en salud mental. Adecuación de los planes de estudio vigentes a las Recomendaciones a las Universidades relacionadas con el artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Informe final de investigación AMilcar Herrera UNLa. Buenos Aires: Repositorio UNLa.
- Galende, E. (1996). Mauricio Goldenberg, por su estilo. En *M. M. Goldenberg (maestro, médico, psiquiatra, humanista)*. Buenos Aires: Secretaría de Cultura y Bienestar Universitario de la Facultad de Psicología de la UBA.
- (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

4.3. Desmanicomialización y externación sustentable: experiencias de trabajo en los manicomios de la Provincia de Buenos Aires

Este documento es una síntesis de la presentación de la Mesa de Experiencias de la Jornada “Desmanicomialización y Externación Sustentable en Salud Mental”, organizada por el Programa de Salud Comunitaria y el Programa de Derechos Humanos de la UNAJ, que tuvo lugar el 14 de noviembre de 2019.

|

Nadia Percovich

[coordinadora de la mesa]

Es necesario contar con políticas públicas que amplíen, sostengan, multipliquen y complementen estas experiencias, por eso, en parte se conformó la Red de trabajadores por la Desmanicomialización de la Provincia de Buenos Aires. Desde agosto de este año nos venimos reuniendo, compartiendo experiencias, obstáculos, necesidades y potencialidades del trabajo de desmanicomialización y externación asistida. La propuesta inicial surgió del equipo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, que invitó a conmemorar sus veinte años de trabajo. A partir de ese encuentro y en los siguientes, fuimos descubriendo coincidencias en relación con los logros

y las dificultades que tenemos como equipo y a los serios problemas que atraviesan las personas que viven o han vivido en el manicomio, porque nuestra tarea es trabajar con el padecimiento subjetivo, pero también con el sufrimiento y las marcas que deja el encierro crónico en las personas. Es muy importante estar en una universidad compartiendo experiencias, en el marco de una actividad organizada en forma conjunta con el programa de salud comunitaria y el de derechos humanos de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), porque para superar el manicomio se debe adoptar una perspectiva comunitaria y de derechos humanos, ya que toda nuestra labor se centra en la recuperación de los derechos de las personas, derechos que son vulnerados cotidianamente en los manicomios.



María Belén Maruelli

(Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn)

Con los compañeros de la Red de los PREA, los residentes y otros trabajadores del manicomio tenemos claro que no se puede hablar de “desmanicomialización” si no se habla de creación de dispositivos comunitarios; pero, por otro lado, también que hay que singularizar cada proceso de transformación y conocer lo que se vive y cómo se trabaja dentro de los manicomios porque la desmanicomialización, además, se debe dar desde adentro. El plazo de 2020 es simbólico, no se pueden cerrar los manicomios de un día para el otro, pero es importante conocer los procesos de trabajo, lo que se viene haciendo. Adicionalmente, hay que democratizar los procesos de adecuación

porque si el manicomio existe es porque hay un Estado y una sociedad que legitiman su continuidad.

Hace poco se presentaron los resultados del censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental. Allí se puede ver que, de 11 mil personas internadas, la mitad está en el sector público y que más del 30% de las personas internadas en el sector público están en instituciones que pertenecen a la provincia de Buenos Aires. Por eso la Red y este intercambio, tener una mirada provincial nos parece muy valiosa. Otra de las cosas que surgen del censo es el tiempo de internación, que habla 12,5 años promedio en hospital público, y la verdad es que yo he trabajado con personas que hace mucho más tiempo están, tienen 30, 40, 50 años de internación. Otro elemento importante por considerar es la edad de los pacientes que, en promedio, es de 52 años (en servicios de larga estancia es casi de diez años más); este dato no es menor porque para implementar y pensar en la política pública hay que tener en cuenta la edad de la gente, y los años que hace que el manicomio está imprimiendo daños en la persona.

Otro dato relevante del censo es la cantidad de pacientes con acceso a obra social (OO. SS.), las más frecuentes en los hospitales son: Incluir Salud, Programa de Atención Médica Integral (PAMI) e Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA); todas de pertenencia estatal. Justamente estas instituciones, que son las que tiene la mayoría de las personas, no adecuaron las prestaciones, ni los dispositivos, ni las prácticas, a la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley N° 26657). Entonces tenemos que trabajar con modalidades que implican, por ejemplo, que toda prestación, práctica o dispositivo para ser autorizado por la OO. SS. debe ser firmado por un psiquiatra o una psiquiatra. O se da el hecho de que las OO. SS. no cubran especialidades o dispositivos fundamentales para la rehabilitación y la vida en comunidad. De esta manera, las OO. SS. estatales se encuentran en fuerte contradicción con los postulados de la Ley que el propio Estado impulsa.

Nosotros trabajamos en el Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, pero nos atrevemos a provincializar la situación porque es compartida por los compañeros de Cabred y del Estéves. Elegimos seis ejes a modo de síntesis para caracterizar la situación de los hospitales, los abordaremos muy puntualmente:

- Encierro / libre circulación
- Situación jurídica
- Alimentación
- Sexualidad
- Psicofármacos
- Mortalidad

En relación con la *libre circulación*, en la mayoría de los manicomios sigue habiendo personal de seguridad o algún tipo de cordón policial para entrar y salir, que restringe la libre circulación, no solo quienes trabajan, sino de las personas que viven allí. Es muy común escuchar que, cuando alguien se va de un manicomio, se fuga, se escapa. Se confunde a una persona internada en un manicomio como a alguien privado de su libertad. Es la lógica manicomial que parte del supuesto de que no se puede salir del manicomio si no se tiene permiso, y esto está basado en el supuesto de peligrosidad del loco. En el caso de Romero nosotros pudimos ir trabajando esto a partir de la Mesa Judicial y se creó un protocolo que busca invertir esa lógica. Se presume que los pacientes no están privados de su libertad, que todos pueden circular y, en caso de que los equipos consideren que esto no puede ser así, tienen que fundamentarlo en el marco de un proceso terapéutico, con un tiempo acotado. Si se llegara a considerar que alguien no puede salir, no se lo piensa únicamente desde la restricción, sino como una necesidad de apoyo, que la persona necesita salir acompañada. Otra cuestión en relación con este punto son las puertas sin picaporte, que se abren con un instrumento que es el llavín, el control de estas puertas lo tienen las personas que custodian esas salas.

En cuanto a la *situación jurídica*, en las salas de agudos con las internaciones voluntarias e involuntarias no se cumplen con las garantías que la Ley establece. Pareciera que por estar en un servicio de agudos tendría que haber restricciones, pero en realidad deben estar permitidas las visitas, llamadas y salidas. Tiene que haber abogados defensores y esto no es así. También se debiera empezar a pensar en el alta ni bien las personas ingresan y esto no ocurre siempre. Para eso hay trabajar con la comunidad desde el inicio.

Siguiendo con la cuestión jurídica, es importante tomar los criterios que marca la Ley, es difícil hacer la distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias, hay gente que está hace 50 años, que se quedó ahí. Son internaciones prolongadas, no hay en ninguna de esas personas con criterio de internación por motivos de salud mental, son otros los motivos por los cuales continúan internados. Los juzgados no han estado presentes por muchos años, hace un tiempo comenzaron a intervenir y me parece fundamental la adecuación de las lógicas de los operadores judiciales porque hay que revisar las sentencias de capacidad jurídica de las personas. Antes era el juez quien determinaba la capacidad de las personas, se hablaba de incapacidad, ahora existe, en el Código Civil, la posibilidad de restringir la capacidad jurídica de las personas, que no es restringir su libertad, es utilizar el sistema de apoyos para algunos aspectos críticos, la administración del dinero, por ejemplo. Es decir, si esta persona no puede hacer esto, se le da por un tiempo apoyo, siempre con la perspectiva de la autonomía para que pueda luego realizarlo. Si bien ahora se cumple con la revisión, según ordena el Código Civil, la lógica que tienen los equipos judiciales para la sentencia es con criterios de otro tiempo, incluso se restringe en capacidades como votar, lo que es inconstitucional. No se tienen en cuenta los criterios para determinar la intervención de un sistema de apoyos y se opta por restringir derechos.

Una cuestión más para discutir en este punto es el cierre de los ingresos a los sectores de larga estancia. En Romero ya hace unos años que se puede internar en agudos o en los sectores de atención a crisis, pero no

se puede derivar a los sectores de larga estancia. En el resto de los mono-valentes sigue entrando gente a los servicios de larga estancia. Es imposible cerrar un manicomio si los lugares de internación crónica siguen ingresando gente. Entonces tiene que ser una política de Estado el cierre definitivo del ingreso a los servicios de larga estancia.

En cuanto a *alimentación*, hay muchísimo para decir, comienzo señalando que en los manicomios no se elige qué comer y no es una, dos semanas, hay gente que hace 50 años que no elige qué comer. La comensalidad no es algo que forme parte de la lógica manicomial. Uno de los grandes problemas que hemos tenido es la prohibición del uso de los cuchillos y tenedores, porque para alguna gente es peligroso que en los manicomios se use cuchillo y tenedor. Entonces la gente come con cuchara o con la mano, y esto es un problema de dignidad, pero también la muerte por obstrucción de vía aérea es una de las principales causas en cualquier manicomio. Entonces, para nosotros el uso de cuchillo y tenedor es fundamental que se trabaje, porque tiene que ver con la dignidad y porque es importante trabajarlo para el proceso de externación.

En relación con la *sexualidad*, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos y la violencia sexual son moneda corriente en cualquier monovalente se han dado de manera sistemática. En Romero está habiendo más sensibilización con el tema del abuso sexual y ha habido denuncias tanto de personas internadas como trabajadores. No se trata de situaciones de abuso aisladas, se trata de un contexto de encierro psiquiátrico que habilita la violencia sexual, entonces una cuestión fundamental es poder abordar el tema desde una perspectiva de la complejidad.

Algo más a considerar en este punto es la falta de privacidad y de intimidad, características o propiedades estructurales que hay en un manicomio. Algo de lo que queremos hablar es de la invisibilización y medicalización de las identidades disidentes, cuestiones que tenemos un poco más trabajadas en Romero, pero que en los otros hospitales en general se toman a las identidades disidentes como un signo de la enfermedad y esto genera situaciones de malos tratos. Otra vulneración la-

mentablemente común en el confinamiento manicomial es que muchas mujeres con hijos nacidos en los manicomios no saben dónde están sus niños; y por eso en los procesos de externación también es necesario trabajar con ese problema.

En relación con el acceso a los métodos anticonceptivos, en general no son las mujeres de acuerdo con su deseo o necesidad, su interés, quienes los eligen. Los métodos son impuestos, sea la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) en algunos manicomios o la administración del anticonceptivo inyectable en otros, pero sin explicar el impacto de ellos en el cuerpo ni tomar en cuenta las interacciones con los psicofármacos.

Siguiendo con el otro punto, es muy raro que se pongan en discusión los *psicofármacos*. Un paciente para que esté compensado tiene que estar medicado. El sentido común nos dice que la cura está asociada a la internación y a la medicación. La verdad es que hay muchas controversias respecto del uso de psicofármacos de manera crónica y hay un desfase grande entre evidencia científica y práctica. Los esquemas farmacológicos que se usan son esquemas que les aseguro no tienen ninguna revisión, hay gente medicada con el mismo esquema durante muchísimo tiempo. Hay medicaciones que son contraindicadas si se usan más de algunas semanas, y en la práctica su uso es prolongado durante años. Hay esquemas que producen daños. Los psicofármacos son drogas que actúan sobre el pensamiento, las percepciones y las emociones, tienen consecuencias en el cuerpo y por eso hay que administrarlos con responsabilidad. Tenemos la obligación ética de pensar incluso la relación de los psicofármacos con la mortalidad. Porque la *mortalidad* en los manicomios (cifra extraída de Romero), es casi siete veces mayor que en la población general. Las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias, las insuficiencias cardíacas, las obstrucciones de la vía aérea y los desórdenes agudos de obstrucción intestinal. Todas estas causas pueden tener que ver con complicaciones de los esquemas farmacológicos que se usan. Una cuestión más por destacar con relación a la mortalidad, y para ir cerrando, es que dentro de los manicomios no

se realiza ningún tipo de ritual, ceremonia o despedida ante la muerte. Esto afecta la posibilidad de hacer un duelo, no es algo menor porque las personas internadas pierden a compañeros con los que vivieron tal vez muchos años.



Marcos Llanos Nieto

(Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn)

Lo más importante para nosotres es que, a nivel nacional e internacional, la Ley N° 26657 y el paradigma de derechos humanos nos impone la responsabilidad, sobre todo a quienes estamos participando como trabajadores/as y como integrantes de organizaciones sociales, de reconocer que las personas que sobreviven en los manicomios, las que han podido salir, y las ciento de miles de personas han muerto en los espacios en los que nosotres trabajamos, son víctimas de los manicomios. Las personas que viven o han vivido en el manicomio no se mueren en el encierro por una esquizofrenia, por un retraso mental, sino que se están muriendo por el daño que durante décadas el manicomio les hizo. La responsabilidad del Estado es reparar.

