

LA SALUD COMUNITARIA EN CONSTRUCCIÓN.

**La experiencia de una asignatura de la carrera de medicina en una
universidad del conurbano**

COMMUNITY HEALTH UNDER CONSTRUCTION.

The experience of a course in medicine at a university in the suburbs

María Cecilia, Scaglia (marichescaglia@gmail.com)

Daniel, Albano (dalbano63@gmail.com)

Natalia, Osella (naty.osella85@gmail.com)

Nadia Percovich (nadiapercovich@hotmail.com)

Mariana, Saraceno (marianaines.saraceno@gmail.com)

Diego, de Zavalía, (dzavalia@gmail.com)

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Resumen

El proyecto de investigación consistió en analizar las representaciones y prácticas ligadas a la salud comunitaria de docentes y estudiantes de la asignatura *Articulación Comunitaria*. En esta materia, que se cursa en un Centro de Atención Primaria (CAPS), se articulan los contenidos teóricos con las condiciones socioeconómicas que determinan los problemas de salud, observados en escenarios reales de la práctica. Por esto, la asignatura resulta fundamental para la construcción de saberes anclados en la perspectiva de la Salud Comunitaria que caracteriza a la carrera de medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ).

Utilizamos un enfoque relacional que nos permitió poner en tensión las perspectivas de los diferentes actores. Las dimensiones que tomamos para el análisis fueron las representaciones respecto de la comunidad y el proceso salud – enfermedad – atención – cuidado; y las prácticas de intervención en el territorio donde se encuentra el CAPS.

En la investigación encontramos que los docentes y estudiantes construyen una idea de comunidad romantizada y homogénea, que funciona para el paradigma de la salud comunitaria

como un horizonte de utopía contrapuesto al individualismo que caracteriza al saber biomédico. Los estudiantes se apropian de esta postura, pero, en su homogeneidad, la comunidad pasa a ocupar el mismo lugar que el cuerpo biológico en el modelo médico hegemónico. Los estudiantes se aproximan a la comunidad con fines altruistas considerando que tienen el saber necesario para solucionar sus problemas sanitarios.

Palabras claves: Comunidad; salud comunitaria; saber médico; territorio, educación médica.

Abstract

The research project consisted of analyzing the representations and practices connected to the community health of teachers and students from the *Articulación Comunitaria* subject. In this subject, taught in a Primary Care Center (CAP), theoretical contents from other subjects are linked with the socioeconomic status that cause health problems observed in real-life scenarios. That is why the subject is essential for building knowledge tied to the Community Health perspective that characterizes the Medicine degree in the Arturo Jauretche National University (UNAJ).

We used a relational approach that allowed us to have a critical view and contrast the different agents' perspectives. The scope of analysis were the representations concerning the community and the health-disease-treatment-care process, and the intervention practices in the area where the CAP is located.

In the research we found out that teachers and students create a romanticized and homogeneous idea of community which for the community health paradigm serves as a utopia, as opposed to the individualism that characterizes the biomedical knowledge. Students adopt this stand but as it is so homogeneous, it ends up taking the same place the biological body has in the hegemonic medical model. Students approach the community with altruistic motives and consider they have the necessary knowledge to solve its health problems.

Faltan Keywords: Community; community health; medical knowledge; territory, medical education

Introducción

En nuestro país la enseñanza médica de grado, inscripta en el paradigma flexneriano, se basa en la perspectiva biomédica, en la experiencia clínica individual y en la formación en el hospital. En

este contexto, la formación desde una perspectiva crítica que prepare profesionales con una mirada integral y que privilegien el abordaje comunitario, constituye un desafío.

En consecuencia, resulta de interés hacer foco en los sujetos sociales que convierten en práctica cotidiana un currículum. Nos referimos a docentes y estudiantes que le imprimen una pluralidad de significados y sentidos que impactan y transforman la estructura y determinación curricular inicial (de Alba, 1994).

Los documentos de los organismos internacionales (OPS/OMS; 2003; 2005) señalan que en la formación de base escasean contenidos relacionados con una concepción de la salud como proceso social, herramientas teóricas para abordar la dimensión social del proceso salud/enfermedad/atención y cuidados (PSEAC), haciendo una crítica a la formación orientada por una concepción biomédica. Frente a la falta de formación médica en temas relacionados con una perspectiva social de la salud - enfermedad, se ha apostado en gran medida a introducir cambios orientados a transformar los modelos de atención en salud a partir de la creación de nuevas carreras de medicina.

Las travesías de la educación médica en clave latinoamericana: las apuestas a otros modos de enseñanza desde el paradigma crítico.

El informe Flexner sobre educación médica del año 1910 sirvió para unificar criterios de certificación profesional en los Estados Unidos y sus recomendaciones fueron aceptadas en la mayoría de las escuelas de medicina de occidente. El informe propuso un programa académico que incluía un inicio de al menos dos años de enseñanza de ciencias básicas que serían la base de la enseñanza clínica, que se completaría en los hospitales universitarios.

A partir de las décadas de 1960-1970, el paradigma biomédico entra en crisis y con él el modelo flexneriano de enseñanza. Desde las ciencias sociales se cuestiona este paradigma por su carácter eminentemente biologicista, y se propone la inclusión de contenidos de las ciencias sociales en los programas de estudios de estas carreras. Estos cuestionamientos surgen luego de la Revolución Cubana en un momento histórico de auge de los movimientos revolucionarios principalmente en América Latina. Estas corrientes críticas asumieron el nombre de Medicina Social en casi todo el continente, en Brasil en cambio se denominó Salud Colectiva. Desde este nuevo paradigma se produjeron importantes aportes al campo de la enseñanza de la medicina y surgieron notables figuras e instituciones como ALAMES¹, que dieron sostén y continuidad a

¹ Asociación Latinoamericana de Medicina Social

este movimiento intelectual (Nunes 2005; 1986). Como una paradoja de la modernidad tardía, el modelo flexneriano goza aún de buena salud a pesar de haber sido cuestionado en forma recurrente en diversas reuniones internacionales².

Estas críticas ponen énfasis en la necesidad de: considerar la educación médica como un continuo; reformular los diseños curriculares vinculándolos cada vez más con la estrategia de la todos estos años, el conflicto ha estado centrado en alcanzar un consenso teórico sobre la educación médica, y en poder plasmarlo en las diferentes escuelas y facultades de medicina. (Cruz, B; Perea, R; Díaz, R 2010)³. La educación desde esta perspectiva apuntaba a un egresado con una visión integral del PSEAC y cuestionaba la formación orientada hacia la especialización, y el énfasis en el uso de la aparatología médica (consecuente con los intereses del complejo médico industrial). Del mismo modo, se cuestionaba la fragmentación⁴, el acento en los aspectos curativos en desmedro de la promoción y prevención de la salud, y el ejercicio liberal de la medicina.

Según Borrell (2005) estos criterios se plasmaron en dos modelos curriculares fundamentados en la orientación hacia la comunidad y en la solución de problemas. El currículo basado en la comunidad se puso en práctica enviando a estudiantes de primer o segundo año a un centro de salud durante un período breve, requiriéndoles que participaran en “proyectos” comunitarios. Por su parte, el método de aprendizaje basado en problemas⁵ se centró en formar decisores. En esta línea, la Resolución 1.314 del Ministerio de Educación (2007) que regula las currículas de las escuelas de medicina en Argentina, plantea los siguientes lineamientos: la superación de la segmentación en disciplinas; el aprendizaje de competencias incluyendo competencias de comunicación y trabajo en equipo; y la orientación hacia el estudio de los problemas sanitarios

² Declaración de Edimburgo (1988), Iniciativa de Lisboa (OMS, 1988), Declaración de Edimburgo de la Cumbre Mundial de Educación Médica (1993), Declaración de Santa Fe de Bogotá (1995), Declaración de Rancho Mirage (1997), el Informe de la Federación Mundial de Educación Médica sobre los Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado (1999), Declaración de Granada (2001), Declaración de Sevilla (2002), la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica (2006)

³ Los dos intentos más claros fueron las experiencias de dos universidades muy diferentes entre sí, como el caso de Mac Master en Canadá y de la Universidad Autónoma en México (Rovere, 2014).

⁴ El núcleo principal de las decisiones del paradigma crítico se orienta hacia un currículum integrado, dinámico y flexible que supere la enseñanza por disciplinas y la búsqueda de integración entre los distintos campos de conocimiento, en contraposición con la práctica educativa fragmentada en los clásicos departamentos sugeridos por Flexner. La concepción de diseños integrados no fragmentados es central para favorecer una formación en la práctica profesional que integre desde sus inicios diversos saberes

⁵ En la Universidad de Mac Master se utilizó este método que usa la información como herramienta de trabajo, busca estimular la curiosidad y fomentar el trabajo en grupo. A partir de “casos problemas”, con un docente que hace las veces de tutor, el objetivo es que los estudiantes lleguen a un diagnóstico a partir de analizar una serie de síntomas, pasando por la investigación y debate de los escritos pertinentes, para luego justificar el diagnóstico.

nacionales, regionales y/o locales. A partir de esta resolución se crearon y modificaron los planes de estudios de varias universidades nacionales (Tucumán, Rosario, del Sur, La Matanza y Arturo Jauretche)⁶

El peso que adquiere la noción de territorio en la planificación curricular se evidencia en las recomendaciones realizadas en el encuentro de Manaos (OPS/OMS, 2014) que propuso la realización de prácticas educativas de mapeo e identificación de necesidades y carencias más allá del paradigma biomédico y la inserción de estudiantes en espacios comunitarios desde los primeros años de la carrera, articulando los diferentes niveles de abordaje (individual, familiar, grupal, institucional y comunitario).

