

Libros de **Cátedra**

# Problematizando la salud

Aportes conceptuales y experiencias de trabajo  
en territorio desde la perspectiva de la medicina  
social / salud colectiva

Susan López - Virginia Michelli (coordinadoras)

FACULTAD DE  
TRABAJO SOCIAL

**S**  
sociales



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

# PROBLEMATIZANDO LA SALUD

APORTES CONCEPTUALES Y EXPERIENCIAS  
DE TRABAJO EN TERRITORIO DESDE LA PERSPECTIVA  
DE LA MEDICINA SOCIAL /SALUD COLECTIVA

Susan López  
Virginia Michelli  
(coordinadoras)

Cátedra de Medicina Social /Salud Colectiva  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA



*“La idea central es que la medicina y los servicios de salud constituyen **sólo uno de los factores** que tiene influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social.” (Giovanni Berlinguer. Determinantes sociales de las enfermedades. 2007: 6)*

# Índice

<b>Presentación</b> _____	5
<b>Capítulo 1</b> De qué hablamos cuando decimos Medicina social/salud colectiva. Conceptos y categorías de análisis _____	7
<i>Susan López</i>	
<b>Capítulo 2</b> Los problemas de salud y el trabajo social. Introducción a una mirada compleja _____	27
<i>Jimena Lafit, Laura Otero Zúcaro y María Cecilia Nogueira</i>	
<b>Capítulo 3</b> Experiencias de extensión en promoción de salud comunitaria _____	40
<i>Virginia Michelli y Carina Scharagrosdsky</i>	
<b>Capítulo 4</b> Lo que supimos conseguir. Procesos de enseñanza aprendizaje en salud colectiva: adscripción a la docencia universitaria y producciones de los estudiantes _____	57
<i>Virginia Michelli, Susan López, Carina Scharagrodsky, Verónica Campagna, Jimena Lafit y Griselda Naum</i>	
<b>Las autoras</b> _____	71

# Presentación

Este libro lo pensamos como un acercamiento a la problemática de salud para las/os estudiantes de grado de Trabajo Social, sin que por esa razón excluya a otros/as interesados/as en la temática.

Conformamos el equipo de la cátedra de Medicina Social/Salud Colectiva de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP, y elaboramos este libro con la finalidad de construir una herramienta que sea un pilar para la organización del dictado de la materia, una fuente de conocimiento de las dimensiones y las categorías de análisis de la Medicina Social/Salud Colectiva y un aporte para la praxis del Trabajo Social.

No pretendemos realizar un manual que abarque el desarrollo de todas las dimensiones que atraviesan a la salud, sino, un puntapié inicial que, desde una perspectiva histórica social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, permita generar y crear nuevos interrogantes que contribuya a la formación y a los modos de intervención profesional.

Conceptos, interrogantes, reflexiones y experiencias son los ejes sobre los cuales construimos y desarrollamos los capítulos de este libro. El que a su vez tiene el propósito de constituirse como una unidad con la estructura de desarrollo conforme a los lineamientos de la materia y no como una compilación de varios trabajos sobre salud.

La realización de los capítulos por nuestras diferentes autorías, presenta a la obra con cierta independencia y autonomía expositiva que se refleja en estilos propios de cada tema abordado, sin descuidar la coherencia y conceptualización de la perspectiva abordada.

El cuerpo principal del libro está conformado por cuatro capítulos en los que proponemos una organización secuencial del contenido. En el primero, partimos de la presentación del tema y el desarrollo histórico social desde donde se definen los conceptos claves que hacen al abordaje de problemáticas del proceso salud enfermedad. En el segundo, nos proponemos reflexionar sobre los procesos de intervención considerando los desafíos, posibilidades y limitaciones que se presentan en la práctica concreta. En el tercero, presentamos experiencias de extensión universitaria en salud comunitaria que pretenden mostrar la relación dialéctica entre comunidad y universidad; y en el cuarto y último capítulo, reflexionamos y analizamos dos aspectos centrales en la docencia: la adscripción como espacio de formación docente y los resultados del proceso enseñanza aprendizaje a partir de las producciones escritas de los/as estudiantes que cursaron la materia en el año 2014.

Intentamos hacer de este libro, un material didáctico para el estudiante, un instrumento organizativo para el dictado y una herramienta que genere nuevos interrogantes para la intervención profesional en el campo de la salud.

Esperando lograr parte de nuestro cometido, dejamos que las/os lectoras/es se introduzcan en las páginas de la producción colectiva que esta cátedra supo conseguir.