En este sentido, nosotras como trabajadoras, como Red, nos imponemos esta necesidad de salir a denunciar esta situación y a luchar por sus derechos, por los derechos de nuestros compañeros que están dentro del manicomio y que siguen vivos y por todas aquellas personas que murieron por la tortura del manicomio. Estamos determinadas a denunciar toda la tortura que vemos y toda la falta de política pública para armar un programa desde adentro, en el que podamos superar los manicomios. En este sentido, en la misma línea que planteaban las

compañeras, la memoria, la verdad y la justicia también tiene que llegar a los manicomios, y a las víctimas de los manicomios que fueron torturadas y asesinadas tanto en dictadura como en democracia. En esta línea y para cerrar con mi intervención, nosotras estamos impulsando la idea de que es necesario un proceso histórico de reparación. Reparación de nuestras conciencias, de los imaginarios, de la idea de que los locos son peligrosos, las locas son peligrosas y entonces tienen que estar encerrados y encerradas. Se encerró a gente pobre, se la torturó durante toda su vida en los manicomios. Así, insistimos en que la política del gobierno entrante tiene que ser la reparación histórica para las víctimas de los manicomios, asumiendo la responsabilidad que el Estado tiene con estas personas que son doblemente vulneradas. Tenemos que decir: “Manicomios nunca más”.



María Isabel Hartfiel

(Hospital Interzonal José A. Estéves)

Para mí es muy lindo, como docente de la UNAJ, poder contar el trabajo que venimos haciendo con mis compañeras del Hospital Estéves. El PREA es un programa propuesto hace veinte años como una forma de superar el manicomio para muchas personas alojadas allí sin ningún motivo sanitario que lo justificara. Hace veinte años este programa de externación asistida era visto como algo imposible de realizar. Muchas personas sostenían, desde adentro de los hospitales psiquiátricos y afuera, que era imposible la vida en la comunidad de pacientes con larga internación psiquiátrica. Esos tiempos de muchísima resistencia, por suerte, fueron pasando y los años, demostrando que era posible. Las

personas que vivían internadas podían tener un proyecto de vida en el afuera y es maravilloso ver esa reconstrucción de sus vidas y la recuperación paulatina de todos sus derechos. Recuperar su derecho a estudiar, a trabajar, al acceso a sus bienes, a reconstruir el vínculo con sus hijos y vínculos nuevos con quien ellas deseen. Todo eso que queda perdido en la internación es el trabajo que hace el PREA cotidianamente. Hoy el programa tiene un reconocimiento no solo dentro del hospital, sino en otros espacios institucionales, por ejemplo, desde el Poder Judicial, como un dispositivo al que se puede apelar y que puede dar una respuesta a las personas que han pasado por una internación psiquiátrica.

En el programa, se han evaluado a unas 350 personas a lo largo de los años. Unas 110 mujeres se han externado; hoy permanecen externadas bajo el programa unas 70 mujeres quienes habitan en unas 20 casas que el programa tiene alquiladas. Paulatinamente, en la medida en que fueron teniendo ingresos (sea por trabajos, becas, pensiones, etc.), fueron afrontando parte de los gastos de lo que implica la vida en el afuera.

El relato acerca del trabajo asistencial, todo lo que es el trabajo de acompañamiento a las mujeres externadas, voy a dejarlo de lado ahora, ya que lo van a profundizar mis compañeras, pero quería detallar un poco el trabajo que hacemos desde el centro comunitario.

En el PREA del Estéves tenemos un centro comunitario en la ciudad de Temperley (Buenos Aires), a media cuadra de la estación de trenes, lo que favorece mucho la circulación de las personas. Es un centro comunitario no solo porque está fuera del manicomio, sino que es abierto a toda la comunidad. Desde que fue inaugurado el centro tiene una multiplicidad de actividades de tipo cultural, artístico, educativo, deportivo y de aprendizaje laboral. Estos espacios dan lugar a la participación, al encuentro, a la conformación de lazos sociales a todos sus participantes. El centro además es el lugar de referencia para las mujeres externadas, allí trabajan los equipos asistenciales y organizan las visitas domiciliarias y otros acompañamientos. El centro comunitario es el corazón del PREA.

Se estimula permanentemente a las mujeres externadas a participar de las distintas propuestas que el centro brinda. También lo hacen personas de otros servicios del Hospital, que tienen la posibilidad de salir, de consultorios externos, otras que se han externado y viven con su familia y la mayoría son personas de la comunidad, del barrio, vecinos que vienen atraídos por los distintos talleres y propuestas del centro. En este sentido, creemos que el trabajo que hace es muy valioso en relación a la inclusión social, no solo para personas que se han externado o han vivido en el manicomio, sino que creemos que es una gran oportunidad para la gente de la comunidad que asiste. Sucede es que las personas van ampliando su visión, van reduciendo el prejuicio en relación con la peligrosidad, conocen por ahí a una compañera de peluquería, se hacen amigas, conversan durante el taller y toman unos mates en el patio y quizás después esta persona le cuenta que vivió en un psiquiátrico. Esta posibilidad no solo favorece a las personas externadas, sino al conjunto de los sujetos que asisten, ya que disminuyen sus prejuicios, incrementan la aceptación de la diversidad y amplían su mirada con respecto al tema. Cada una de las personas que se externa se recupera como sujeto social, contribuyendo a formar una sociedad más rica, compleja, diversa y justa.

**Marcela Iriberry**

(Hospital Interzonal José A. Estéves)

Resulta un poco difícil poder resumir todo el trabajo que hacemos de acompañamiento a la vida en la comunidad de las usuarias del PREA. Voy a hablar desde mi perspectiva de psicóloga. Nosotras pensamos desde el programa que, y retomo la frase de una colega, es muy difícil pensar

que si uno se enferma en la comunidad no se cure en la comunidad. Es desde esa idea que iniciamos todos los abordajes de inclusión social. El PREA en el Hospital Estéves es un programa a través del cual el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires alquila casas y hay grupos convivenciales de usuarias. Los grupos se van armando desde antes de la externación y se empieza a trabajar la posibilidad de que esa persona pueda vivir en el afuera. Se empieza a trabajar su autonomía, su autovalidamiento y ver qué posibilidades tiene para poder desarrollarse. Esto es un posicionamiento clínico. Somos un grupo de profesionales que trabajamos de manera interdisciplinaria, es un equipo grande conformado por enfermeros, acompañantes terapéuticos, trabajadoras sociales, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y abogadas. Lo que nosotros hacemos es el acompañamiento en las situaciones de la vida, nuestra tarea es acompañar, escuchar, dar apoyo, no es hacer por el otro, es trabajar lo singular, el proyecto de cada mujer y de cada grupo convivencial.

El personal del programa se divide en dos equipos; el equipo que yo conformo tiene a cargo diez “casas”, diez grupos convivenciales de cuatro o cinco mujeres y somos siete enfermeros. Cada profesión tiene su mirada y trabaja de acuerdo con ello, pero en las reuniones de equipo somos un todo, se toma en cuenta lo que aportan los que visitamos las casas, lo que ven las psicólogas en la entrevista y, entre todos, buscamos una estrategia para que las personas estén bien. Una cuestión importante es que tenemos mujeres mayores, en general es una población de edad avanzada, 60-70 años y nos encontramos sobre todo con problemas clínicos más que psiquiátricos. Lo psiquiátrico lo vamos manejando y conteniendo bien, con la escucha atenta, la medicación, el conocimiento de cada usuaria y el acompañamiento en las situaciones que pueden ocasionarles a cada mujer ciertos niveles de estrés. Lo que tenemos últimamente son descompensaciones clínicas, y eso nos lleva a volver a tener internaciones, pero en un hospital general y por motivos físicos.

Vanina Giménez

(Hospital Interzonal José A. Estéves)

Es difícil poder resumir la tarea porque es un trabajo, para mí en particular maravilloso, porque devolverle la libertad y la dignidad a una persona a uno lo fortalece, llena de emoción. Hay personas que por ahí hace veinte años que no cortan con cuchillo, y tal vez uno cree que es sencillo, pero es complejo enseñarle a gente grande a volver a usarlo. Es muy fuerte también la cuestión de los talleres intrahospitalarios porque durante el proceso de externación las personas vuelven a las salas a comer con cuchara, entonces tiene que esperar algunos días hasta volver al taller para volver a comer dignamente. Ese trabajo que se hace previo a la externación lo lleva adelante un equipo destinado a ello y nos sirve para entender cómo es el trabajo desde adentro hacia afuera.

En el afuera se acompaña la vida misma, absolutamente todo, con todas la diversidad de cosas que se les ocurra. ¿Qué es lo que voy a hacer en una casa? Pongo el ejemplo de una casa donde viven cinco mujeres, ellas se conocieron en el hospital, en los talleres para la externación. En la casa, se trabaja la autonomía y el autovalimiento, pero adicionalmente el deseo, qué quiere hacer cada una de ellas, esto que en el hospital se pierde, es anulado por la institución. El deseo de hacer un viaje, o de ir hasta una estación, tomar un colectivo, cuestiones que para uno son normales, pero para ellas durante muchos años no fue posible. Se trabajan muchas cosas, por ejemplo, la medicación se la administran solas. Se les explica qué es lo que toman, ellas pueden hablar de los efectos secundarios que sienten y es tenido en cuenta. Las enfermeras corroboramos que en las casas funcione bien la administración, y estamos un poco más pendientes si esto no ocurre. Pero en general, funciona bien, porque hay conciencia de enfermedad, los problemas de salud mental son patologías crónicas, entonces es como un diabético que sabe que se tiene que aplicar la insulina porque si no se descompensa, no hay mucha diferencia.

Matilde Melo

(Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred)

Es un poco poner en valor el trabajo que hacemos. Como decía la compañera, visitar una casa, volver a comer con cuchillo y tenedor. Pensar juntos sobre temas como el cierre del acceso a los pabellones de internaciones crónicas, como vencer estas acciones o rituales dentro del manicomio y fuera de él. Tal vez la intención es transmitir algo de la experiencia nuestra del PREA de Cabred, que es el hospital que queda en Open Door. El PREA comienza hace veinte años, en el Hospital Cabred empezó como algo muy chiquito, casi a espaldas del manicomio, siempre en un lugar de resistencia, y de a poco fue teniendo distintas transformaciones en función del inmenso y anhelado crecimiento, tanto en lo que refiere a la cantidad de trabajadores, como el incremento del número de personas asistidas. También se fueron diversificando y las prácticas de acuerdo con las demandas que requieren los avatares y caminos institucionales, sociales, comunitarios, culturales, etcétera.

El PREA desde 2013 pasó de estar itinerante en distintos lugares del Hospital, en distintos pabellones, a ocupar el Servicio de Rehabilitación. El Programa incluye espacios que funcionan dentro del Hospital, como los hostales, que se componen de cuatro casas de convivencia, destinados a la recuperación de hábitos cotidianos y formación de grupos convivenciales pequeños, como pasos previos al egreso de la institución, diferente a la vida en un pabellón. Además, dentro del Hospital funciona el grupo de lazos del PREA, un espacio de escucha e intercambio para todas las personas interesadas, tanto externadas como internadas o derivadas por los diferentes equipos tratantes de los pabellones a donde se trabajan la externación y las vicisitudes de la vida cotidiana. El servicio, además, coordina las acciones de la sala de rehabilitación que nuclea la oferta de distintos espacios grupales relacionados con el arte y con emprendimientos productivos.

Por fuera del hospital, el PREA actualmente acompaña a 78 personas externadas que viven solas o en grupos de convivencia, en 35 casas ubicadas en un radio cercano al Hospital, en distintos barrios de la ciudad de Luján y en la comunidad de Open Door, que pertenece al municipio de Luján. Se trabaja en articulación con diferentes espacios e instituciones de la comunidad que se han ido construyendo a lo largo de los años y en función de las particularidades de cada caso. También desde septiembre de 2019, en la ciudad de Mercedes, a 40 km del Hospital Cabred, un grupo de tres personas se encuentran externadas de forma asistida por el PREA. Para los trabajadores implica la ampliación de una clínica alejada de los barrotos manicomiales y un desafío de abordaje integral, interdisciplinario, interinstitucional, intersectorial, con perspectiva de derechos, género e inclusión comunitaria.

Las viviendas se alquilan a través de dueños directos, por no poder cumplir con las exigencias inmobiliarias, imposibles de pagar, ya que se sustentan con los ingresos de las personas, que en la mayoría de los casos solo cuentan con una pensión no contributiva. Estos ingresos resultan insuficientes y apenas alcanzan para lograr la continuidad de la externación. Los servicios y los gastos personales y comunes de las convivencias también son solventados por los usuarios. Una vez por semana se ofrece un bolsón de alimentos en crudo que varía en la cantidad de alimentos y funciona con intermitencias, pero en general es de gran ayuda para las externaciones. Una vez al mes retiran la medicación que brinda el Hospital.