Es en este contexto que se enmarca la creación de la carrera de medicina en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ)⁷, que busca formar profesionales comprometidos con los problemas sanitarios de la región y capaces de abordar problemas complejos en su integralidad.

El objeto de nuestra investigación

La experiencia de la carrera de medicina de la UNAJ, creada con una fuerte orientación en la perspectiva social y comunitaria de la salud, nos generó interrogantes referidos a las principales características del saber en salud comunitaria y a explicar cómo operan los procesos de cambio en este saber en los diversos actores involucrados en el desarrollo curricular.

Así, el principal objetivo que guió este proyecto fue el de describir y analizar los procesos de construcción de saberes anclados en la perspectiva de la salud comunitaria, a partir del estudio del proceso de enseñanza / aprendizaje en la asignatura Articulación Comunitaria de la carrera de medicina de la UNAJ.

Para ello, nos formulamos dos grupos de interrogantes intentando problematizar algunas dimensiones y procesos que se suponen constituyentes del saber en salud comunitaria. El primer grupo de interrogantes se refería a las características principales del saber en salud comunitaria de los docentes de esta asignatura: ¿Cómo se representan el PSEAC?, ¿qué representaciones construyen en torno del concepto de salud comunitaria?, ¿qué instancias de aprendizajes diseñan e implementan?

⁶ Al respecto, se observa que “Los principales rasgos de estas innovaciones parecen centrarse en dispositivos que pesan diferenciadamente según las instituciones, aunque siempre dentro de los marcos normativos que encuadran la educación médica en la Argentina (...) que establece claramente la necesidad de una formación integral expresado en el perfil de ‘médicos generalistas’” (Rovere, 2014).

⁷ Creada por Resolución ME N° 2153/16

Un segundo grupo de interrogantes remitía a las características de los saberes en salud de los estudiantes y cómo se modifican o no a lo largo del proceso de aprendizaje: ¿Cuáles son las representaciones que traen los estudiantes respecto del PSEAC? ¿Qué representaciones tienen respecto de la salud comunitaria? ¿Cómo se transforman estas representaciones en el proceso de enseñanza - aprendizaje? ¿Qué prácticas desarrollan en el marco de la cursada de la materia y qué impacto tienen dichas prácticas en la construcción de ese saber?

Buscamos responderlos analizando las representaciones y prácticas que desarrollan los actores mencionados en el marco de la asignatura “Articulación Comunitaria”. Las dimensiones que tomamos en cuenta para el análisis del saber en Salud Comunitaria fueron las representaciones respecto de la comunidad, el PSEAC; y las prácticas educativas de intervención territorial.

Modelos, saberes y formas de atención como vía privilegiada de análisis de las representaciones y prácticas de los actores en el PSEAC

A la hora de analizar esta problemática consideramos sumamente iluminadores los trabajos de Menéndez, quien ha contribuido con la construcción de categorías para el análisis del saber médico desde el campo de la antropología de la salud. Adoptamos esta perspectiva con la convicción de que significa un poderoso aporte en la reflexión sobre la problemática de la salud comunitaria y que la elección de estas categorías supone una toma de posición teórica e ideológica como investigadores.

En ese sentido, nos interesa rescatar las categorías de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos tal como él las define, permitiéndonos jerarquizar entre distintos niveles de abstracción teórica, y, a partir de un enfoque relacional, identificar y analizar los distintos saberes sobre salud comunitaria que sostienen los actores objeto de nuestro trabajo. En este punto, adquiere especial relevancia su análisis respecto de las articulaciones con el saber biomédico, en tanto que la salud comunitaria aparece como un saber crítico y diferenciado. El enfoque relacional permite analizar las tensiones y transacciones entre los diferentes actores que operan en una situación determinada (Menéndez, 2009).

Para abordar el análisis de las prácticas y representaciones en torno a la salud comunitaria adoptamos la noción de saber médico (Menéndez, et.al; 1996). Entendemos por saber el conjunto de prácticas y representaciones técnicas constituidas a partir de los grupos de socialización y acción profesional. Este saber profesional requiere de la producción de representaciones y prácticas técnico – ideológicas a partir del rol que necesita representar el

profesional, en el cual su intervención precisa de una legitimación técnica diferenciadora y necesita también del establecimiento de un campo común de reconocimiento de su acción con los pacientes. Este proceso se expresa en un sistema de representaciones y prácticas que opera a través de los pasos del trabajo profesional en los centros de salud.

Es el comportamiento del rol el que redefinirá como técnicas al conjunto de representaciones sociales colectivas. En las representaciones y prácticas de estos profesionales debemos considerar que el trabajo en salud se caracteriza por su tendencia a la acción. Es esta exigencia de intervención la que favorece la discrepancia entre representación y práctica como producto de las expectativas del rol. Intentaremos reconocer estas discrepancias ya que parecieran expresar procesos de modificación del saber y que se manifiestan como una escisión entre las prácticas y las representaciones.

Este autor señala que algunas de las características del Modelo Médico Hegemónico (MMH) permiten observar la articulación con otros saberes. Así el biologicismo, en el que se basa la principal fundamentación científica de diagnóstico y tratamiento, constituye el primer criterio de diferenciación con otras formas y saberes. La formación médica está basada en la dimensión biológica, siendo los aspectos socioculturales y psicológicos, dimensiones subordinadas e incluso excluidas.

Otra de las dimensiones significativas en este trabajo la constituye el PSEAC como objeto de conocimiento y trabajo en el campo de la salud propuesta desde las corrientes críticas al biologicismo. Esta categoría entiende la salud y la enfermedad como dos polos de un *continuum* en el que se despliega la vida de los sujetos sociales. La idea de proceso incorpora una dimensión dinámica e histórica a este eje, dando cuenta de la variabilidad socio temporal de estas categorías; es decir que los modos de vivir, enfermar y morir van a ir cambiando en relación a la historia y teniendo en cuenta no solamente los diversos conjuntos sociales, sino también el lugar que ocupan en la estructura social.

Posteriormente, esta corriente de pensamiento crítico, va a incorporar a este concepto las categorías de atención y cuidado; observando los modos en que dichas prácticas modifican las formas de vivir, enfermar y morir, y explicar estos procesos por parte de los sujetos sociales; las formas en que las sociedades y conjuntos se organizan para atender, curar y cuidar la salud y la enfermedad.

La “comunidad”: un concepto polisémico

Para abordar las representaciones sobre la salud comunitaria resulta necesario analizar algunos aspectos del concepto de comunidad. Este concepto surge en el marco de la naciendesociología alemana de finales del siglo XIX en contraposición con el concepto de sociedad que había sido objeto de una profunda elaboración teórica. Ferdinand Tönnies (1947) en su famosa obra *Gemeinschaft und Gesellschaft* (Comunidad y Sociedad), contrapone al concepto de Sociedad -que está compuesta por sujetos aislados, abstractos, iguales entre sí que se vinculan fundamentalmente a partir del intercambio comercial-, el concepto de Comunidad que da cuenta de agrupaciones sociales cuya constitución es natural y orgánica y donde las relaciones entre sus integrantes son personales y afectivas.

Dentro del debate acerca de qué es la salud comunitaria, se reconoce el lugar central que ocupó Tönnies en la elaboración del concepto. Por ejemplo, Silberman (2017) señala que el sociólogo alemán construye categorías que pueden considerarse tipos ideales al estilo weberiano y resalta que Tönnies construye el concepto de comunidad en oposición a la sociedad moderna industrial y se caracteriza centralmente por erigirse en el fundamento de la vida “en común” que supone la interacción cara a cara, entre comunes, en oposición a las relaciones entre socios (es decir que los une un interés) propias de las sociedades modernas.

En su estudio estrictamente sociológico sobre el concepto de comunidad, Pablo de Marinis (2005) propone una hipótesis que nos resulta muy productiva para analizar las mutaciones semánticas de esta categoría. Según el autor, en la invención de esa polaridad sociedad/comunidad, los sociólogos clásicos se propusieron varios objetivos. Por una parte, se plantearon captar los rasgos más significativos de la transición de las formas de sociabilidad precapitalistas a las de la sociedad moderna; en segundo término, se propusieron construir conceptos que sirvieran para describir formas particulares del lazo social: zonas calientes y próximas (comunidad) y zonas frías y racionalizantes (sociedad). Por último, sugirieron orientaciones normativas y políticas de intervención para conjurar la posibilidad de disolución del lazo social donde la sociedad terminaría devorándose a la comunidad, proponiendo vías para un encauzamiento ordenado. Lo interesante de esta propuesta sobre la categoría de comunidad es que ese peligro descrito por los sociólogos clásicos hoy se encuentra invertido por la racionalidad política neoliberal. Así, en la agenda pública y en las políticas públicas, la presencia de la comunidad se vuelve omnipresente y aparece como un “recurso” cada vez más necesario para activar a la población en la gestión de sí misma y sus condiciones de existencia.