Equipo de Medicina Social/Salud Colectiva  
FTS-UNLP

# **CAPÍTULO 1**

## **De qué hablamos cuando decimos Medicina social/Salud colectiva**

### **Conceptos y categorías de análisis**

*Susan López*

#### **Introducción**

En este capítulo, nos proponemos realizar un recorrido que nos permita comprender que la salud-enfermedad no es sólo un problema biológico ni tampoco sólo social, sino que su mera existencia se expresa y se manifiesta como resultado de un complejo entramado de relaciones, principalmente de poder, presentes en cada forma de organización política, económica y social.

Nuestro objetivo es acercar las principales herramientas de análisis para el campo de la salud colectiva y profundizar los conceptos y categorías centrales que aborda la Medicina Social Latinoamérica/Salud Colectiva, con la finalidad de facilitar la comprensión y el abordaje de las problemáticas de y en salud.

Partimos de la idea que la salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas ni analizadas como categorías aisladas, a-históricas, biológicas e individuales sino como parte de un proceso con múltiples determinaciones que incluso trascienden al propio campo de salud.

Estudiarlas y analizarlas, considerando el contexto histórico social, nos permite comprender y confrontar el alcance y sentido que las políticas de salud tienen en categorías de análisis como equidad, desigualdad, inequidad, determinación social de la salud y derecho a la salud.

Enmarcar las dimensiones de análisis en los contextos del desarrollo del pensamiento social en salud es una prioridad que atraviesa todo el capítulo.

## Salud y enfermedad

En la historia de la humanidad los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad han sido expresión de preocupaciones tanto individuales como colectivas.

Sin embargo, las razones que se han atribuido para explicar las existencias de la enfermedad y de la salud, han ido cambiando conforme a la propia organización social que se ha dado el Homo Sapiens a través de su propia historia. Es más, no sólo las formas de explicarlas sino las formas de vivirlas, sentirlas y resolverlas tienen la dificultad de no poder ser entendidas ni aprehendidas sin poder ubicarlas en contextos determinados.

Aquí, y antes de avanzar en el tema que nos convoca, nos detendremos brevemente, para explicitar qué entendemos por contexto. Partimos diciendo que, no es solamente el lugar geográfico, el momento de la historia, la organización económica, la cultura, la religión sino el modo en que se conforman las relaciones sociales y de poder tanto en el plano micro como macro social. Es decir, es necesario tener en cuenta que las situaciones y circunstancias que se presentan sobre un hecho social en el microespacio también están atravesadas por cuestiones que las trascienden y que se dan en el plano macrosocial. Más precisamente, que los hechos que se presentan en una comunidad cualquiera, son el resultado de interrelaciones que se definen a su interior, tanto en el plano material como simbólico, y que al mismo tiempo están sujetas por el predominio de una formación social determinada, que en la actualidad es la sociedad capitalista.

Dicho esto y retomando nuestro tema de interés, la salud y la enfermedad, veamos cómo y cada uno de estos conceptos han sido interpretados a través de la historia de la sociedad.

Partimos de la idea que la enfermedad es uno de los problemas sociales que más ha preocupado a las diferentes comunidades.

Pero, ¿qué es la enfermedad? Berlinguer en su libro "La enfermedad" nos introduce y alerta, a partir de un recorrido por diferentes enciclopedias y diccionarios, sobre las dificultades y pocas similitudes que presentan las diferentes definiciones encontradas. Nos demuestra que, según la época, los conocimientos disponibles y el interés por encontrar respuesta a la enfermedad, las definiciones se presentan como la **ausencia o supresión** de algún principio vital, o como la **presencia** de algo extraño y nocivo como corpúsculos de materia impura, demonios o animales perversos.

También nos ilustra acerca de que la mayoría de los intentos por definir la enfermedad refieren a situaciones de malestar, desequilibrio, sufrimiento, dolor, imposibilidad; en contraposición a las situaciones de estar bien, equilibrio, posibilidad, capacidad, en ausencia de aquella. De este modo, lo negativo se asocia a la enfermedad y en forma opuesta lo positivo a la salud.

Sin embargo, debemos reparar que la propia referencia a la existencia de una a partir de la ausencia de la otra, nos permite visualizar que no se presentan separadas ni que son opuestas sino que son parte de un mismo fenómeno del ciclo vital.



Siguiendo este razonamiento, afirmamos que la salud y la enfermedad son parte de una misma cosa, de un hecho social que ocurre en determinado momento, bajo ciertas condiciones y que cambian de un individuo a otro, de una comunidad a otra, de una época a otra y de una forma de organización económica social a otra.