El equipo interdisciplinario visita las casas, con una frecuencia variable que depende del momento que se encuentre atravesando cada externación y de los acuerdos establecidos con cada persona, por lo general son semanales. Además, por fuera del hospital funciona el taller Radio en Movimiento, desde hace diez años se desarrolla en la Casa de la Juventud de la comunidad de Luján, todos los jueves y una vez al mes emite su programación en vivo por la Radio Universidad de Luján. El taller es un espacio de socialización, arte, comunicación y difusión abierto a la

comunidad, que hasta hace unos meses funcionó como único dispositivo de inclusión en la comunidad que dependía del PREA.

Recién este año, hace pocos meses, logramos esto que en el Hospital Estéves está desde los inicios: el centro comunitario. Nosotros este año recién empezamos a trabajar en un espacio afuera en la comunidad de Luján. Lo coordina personal del equipo PREA y articula con trabajadores de lo que fue el Centro de Prevención de Adicciones del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires situado en el mismo edificio. Allí se ofrecen diferentes talleres abiertos a la comunidad.



Clara Girard

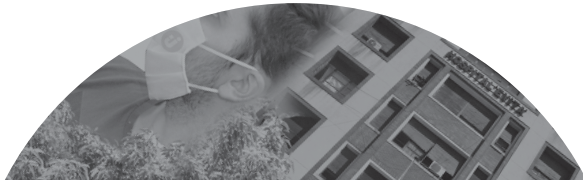
(Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred)

El Servicio de Rehabilitación del Hospital Cabred no tiene personas internadas, cuenta con talleres y eso nos permite trabajar en todos los pabellones. El Hospital tiene internadas 650 personas en forma crónica, hombres únicamente. La población con la que trabajamos desde el PREA son también personas de muchos años de internación, años de medicación repetida, con todo lo que eso les produce.

Se va trabajando entre todos, con los usuarios, las familias y los trabajadores, que por suerte cada vez somos más. Además, se articula con los municipios, con los referentes de los barrios, con otros sectores, con hospitales generales, con los dueños de las casas. Esas casas que, como dijo Matilde Melo, son autogestionadas y esas personas cobran sus pensiones por discapacidad, por eso es necesario asociarse para sostener una casa. Es problema es compartido con todos los hospitales, los recursos son pocos y lo habitacional es una dificultad importante.

Trabajamos haciendo una visita o haciendo una mudanza, es el acompañamiento ver lo que se necesita en esa convivencia, convivencias que tienen desafíos, que no son para siempre, las personas se mudan, se separan, arman otras convivencias, y estamos hablando de personas que por ahí viven o comparten la casa con otras personas de la comunidad, hay una pareja que comparte su casa con una familia del pueblo de Open Door y por ahora van bien.

Creo que esto es un resumen de nuestra tarea. Lo bueno de estar acá reunidos y conformando esta Red de Trabajadores por la Desmanicomialización de la Provincia de Buenos Aires, que nos acerca a los que estamos trabajando en salud mental con una perspectiva similar, es que nos lleva a preguntarnos cómo empezar a mirar desde adentro el afuera, desde afuera el adentro: ¿qué pasa en los servicios de atención en crisis?, ¿qué pasa en las curadurías?, ¿qué pasa en los hospitales generales? Pensar entre todos cuáles son los roles y cómo los estamos ejerciendo para cumplir esta Ley N° 26657. Apelar a la construcción de una clínica común es un gran objetivo de esta Red de Trabajadores por la Desmanicomialización de la Provincia de Buenos Aires. Sentimos que, desde las pequeñas acciones clínicas hasta los grandes movimientos, es mejor hacerlos entre todos.



CAPÍTULO 5
**DEBATES ACTUALES EN
SALUD COMUNITARIA**



5.1. **La comunicación en la trama de la salud comunitaria**

Ianina Lois

Introducción

Este artículo tiene como objetivo presentar y problematizar algunos de los ejes que recorren el campo de la comunicación y salud en su dimensión comunitaria. En el recorrido se van a proponer una serie de reflexiones cuyo fin es enriquecer discusiones y desarrollos conceptuales, y abrir el debate también sobre las prácticas y experiencias.

Se comprende que cada uno de los términos incluidos en esta relación cuenta con un largo devenir conceptual, dado que han sido abordados por perspectivas teóricas y metodológicas diversas, como así también por numerosos marcos epistemológicos y hasta ético-ideológicos. Cabe agregar que el fin de estas líneas no es la exhaustividad, sino marcar algunos de los nudos o ejes centrales de esta relación.

La comunicación en los procesos de salud - enfermedad - atención es un tema de gran interés en nuestros tiempos. Esto se plantea tanto por la centralidad de los medios de comunicación y las redes sociales en las sociedades contemporáneas en la construcción de subjetividades, opiniones y representaciones en torno a lo considerado saludable, a las practicas asociadas a ello, al rol de los profesionales y las profesionales de la salud y a los alcances de las po-

líticas sanitarias —entre otros tópicos— como en el creciente reconocimiento de la dimensión comunicacional en estos procesos.

En un primer momento, se caracteriza la comunicación desde una perspectiva comunitaria. Luego se presentan de modo sintético los modelos de comunicación y salud que se han desarrollado en América Latina. Hacia el cierre, se da cuenta de la relación entre salud y comunicación comunitaria.

La comunicación desde una perspectiva comunitaria

A la hora de abordar la comunicación desde una perspectiva comunitaria, no es posible encontrar un significado único ni consensuado. Es el producto de una praxis, de distintas experiencias culturales, sociales y políticas en torno a una comunicación cuyo horizonte es la producción de un tipo de relacionamiento comunitario cuyo objetivo es la transformación social. Se trata de experiencias de resistencia y crítica de sentidos y proyectos hegemónicos que suelen basarse en una concepción de la comunicación que supone la construcción de sentidos de la vida social: procesos de producción, intercambio, imposición, disputa y negociación de significados y formas simbólicas, a partir de los cuales los sujetos pueden reconocerse a sí mismos, dar cuenta de su pasado, de su lugar en la sociedad y de sus expectativas para el futuro.

La comunicación comunitaria se caracteriza por la polisemia, la complejidad y la pluralidad. No se define por su estatuto epistemológico, sino por una praxis histórica: una historia social y política de intervención, investigación-acción y reflexión, de distintas experiencias culturales, sociales y políticas en torno a una comunicación cuyo horizonte es la producción de un tipo de relacionamiento comunitario que busca la transformación social —en un sentido muy amplio y desde escalas diversas— que tradicionalmente se dio por fuera de la institucionalidad académica y de las disciplinas científicas (Amati, Jaimes y Lois, 2015; Amati, Isella y Lois, 2014).

Una mirada de la comunicación que se expresa en prácticas muy variadas que incluyen las relaciones cotidianas entre las personas, los modelos insti-

tucionales, organizacionales y políticos, así como los enfoques generales en torno a la sociedad y la cultura. Como un enfoque de la comunicación social busca fortalecer la dimensión comunitaria de la vida social, es decir, ese lugar de la vida social en el cual la identidad se define por la pertenencia a un *nosotros, nosotras, nosotros*, es decir, un sujeto que incluye a otros para poder ser plenamente. Es una perspectiva inclusiva, con profunda raigambre política que a veces no se manifiestan en el corto plazo, pero que tienen como horizonte la emancipación de los sujetos por medio del ejercicio de prácticas de comunicación autónomas, que responden a sus propias pautas culturales.

Tiene su origen en América Latina, en experiencias de resistencia, crítica de sentidos; de proposición o profundización de un modo de comunicación popular, contrahegemónico o alternativo, que se enmarca en procesos mucho más amplios (Cardoso y otros, 2015 ; Huergo, 2004; Kejval, 2009; Lois, 2018 ; Magarola, 2014). Como sostiene Mata (2011), estas experiencias son una forma de manifestación de proyectos emancipatorios, de cambio social y liberación de aquellos sectores que sufren cualquier tipo de dominación. Más allá de sus diferentes orígenes y perspectivas, constituyen uno de los modos en que distintos colectivos, instituciones, organizaciones y movimientos desarrollan para transformar las lógicas del poder, que son también las lógicas de la comunicación hegemónica.

Es una definición que se aparta de las perspectivas que ponen el acento exclusivamente en los instrumentos, las estrategias y los medios (Barbero, 1987). Esto no significa que se adopte una posición dicotómica que postule “procesos versus instrumentos”, sino una posición que no reduce la comunicación a ellos, y corre la atención hacia los sujetos y los contextos. Así, comunicación desde una perspectiva comunitaria tendrá más que ver con poner en común, con hacer algo en común, que enfocarse en el aspecto técnico de la transmisión de información. Se trata de entender a las prácticas sociales, entre ellas las relacionadas con la salud, como experiencias de comunicación, reconociendo que el espacio de estas prácticas se encuentra atravesado por relaciones de poder y disputas diversas en función de las cuales se ponen en juego estrategias y dispositivos de comunicación.

La comunicación es constitutiva de la sociedad, toda práctica o experiencia conlleva su correlato comunicacional y, por lo tanto, el análisis de las prácticas demanda una *mirada desde la comunicación*. En este sentido, Barbero (2003) afirma que las prácticas son, desde lo comunicacional, prácticas de enunciación que se van construyendo a través de las narraciones y, mediante el desarrollo de habilidades y técnicas expresivas, un discurso, que es entramado de cultura y fundamento de la historia de vida de una comunidad. En su trabajo sobre hegemonía y comunicación, Barbero (2003) realiza una reflexión muy crítica sobre los límites de las perspectivas tecnológico-deterministas y mediocéntricas al sugerir que los procesos de comunicación deben entenderse dentro de procesos de movilización social y cultural. Su propuesta enfatiza las mediaciones socioculturales que surgen de la práctica y el uso de tecnologías de comunicación e información, más que las tecnologías o textos en ellas imbuidos.

De esta forma, la mirada comunicacional desde una perspectiva comunitaria se ubica en el reconocimiento de las negociaciones de sentido que suceden en el espacio de las relaciones entre sujetos enmarcados en contextos sociales, históricos y culturales (Lois, 2010). El sentido de los procesos de comunicación —en relación con la salud en este caso— surge, no de los mensajes ni los contenidos, sino de la sedimentación de la historia social y de las disputas más amplias que se producen en un contexto específico. De esta forma, es posible reconocer no solo las formas negadas de participación cotidiana, sino también la manera en que estas acciones ofrecen puntos de entrada en las estructuras de poder dominantes mediante la apropiación de nuevos usos o la subversión de nuevos discursos.

Comunicación y salud: el devenir de una relación compleja

El campo de la comunicación y la salud está conformado por diferentes dimensiones que conjugan políticas, discursos, teorías, metodologías, prácticas, tecnologías, capitales, sujetos individuales y colectivos, agendas, intereses, negociaciones, conflictos e intersecciones. Como campo se considera un espacio

relacional y multidimensional en el cual fuerzas de desigual poder luchan para transformar o mantener sus posiciones (Bourdieu, 2002). En este sentido, comunicación y salud es la confluencia de dos disciplinas con temporalidades distintas que ha dado lugar a una creciente actividad en terreno y producción académica caracterizada, sobre todo, por intervenciones e investigaciones sobre las tramas comunicacionales de las cuestiones de salud en los consultorios, salas de espera e instituciones de salud en general, en las políticas sociosanitarias, institucionales y gubernamentales, en los abordajes mediáticos y en cruce con las tecnologías de la comunicación e información.

Como antecedente de la relación entre comunicación y salud es posible mencionar el surgimiento del periodismo científico —cuyo fin es divulgar las novedades científico-médicas y aportar a la configuración de una “cultura científica” (Terán, 1983)—, a partir del cambio del siglo XIX al XX, en el cual convergen diversas influencias y conviven conceptos como progreso, evolución, raza, lucha por la vida, selección natural, organismo y enfermedad social, leyes, estadios humanos inferiores y superiores, determinación biológica, entre otros, que son usados para dar cuenta de fenómenos sociales, políticos, culturales y económicos. También aparece el rol de la publicidad de las medicinas patentadas en el desarrollo de la prensa escrita y la actividad publicitaria de esos años, en paralelo con la expansión de la industria farmacéutica; o el reconocimiento en textos fundantes de la sociología moderna como son los de la Escuela de Chicago, donde se describe el rol central de la prensa en la formación de opiniones y valores en las sociedad industriales en crecimiento (Thomas y Znaniecki, 1918), que se traducen en prácticas sociales, entre las cuales se encuentran los procesos de salud y enfermedad, modificados reciente y abruptamente por la reorganización social ocurrida ante el ampliación de las ciudades, la inmigración masiva desde zonas rurales hacia espacios urbanos con la consecuente ruptura de los lazos comunitarios tradicionales.