(de Marinis, 2005:16).

Este protagonismo de “la comunidad” en términos de formulación de políticas públicas, a partir de la década del 90, puede asociarse también al auge de las políticas compensatorias propias del modelo de acumulación neoliberal. Esta idea de que son los propios sujetos y colectivos sociales quienes pueden/deben encargarse de su propia reproducción resulta funcional a la retirada del Estado del ámbito de la reproducción de la fuerza de trabajo y de sus funciones en ese sentido. Si bien no podemos decir que el Estado se retira de la esfera pública, sí podemos afirmar que abandona las funciones propias del estado de bienestar en lo que tiene que ver con la reproducción de los trabajadores y asume nuevas/otras funciones que tienen que ver con asegurar la reproducción ampliada del capital. El protagonismo de las comunidades en la gestión de su propia supervivencia, se legitima discursivamente en el supuesto fracaso de las estructuras políticas de mediación producto de la corrupción que es parte de su “naturaleza” y el burocratismo en que devinieron sus prácticas. Así, los organismos internacionales de financiamiento de las políticas “sociales” canalizaron sus recursos a través de las ONGs, que se erigieron en auténticas representantes de los intereses de las comunidades y en garantes de transparencia y eficiencia en la gestión de esos recursos.

Metodología

Hemos adoptado un enfoque relacional, ya que permite trascender el paradigma interpretativista centrado en el “punto de vista del actor”, y comprender las múltiples relaciones y articulaciones que se dan entre los sujetos y su posición en las estructuras sociales y de significado en los procesos salud – enfermedad – atención (Menéndez, 2002). Consideramos necesario evitar la tendencia a la homogeneización que supone la adopción acrítica del “punto de vista del actor” y contrastar los discursos y los textos entre actores ubicados en distintos lugares de la estructura social y de significados.

Los actores seleccionados para el trabajo de campo fueron docentes y estudiantes de la asignatura Articulación Comunitaria. Se trabajó sobre dos comisiones de la cohorte del año 2018 de la asignatura, dictadas en el Centro de Salud Universitario “Padre Cajade”. Este Centro de Atención Primaria (CAPS) fue inaugurado en el año 2015 en el barrio Leopoldo Lugones, y siempre se pensó como un espacio donde los estudiantes pudieran realizar sus prácticas preprofesionales.

El proyecto original contemplaba incluir también la perspectiva de usuarios y trabajadores del mencionado CAPS, sin embargo, estos actores fueron excluidos del análisis, debido a las particularidades del Centro de Salud⁸ y a que, a lo largo del trabajo etnográfico, notamos que no existían interacciones entre la propuesta de la asignatura y el trabajo asistencial de dicho Centro.

Los datos de fuentes primarias se obtuvieron mediante el uso de la observación participante y de entrevistas en profundidad. Además, se observaron clases tanto prácticas como teóricas impartidas durante el primer cuatrimestre de cursada. Se decidió ese momento para la realización del trabajo etnográfico ya que es cuando se definen y operacionalizan los conceptos de “comunidad” y “salud comunitaria”. Las observaciones contemplaron las clases dadas en el centro de salud “Padre Cajade”; las realizadas en formato de seminarios y las salidas de los estudiantes en sus actividades de relevamiento barrial. Además, se realizaron entrevistas en profundidad a docentes y a estudiantes de segundo año de la cohorte 2018 de la asignatura.

Se analizó también el plan de estudios de la carrera, el programa de la asignatura, las guías de trabajo y la producción escrita de los estudiantes a través de sus “cuadernos de campo”. Esto nos permitió no solo abordar la propuesta pedagógica, sino examinar los conceptos referidos a la “comunidad” y a la “salud comunitaria” en relación a las prácticas que desarrollan los estudiantes.

Para el análisis de la información construimos una matriz de datos a partir de los objetivos específicos y de la información surgida de las entrevistas, discriminada por actores y las demás fuentes de información. Esto nos permitió ordenar y analizar lo recabado en los registros para integrar el material de campo al análisis posterior (Rockwell, 1987). Se trabajó construyendo recortes de cada documento en una “unidad de sentido” por tópicos o temas, intentando agrupar las partes por sus semejanzas y buscando percibir las relaciones entre ellas.

Resultados

La organización de la asignatura

La asignatura Articulación Comunitaria, correspondiente al segundo año de la carrera de Medicina, tiene una carga horaria semanal de 5 horas de cursada en un centro de salud y una hora

⁸ El Centro de Salud Padre Cajade tiene algunas características singulares que lo distinguen de otros centros de salud del sistema local. Su complejidad es mayor, por lo tanto, para algunos estudios y especialidades recibe derivaciones de otros centros de salud. Además, como ha sido creado recientemente, no cuenta con un anclaje fuerte en el barrio. Por este motivo, las personas que viven en el barrio se tratan mayormente en el Centro de Salud “René Favalaro”, ubicado a pocas cuadras de allí.

de Seminario teórico en aulas de la universidad. La materia es anual y está ubicada en el plan de estudios después del CBS⁹ de todas las carreras del ICS¹⁰. Se espera que en esta materia los estudiantes articulen los aprendizajes teóricos abordados en otras asignaturas a partir de la experiencia de campo.

En total son 10 comisiones de un máximo de 15 estudiantes cada una, las dos comisiones que tomamos para nuestra etnografía, realizaban sus prácticas en el Centro de Salud Universitario “Padre Cajade” y presencialmente rondaban los 10 estudiantes por clase.

Las clases prácticas normalmente se desarrollaban en tres momentos. Primero se realizaban lecturas en el aula, luego se salía al barrio y por último se regresaba al aula para reflexionar sobre lo sucedido en la salida.

La instancia de seminario consistía en encuentros semanales de una hora de duración con todos los estudiantes de la asignatura en un aula. Asistían también todos los docentes y se abordaban temas teóricos de un modo expositivo.

La evaluación consistía en dos exámenes parciales domiciliarios, un examen oral para reflexionar sobre un caso al final de la cursada y una evaluación del trabajo de campo. Para calificar esta última instancia se evaluaba el “*cuaderno de campo*”, en el que se desarrollaban las “guías integradas de campo” y que constituían bitácoras con un relato pormenorizado sobre la experiencia de cada estudiante, donde también se realizaba una articulación entre los conceptos teóricos y las observaciones y las entrevistas e intervenciones realizadas en las salidas a la comunidad.

1. Representaciones de la comunidad y la salud comunitaria

En la bibliografía de la asignatura se trabajaba el concepto de comunidad a partir de Marco Marchioni (2002) quien define a la comunidad como “un territorio concreto, con una población determinada, que dispone de determinados recursos y que tienen determinadas demandas”. Aclarando que una comunidad siempre es el conjunto de esos cuatro factores: *territorio, población, recursos y demandas*; y sus mutuas, constantes y mutantes interrelaciones (Marchioni; 2002:2).

Se toma al territorio como *el espacio geográfico* que condiciona la vida de la población, por lo tanto, quien trabaje con la comunidad tiene la necesidad de conocer el territorio para conocerla

⁹ Ciclo Básico en Salud

¹⁰ Instituto de Ciencias de la Salud

comunidad, comenzando con el mapa o plano como instrumento. (Marchioni; 2002). Así se espera que les estudiantes hagan un mapa de “actores sociales”. La única referencia a este concepto en la bibliografía la encontramos en la guía integrada que acompaña las primeras clases que plantea: “los actores sociales se definen por el rol en la comunidad y son, en la mayoría de los casos, quienes expresan las necesidades o demandas del barrio en diferentes aspectos.” Marchioni, dentro del factor población, se refiere a “las organizaciones sociales, los grupos y asociaciones existentes, las personas que desempeñan un papel de administrador o responsable, así como aquellas que trabajan en los diferentes recursos”. Destaca tres tipos posibles de recursos: públicos, privados y voluntarios (ONGs y otros), sin embargo, aclara que la comunidad es el recurso principal. Cada recurso actúa en diversos ámbitos: educativos, sanitarios, económicos, de trabajo y empleo, de cultura, deporte, ocio y tiempo libre; y “que atienden a demandas y/o colectivos de la comunidad con particulares necesidades”. Estas demandas tienen que ver con “necesidades, aspiraciones, problemas, temas de interés de la comunidad” que el proceso comunitario tiende a satisfacer, aunque no se agote en ellas (Marchioni;2002:11).

Cabe señalar la perspectiva normativa que caracteriza a este autor. Para él, la intervención comunitaria *debe* basarse en la acción de tres “protagonistas”: la administración local, los técnicos y profesionales y la población. Cada sector cumple una función y desempeña un rol que le está preestablecido. También considera la faz *pedagógica* del “proceso comunitario”, como un modo de asegurar su autonomía y la sustentabilidad de los cambios que supone una intervención.