Por su parte, en América Latina pueden identificarse, a grandes rasgos, algunas concepciones más y menos lineales de la comunicación en el ámbito de la salud. A inicios del siglo XX, encontramos modelos que trabajan fundamentalmente con la idea de mensajes y campañas publicitarias para

persuadir a las personas de adoptar ciertos comportamientos y prácticas que les son beneficiosos. Estos modelos entienden la transformación social en función de la adquisición de conocimientos y el cambio de actitudes y conductas a partir de programas de comunicación que no consideran relevante atender a la diversidad cultural, las desigualdades sociales, etcétera.

Ya desde la década de 1950, en nuestra región, se configura el papel de la comunicación en procesos de desarrollo de la política social y en el ámbito de la promoción de la salud. El llamado “modelo difusionista” piensa la comunicación como transmisión de información y contenidos para que los receptores y las receptoras tengan mayor conocimiento acerca de los deberes y derechos como ciudadanos y las ciudadanas. Esta perspectiva se centra en un modelo con pocas fuentes y muchos receptores y muchas receptoras; donde, desde la posición de emisión se controla, edita, diseña y deciden los contenidos de la información, a la vez que se posicionan como los voceros de la opinión pública. Desde entonces, muchas experiencias se han llevado adelante: nacionales y masivas y también regionales, municipales, institucionales y comunitarias. En estas prácticas, se observan distintos modos de entender la relación entre comunicación y salud.

Desde mediados de 1970, se empieza a poner en cuestión el sesgo individual que predomina en los inicios del campo. Así se presta una mayor atención a los contextos sociales y culturales específicos de las poblaciones. Toman forma otros enfoques que entienden a la comunicación como un eje de los procesos de organización, participación y cambio social, ya que implica intercambios, establecimientos de acuerdos, de negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana (Briggs, 2005). Estas perspectivas abogan por la construcción de espacios de comunicación que posibiliten el desarrollo de las competencias dialógicas de las personas y grupos para generar mayores posibilidades de cogestión y autogestión de la salud. A su vez, enfatizan en la cuestión de la comunicación como interacción y red.

Estas miradas críticas plantean que la comunicación en el ámbito de la salud suele ser entendida como un proceso lineal y mecánico. Se postula un discurso unidireccional y, a la vez, se responsabiliza a las poblaciones de menos recursos

de haber fracasado en la incorporación de la información biomédica que se les ofreció. Autores como Daniel Prieto Castillo (2000), quien plantea que en este tipo de enfoques se simplifica la riqueza de toda experiencia comunicacional. Se construye una relación donde la instancia del emisor se acentúa porque es ahí donde descansa el poder. Este decide el contenido y la forma sin tomar en cuenta las necesidades de la población, sin preguntarse sobre qué y cómo hablan los destinatarios. Es decir, presupone que los emisores son los que saben qué se debe hacer y los públicos no tienen saberes previos. Asimismo, se presenta una excesiva confianza en el poder de los mensajes, es decir, se asume que el discurso es por sí solo capaz de transformar una conducta, un hábito o una práctica. No se tiene en cuenta que los destinatarios y las destinatarias se encuentran inmersos e inmersas en una situación de comunicación caracterizada por la presencia de otros discursos, y ya cuentan con un universo discursivo propio y colectivo. Las perspectivas dominantes según este autor suelen concebir el conocimiento en salud como producido por los sectores científicos; traducido al lenguaje popular por médicos y periodistas/comunicadores; transmitido a los legos en interacciones médico-paciente, actividades de promoción de la salud o medios de comunicación y recibido por el público de forma pasiva.

Uno de los primeros en advertir una tensión entre dos paradigmas fue Silvio Waisbord (2001) en su trabajo sobre modelos de comunicación para el desarrollo. El autor marcó las diferencias entre un modelo que ponía el énfasis en el cambio de comportamiento individual y otro en la transformación de los determinantes sociales de la salud, y planteaba un esquema de doble entrada que postulaba las características de cada uno:

- explicaciones culturales frente a explicaciones ambientales del subdesarrollo;
- teorías e intervenciones psicológicas frente a teorías e intervenciones sociopolíticas;
- modelos de actitud y comportamiento frente a modelos estructurales y sociales;

- desarrollo de intervenciones centradas en el individuo frente a desarrollo de intervenciones centradas en la comunidad;
- modelos de comunicación jerárquica y orientados por el emisor frente a modelos de comunicación horizontal y participativa; concepciones de audiencias y poblaciones activas frente a concepciones de audiencias y poblaciones pasivas; y
- enfoque de la participación como medio frente a enfoque de la participación como fin y derecho.

De esta forma, a partir de los primeros desarrollos y aportes en torno a la relación entre comunicación y salud, se configura la distinción entre un modelo informacional de la comunicación (que se centra en el uso y manejo de técnicas, instrumentos y medios de comunicación) y un modelo relacional (que contempla los procesos de producción social de sentido). Estos trabajos (Beltrán, 1995, 2010; Uranga, Díaz y Femia, 2002 ; Díaz y Uranga, 2010; Cuberli, 2008; Lois, 2013, 2016; Natansohn, 2008; Petracci, 2015; Poccioni, 2019; Prieto Castillo, 2000; Regis, 2010) coinciden en que históricamente los procesos de comunicación y salud se constituyeron sobre un modelo de corte conductista centrado en la curación de la enfermedad, y en el que los medios masivos y la publicidad ocupaban un lugar central. A la vez, en líneas generales, plantean la necesidad de generar investigaciones y marcos conceptuales que contemplen la complejidad de las prácticas sociales y los intercambios de sentidos en los procesos de comunicación en salud, cuestión que ha cobrado cierto impulso en los últimos años.

Salud comunitaria y comunicación – comunicación comunitaria y salud

A la hora de pensar los cruces entre la salud, la comunicación y lo comunitario, partimos de la idea de que lo comunicativo es una dimensión básica de la vida y de las relaciones humanas y socioculturales. Es el reconocimiento de la existencia de actores que se relacionan entre sí dinámicamente, a través de

medios, soportes tecnológicos o cara a cara, en un territorio donde existen unos, unas, otros y otras con quienes cada sujeto individual o colectivo establece interacciones.

En este cruce se toma como punto de partida la cultura, la realidad y la experiencia de las propias comunidades a la hora de abordar procesos, políticas y estrategias de comunicación. Esta perspectiva implica una relación dinámica entre las posiciones de emisión y recepción, es decir, comprender que ambas son dinámicas e intercambiables. Asimismo, se entiende que siempre se comunica desde un lugar histórico, geográfico y cultural determinado, y que el discurso está inscrito en una trama sociocultural que opera en la emisión y la recepción.

En este sentido, se propone un abordaje de las prácticas sociales de salud - enfermedad - atención en territorio desde una mirada que comprenda las desigualdades en el acceso a los recursos (de distinto tipo) y los procesos de significación e intercambio de sentidos. Es decir, dar cuenta de la multiplicidad de dimensiones desde donde acercarnos al cruce de la comunicación y salud comunitaria, comprendiendo que es un espacio que se ha ido nutriendo de teorías, metodologías, políticas, prácticas, tecnologías, actores, instituciones, agendas, relaciones de poder y disputa de sentidos, en un marco de escenarios sociales complejos, y reconociendo las mediaciones tanto materiales como simbólicas que entran los procesos de comunicación en salud (Lois y Maier, 2012).

Siguiendo a Martín Barbero (1987), se considera que pensar los procesos de comunicación en salud desde una perspectiva comunitaria significa dejar de pensarlos desde las disciplinas y desde los medios, romper con la seguridad que proporciona la reducción de la problemática de comunicación a la de las tecnologías y entender a los sujetos como productores de sentido. Esto implica comprender los procesos comunicacionales en condiciones materiales e históricas concretas y, a su vez, situarlos en un contexto sociopolítico más amplio, atravesados por procesos de construcción de hegemonía.

La decisión de pararse desde una posición situada conlleva necesariamente a reconocer complejidades, tensiones y actores sociales en disputa, a la vez que se aleja de las miradas neutrales e ingenuas en torno a las relaciones comunica-

cionales. Los contextos establecen los límites de lo posible, así como instituyen modalidades hegemónicas de confrontación. Lo situado da cuenta de la relación de la significación con la organización de la vida económica y las prácticas políticas. En este marco y volviendo a la comunicación comunitaria, se dirá que se encuentra necesariamente tramada por los escenarios y contextos socio-históricos y protagonizada por actores específicos (Amati, Jaimes y Lois, 2015).

El lenguaje o los lenguajes son una cuestión central por considerar. Nuestro lenguaje constituye una característica esencial, en cuanto diferenciadora, del ser humano. El lenguaje es fundamentalmente productor y portador de sentido a través de ideas, sentimientos, valores, ideales. Por esto, cuando hablamos, escribimos, informamos; reforzamos valores, modelos, estereotipos. No se trata de lo que queremos decir, sino qué sentido tiene lo que decimos al ser escuchado por otros y otras. Como plantea Rafael Echeverría (1998), lo que importa no es lo que se dice, sino lo que la otra persona interpreta. El lenguaje “construye el mundo”; lo recrea, lo sostiene, e incluso prefigura “otros mundos posibles”.

Desde estas genealogías, es posible sostener que la comunicación en salud, desde una perspectiva comunitaria, se posiciona desde el reconocimiento de que las prácticas de comunicación que no son impulsadas por los grupos y las instituciones dominantes no tienen aseguradas ventajas epistémicas ni políticas; así como tampoco pueden dar por descontada la legitimidad y autenticidad de sus ideas ni asegurados sus modos de circulación. Al partir de las desigualdades, estructurales, raciales y genéricas (entre otras), se esboza una mirada de la salud y de la comunicación que se preocupa por las situaciones de exclusión y negación de los grupos y sujetos que ocupan los lugares subordinados de la sociedad, que privilegian a unos o unas sobre otros otras, naturalizando la diferencia y ocultando las desigualdades que se estructuran y mantienen en su interior.

Siguiendo este marco, y a modo de cierre, es interesante recordar que tanto las perspectivas de salud comunitaria como de comunicación comunitaria tienen sus raíces en las discusiones y acciones políticas puestas en escena por los movimientos y organizaciones político-sociales, resalta su sentido contrahegemónico, su orientación hacia la acción de transformación y creación.

Bibliografía

- Amati, M., Isella, J. y Lois, I. (2014). *Comunicación popular, educativa y comunitaria*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Amati, M., Jaimes, D. y Lois, I. (2015). *30 años de Comunicación Comunitaria: algunas memorias y varios horizontes*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Barbero, M. J. (1987). *De los medios a las mediaciones*. Barcelona: Gustavo Gili.
- (2003). *Oficio de cartógrafo. Travesías latinoamericanas de la comunicación en la cultura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beltrán, L. R. (1995). *Comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: una evaluación sucinta al cabo de cuarenta años*. Discurso de inauguración de la IV Mesa Redonda sobre Comunicación y Desarrollo, organizada por el Instituto para América Latina (IPAL). Lima, Perú.
- (2010). Comunicación para la salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos. *Culturas Contemporáneas*, XVI(31), 17-65.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Buenos Aires: Montresor.
- Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de comunicación y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Antropología Social*, 14.
- Campo, M., Cardoso, N., Cuberli, M., Gómez, M., Isella, J. y Lois, I. (2015). *Recorridos desde la Comunicación Comunitaria*. Publicación del Taller Cuatrimestral de Comunicación Comunitaria. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, 18.
- Cuesta Cambra, U., Menéndez Hevia, T. y Ugarte Iturrizaga, A. (2008). *Comunicación y salud: Avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.
- Díaz, H. (2011). La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. En U. Cuesta, T. Menéndez, y A. Ugarte (Coords.), *Comunicación y salud. Nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: Editorial Complutense.

- Díaz, H. y Uranga, W. (2010). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Comunicación y Salud*, 1(1).
- Echeverría, R. (1998) *Ontología del lenguaje*, Santiago, Dolmen Ediciones.
- Huergo, J. (2004). *Comunicación popular y comunitaria: desafíos político-culturales*. *Nodos*, 4.
- Kaplun, G. (2006). *Políticas de comunicación: cambios y resistencias*. Bogotá: FELAFACS.
- Kejval, L. (2009). *Truchas. Los proyectos políticos-culturales de las radios comunitarias, alternativas y populares*. Buenos Aires: Prometeo.
- Lois, I. (2010). Comunicación comunitaria, Universidad y organizaciones sociales: un espacio para la construcción del “otro”. *Margen*, 57.
- (2013). Salud sexual y reproductiva: políticas de comunicación en disputa en las instituciones de salud. *Avatares de la Comunicación y la Cultura*, 5. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- (2016). Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, llevadas a cabo en el Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- (2018) “La Comunicación Popular y Comunitaria Desde Una Perspectiva Intercultural”, en *Hacia un Periodismo Indígena*, Damián Andrada (comp). Buenos Aires, USAL.
- Lois, I. y Maier, B. (5 de septiembre de 2012). Sobre Comunicación y Salud. Página 12. Recuperado de <http://goo.gl/xzBHEv>.
- Magarola, O. (2014). Una aproximación al campo de la Comunicación y Cultura Comunitaria. *Apunte de cátedra*, Taller Anual de la Orientación en Comunicación Comunitaria. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Mata, M. C. (2011). Comunicación popular. Continuidades, transformaciones, desafíos. *Oficios Terrestres*.
- Natansohn, G. (2008). Planejamento da comunicação comunitária e institucional ao serviço da saúde. Memorias del IX Congreso de ALAIC. México.