En los cuadernos de campo encontramos una identidad entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil (OSC) y la noción de “actor social”, y a su vez entre instituciones y espacios de uso público.

Así por ejemplo se mencionan: “UGL¹¹ / CRE-SIENDO¹² / Escuela / Comisaría / Bomberos / Iglesia / Centro de Salud Leopoldo Lugones / Padre Cajade / Delegación Municipal” sin distinguir entre instituciones estatales y OSC. También algunos cuadernos mencionan otras OSC como los clubes y aclaran “*sin presencia humana*”, lo que nos lleva a pensar que el status de actor social se adquiere en la medida en que se encuentra un espacio físico o un edificio y

¹¹ Unidad de Gestión Local (ámbito a escala barrial de gestión municipal)

¹² Organización social dedicada a la atención y aprendizajes para niños con discapacidades que viven en situación de pobreza y no cuentan con obra social

un cartel que consigne su denominación.

A partir de lo observado en el trabajo de campo y de los relatos de los cuadernos de campo, se puede ver que estos actores son señalados dentro del mapa. Cada “actor” se corresponde con una institución (en sentido restringido del término, un establecimiento concreto).

En las clases se realiza una distinción entre “actor” y “líder”. *“La comunidad lo eligió y lo escucha. No quiere decir que todos los actores sean líderes. Hay actores institucionales que no son líderes.”* En este caso podemos pensar que se pone en juego la representatividad de los “actores sociales”, ¿cómo diferenciar si se trata de la voz de un individuo solamente o ese individuo expresa las demandas de un colectivo? *“...se nota la falta de articulación y la poca participación de la “gente normal” es decir, de cualquier vecino de la comunidad, tanto en la planificación, como en la participación de los conflictos”*. Por momentos hasta parecería que los actores sociales no forman parte de la comunidad, sino que son externos a ella.

En las clases aparece una idea de comunidad como un sujeto colectivo que *necesita* del profesional. Aquí surge una intención de diferenciarse del individualismo propio del paradigma biomédico: en lugar de ser el paciente individual quien requiere del profesional, el sujeto de intervención es un sujeto colectivo, la comunidad.

Durante las clases los estudiantes reflexionan sobre su rol como futuros profesionales, y respecto de las expectativas que la comunidad tiene (en términos imaginarios). Aparece entonces la idea de *“devolver a la comunidad”, “ayudar”, “ser solidario”*.

La diferencia entre los modelos tradicionales de enseñanza de la medicina y el lugar de esta asignatura se debate con una estudiante que viene de cursar en otra universidad con una currícula biologicista: *“¿Qué me van a enseñar en ARTI¹³? Yo sé lo que es la pobreza, yo veo lo que hay, conozco el conurbano.”* - *“¿Qué es trabajar en salud en el conurbano? Prestas atención a los determinantes sociales”*, contesta la docente. En los debates durante las clases se tensiona entre lo micro y lo macro, la intervención posible y lo que corresponde a esferas más altas del Estado. Permanentemente se juegan las expectativas sobre el desempeño de su rol como profesionales de la medicina en la comunidad, en oposición al rol profesional de quienes fueron formados en modelos tradicionales.

En innumerables ocasiones la referencia hacia la comunidad tiene que ver con el *“salir”*, lo

¹³ Los docentes y estudiantes llaman “Arti” a la asignatura Articulación Comunitaria”

comunitario se construye como lo que se hace *por fuera* del centro de salud o las acciones de promoción y prevención que se realizan dentro de éste. Por eso surge la inquietud de que la comunidad se acerque al centro de salud, “*que no esté vacío, que al menos se sepa que hay un centro de salud*”, “*que la comunidad se sienta parte*”.

En lo que respecta a la concepción de comunidad y las representaciones sobre la salud comunitaria, una lectura atenta de los cuadernos de campo permite ver que se considera a la comunidad como responsable de su salud, “... *eso fuera de los obstáculos que la propia comunidad hace con los autos abandonados y basuras*”.

Pensar o hablar de comunidad, para los estudiantes es considerar los determinantes sociales de la salud. “*Realizamos una entrevista con un grupo de compañeros en la UGL¹⁴, actor social identificado, donde una empleada llamada Juana, nos comenta los determinantes más relevantes*”. Es posible pensar que se asocia la noción de *determinante* con la idea de problema, y se omite abordar la determinación social de la salud, entendida como un concepto que atraviesa todos los aspectos de la vida, concebida desde el paradigma de la complejidad.

La intervención en salud comunitaria aparece fuertemente vinculada a acciones de promoción y educación para la salud, para los estudiantes. Desde esta perspectiva los profesionales tienen que “*dar*” información para que la comunidad pueda modificar sus hábitos.

“...esta red podría accionar con información para los niños que son las nuevas generaciones, objetivada para que traten de conservar la limpieza de las aguas y así generar hábitos de buena higiene” (extraído de un cuaderno de campo)”

Se toma a la comunidad de manera pasiva, como receptores del saber que ellos tienen y llevan a ese territorio, dando lugar a una idea de salud vinculada a la caridad y la beneficencia.

“...en el centro estamos los estudiantes de la universidad y desde ahí nos involucramos y planificamos actividades benéficas para toda la comunidad, pero en especial actividades destinadas a personas, familias, y/o sectores más vulnerables” (extraído de un cuaderno de campo).

¹⁴ Unidad de Gestión Local. Institución de gestión municipal descentralizada

En ningún momento aparece la comunidad interviniendo en la planificación de esas actividades, aunque la idea de participación comunitaria se constituye como ideal a alcanzar, *“Sería ideal que la comunidad en su conjunto participe plenamente para la resolución de los problemas”*.

En relación al concepto de comunidad y las representaciones de los estudiantes, notamos que les cuesta definir qué es comunidad y cuando lo hacen, hay una idea romántica de la comunidad: *“Comunidad es un conjunto de personas que vive en cierto ambiente, que tienen las mismas ideas y los mismos pensamientos”*. En esta definición notamos una identidad entre las personas que habitan un mismo barrio, se supone que porque comparten un territorio piensan en forma homogénea, comparten costumbres y condiciones de vida, no se reconoce la posibilidad de conflictos o contradicciones en el nivel comunitario. Además, se hace mención a que una comunidad es *“donde todos se conocen”*; *“te vas a 10 cuadras y conocen, todos se conocen e interactúan”*.

En cuanto a la salud comunitaria, existe una asociación entre comunidad y vulnerabilidad socioeconómica. Así, trabajar en salud comunitaria implica intervenir sobre las condiciones de vida, es decir el acceso a servicios básicos y al trabajo; nos preguntamos si existe una asociación entre salud comunitaria y salud para pobres.

En este sentido, para los estudiantes es importante conocer dónde viven las personas, que comen y que hacen para poder dar indicaciones. Esto significa que existe un posicionamiento en la relación médico-paciente asimétrica, donde el saber está del lado de los profesionales o trabajadores de la salud. Puede observarse un desconocimiento de las estrategias de afrontamiento o saberes que cada comunidad tiene; si bien se cuestiona la hegemonía médica, no existe una transformación real en el nivel de las representaciones sociales.

“Necesito contacto con la gente, saber dónde está, poder hablar, generar confianza, que ellos me pregunten, darles herramientas a ellos que le sirvan a ellos en el lugar donde están y en el momento en que están”

En lo que respecta a cómo los docentes piensan la comunidad, aparece la asociación entre comunidad y contexto. El contexto, en esta asociación “la comunidad” sería lo que “rodea” un “núcleo” que se infiere tácito. Como si lo social fuera “lo que está alrededor” del núcleo biológico del saber médico, que pervive.

“Trabajamos el qué es lo comunitario como más que nada el abordaje a través del

contexto”...”qué pasa cuando una persona viene a una consulta, cómo lo abordamos teniendo en cuenta el contexto comunitario y qué es lo que vamos a tener en cuenta”.

Las referencias a esas características están focalizadas en las condiciones de vida y la importancia de identificarlas para poder pensar en un trabajo interprofesional e intersectorial.

“Cuando están ellos abordando un problema (...) ahí se dan cuenta de que les falta conocimiento y que no van a poder abarcar todo el conocimiento. Y ahí necesitan de otras profesiones...”...entienden que necesitan conectarse con otras profesiones o con otros saberes”.

La comunidad aparece como *“un grupo de personas que comparten no solo el lugar físico sino representaciones culturales, creencias, tradiciones, vínculos, articulaciones y que deconstruyen continuamente a partir de eso”.* A esta idea se suma la dificultad para definirla por ser un concepto complejo

“...la definición de comunidad algo multidimensional, que está atravesado por una realidad, es un concepto dinámico que no lo podemos mostrárselo y que quede ahí, vamos trabajándolo”. Es muy difícil, hay estudiantes que son más reflexivos y que logran integrar esos análisis, hay otros que se quedan en territorio, población y recursos

2. Las representaciones sobre la salud, el PSEAC y los problemas

Tanto en las clases observadas como en las entrevistas y los cuadernos de campo, pudimos dar cuenta del modo en que estudiantes y docentes conciben la salud y los problemas que se presentan en el barrio.

En una de las primeras clases se pide a los estudiantes que armen un listado de problemas en sus cuadernos de campo. Este listado se construye a partir de lo que observan en las recorridas barriales y de las entrevistas. Éstos problemas son llamados “determinantes sociales de la salud”, y se analiza el rol de los “actores” en relación a ellos. La categoría de “determinantes” se toma como dada, tal vez por lo aprendido en materias anteriores. *“Dentro del barrio se encuentran determinantes sociales y actores sociales que identifican, arreglan o minimizan los problemas que influyen en la salud de la sociedad, así como en las conductas sociales”*

Esto se ve con claridad en la consigna de la primera actividad:

“Los determinantes sociales de la salud presentes en la comunidad, se constituyen como el marco explicativo que condiciona los procesos de salud - enfermedad -atención y cuidados. A partir de la primera aproximación al barrio determine cuál, parausted, es el determinante social más importante (o prevalente) y utilice el análisis a través del árbol de los problemas para definir causas (raíces) y consecuencias (copa del árbol). Determine además qué intervenciones eficaces (riesgo) propone para trabajar con el determinante social problemático que identifica como importante¹⁵”.

En esta consigna notamos cómo al intentar establecer una prioridad, se pierde de vista la complejidad del concepto de determinación y se vuelve a un pensamiento mecanicista.

En los cuadernos de campo se identifican problemas que responden a demandas de lo que ellos definen como “actores sociales” y otros que no. La mayoría encuentra problemas relacionados con el saneamiento urbano, que pueden asociar con el dengue. Además, marcan como problema el “acceso a la salud”, debido a “calles de tierra en las que no puede ingresarla ambulancia, falta de rampas para discapacitados, pocos colectivos para ir al hospital”. A partir de las entrevistas mencionan la “falta de turnos”. Otro problema es la “inseguridad” y lo atribuyen a la “falta de luminarias”. En la clase también hablan de los problemas económicos y la precariedad de las viviendas.

Entre docentes y estudiantes hay un acuerdo en que estos problemas inciden en el estado de la salud de las personas del barrio; “vos no sabes, ponele que tiene un resfrío, pero vas a la casa y no tiene ventanas, no tiene algo para cubrirse y otra vez vuelve a lo mismo”. Lo que resaltan es la posibilidad de poner en contexto las intervenciones, preguntar por las condiciones de vida. Sin embargo, se cuestionan cómo intervenir, “es difícil que eso lo podamos abordar”, “son problemas macro”. En la primera clase de la cursada aparecía en muchos estudiantes como motivación para acercarse a la carrera el entusiasmo por intervenir y mejorar la salud de las personas, pero el encontrarse con problemas cuya solución escapa a sus alcances, genera descontento “El contacto con el barrio me generó mucha angustia, me genera, de hecho, mucha angustia”, “...si nosotros detectamos algo, se lo tenemos que decir a la docente. Entonces supongo que ella articulará, pero nosotros como estudiantes no. Eso es frustrante”.

Eso se refuerza porque aún no hay un reconocimiento comunitario de la tarea de ellos: “Me

¹⁵ Material de la asignatura Articulación Comunitaria. UNAJ: Introducción a la comunidad I

pasaban situaciones de decirle a los vecinos que no tiren basura, y ellos respondían y vos quién sos”. Una docente aporta que una estrategia de intervención que proponen frecuentemente es juntar firmas, lo que pone de relevancia que el desafío en el aula es pensar entre todes en intervenciones más propias de un equipo de salud.

- Guía de actividades

Les estudiantes señalan que el CAPS tiene fama de no responder a las demandas, “Nos vienen a pedir esa respuesta y nos sentimos mal por no poder ayudarlos, la gente te pide y más si te ve con un ambo, escribiendo y haciendo cosas”. Les docentes caracterizan ese problema como falta de articulación entre la asignatura y el centro de salud.

“Algunos, piensan que hacer un taller de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no tiene sentido si después no vamos a poder conseguirles todos los turnos que necesitan (...) Es muy difícil responder a toda la demanda que se puede llegar a generar, es complejo. Por eso mismo, lo que nosotros hablamos con los alumnos en estos debates, es que la demanda está, pero no porque no vamos a poder responder a toda la demanda nos vamos a quedar acá adentro. Por ejemplo, en cuanto a salud bucal, vamos a la escuela técnica a hacer un taller de salud bucal en chicos de 12, a los 12 años sale segundo molar permanente, quizás el primero ya está enfermo y no podemos responder esa demanda, pero trabajamos porque el segundo esté sano. Entonces, es trabajar desde ahí o brindar la información, las herramientas a esos adolescentes o en el comedor a las cocineras sobre alimentación saludable también teniendo en cuenta la vulnerabilidad económica, o sea, no vamos a recomendar que coman caviar. Es promoción de la salud, da herramientas, genera desarrollo de habilidades de las personas y poder de elección quizás para la autonomía de su propia salud.”

Esta tensión tiene que ver no sólo con dar o no respuesta, sino con el tipo de respuesta más adecuada tanto para los vecinos como para los estudiantes. Una estudiante dice que como no hay respuesta del centro de salud, lo único posible es mandarlos al hospital; entonces, las representaciones acerca del ideal de una respuesta en salud, operan como un obstáculo a la hora de pensar intervenciones posibles en una práctica de salud comunitaria.

La propuesta de la asignatura es abordar primero la comunidad, luego focalizar en algunas manzanas y finalmente seleccionar las familias y las personas “vulnerables”. Una de las

docentes dice: “*Vamos particularizando, si bien nuestro objeto es la comunidad, después vamos a ir a la familia vulnerable. Nosotros vamos a terminar participando, primero observamos para luego participar*”. Aparece una noción de círculos concéntricos a la hora de concebir el PSEAC desde la perspectiva de la salud comunitaria. Círculos concéntricos en que lo social comunitario constituye la dimensión contextual, lo que rodea al núcleo de lo individual biológico, que es el que concretamente atañe a la atención de la salud, mediado por la dimensión familiar o colectiva.

Así, en la segunda parte de la cursada, eligen a la familia vulnerable con la que trabajarán. La eligen inicialmente por la apariencia de la vivienda y, a partir de esa elección le realizan entrevistas. Refiriéndose a la noción de *vulnerabilidad*, una docente dice que este concepto les permitió pensar cómo intervienen todos los determinantes de la salud. Pero advierte, que resulta una categoría compleja para los estudiantes:

“...no les gustó mucho la bibliografía y el lenguaje (...). Para entender un problema de salud, por ejemplo, nutrición, ellos quieren verlo desde el punto de vista médico. De pronto es una mirada sobre la vulnerabilidad, la exclusión social o qué hay en esa línea, qué hace una persona excluida, cuáles son las herramientas, qué procesos estaban en juego.”

Algo que está presente en las entrevistas de los docentes es la importancia de una formación situada, conociendo *esa* realidad. Los docentes se piensan cercanos a los estudiantes en términos de condiciones de vida y dan cuenta de una distancia social con el barrio. Por el contrario, en las entrevistas, los estudiantes, perciben que esa distancia se da entre el lugar de donde provienen los docentes y ellos; en cambio se sienten mucho más cercanos a la realidad del barrio “*Yo no tengo que venir acá para saber lo que es la pobreza*”, “*Yo fui con la idea de que..., digamos, que vulnerable a full..., digamos, que tenía muchas falencias (...). Pero no, es un barrio que, digamos, que tiene sus cosas, pero moderadamente viven bien*”. En una de las clases: cuando hablaban de actores sociales una de las estudiantes contaba de que en su barrio no hay presión de agua y que en verano se vincula con la Sociedad de Fomento para tener lo básico. Del mismo modo, los estudiantes en su presentación contaban que se atienden en los centros de salud cercanos a sus domicilios.

Tanto estudiantes como docentes valoran positivamente habilidades comunicacionales. La práctica en el barrio es un modo de entrenar esas habilidades, necesarias para la vida

profesional, “Porque si uno por ahí estudia teoría, teoría, teoría, cuando te enfrentás al paciente, tenés miedo de decir hasta: “Buen día”. Te cuesta hablarle, te cuesta preguntarle, te cuesta llegar, te da miedo”. Tienen clara la importancia de una buena comunicación médico - paciente para el éxito en los tratamientos; según ellos, el abandono de tratamientos se da muchas veces porque el/la profesional “reta” al paciente y no escucha, no comprende sus condiciones de vida. Les docentes acuerdan en que la entrevista es una práctica fundamental en la clínica que no ha sido lo suficientemente valorada en la formación tradicional.

Les docentes se proponen un trabajo de deconstrucción con los estudiantes que llegan interesadas en las prácticas biomédicas. Una estudiante recupera que el aporte de la currícula innovada es lo social, aunque se desliza que el saber en medicina es fundamentalmente biológico:

“Lo que sí se diferencia con la otra facultad es que, en la otra facultad, sí (se estudia) todo lo biológico, (...) pero nunca se abordó, como quizás sí en esta facultad es como lo económico afecta a la salud de la población. Que es una gran verdad... Acá por un lado se da la parte biológica, que me parece bien porque yo no voy a restablecer la salud con una palmada, aunque parte de la salud también tiene que ver con esa palmada, pero tengo que saber de medicina.”