- Petracci, M. (2015). *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
- Prieto Castillo, D. (2000). “Comunicar para la salud”. Comunicación, Universidad y Desarrollo, La Plata, Colección Investigaciones de la Plangesco Nro. 1, FPyCS, UNLP .
- (2000). *Comunicación, Universidad y Desarrollo*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS-La Crujía.
- Poccioni, M. (2019). Comunicación y políticas de salud, en “Gobernar para el ejercicio de derechos: Desafíos y estrategias 2020” (Comp. Paula Amaya). Florencio Varela: Editorial Universidad Nacional Arturo Jauretche. En prensa.
- Regis, S. (2010). Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud. *Question*, 13.
- Terán, O. (1983). *América Latina: positivismo y nación*. México: Katún.
- Thomas, W. y Znaniecki, F. (2004 [1918]). *El campesino polaco en Europa y América*. Madrid: CIS.
- Uranga, W; Díaz, H. y Femia, G. (2002). *Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud*. II Congreso Nacional de Comunicación y Salud. Madrid.
- Waisbord, S. (2001). *Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo*. Fundación Rockefeller. Mimeo.

5.2. La alimentación en debate, fenómeno individual o comunitario

Martín Silberman y Natalia Deluca

Introducción

La alimentación es una necesidad orgánica básica. Nuestro cuerpo debe nutrirse para cumplir las funciones que mantienen la vida y, para ello, deben ingresar determinadas cantidades de energía, micro y macronutrientes provenientes de diversas fuentes externas. La composición nutricional de lo que ingresa al organismo para sostener el gasto es lo que denominamos la “dimensión biológica” o la “perspectiva nutricional” de la alimentación. Esta perspectiva es sumamente importante y valiosa a la hora de aproximarnos al tema de la alimentación, ya que debemos saber reconocer aquellos alimentos que permiten incorporar los nutrientes esenciales para promover la salud en la población.

Otro elemento necesario para poder abordar de manera exhaustiva el tema de la alimentación es el de reconocer su carácter social, cultural y hasta político. Social en cuanto a que el evento alimentario, en palabras de Patricia Aguirre (2004), se desarrolla en:

un sujeto social, el comensal, realizando una práctica social: comer los platos de la cocina de su tiempo. Y esta práctica social está legitimada por saberes y poderes que contribuyen a darle sentido, y por lo tanto perpetuarla y transformarla en el tiempo.

Cultural en términos de que la comida es una práctica que cumple diversas funciones en los grupos, revela posiciones y jerarquías que se otorgan mediante determinadas normas; se transmiten valores y tradiciones a través de la comida, las comidas en cuanto rituales recrean ficciones compartidas por los grupos que generan identificación y cooperación, entre otras cosas. Política en cuanto a que en un país se ponen en juego valores ideológicos que determinan las condiciones en las que los alimentos se producen, se distribuyen y se consumen de acuerdo con los diferentes grupos sociales que habitan dicho país. El resultado de la combinación de estos fenómenos explica el nivel de acceso a los alimentos de la población en un momento determinado.

Esta complejidad que rodea al tema de la alimentación tiene un efecto definitivo sobre el estado nutricional de las personas y allí comienzan a generarse preguntas que requieren ser debidamente analizadas. En gran parte del mundo se está atravesando un grave problema de malnutrición, sobre todo sobrepeso y obesidad, lo que ha llevado a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud a denominarlo como “epidemia de obesidad” (OMS, 2004). Este problema afecta a países de ingresos altos, medios y bajos; y en todas las etapas de la vida. Desde la década de 1980 a la fecha, la obesidad se ha más que duplicado en el mundo, con enormes impactos en la morbilidad y mortalidad relacionadas con enfermedades crónicas (OMS, 2004).

¿Cómo aproximarse al problema del consumo de alimentos? La perspectiva individual nos da elementos para identificar el tipo y cantidad de alimentos, calorías, frecuencias de una persona, es decir, las prácticas individuales. El nivel familiar nos permite ver y caracterizar estrategias de consumo del hogar de acuerdo con el tipo de familia en términos de nivel socioeconómico. El nivel comunitario, como intermediario entre lo familiar y lo social, nos permite analizar las condiciones que generan dichas estrategias, condiciones sociales, políticas, económicas, de desarrollo tecnológico, sanitario, e incluso los elementos simbólicos que utilizan los medios de comunicación para promover el consumo de algunos alimentos.

El caso de la Argentina

El caso de nuestro país es un ejemplo que nos puede servir para ver las fuerzas que se ponen en juego a la hora de analizar el fenómeno alimentario. En principio, vale la pena observar los resultados obtenidos mediante la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019) en sus cuatro mediciones correspondientes a los últimos catorce años.

Tabla 1. Evolución de indicadores de sobrepeso y obesidad, Argentina 2005 - 2018

	2005	2009	2013	2018
	Porcentaje			
Exceso de peso (sobrepeso + obesidad)	49,0	53,4	57,9	61,6
Sobrepeso (IMC \geq 25 y <30)	34,4	35,4	37,1	36,2
Obesidad (IMC>30)	14,6	18,0	20,8	25,4
Prevalencia de glucemia elevada o diabetes	8,4	9,%	9,8	12,7
Actividad física Baja	S/D	54,9	54,7	64,9

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la ENFR (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

Aquí podemos observar el aumento sostenido de indicadores de sobrepeso y obesidad acompañados de dos fenómenos íntimamente relacionados como son el aumento de la prevalencia de diabetes y el sedentarismo.

Cuando observamos estos datos surgen algunas preguntas y reflexiones: este fenómeno del exceso de peso ¿es un fenómeno individual?, ¿tiene raíces biológicas? ¿O tal como uno puede presuponer, al afectar a tantas personas en el mismo período se debe a cambios de nivel supraindividual que se encuentran ocultos a una mirada rápida y desprevenida?

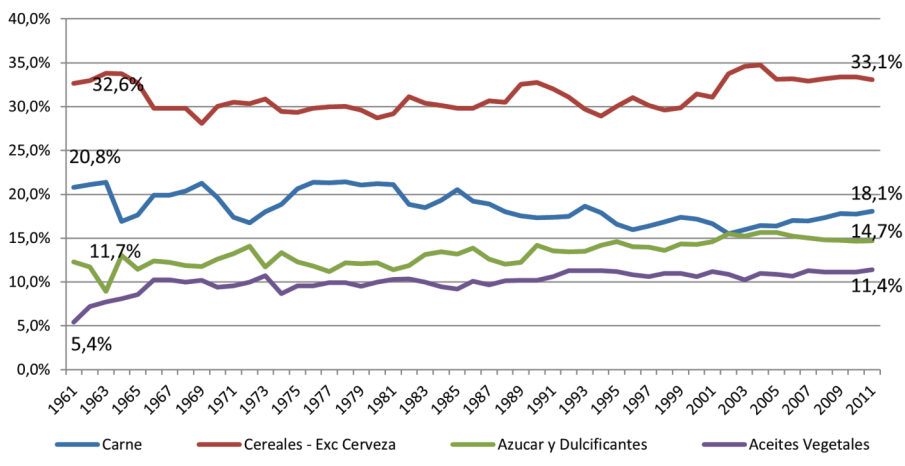
Precisamente buscaremos darle una explicación a la conformación de esta trama de eventos que van dando lugar a cambios estructurales de los alimentos que hemos consumido los argentinos, ya sea en cantidad, calidad, forma, frecuencia; que fueron consolidando un cambio en los patrones de consumo tradicionales en nuestro país.

En un trabajo publicado en 2016 (Silberman, 2017), se presentaron los cambios en los patrones alimentarios en la Argentina entre 1961 y 2011, en el que se buscó responder a las preguntas que dejamos planteadas en el párrafo precedente. Se revisaron las hojas de balance alimentario de la Organización de Naciones Unidas para Alimentos y Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés). Allí se encontraron datos sobre consumo de alimentos que permiten encontrar pistas acerca del origen de los drásticos cambios que se han producido en tan breve lapso.

En principio se observa que la disponibilidad aparente del total de kilocalorías por día observada en la Argentina prácticamente no mostró diferencias entre el principio y final del período estudiado (de 3100 kcal/día en 1961 a 3150 kcal/día en 2011).

En cuanto a los grupos de alimentos que reporta la hoja de balance de alimentos de la FAO, los de mayor consumo aparente fueron: cereales excluida la cerveza, que explica entre el 30-35% de las calorías consumidas; carnes, que fluctúan entre un 15-20%; azúcares y dulcificantes entre 10-15%; y, por último, los aceites vegetales, que van de un 5-12% (gráfico 1). Los restantes grupos de alimentos, o de “segundo orden”, debido a su menor aporte en kilocalorías por día, no los incluiremos para el análisis.

Gráfico 1. Kilocalorías por día aportadas por los principales alimentos



Fuente: Silberman y otros (2017).

Los cereales excluida la cerveza fueron el grupo de alimentos que más aportaron al total del consumo aparente, su disponibilidad osciló entre 1043 y 903 kcal/día en el período de 1961 a 2011 (gráfico 1), lo cual correspondió aproximadamente al 30% del total; entre los cereales el trigo fue el de mayor consumo, el cual osciló entre 949,7-854,2 kcal/día. Por su parte, a lo largo del período, las carnes mostraron un descenso en su consumo aparente de cerca de 12%; su aporte fue aproximadamente del 20% del total de las kilocalorías por día disponibles. Del grupo de carnes, la de mayor consumo aparente fue la proveniente de la res, la que, al principio y al final del período, en 2011, disminuyó más del 30% (de 535,7 a 357,7 kcal/día), la cual fue reemplazada por la carne de aves de corral, que mostró un aumento de casi 90%.

En cuanto a los azúcares y dulcificantes expusieron un aumento muy significativo: en 1961 su disponibilidad fue de 360 kcal/día y para 2011 aumentó a 464 kcal/día. El mayor incremento se observó a partir de 1990 y en 2001 llegó a superar a la carne. Por último, los aceites vegetales en términos

absolutos mostraron una disponibilidad de 195 kcal/día en 1961 y para 2011 esta aumentó a casi 400 kcal/día; lo cual representó un aumento del 5% del consumo aparente total para 1961 al 11% a final del lapso estudiado.

En los resultados presentados, se observan importantes cambios en la disponibilidad de alimentos que podrían explicar en alguna medida el aumento del sobrepeso y de la obesidad que se ha observado en el país. Ahora revisemos algunos elementos que dieron origen a esos cambios.

En el caso de la disminución del consumo de carne de vaca, las razones son exclusivamente internas, entre las que es posible nombrar sin orden de preferencias: el proceso de agriculturización de las tierras más productivas de la Argentina (Ministerio de Hacienda de la Nación, 2019), un incremento en el precio relativo de la carne de vaca respecto a la carne de aves, la reducción del poder adquisitivo del salario real en la década de 1980 y 1990 (como se analizará más adelante) y, finalmente, problemas específicos de los productores como la falta de financiamiento. El proceso de agriculturización se refiere "...al desplazamiento de la actividad ganadera por cultivos agrícolas anuales, como los cereales y las oleaginosas; la poca productividad de la ganadería, fruto de la baja inversión y el desplazamiento hacia tierras de menor calidad" (Rearte, 2007, pp15).

Entre 2003 y 2010, la producción de carne aviar creció a una tasa anual promedio del 1,3% debido al aumento del consumo interno como a las exportaciones. En dicho período, si bien el precio del pollo aumentó, su precio relativo en relación con el de la carne vacuna se abarató. Así, mientras que en 2003 se necesitaban 1,6 kilos de pollo para comprar uno de carne, en 2010 se requerían 2,5 kilos. Lo anterior también se vio favorecido por políticas públicas, ya que desde 2007 los frigoríficos avícolas han recibido subsidio por parte del Estado nacional para mantener accesible el precio de la carne aviar en el mercado interno (Ministerio de Hacienda de la Nación, 2019).

En el caso de los azúcares y edulcorantes, así como los aceites vegetales, que como ya se mencionó, estos incrementaron sustancialmente su disponibilidad, vale la pena destacar que han sido y son los principales componentes utilizados en la elaboración de los alimentos procesados y ultraprocesados.

La *industrialización*, la *urbanización*, el *desarrollo económico* y la *globalización de los mercados* han generado cambios cualitativos en la producción, el procesamiento, la distribución y la comercialización de los alimentos, los que se han convertido en los productos alimenticios fabricados y comercializados en un mercado que ha crecido inusitadamente a escala mundial.