Otra, en referencia a cómo se organiza la enseñanza en el modelo flexneriano, señala que se comienza por las llamadas ciencias básicas y la observación de los cuerpos muertos, de este modo valora trabajar con cuerpos vivos:

“...yo nunca voy a trabajar con un cuerpo muerto, nunca voy a ver cosas específicas, de anatomía, nunca voy a ver un músculo solo, nunca voy a ver una articulación sola, que siempre voy a ver un conjunto. ¡Jamás me va a venir a ver una rodilla! Me va a venir una persona con un dolor de rodilla”.

Les docentes, en contraposición con su propia formación, destacan la relevancia de comenzar por donde ellos terminaron:

“el estudiante de la carrera de medicina tenía que conocer lo que era una persona sana

viviendo en su lugar, la primera formación tenía que ser esa (...) “hay una tensión entre lo social y lo biológico, no existe una cosa sin la otra, entonces, [hay que] presentarles la contradicción entre lo social y lo biológico desde el primer momento”.

Llama la atención el uso del término “*contradicción*”, parecería que la incorporación de la dimensión social es lo que tensiona al docente con su propia formación. También dicen que son aprendizajes que sirven para que “*les caigan fichas*” para evitar la omnipotencia propia del comportamiento del rol

“...les transmitimos y que el médico no resuelve todo, no sabe todo, no tiene que tener la respuesta a todo. Sino que en qué momento se requiere otro tipo de conocimiento, y respetar ese conocimiento. Incluso el saber popular, eso también es algo que cuesta bastante, pero creo que se logra, que es el saber que tienen las personas es parte del saber y de lo que hay que saber.”

Las prácticas de intervención barrial

El material bibliográfico propuesto por la asignatura para el trabajo de campo refiere a la *observación* y a la realización de un *diario de campo*, que señala la importancia de la observación para aprehender la totalidad de lo social que se manifiesta en la experiencia,. Esta observación deberá tener en cuenta el *contexto*, definido como *el lugar donde se encuentran los sujetos que participan de la cotidianeidad, así como las relaciones y situaciones de los mismos*. El registro de la observación en el diario de campo permite sistematizar, transformar, mejorar y enriquecer las prácticas investigativas. Para ello es necesario que este registro no sólo recopile información, sino que además de la descripción incluya argumentación e interpretación (Martínez; 2007).

Por otra parte, en la asignatura se trabajan varios textos que apuntan al aprendizaje de habilidades comunicativas, y a una reflexión respecto de los diferentes modelos comunicacionales, a las características y los tipos de comunicación, tanto verbal como no verbal (Uribe 2009; Knapp 1980); y a la distancia entre la observación y el registro.

Otro aspecto central que desarrolla la asignatura es el *mapeo*, es decir la capacidad de confeccionar mapas del barrio y/o de las manzanas, graficando las principales referencias para

una intervención en salud comunitaria; para ello recurren a un texto de Pozo Solís (2007). Por último, trabajan la noción de redes a través de la propuesta de Mario Rovere (1999).

La primera actividad que realizan es el mencionado mapeo comunitario, . Una presentación de Power Point antecede la propuesta de la actividad con una frase de Carlos Matus: *“Quien pretende actuar en una realidad concreta y cambiar los resultados insatisfactorios que observa en esa realidad, debe comenzar por conocerla”*. Así, para los estudiantes, este tipo de prácticas son asumidas como una tecnología:

“No, lo que nosotros hicimos fue la técnica, después sí, en el transcurso, cuando hacíamos la entrevista a veces dábamos algunas recomendaciones, digamos, y lo plasmábamos después en el cuaderno de campo. Pero nada, ahí nomás”.

Construir el mapa sería el primer acercamiento para conocer la comunidad, los estudiantes conversan con la docente acerca de cómo realizar una observación y cómo volcar lo observado en el mapa. Se construye un mapa en cada cuaderno de campo y uno grande de toda la comisión donde se vuelcan las organizaciones de la sociedad civil que están presentes, en las clases siguientes se completa incluyendo “actores sociales” y “redes”.

La división del territorio en manzanas específicas por comisión se explica por la presencia de muchos estudiantes realizando sus prácticas en el centro de salud. Llama la atención que en algunos momentos se definen ellos como parte de la comunidad, en el sentido que están presentes en el territorio durante el tiempo que lleva la cursada, aunque esto en ningún momento se expresa en la representación gráfica que constituye el mapa.

En los cuadernos de campo se ve un listado de *cosas* que observan en el territorio, sin jerarquías: casas, negocios, perros, escuelas. La palabra de los “actores sociales” se toma como reflejo de la realidad barrial. No aparecen cuestionamientos en relación a la perspectiva de los mismos. El listado de problemas se construye desde lo que observan en las recorridas barriales y de la palabra de los entrevistados. En los cuadernos de campo se identifican algunos problemas que responden a demandas de lo que ellos definen como “actores sociales” y otros que no, que son identificados por los mismos estudiantes.

Se incorporan en el “árbol de problemas”, una red de relaciones causales que construyen, pero que, como no son demandas de los “actores”, no son objeto de futuras intervenciones, o se trata de problemas que superan los recursos propios o los de la comunidad, y por lo tanto exceden sus posibilidades de intervención.

A partir de las entrevistas a los “actores”, se grafican en los mapas las *redes*. Se plantean redes “*existentes*”, formales e informales, y redes “*inexistentes*” pero que podrían ser útiles para la resolución de los problemas.

Los estudiantes reconocen que estas prácticas de relevamiento y promoción de la salud les han provisto de herramientas para una mejor interacción y que han adquirido habilidades comunicacionales, que consideran fundamentales para su desempeño profesional.

“...si nos cuesta más salir al barrio y relacionarnos con las personas, no saber cómo afrontar eso y muchas veces no te reciben, o te reciben y no te hablan...”

“... si no hay un intercambio, porque es como que nosotros vamos ahí, buscamos información y, ¿qué le vamos a brindar? Pero también vimos que escuchar a la gente es importante, que nos vean participar es importante, también que fuimos a hacer talleres a la escuela, que los alumnos te vean y, ahí pudimos escuchar a los chicos. Ellos quieren que vayas y les expliques qué hace el cannabis, qué hace... todo un montón de cosas de las que no podíamos hablar, porque por ejemplo nosotros fuimos a dar un taller de alimentación saludable y cuidado bucal, y ellos nos preguntaban: “¿Qué pasa si fumo marihuana? ¿Qué me hace el humo? ¿Cuáles son las drogas malas? ¿Por qué drogarme le hace mal a mi cuerpo?”. Entonces ves que ellos también tienen necesidades. Y solamente fuimos a hablar. Por eso..”

La cursada en un centro de salud y práctica de la entrevista, posibilitan un ejercicio de actuación del rol profesional, que condice con las expectativas futuras de estos/as estudiantes. Así por ejemplo hay quien menciona:

“...cambia igual cursar (...) en el sentido de que, no sé, como que es otra cosa. La sensación es distinta de cursar en un centro de salud que, en un aula, aparte salís con el ambo y como que ya te sentís... (risas)... ¡Un poco más lindo! No, sí, cambia por ese sentido, o sea, (...), si cursaría en un aula y después iríamos en colectivo para allá, tampoco me cambiaría mucho, ahora que lo pienso, porque no hay tanta relación con el, sino el cambio con el hecho de uno, de sentir que estás en un centro de Salud” .

La labor de relevamiento da cuenta también de la importancia que le atribuyen a la dimensión empírica en sus aprendizajes, casi como si estuvieran en una “lección de anatomía” barrial:

“Entonces no es lo que yo pienso, lo que yo creo o como a mí me gustaría. Ir me da esa experiencia. Creo que la única forma de hacerlo es yendo. Si yo no voy a hacer las

entrevistas y mis compañeros me la pasan, por ejemplo, sigo igual, porque yo no fui a hacerlo: no vi la expresión, no vi la cara, no vi el lugar, no vi si hay sol y me muerode calor o si llueve que está todo embarrado y no puedo llegar, o si hace frío y a esa hora no hay nadie en la calle porque hace un frío tremendo, porque capaz no tenían ni para... no sé. Todo eso me pierdo si yo no voy. No lo puedo valorar. Es lo que otro dice, porque a veces, por ahí uno como alumno se queja o nos quejamos: “Uh, otra vez a caminar, otra vez a ir”, pero en realidad eso es lo que me da a mí el conocimiento. No me lo da sentada en mi casa, sino yo lo podría leer en mi casa, no tendría que ir a hacer la práctica”

Nos llama la atención el deslizamiento que se produce cuando planifican intervenciones, del plano de la comunidad al plano individual de las familias. A la hora de intervenir en el PSEAC, docentes y estudiantes organizan actividades de seguimiento de familias fundamentalmente en el eje materno - infantil. No se proponen generar alguna intervención a nivel de la comunidad, la intervención es a nivel familiar. Se proponen entonces conocer la comunidad para conocer el marco, el contexto, “lo que rodea” la familia “vulnerable”, que sigue siendo el foco de la intervención. El objeto de las intervenciones sigue siendo “el cuerpo enfermo” (Testa, 2014) sosteniendo así el individualismo propio del enfoque biomédico. ¿Qué diferencia este enfoque del preventivismo clásico entonces?