Señala Mintz (1996) que el aumento en el consumo de azúcar está relacionado con la cantidad de productos procesados que han invadido el mercado en los últimos decenios, ya que por su versatilidad se utiliza para darle “cuerpo” a los refrescos, tersura al pan horneado, estabilizar el contenido químico de la sal, mitigar la acidez de los alimentos, retardar el endurecimiento del pan y para inhibir el crecimiento bacteriano (por lo tanto sirve como “conservador”). El otro contribuyente en la elaboración de productos procesados es el aceite vegetal, en el período de estudio los aceites vegetales incrementaron su consumo más del doble (de 195 kcal/día en 1961 a 400 kcal/día en 2011). Estos dos ingredientes (azúcar y aceites vegetales), ya sea solos o combinados, se encuentran en prácticamente todos los alimentos procesados.

La industrialización de los alimentos, que se ha acelerado en los últimos 50 años debido al fuerte subsidio que recibieron las agroempresas en los Estados Unidos y en otros países, ha desarrollado ciertos procesos químicos para “abaratar” el proceso industrial Mintz (1996). Al respecto, en la Argentina el gran aumento en la producción de soja puede explicarse debido a la gran demanda que ejerce China en su necesidad de alimentar el ganado porcino. Así, la sobreproducción de soja ha dado como consecuencia la fabricación y el uso masivo de aceites vegetales económicos para la elaboración de alimentos procesados y ultraprocesados y para su uso doméstico.

Patrones alimentarios y salario real

Los cambios observados en la composición y organización cronológica de los patrones alimentarios muestran una fuerte correlación con la evolución del salario real, es decir, la modificación en el salario real sigue el mismo

sentido que las variaciones en el consumo aparente de kilocalorías por persona por día, principalmente luego de 1975 (Graña y Kennedy, 2008). Estas fluctuaciones, además, coinciden con períodos de crisis y recuperación económica en la Argentina.

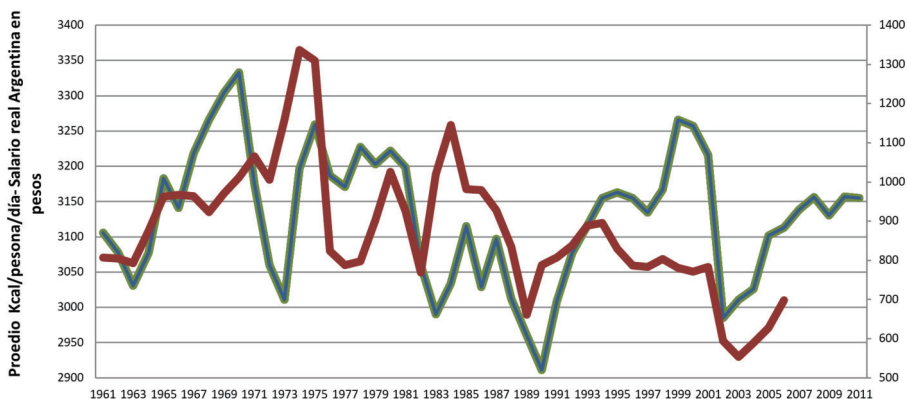
Desde mediados de la década de 1970, con el comienzo de la última dictadura, Argentina comenzó un proceso de cambio para reemplazar el desarrollo por sustitución de importaciones a un modelo económico basado en la liberalización financiera, crecimiento vía exportaciones y una presencia reducida del Estado en la economía. Este tipo de políticas se intensificaron en la década de 1980 y 1990 con el auspicio de organismos internacionales de crédito (como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo). Este tipo de políticas se epitomó en el Consenso de Washington (Williamson, s.f.).

Si bien los organismos internacionales de crédito no obligan a los países a implementar este tipo de políticas, muchas de estas políticas económicas conforman el listado de condiciones que estos organismos exigen para acceder a préstamos y rescates financieros.

Los resultados de esta estrategia han sido negativos en todos los países de América Latina, lo cual generó las que se conocen como “décadas perdidas”, que en la Argentina se agravaron por los traumáticos efectos del proceso hiperinflacionario que sufrió el país.

En el gráfico 2, se puede observar una alta similitud entre la curva del salario real y el consumo de kilocalorías por día principalmente desde 1975 hasta el final del período de estudio. Cuando el salario real cae en 1975, el consumo de kilocalorías por día disminuye marginalmente y se mantiene estable hasta 1981, momento en que evidencia una fuerte caída. Por tanto, es posible inferir que el consumo de alimentos desciende luego de varios años de deterioro del salario real, es decir, al bajar el salario real, el consumo de alimentos no disminuye automáticamente, sino que primero baja el gasto en otros bienes y, luego, si el menoscabo del salario real se mantiene, decrece el gasto en alimentos.

Gráfico 2. Comparación entre kilocalorías por persona por día con relación al salario real en pesos (Argentina 1961-2011)



Fuente: Silberman y otros (2017).

Conclusiones

Como podemos observar en este trabajo, los patrones alimentarios en la Argentina se han modificado drásticamente a favor de una dieta con mayor contenido de azúcares y aceites vegetales. Ello trajo aparejado un deterioro en cuanto al estado nutricional de los argentinos que han aumentado el sobrepeso y la obesidad en forma notoria, acompañado con un fuerte incremento de patologías crónicas, especialmente la diabetes.

A la hora de querer comprender los motivos que generaron estos cambios, encontramos numerosas explicaciones que tienen orígenes diversos, aunque todos ellos condicionados por cambios en niveles supraindividuales. Ejemplo de ello es el descenso del consumo de carnes, sobre todo a partir de la disminución del consumo de carne de vaca. Dicho cambio se explica por dos motivos: en primer lugar, productivos, por el cambio hacia la agriculturización de las tierras; y en segundo, político-económicos, ya que el Estado colaboró subvencionando la producción aviar y abaratando el precio del pollo para

destinar mayor exportación de carne de vaca y su inevitable incremento de precio relativo. En cuanto al aumento del consumo de azúcares y aceites vegetales, podemos encontrar las razones en la creciente industrialización de los alimentos, el desarrollo de alimentos procesados y ultraprocesados con alto valor energético y su bajo precio relativo. Motivos de origen global, como la tracción de demanda de soja por parte de China, que motivaron cambios productivos y reorientación de cultivos hacia este cultivo y posterior aparición de productos baratos derivados de la soja como el aceite.

Por último, podemos ver que las modificaciones en el salario real se relacionan muy estrechamente con el consumo de alimentos, sobre todo en cuanto a las carnes que acompañan el descenso del poder adquisitivo del salario con la disminución del consumo de carne y su reemplazo por alimentos ultraprocesados, en los que los panificados resultan mayormente seleccionados.

En este texto, quisimos plantear los diferentes niveles de análisis que rodean los cambios alimentarios que se producen en nuestro entorno. Si bien se observa que las personas y las familias hacen elecciones propias; dichas elecciones están muy acotadas por la baja disponibilidad de alimentos saludables. Esta baja disponibilidad tiene determinantes muy potentes que deben buscarse en esferas sociales, económicas, políticas, históricas, sociales y otras. Viendo esta compleja red de fenómenos que intervienen en la composición de la dieta de los argentinos y argentinas, es difícil poder situar en el nivel individual y familiar a responsabilidad por la búsqueda de una alimentación saludable. Es un acto casi reflejo en el marco de la atención de una persona con problemas de sobrepeso y obesidad involucrar y culpabilizar a la persona o al responsable de los cuidados en relación con una dieta basada en hidratos, azúcares y grasas, cuando, según quisimos demostrar, esa capacidad de elección está fuertemente condicionada al acceso.

Por lo tanto, los esfuerzos para promover cambios positivos en torno a la alimentación deben darse en planos comunitarios, generando redes de articulación con los grupos de productores de verduras y hortalizas, involucrando y presionando a los actores sociales y políticos a que acompañen esta propuesta.

Concomitantemente se requieren normas de comercialización y publicidad, para desarrollar consumidores y consumidoras responsables; así como educación alimentaria desde el nivel inicial para generar hábitos de compra y consumo saludables. Estas acciones serán importantes solamente si es política de Estado el desarrollo de una nueva conciencia alimentaria en nuestro país.

Bibliografía

- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Recuperado de <http://casamdp.files.wordpress.com/2013/08/158729458-93977537-ricos-flacos-gordos-pobres.pdf>
- Graña, J. M. y Kennedy, D. (2008). Salario real, costo laboral y productividad. Argentina 1947-2006. Análisis de la información y metodología de estimación. *Documentos de Trabajo*, 12.
- Ministerio de Hacienda de la Nación (2019). Informes de cadenas de valor. Frutas de carozo. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sspmicro_cadenas_de_valor_fruta_de_carozo.pdf
- Mintz, S. (1996). *Dulzura y poder. El lugar del azúcar en la historia*. México D.F.: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004). Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria – estudio Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311 [Internet]. 2015. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/releases/NFM0715/es/>.
- Rearte, D. (2007). La producción de carne en Argentina. Recuperado de http://www.produccion-animal.com.ar/informacion_tecnica/origenes_evolucion_y_estadisticas_de_la_ganaderia/48-ProdCarneArg_esp.pdf.

Secretaría de Gobierno de Salud (2019). 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales resultados. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Silberman, M., Moreno-Altamirano, L., Hernández-Montoya, D., Capraro, S., García-García, J.J. y Soto-Estrada, G. (2017). Dietary patterns, overweight and obesity from 1961 to 2011 in the socioeconomic and political context of Argentina. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 68(1).

Williamson, J. (s.f.). Lo que Washington quiere decir cuando se refiere a reformas de políticas económicas. Recuperado de <https://morenopcpc8.files.wordpress.com/2014/10/lo-que-washington-quiere-decir.pdf>

5.3. La perspectiva de género y la salud comunitaria



María Pozzio

Resumen

Este capítulo propone un recorrido sobre las nociones de género y salud comunitaria y sus relaciones. Así, comenzaremos planteando el modo en que comenzó a tematizarse el género, incluso antes del surgimiento de su uso en la teoría feminista y la historia de las mujeres. Luego, continuaremos por el modo en que dio lugar a lo que hoy conocemos como perspectiva de género y, especialmente en el campo de la salud, la noción de equidad de género. Por último, ya anclados en el ámbito de la salud comunitaria, se proponen algunos caminos de interlocución que centran la perspectiva de género en las ideas de los territorios y los cuidados.

Género

La tarea del feminismo ha sido hacer visible lo invisible: y eso que quería salir a la luz, hacerse evidente, era el género. En los últimos años, pero sobre todo en lo que podemos denominar la “cuarta oleada” del feminismo, las palabras “género/géneros” están en boca de todo el mundo. Pero ¿qué significa

“género”? En este capítulo no pretendemos dar una definición, pero sí dejar claro a qué aludimos cuando hablamos de género y perspectiva de género, y qué consecuencias acarrea la puesta en práctica de dicha perspectiva en el campo de la salud comunitaria.

Antes de que la palabra “género” entrara en el vocabulario de las ciencias sociales y los movimientos de mujeres, en 1935, la antropóloga Margaret Mead (2006) —a partir de la observación de las costumbres y organización de pueblos lejanos y exóticos como eran los de la Polinesia y Melanesia en la década de 1930— planteó que los roles de las mujeres y los varones están dados por la cultura y no por la naturaleza. Ella vio cómo lo que es femenino para los occidentales —por ejemplo, criar amorosamente a niños y niñas— no era necesariamente una tarea femenina en otros pueblos y los atributos de la masculinidad para Occidente —por ejemplo, la lucha, la fuerza— podían ser vistos y valorados en las mujeres de otros pueblos. Es decir: es la cultura, la forma en que entendemos y vivimos el mundo humano, lo que nos *ordena* la diferencia sexual entre las personas. Unas décadas después, la escritora Simone de Beauvoir planteó que “mujer no se nace”, diciendo con ello que la mujer —y el varón y cualquier otra identidad— se construyen a lo largo de la vida y la socialización.

Mientras tanto, en un área de la medicina que estudiaba los desórdenes en torno de la identidad sexual y la genitalidad, comenzaron a implementarse las cirugías de reasignación de identidad de “género”, queriendo dar cuenta con ello de la forma en que el sujeto vivía, procesaba y sentía su diferencia: de allí, del ámbito médico, surge entonces este vocablo que servirá para denominar todo esto que Mead, Beauvoir y tantos otros autores venían planteando. De las muchas y posibles formas de entender el género, la historiadora Joan Scott (1996) nos ha dejado una de las visiones más claras: el género es una categoría de análisis que nos permite entender el procesamiento cultural, social y político de la diferencia sexual. Es decir, es lo que nos permite entender cómo se configura, en cada sociedad y momento histórico, el modo en que percibimos, ordenamos, jerarquizamos, incorporamos, vivenciamos, etcétera, las diferencias e identidades sexuales, las ideas y valoraciones de lo femenino, de lo masculino y de los roles sociales adjudicados a cada uno. El género alude a las rela-

ciones de poder entre las personas y no alude exclusivamente a la opresión de las mujeres —aunque la explica—. En el debate actual, hablamos de “géneros” —en plural, no solo de género— aludiendo a la posibilidad de comprender todas las diferencias, sin limitarnos al modelo binario de masculino y femenino.

Actualmente hay muchos planteos teóricos que complejizan y enriquecen estas miradas sobre el género y los géneros. Nos interesa plantear dos usos interesantes: uno, que plantea un sistema sexo-género (Rubin, 1986), que permite entender las jerarquías que nuestras sociedades elaboran respecto a las identidades de género y orientaciones sexuales, de donde surge el término “hetero-normativo”, por cuanto en la cima de esa jerarquía —quien domina y establece su norma como “la norma”— se encuentran las identidades heterosexuales, establecidas a partir de una masculinidad dominante y una sexualidad que denominamos “cis”. El otro se vincula no a la idea de sistema, sino a la idea de la fluidez: el género no es algo —una sustancia—, sino es una *performance*, algo que se hace y rehace todo el tiempo y, por lo tanto, puede cambiar y transformarse (Butler, 2007).

Estas ideas y debates se fueron institucionalizando en los diversos ámbitos sociales y políticos y dieron lugar a lo que se conoce como “perspectiva de género”. Esta implica incorporar, en los distintos ámbitos, una mirada que pueda dar cuenta del modo en que se construyen estas diferencias, en pos de evitar con ello la perpetuación de las desigualdades. Es decir: perspectiva de género no solo es hacer visible las diferencias de género, sino actuar para que ellas no continúen produciendo opresión y desigualdad: ni en la escuela, ni en la familia, ni en los sindicatos, centros de salud, en lo deportivo, en lo cultural, en las políticas económicas, etcétera. No hay lugar donde no sea posible poner en práctica una perspectiva de género. En el ámbito de la salud, tan ligado a la corporalidad, la reproducción, el bienestar/malestar, la sexualidad, la implementación de la perspectiva de género es fundamental y necesaria en todos los órdenes: en la formación de las personas que trabajan en salud, en el espacio de las instituciones, en las modalidades de la atención de la salud, en el diseño de las políticas, etcétera.

Género y salud

La categoría de género entra en el campo de la salud como *perspectiva de género* en términos globales después de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín, en 1995, y comienza a tener producción teórica en español a finales del siglo XX e inicios de los 2000. Plantea la necesidad de dar cuenta del modo en que esa forma cultural de procesar las diferencias sexuadas tiene repercusiones claras en la salud de las personas y poblaciones, así como en los sistemas de salud. Veamos a continuación por ejemplo una definición propuesta por Gómez Gomez para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que nos permitirá analizar algunas cuestiones.

Las desigualdades entre los sexos en materia de poder, recursos, derechos, y normas permean el tejido social y económico de todas las naciones, afectando adversamente la salud de millones de personas. Este efecto ocurre a través de factores tales como la acción de patrones discriminatorios en la alimentación y la atención de la salud infantil; el abuso sexual y la violencia en contra de las mujeres; la exposición diferencial a riesgos; las desigualdades en el acceso a recursos, servicios, y protección social en salud; el poder desigual de decisión sobre la propia salud; las asimetrías en ciertos determinantes de la salud tales como la educación, el trabajo y la remuneración; el reparto desigual de la responsabilidad por el cuidado no remunerado en el hogar; y el desequilibrio en la representación política (Gómez Gómez, 2002).

A pesar de partir de la noción de sexo, esta definición es operativa, pues plantea las desigualdades y abre las puertas a la noción de equidad; noción que parte de la evidencia de la desigualdad en el acceso a los servicios y en la desigual forma que tenemos de enfermarnos y morir; y que, por lo tanto, busca disminuir esas desigualdades consideradas como injustas.

Así, fomentada desde los organismos internacionales y “bajada” por las políticas estatales a los distintos niveles de los sistemas de salud, la equidad de género en salud puede ser vista como una más de las políticas correctoras de los defectos “socialmente” más peligrosos del capitalismo; a la vez que una demanda de los movimientos de mujeres que se logra institucionalizar en el Estado. Es decir, la equidad es la respuesta institucionalizada a las demandas que visibilizan el género como sistema productor de desigualdades en salud. Desde una mirada un tanto crítica, es importante rescatarla, pues contiene todas las tensiones que la perspectiva de género subraya y problematiza: la desigualdad del poder, las formas que el poder genera para disminuir la desigualdad, las formas en que los sujetos sociales se apropian de esas formas para estirar los límites de lo posible un poco más allá.

Respecto de la perspectiva de género y la equidad en el acceso, muchas son las propuestas que se han desarrollado;¹ cabe mencionar que, si bien las mujeres como colectivo son el sujeto con mayor interlocución en el sistema de salud — por ejemplo, en el llamado binomio madre-hijo de las políticas materno-infantiles—, los temas del presente que la equidad de género tiene como meta son, desde nuestro punto de vista: el acceso a los servicios de salud de la diversidad sexual (garantizando así la salud integral de los distintos sujetos integrantes del colectivo de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales [LGBT]) y el acceso a servicios de salud reproductiva garantizadores de derechos, incluyendo el derecho de la interrupción del embarazo para cualquier persona gestante.

Respecto de la perspectiva de género en los procesos de salud-enfermedad (individuales y poblacionales), en el último tiempo, ha comenzado a asimilarse el género con un determinante social de la salud. Si bien esta propuesta ilumina el hecho insoslayable de que enfermamos -recibimos atención o cuidados - morimos de manera diferente, según nuestro género; también es cierto que

1 Visibilizando las desigualdades en los recursos humanos, elaborando guías para la elaboración de estadísticas con Perspectiva de Género, y en programas concretos, como los de salud sexual y reproductiva.

termina “factorizando” —volviendo un factor más, como variable dependiente, dato superestructural— una dimensión histórico social en disputa, hecha cuerpo, intersectada por otras dimensiones histórico-sociales en disputa como la clase, etnia o raza². Advertidos para no correr ese riesgo, es indudable que la perspectiva de género cambia para siempre la forma que tenemos de entender los procesos de salud - enfermedad - atención; cambio que implica plantear de manera distinta las estadísticas, para tener una epidemiología sensible al género; hasta reconfigurar todo el armado de las políticas de salud en los distintos niveles, de manera transversal: no solo allí cuando hablamos o actuamos sobre salud sexual, sino también cuando hablamos y actuamos sobre enfermedades infecciosas transmisibles y no transmisibles, crónicas, gestión del agua, alimentación, usos problemáticos de sustancias, política de medicamentos, etcétera.

Por último, es necesario volver a aclarar que cuando referimos a la perspectiva de género, hacemos alusión al sistema de género. ¿Qué quiere decir esto? Hay un sentido común que tiende a asimilar perspectiva de género en salud con salud de las mujeres. La perspectiva de género en salud implica la salud femenina —sin duda—, pero también la salud masculina y la salud de los otros géneros; implica poder ver la forma distinta de crecer, padecer, envejecer según nuestras biología e identidades sexuales, según el cuerpo sexuado y la identidad de género, y todo esto en íntima conexión con la clase social y demás dimensiones de las relaciones de poder que dejan su impronta en el cuerpo vivido como una producción histórica —que no puede ser reducido, aunque sí incluye, su anatomía y fisiología—.

Así, en términos generales, en este camino de hacer visible lo invisible, la perspectiva de género en salud ha permitido tematizar y atender cuestiones relativas a la procreación y la sexualidad, a las violencias, las crianzas-infancias

2 Hablar de raza supone plantear la existencia de procesos de racialización, es decir, de construcción de una categoría sociobiológica que clasifica y jerarquiza grupos humanos, categoría construida en la emergencia del capitalismo para justificar la explotación de grupos humanos en función de sus características; y no supone la existencia de razas humanas.

y los derechos sobre el propio cuerpo —que incluye sus malestares y bienestar— de todas las personas —aunque mayormente, convertida en políticas de salud, apele a las mujeres—.

Género y salud comunitaria

A lo largo de este libro, se debate acerca de los sentidos de lo *comunitario*. Ahora bien, en relación con la perspectiva de género, consideramos importante poder pensar lo comunitario al mismo tiempo como una escala y como un espacio social. Como *escala*, porque permite vislumbrar a nivel de lo microsocial —de las interacciones cotidianas en los barrios, en los centros de salud, en los territorios, el modo encarnado y singular en que el género como sistema opera— rescatando todo lo planteado anteriormente en la relación entre género y salud, pero en esta escala de lo comunitario. Esta tiene sus implicancias tanto para su estudio —una escala de análisis— como para la intervención —lo local y comunitario como diferente a lo regional, global, etcétera—.

Sin embargo, al mismo tiempo, podemos considerar lo comunitario como un espacio social singular constituido como tal a partir de su territorialidad. Es decir, es un espacio territorializado, donde no puede pensarse por separado el territorio de las relaciones que allí emergen: es lo que se conoce como una ontología relacional que teje esa “densa red de interrelaciones y materialidad” (Escobar, 2015: pp. 27) como una misma cosa. Las personas, las relaciones, las problemáticas de salud, las estrategias a implementar, las preguntas por responder surgen de la territorialidad así concebida. El territorio no es solamente el lugar donde las cosas suceden, así como el cuerpo no es meramente la anatomía, el envase de la identidad, la cárcel del alma. Si el género nos ha permitido entender de otro modo la relación con lo corporal, también debe permitirnos ver de otro modo la relación con lo territorial. Para lo cual es central entender cómo ambos también se condicionan y constituyen. Así, el espacio de lo comunitario es, además, esa red de relaciones significativas que tejen las personas entre sí y donde el género, como procesamiento cultural

de las diferencias sexuales y como relaciones de poder, debe ser atendido en toda su complejidad. Por ejemplo, cuando desde el primer nivel de atención se piensan estrategias para fomentar la participación social en salud, debe tenerse en cuenta que la participación será la de esas redes, movilizadas e interpeladas, y no solo la participación “visible” de las personas individuales con quienes el primer nivel interactúa. Cuando se invoca el territorio, no se alude solo al espacio y quienes viven allí, sino el modo en que se vive, se siente, se sufre, se enferma, se muere. El territorio vivido y genéricamente construido.

Ahora bien, como escala y como espacio social, lo primero que nos muestra la relación entre género y salud comunitaria es la cuestión de los cuidados. Considerando a los cuidados como un trabajo —que puede ser remunerado o no—, realizado principalmente por las mujeres, que consiste en cuidados materiales y no materiales, de sostenimiento y vínculos afectivos, que no se valora ni reconoce socialmente; aludiendo especialmente a las tareas relacionadas al cuidado infantil y de enfermos, dependientes y ancianos, es útil distinguirlo del trabajo doméstico de limpieza y reproducción del hogar (Aguirre, 2005; Faur, 2014). Hay nuevas perspectivas que permiten hacer ver también como tarea de cuidados las vinculadas al cuidado de los recursos (agua, por ejemplo) y la provisión colectiva de algunos bienes y servicios necesarios para la reproducción de la vida social (las calles, las escuelas, la seguridad). Sin duda, para estas tareas de cuidado, lo comunitario es central porque muchas se resuelven comunitariamente. Aquí es importante evitar ciertas confusiones: tiende a superponerse el plano de lo doméstico con lo comunitario —el estudio concreto será el que permita, en cada caso, su diferenciación—; está claro que, en muchos casos, lo comunitario es una extensión de lo doméstico —las redes de vecinas que se cuidan les hijes—, pero también es necesario señalar que implican ambos niveles diferentes de visibilidad, organización, sociabilidad, que al confundirlos, reduce la mirada de las potencialidades de lo comunitario, que muchas veces implica una interpelación al orden público y también, por qué no, al orden doméstico.

Adicionalmente, es necesario introducir la variable política para entender esa provisión de cuidados, ya que como plantean las economistas feministas,

la provisión de cuidados es un asunto central de economía política. En la provisión de cuidados lo comunitario se enlaza, repele, intercepta con el mercado, con las familias, con el Estado, en tanto muchas veces ante la retracción del Estado o un déficit público de cuidados, son las familias, o el mercado, o los espacios comunitarios quienes se organizan para el suministro de esas tareas y servicios. Si bien, en la Argentina, tendemos a pensar lo comunitario como carente y precarizado, como la respuesta posible que se da ante la ausencia del Estado, es importante comparar con otras experiencias americanas, donde se ven las potencialidades de la organización comunitaria a la hora de proveer servicios de cuidado (Vega Solís, Martínez Buján y Paredes Chauca, 2018). En relación con salud comunitaria, han comenzado a analizarse ejemplos de organización comunitaria para la provisión de servicios de salud: desde las “salitas” construidas por agrupaciones de vecinos hasta servicios de emergencia sostenidos por movimientos sociales (servicios de emergencias villeras). En este sentido, un aspecto interesante para tener en cuenta es la aparición hace ya varios años de la figura de “promotor/a de salud”, mayoritariamente mujeres de los barrios populares, que a partir de movimientos políticos y sindicales han asumido incluso cierta responsabilidad sobre la salud de sus vecinas y vecinos, a veces con un reconocimiento ínfimo en cuanto a lo monetario —a través de becas y planes sociales— y otras prácticamente como un voluntariado hacia su comunidad.