“Desde el principio, vos salís a recorrer todo el barrio y detectar actores sociales. Que al principio cuesta, porque la primera vez que salís y ya ves actores sociales, vas aprendiendo. Después con respecto a eso, vas viendo las redes y vas conociendo el barrio. Y después recién es donde abordas, en sentido a las personas, a la gente, las familias en sí. Primero vos tenés que conocer el barrio”.

Permanentemente les estudiantes se cuestionan el sentido de estas prácticas:

“¿Qué le sirve? ¿Qué me llevo? Bueno, me llevo conocimientos de la comunidad que al principio no los tenía, o sea, saber cómo se alimentan, lo que saben de lactancia, bueno, determinar vulnerabilidades de las casas, sí, muchos conocimientos me llevo. A la gente, por ahora yo creo que nosotros, nada, no sé, nada, nosotros como que entrevistamos, en el futuro tal vez podamos devolverle algo a ellos. Pero si ahora hay gente que la atiende bien, hay gente que generalmente está enojada con el sistema de Salud, con la economía, con todo y a veces se agarra con nosotros, digamos, como que no vamos a

poder darles una solución al entrevistarlos, pero creo que en un futuro podría”

Este cuestionamiento se acentúa ya que el CAPS es un centro al que se accede por derivación. Es decir que la mayor parte de los vecinos del barrio se atienden en otro centro más antiguo. Por ello, les estudiantes reciben un sinnúmero de reclamos que se vinculan con los problemas de accesibilidad a la atención médica.

“En Padre Cajade ahí no atienden a las personas del barrio, recibimos bastantes quejas por eso. Mucha gente ni siquiera lo conoce, para mí deberían poder atender a la gente del barrio porque conociendo al otro centro de Leopoldo Lugones que es bastante precario y hablamos con gente que fueron ahí por un problema y nunca más regresaron a Lugones. Creo que deberían poder atender a las personas”

“...nosotros siendo estudiantes, solamente indicarles dónde tienen que ir, digamos, al centro... Yo estoy en el Cajade, y primero tienen que ir al Leopoldo Lugones, a la salita, y de ahí cualquier especialidad lo derivan. Pero nosotros solamente decirle, recomendarle, o sea, contarle dónde tienen acceso, dónde pueden ir y esas cosas. Pero nosotros, estudiantes, si tienen un problema no podemos hacer tampoco mucho”.

Esto a su vez tensiona sus representaciones respecto de la misión altruista que tienen sobre el rol profesional en poblaciones que caracterizan como vulnerables:

“Yo creo que nosotros como estudiantes o profesionales tenemos que intervenir más en la.... me lleno de bronca, digo que la gente no puede vivir así, esta señora se tiene que ir al Tolem porque en Leopoldo Lugones la atienden mal, ¿Qué hago con todo eso?”

Por ejemplo, vos le decís a la familia que entrevistamos: “Bueno pero vayan a Padre Cajade, saquen turno...”, “No, porque no te dan turno, porque nos dicen que tenemos que ir a Leopoldo Lugones, entonces: ¿Cuál es la opción que yo tengo? Me voy al Hospital Tolem.” Yo me quedo pensando: “Esta persona vive acá, plata evidentemente no tiene, para ir a Tolem necesita plata, si llueve no puede transportarse, si te agarra a la madrugada que se te descompona un bebé o lo que sea... Yo lo he vivido, si no tenés guita, no tenés alguien que te lleve y encima vivís en una calle de tierra que se inunda... Son gente que está olvidada del mundo y eso a mí me genera mucha impotencia. La materia me genera impotencia”.

Discusión

El trabajo de campo nos ha permitido profundizar algunos interrogantes y explicitar algunas impresiones preliminares. La pregunta que nos orientó fue cuál es la noción de comunidad con la que se trabaja en esta asignatura, en qué tradiciones sociológicas está anclada. A nuestro entender se trata de una perspectiva que denominamos “romántica” de carácter sustancialista y homogeneizante. Esta visión se caracteriza por entender la comunidad de un modo idealizado, sin contradicciones internas, sin tener en cuenta las múltiples “comunidades” que alberga y sin herramientas teóricas que la inscriban en una estructura social más amplia. Denominamos esta perspectiva “romántica” porque además notamos en sus discursos una intención altruista, la vocación de servicio aparece como motivación para la elección de la carrera y supone una expectativa del rol a desempeñar en la sociedad.

Otro aspecto a señalar es, como ya fue dicho, la concepción mecanicista de los determinantes de la salud. El empirismo que caracteriza esta perspectiva hace que se conciba a la comunidad como un espacio físico en el que habitan familias; el modo de conocer su estructura es a partir de las organizaciones e instituciones que allí se encuentran. Las demandas, los problemas, las necesidades de estas comunidades se conocen a través de lo que llaman “actores sociales” que son las personas que se encuentran en las “instituciones”. Los problemas que enuncian estos “actores” tienen causas, y lo importante es reconocer quiénes pueden intervenir sobre éstas o escapan a sus posibilidades de intervención.

No encontramos en el proceso de aprendizaje una perspectiva teórica que contribuya a comprender lo comunitario como expresión de estructuras y relaciones sociales de diferentes niveles de complejidad; los actores sociales como aquellos sujetos o grupos con capacidad de agencia e intereses en juego. Tal vez esta identificación de los actores sociales con las instituciones se pueda explicar a partir de la visión romantizada de la sociedad. Por un lado, en tanto se la piensa como un todo homogéneo, se bloquea la posibilidad de pensarla como un espacio con conflictos internos y, en consecuencia, a los actores sociales como canalizadores de estos conflictos. Por otra parte, el concepto de comunidad implica la idea de un organismo que funciona sin conflictos, pero con funciones diferenciadas. La asociación de los actores sociales con instituciones daría cuenta de esa necesidad de múltiples funciones de la comunidad.

En la década del 90 se dio un debate en las ciencias sociales referido a la importancia del plano “local” en oposición a lo “global” que explica la revitalización que se le dio entonces a la noción

de comunidad y a la participación comunitaria. El énfasis en lo local tuvo que ver con el reconocimiento de que es allí donde se hace inteligible lo general, lo macro y la estructura, y, en consecuencia, las representaciones sociales deben ser observadas en sus usos locales para comprender el sentido general de las mismas (Menéndez; 2010). Lo local supone toda 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 e incluso el cuerpo. Los procesos macrosociales se viven en la esfera de lo local y es esta esfera la que le otorga sentido, reconocer su importancia no puede excluir el reconocimiento de la determinación de los procesos generales. En este contexto la comunidad se convierte en una fuente ambivalente de sentidos posibles (de Marinis P., 2017), por un lado, como proyección utópica de un devenir de transformación del orden social actual (muy presente en los diferentes movimientos sociales) y por otro, como un dispositivo socio-tecnológico de gobierno de las poblaciones que se utiliza en las políticas que promueven la activación de los sujetos en la propia gestión de los riesgos sociales.

Notamos además una superposición entre la idea de comunidad y la de territorio, es decir que en ocasiones se conceptualiza la comunidad como “el barrio”, “el área programática” o “lo que está alrededor” del centro de salud. Es preciso reconocer la génesis de esta asociación. El término “territorio” se forja en la militancia política. Primero para referirse a ese ámbito de participación en el que se trabajaba en pos del desarrollo urbano, y luego con el proceso de desindustrialización, a la militancia barrial que dio lugar a los piquetes de fines de los años 90 y al estallido del año 2001 (Petz, 2013; Manzano, 2013; Merklen, 2005, Svampa, 2003). Con el gobierno kirchnerista muchos de esos militantes se incorporaron al Estado y comenzaron a diseñar políticas con base territorial dando forma y sustrato teórico al término “territorio” a partir de la intervención estatal en la cuestión social.

Por último, es preciso señalar que los estudiantes se sienten interpelados por los vecinos y son receptores de demandas que se formulan al sistema de salud. Esa demanda no resuelta, por un lado, y ese rol no formulado, por el otro, operan como obstáculos a la hora de pensar en los objetivos de las prácticas. La actividad por excelencia es caminar por el barrio, para qué lo hacen es lo que no queda claro. Diferenciamos, por un lado, una demanda no resuelta, en el sentido que muchos problemas planteados en las entrevistas, no son conducidos por parte de las prácticas de los estudiantes a una respuesta concreta en el sistema de salud. Por otro, también podemos suponer que, ante esta falta de respuesta, muchas demandas no llegan siquiera a plantearse, e

incluso que algunos problemas no llegan a visibilizarse. Entonces, cuando intentamos explicitar el objetivo de las prácticas realizadas en el territorio, no podemos hacerlo. ¿Qué aprenden los estudiantes? ¿Qué de esa experiencia servirá para su aprendizaje profesional? Eso es lo que se diluye en la actividad concreta de caminar el barrio.