A su vez, la mayoría de los comedores populares, que son a veces la única posibilidad de acceso a una alimentación medianamente digna para las barriadas, están a cargo de mujeres, como también han sido mujeres quienes han formado parte de políticas públicas como el Plan Vida (a través de las manzaneras) y el Plan Comadres. En todos estos casos, ese rol de cuidado se acentúa, generando a su vez no solo más responsabilidades a las mujeres, sino que además configura de forma diferente las relaciones con sus vecines.

Por último, es importante pensar en la salud comunitaria como parte del sistema de salud, en cuanto es el lugar de la interacción con los destinatarios de las políticas, el lugar donde el sistema “sale” puertas afuera —sobre todo en acciones de promoción de la salud— y es, a la vez, el espacio de trabajo menos jerarquizado: no se reconocen algunos saberes —por ejemplo, como

ya dijimos, de las promotoras y los promotores—, los salarios —del personal de los centros de salud— son de los más bajos y, como en todo el sistema, se dan importantes brechas salariales de género (PNUD, 2018). A esto debemos sumarle que se trata de un ámbito sumamente feminizado, donde vemos en su mayoría a mujeres interactuando a ambos lados del mostrador (Pozzio, 2011). Lamentablemente se reproduce la lógica de bajos salarios, desprestigio, inferiorización, lógica que, en nuestros mercados laborales, está claramente atravesada por el género. Entonces, ¿se trata de desfeminizar la salud comunitaria? Claramente no: se trata de jerarquizarla, con salarios, con profesionalización y provisión pública de cuidados, corriendo el velo del modo en que sacrificio, ayuda, voluntarismo, vocación —todas ideas atravesadas por el género— construyen y justifican el desgaste de quienes trabajan en el ámbito de la salud comunitaria como un ámbito cercano a lo doméstico y, por eso, mismo, subalternizado.

Reflexiones finales

A lo largo de este texto, buscamos presentar de manera ordenada los términos de un tema complejo como es la perspectiva de género en la salud comunitaria; complejidad dada por la multiplicidad de dimensiones que cada uno de estos términos introduce. Así vimos cómo se fue construyendo la categoría de género y luego la noción de perspectiva de género y de allí, al campo de la salud, las nociones de equidad de género. Quisimos mostrar cómo la salud comunitaria nos permite considerar el género como una escala y como un espacio social, íntimamente vinculado a las formas de vivir y enfermar, a la territorialidad y a la provisión de cuidados. Se trata no solo de incorporar una dimensión de análisis nueva, sino de repensar las propias prácticas, revisar nuevamente las formas en las cuales se piensa y se abordan las políticas y las acciones de salud en los territorios, complejos, diversos y cambiantes.

Lejos de intentar agotar las posibilidades de relación entre género y salud comunitaria, la idea es proponer la búsqueda de nuevas relaciones y líneas

de análisis, campos de intervención, habilitar preguntas, problematizar y reproblematicar, para encarar desde renovadas visiones, el tema siempre vigente de la salud como derecho.

Así, por ejemplo, si el territorio ya de por sí introduce cuestiones a atender en lo relativo a las políticas de salud (Chiara, 2019), comenzar a pensar la territorialidad en términos de género debería abrirnos nuevos caminos y posibilidades, tanto para la investigación, como para la gestión y atención de la salud. Si la salud comunitaria abrió las puertas a la participación social, la perspectiva de género, en este sentido, no puede menos que ampliar sus posibilidades democratizantes, asumiendo que quienes participan y se convierten en interlocutores forman parte de redes interpersonales empoderadas que convertirán en visible lo no visto; en demandable, lo olvidado, en asunto público, a ser atendido y coresuelto, lo que antes estaba guardado en la caja negra de lo privado.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario (junio de 2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. Reunión de expertos *Políticas hacia las familias, protección inclusión sociales*, organizada por la CEPAL, llevada a cabo en Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Beauvoir, Simone (2017) *El segundo sexo*. Madrid, ediciones cátedra.
- Butler, Judith (2007) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona. Paidós.
- Chiara, Magdalena (2019). ¿Es el territorio un “accidente” para las políticas de salud? Aproximación conceptual y reflexiones desde la investigación social. *Ciudadanías*, 4.
- Escobar, Arturo (2015). Territorios de diferencias: la ontología política de “los derechos al territorio”. *Cuadernos de Antropología Social*, 41, 25-38.
- Faur, Eleonor (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Gómez Gómez, Elsa (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de la salud*, 11(5-6).
- PNUD (2018). *Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Aportes para el desarrollo humano en Argentina*, 9.
- Mead, Margaret (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós.
- Pozzio, María (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Rubin, Gayle (1986). El tráfico de mujeres: Nota sobre la economía política del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30).
- Scott, Joan (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vega Solís, Cristina, Martínez Buján, R. y Paredes Chauca, M. (2018). Introducción. Experiencias, ámbitos y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida En C. Vega Solís, R. Martínez Buján y M. Paredes Chauca (Eds.), *Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y sur de Europa*. Madrid, Traficantes de Sueños.

Sobre las y los autores



Compiladores

Martín Silberman

Médico generalista (UNLP). Magíster en Salud Pública (UNLP). Especialista en Docencia Universitaria (UNLP). Doctor en Salud Pública (UNAM, México). Docente investigador (UNAJ). Coordinador del Programa de Salud Comunitaria (UNAJ) y consejero superior por el claustro docente (UNAJ). Sus principales temas de investigación están orientados a la determinación social de los problemas de salud. Autor y coautor de numerosas publicaciones en revistas especializadas.

Ianina Lois

Comunicadora (UBA). Doctora en Sociología (IDAES/UNSAM). Magíster en Política, Sociedad y Género (FLACSO). Se especializa en temas de comunicación y salud, género y comunicación organizacional. En sus trabajos, se interesó sobre por las políticas sociosanitarias y los temas relativos al discurso médico y científico. Es profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y del Instituto de Ciencias de la Salud (UNAJ). Coordina el Departamento de Comunicación del Centro Cultural de la Cooperación.

Autores

Liliana Rivas

Médica pediatra (UNLP). Docente Co-coordinadora de la asignatura Salud Pública (UNAJ). Responsable de Vinculación Territorial del Instituto de Ciencias de la Salud (UNAJ).

María Cecilia Scaglia

Doctora en Antropología (UBA). Profesora adjunta co-coordinadora de la asignatura Conocimiento y Ciencias de la Salud del Instituto de Ciencias de la Salud (UNAJ). Profesora adjunta de la asignatura Antropología Económica (UBA). Investigadora del Programa Salud Comunitaria (UNAJ). Dirige y codirige diversos proyectos de investigación financiados por universidades nacionales y organismos de ciencia y tecnología, entre ellos el proyecto UNAJ Investiga “Construyendo saberes en salud comunitaria”. Investiga temas relacionados con la formación de recursos humanos en salud y, más recientemente, ha comenzado a indagar cuestiones vinculadas con la economía de los cuidados y también con la participación comunitaria en salud.

Pedro Silberman

Médico pediatra (UNLP). Magíster en Salud Pública (UNLP). Profesor asociado de la asignatura Salud Individual y Colectiva de la carrera de Medicina (UNS). Decano de Ciencias de la Salud (UNS) (en uso de licencia). Director Nacional de Talento Humano y Conocimiento del Ministerio de Salud de la Nación.

Anahí Sy

Licenciada en Antropología (UNLP). Doctora en Metodología y Técnicas Cualicuantitativas (UNLP). Especialista en temas de salud; salud y pueblos originarios; trabajo, organización y gestión en instituciones de salud; y epidemiología social.

Hugo Mercer

Licenciado en Sociología (UBA). Secretario de Investigación del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento (UNSAM). Se desempeñó como Profesor en la UBA, en la UNAJ y en la UAM X (México). Fue coordinador de Formación de Recursos Humanos para la Salud en la Organización Mundial de la Salud en Ginebra y asesor en el Ministerio de Salud de la Nación. Se especializa en políticas públicas para el área de salud.

Diego De Zavalía

Profesor de Filosofía (UBA). Su área de especialización es la filosofía política moderna. Está realizando sus estudios de doctorado en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Entre sus áreas temáticas de interés se encuentran la filosofía y la ciencia política, la historia conceptual y la gnoseología. Además, está profundamente interesado en el aporte que puede hacer la filosofía a otras disciplinas y en la trasmisión de problemas filosóficos a no filósofos

María Pozzio

Licenciada en Sociología (UNLP). Magíster en Antropología Social (IDES/UNSAM). Doctora en Ciencias Antropológicas (UAM-Iztapalapa). Docente investigadora del Ciencias de la Salud (UNAJ). Miembro del equipo responsable del Programa de Estudios de Género (UNAJ). Directora de la Diplomatura en Género y Salud (UNAJ).

Natalia Deluca

Médica (UBA). Especialista en Medicina General, Familiar y Comunitaria (MSPBA). Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLA) Docente investigadora (UNAJ). Coordinadora académica del programa de investigación en Salud Comunitaria (UNAJ). Coordinadora Docente del Hospital de Alta Complejidad El Cruce. Docente de la Escuela de Gobierno Floreal Ferrara (MSPBA). Miembro de la Asociación de Médicos Generalistas de la Provincia de Buenos Aires (AMGBA)

María Isabel Hartfiel

Licenciada y profesora en Sociología (UBA). Maestranda en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud (UNLA) (tesis presentada). Directora asociada del Hospital Interzonal José A. Estéves. Docente del Instituto de Salud (UNAJ) y del Instituto de Ciencias Sociales y Administración (UNAJ). Miembro de la comisión directiva de la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM). Excoordinadora del Centro Comunitario Libremente PREA. Autora y coautora en múltiples investigaciones del campo de la salud mental comunitaria.

Nadia Percovich

Licenciada en Psicología (UBA). Maestranda en Salud Pública (UNR). Docente investigadora (UNAJ). Miembro del Programa de Investigación en Salud Comunitaria (UNAJ). Miembro del Equipo de Capacitación del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Estéves. Miembro de la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM).

María Marcela Bottinelli

Licenciada en Psicología (UBA). Doctora en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Magíster y especialista en Metodología de Investigación (UNLa). Profesora titular e investigadora. Directora de Evaluación y Gestión Académica (UNLa). Exdirectora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Presidenta del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. Evaluadora experta de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC), el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (Conicet), entre otras. Integrante de la Comisión Directiva de EvaluAr. Autora y coautora de numerosas disertaciones, presentaciones y publicaciones con referato nacionales e internacionales y libros.

María Belén Maruelli

Médica generalista (UNLP). Magíster en epidemiología, gestión y políticas de salud. Tesista en el doctorado de salud mental comunitaria (UNLA). Coordinadora del Club Social del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn. Docente en la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico con sede en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn. Integrante del Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR).

Marcos Llanos Nieto

Acompañante Terapéutico. Educador popular. Licenciado en Psicología Social. Miembro de la Coordinación de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico con sede en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn y participante en el Club Social del HIAyC Dr. A. Korn. Integrante del Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) y de la asociación civil Movimiento por la Salud Comunitaria y los Derechos Humanos.

Marcela Iriberry

Licenciada en Psicología (UBA). Docente de la Tecnicatura de Acompañantes Terapéuticos del Ministerio de la provincia de Buenos Aires. Jefa de la Unidad de Consulta y Asistencia en la Externación del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Estéves. Miembro de la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM).

Vanina Giménez

Licenciatura en enfermería (UNLa). Especialista en Salud Mental (Hospital Interzonal José A. Estéves). Se encuentra finalizando la Licenciatura en Enfermería (UNLA). Miembro de los equipos asistenciales en el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal José A. Estéves.

Clara Girard

Licenciada en Psicología (UBA). Profesional de planta del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred.

Matilde Melo

Licenciada en Psicología (UBA). Psicóloga del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred. Co-coordinadora del taller de Experimentación Literaria del Servicio de Rehabilitación. Instructora de la Residencia de Psicología.

Este libro nace en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ, en el marco del Programa de Investigación en Salud Comunitaria. Es fruto de intercambios y debates colectivos en torno a los principales desafíos de la salud comunitaria del presente y el futuro. Cada uno de los textos aporta reflexiones sobre diferentes dimensiones de la salud en los grupos, las familias, los barrios y las instituciones; sus historias y conflictos; sus logros y sus dificultades.

La publicación revaloriza lo comunitario como forma de nombrar el contexto en que se dan las relaciones sociales que determinan las condiciones de salud de la población. Ahora bien, este libro no presenta respuestas definitivas, sino que interroga y analiza las posibilidades y potencialidades de la salud comunitaria como una teoría y herramienta que permite abordar las problemáticas de salud, enfermedad, atención y cuidados desde una perspectiva comprometida y acorde con las propias necesidades de los pueblos.