Recuperemos entonces la idea que el saber profesional del médico comunitario requiere de la producción de representaciones y prácticas a partir del rol que se necesita representar. Debemos considerar que el trabajo en el campo de la salud se caracteriza por su tendencia a la acción; es esta exigencia de intervención lo que favorece la discrepancia entre representación y práctica como producto de las expectativas de rol. La exigencia de desempeño del rol a partir de la intervención en los problemas que identifican y las demandas de las que son receptores, serían la explicación a ese sentimiento de “frustración” ante la ausencia de herramientas para intervenir “curando” los problemas de la comunidad. Desde esta perspectiva estamos comenzando a pensar que el rol del médico comunitario se aprende y se actúa en función de las expectativas de desempeño del rol que tienen sobre los estudiantes tanto la Universidad, como los sujetos del barrio.

Conclusiones

Para ir cerrando este informe, es preciso señalar los hallazgos y las derivas más relevantes a nuestro juicio que resultan de revisar las prácticas de educación médica situada en territorios concretos.

En primer lugar, es necesario reponer la fecundidad del enfoque etnográfico para el análisis de los procesos a escala local, y para comprender su interrelación con, en este caso, los lineamientos de política educativa en el campo de la salud que se dan desde otros niveles de decisión. En este sentido, revisar los objetivos de la política a la luz de las categorías, representaciones y prácticas que construyen los sujetos, da cuenta de procesos de apropiación y resignificación, que transforman o no las prácticas de atención y cuidado de la salud en ámbitos concretos.

Respecto de las representaciones en torno de la comunidad que construyen los sujetos, nos interesa destacar la idea de comunidad, romantizada y homogénea, que funciona para el paradigma de la salud comunitaria como un horizonte de utopía contrapuesto al individualismo que caracteriza al saber biomédico. Podemos suponer que en estos escenarios en que transcurre

la formación de los futuros médicos, esta idea romántica de comunidad, es más bien un instrumento en la disputa ideológica conceptual con el paradigma hegemónico, que un concepto operativo.

Un aspecto que nos interesa señalar respecto de las nociones con las que se conceptualiza “el barrio” es la distancia que existe entre los docentes y los estudiantes y quienes habitan este territorio. Como se mencionó anteriormente, uno de los conceptos a trabajar en la asignatura es el concepto de vulnerabilidad. En este sentido, algo que pudo observarse fue la similitud que existe entre el barrio en el cual los estudiantes hacen la práctica y el lugar donde viven; ambos espacios presentan problemáticas similares. Esa distancia imaginaria entre la población a atender y ellos mismos, parecería borrarse. De esta manera aparece lo inesperado: la distancia social entre docentes y estudiantes, aspecto que parece no haber sido tenido en cuenta. Este punto coincide con una investigación realizada en la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ), en donde el objetivo era caracterizar las diferencias socioeconómicas entre estudiantes y se encontraron con la diferenciación entre docentes y estudiantes (Zapata, L.; 2017).

Es necesario mencionar que las intervenciones para los estudiantes están pensadas desde el “mandato de salvación”, donde son ellos los portadores del saber y el poder. Se podría pensar que la asimetría “médico-paciente”, no ha sido problematizada, y esto refuerza el sentido “altruista” que refieren en sus conversaciones cuando plantean la necesidad de “salir a dar”. Siguiendo con esta idea, podemos observar como la incorporación del contexto en el cual se dan las prácticas, aparece bordeando un núcleo biologicista; que continúa estando en el centro. El trabajo con la comunidad se da del mismo modo en que se trabaja con el cuerpo, en donde no encontramos una reflexión sobre la dinámica sujeto/objeto.

La asociación entre la noción de comunidad y la de territorio, junto con el empirismo con el que se aborda el trabajo sociocomunitario, nos induce a suponer que, en sus prácticas de relevamiento, los actores trasladan “la lección de anatomía” a la realización de una “anatomía barrial”. El barrio, se plasma en un mapa en el que se señalan las partes constitutivas, casi del mismo modo en que en las lecciones de anatomía los profesores de entonces daban cuenta de las partes que componen un cuerpo humano. Del mismo modo que en esos escenarios, de sujetos observando un cuerpo inerte, en este caso, las actividades de relevamiento territorial, sustraen el hilo de vida social y comunitaria que está dado por los vínculos y por las relaciones

sociales en cualquier comunidad. Los actores sociales, se transforman en edificios, sin intereses ni objetivos. El empirismo que tiñe este tipo de abordaje dificulta la comprensión de dimensiones abstractas que atraviesan los vínculos sociales, y deestructuras de significación que hacen inteligible la vida social.

Referencia bibliográfica

BORRELL, R (2005), “La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos” en: *Proceso de transformación Curricular: otro paradigma es posible*. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora. Argentina.

CRUZ, B & PEREA, R & DIAZ, P. (2010) “Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela”. *Educación Médica Superior*. 24 (1). 111-135.

de ALBA, A (1994) “Currículo: Crisis, Mitos y Perspectivas”. Editorial Miño Dávila. México.

de MARINIS P. (2017). Acerca de la comunidad y su (¿presunto?) renacer. En: *Cuadernos de Teoría Social*, Año 3, N° 6, 49-67. (ISSN 0719-6415).

----- (2011). Derivas de la comunidad: algunas reflexiones preliminares para una teoría sociológica en (y desde) América Latina. En: *SINAIS – Revista Eletrônica - Ciências Sociais*. Vitória: CCHN, UFES, Edição n.09, v.1, 83-117. (ISSN 1981-3988).

----- (2005). 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es). En *Papeles del CEIC # 15* (ISSN: 1695-6494).

FAJARDO URIBE, L. A. (2009). A propósito de la comunicación verbal. Forma y Función, 22(2), 121-142. Recuperado a partir de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/formayfuncion/article/view/23763>

KNAPP, LM (1980) “La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno”. Paidós Comunicación.

MANZANO, V. (2013). *La política en movimiento. Movilizaciones colectivas y políticas estatales en la vida del Gran Buenos Aires*. Argentina: Prohistoria. (ISBN 9789871855407)

MARCHIONI, M. (2002). Organización y desarrollo de la comunidad: la intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales. En: *Programas de animación sociocultural*. coord. por María Luisa Sarrate Capdevila, 455-482. (ISBN 84-362-4770-1).

MARTINEZ, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista perfiles libertadores*, 4, 73-80.

MENÉNDEZ, E. (2010). *La parte negada de la cultura*. Rosario: Prohistoria. (ISBN 978-987-1304-59-2).

----- (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar. Argentina.

----- (2006). *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar. Argentina.

----- (2002) *El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*. *Revista de Antropología Social* 11(2002) 39-87. México.

MENENDEZ, E y DIPARDO, R. (1996): De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México. Ed. Ciesas.

MERKLEN, D. (2005). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática 1983-2003*. Argentina: Gorla.

NUNES DUARTE, E. (2005) Introducción. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na américa latina. Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

----- (ed.) (1986). *Ciencias sociales y salud en América Latina, Tendencias y perspectivas*. Montevideo, OPS-CIESU.

OPS/OMS (2014) Relatores: Borrell, María Rosa y Menezes Fernando “Informe de Manaos La Misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud”.

----- (2005): *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Borrador para la discusión. Documento Oficial.

----- (2003): *Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. 44° Consejo Directivo – 55° Sesión del Comité Regional. EEUU.

PETZ, I. (2013). Movimientos Sociales y Estatalidad. De la Desocupación a la Construcción Política: el caso de la Unión de Trabajadores Desocupados de General Mosconi en el Norte de Salta, Argentina. Reseña de Tesis Doctoral. En *Cuadernos de Antropología Social* N° 37, FFyL-UBA. (ISSN 0327 3776).

POZO SOLÍS, A (2007). *Mapeo de actores sociales*. (Documento de trabajo). Lima: PREVAL-FIDA.

ROCWELL, E. (1987): "Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)". Documento DIE, Departamento de Investigaciones Educativas, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN, México

ROVERE, M (2014) "La Educación médica en revisión", en *Revista Argentina de Medicina*, Volumen 2, N° 3, Buenos Aires.

----- ROVERE, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

SCAGLIA, M. C. (2012). *"Curarse en salud". Saber en atención primaria de la salud: la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina*. Tesis doctoral. FFyL - UBA Repositorio digital: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1639>

SILBERMAN, M. (2017). Apuntes para debatir el término de Salud Comunitaria. Buenos Aires: Mimeo.

SVAMPA, M. y PEREYRA, S. (2003). *Entre la ruta y el barrio. La experiencia de las organizaciones piqueteras*. Buenos Aires: Biblos.

TESTA, M. (2014). *Pensar en Salud*. 1ª ed. 6ª reimp. Buenos Aires: Lugar. TÖNNIES, F. (1947). *Comunidad y Sociedad*, 1ª ed. 1887. Buenos Aires: Losada.

ZAPATA, L. (2017) La UNPAZ vista por los/as estudiantes: exploraciones en torno a situaciones y actores. En: *Revista de Trabajo Social*, Año 1, n°1, pp: 91-102.