“Existen diferencias profundas entre individuos y pueblos en lo que hace al sufrir o al modo de reaccionar ante las enfermedades”... “Existen, por fin , cuadros morbosos que dominan una época , como la peste en el siglo XIV y la tuberculosis en el XIX, que luego retroceden y prevalecen otras patologías, como ahora lo hacen los tumores y las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, las naciones, las clases, las personas, son afectadas por los morbos en medida muy diferentes” (Berlinguer 1994:16)

Resumiendo, podemos decir que la manifestación de la enfermedad ha cambiado a través de la historia, pero no como un devenir propio de la biología de los individuos clasificados por etnia, sexo o edad, sino por las formas en que la enfermedad se manifestó en individuos y comunidad según el lugar que estas ocuparon en la organización económica social en un momento histórico determinado.

Al mismo tiempo, consideramos necesario reparar que la forma que esta asume y los cambios que en ella se dan, son el resultado de un proceso complejo y dinámico de entramados de relaciones de poder, de intereses, luchas y conflictos de los diferentes actores sociales. No son cambios abruptos, ni se conforman de un día para otro, se construyen en el día a día y constituyen un proceso en el devenir histórico.

Avancemos entonces, definiendo ese carácter histórico y social de la enfermedad.

## **El carácter histórico y social de la enfermedad**

La enfermedad es biológica en tanto se expresa en el cuerpo de un individuo, pero las condiciones para que se manifieste en ese cuerpo, que esté allí presente, pueden tener por lo menos dos explicaciones.

Por un lado, algunos autores sostienen que la enfermedad está dada por las características individuales, a su predisposición genética a la disfunción de alguna parte del cuerpo o la mente, por la carencia o insuficiencia de alguna vitamina, proteína o mineral o, por la exposición a factores dañinos para la salud.

Por el otro, desde la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva se sostiene que aún teniendo en cuenta las características biológicas individuales y cualquiera de los factores que toma en cuenta la corriente biologicista, estos disminuyen su fuerza frente al lugar o espacio social que ocupa un individuo o un colectivo en la estratificación social, ya sea en la esclavitud

o los sistemas de castas, estamental o de clases. Es decir, que el modo de producción y las relaciones de poder allí establecidas, delinean, determinan y condicionan la apropiación de los recursos para la satisfacción de sus necesidades vitales, que además lo superan como individuo y se expresa como colectivo.

Y es en este sentido que Cristina Laurell afirma que la enfermedad tiene carácter histórico y naturaleza social.

“La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su apariencia en los individuos sino por el proceso que se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos”. (Laurell 1982:2)

Entonces, podríamos decir que una enfermedad sin sujeto y sin contexto podría ser estudiada y analizada desde la fisiopatología y tratada desde las diferentes especialidades de las ciencias médicas. Sin embargo, y como vimos anteriormente, el enfermo es un sujeto que vive en determinado momento histórico y bajo ciertas condiciones de vida que le imponen las fuerzas productivas del modo de producción hegemónico a su contemporaneidad.

Es con esta lógica de pensamiento, podemos visualizar que las cuestiones que atraviesan el proceso salud-enfermedad están determinadas por complejas relaciones sociales que influyen directa e indirectamente en los causales de la enfermedad, como dicen Benach y Mountaner (2009), *con las causas de las causas*, es decir, con las determinaciones sociales donde el sujeto individual y colectivo se inscriben.

Sobre esto volveremos posteriormente, ahora los invito a recorrer desde cuándo y cómo comenzó a comprenderse que la salud y la enfermedad son fenómenos sociales.

## **La naturaleza social de la enfermedad**

A través de la historia de la humanidad, puede observarse que la relación entre el homo sapiens y el medio ambiente ha sido muy cambiante. Es tal vez, en esa relación donde tendríamos que detenernos para analizar el impacto que las enfermedades han tenido y tienen sobre la sociedad.

Muchos han sido los autores que nos ilustran al respecto, aquí vamos a tomar a Mc Keown y Ponting para enriquecernos al respecto.

Ambos autores sostienen que los cambios en el patrón de las enfermedades, guardan estrecha relación con los mismos factores que tuvieron influencia en otros aspectos de la historia de la humanidad.

En la época de los *cazadores recolectores*, es decir, cuando su vida era nómada, si bien el hombre vivía pocos años, no se encontraron evidencias de muertes por epidemias o enfermedades infecciosas. Más bien eran muertes atribuibles a su propia condición.

Cabe aclarar que estos autores difieren en cuanto al impacto que sobre la enfermedad tenían la disponibilidad o no de recursos. McKeown refuerza la idea de que esta deficiencia se traducía en carencia y mala nutrición, mientras que Ponting sostiene que existía una gran variedad de alimentos que se tradujo en baja desnutrición y casi inexistentes enfermedades carenciales. Sin embargo, acuerdan en que las enfermedades infecciosas no eran el flagelo de esa época.

La situación cambió cuando el *homo sapiens* comenzó a controlar el medio ambiente, período en que inicia la agricultura, se estableció en un lugar y fue convirtiéndose en sedentario.

Esta nueva forma de relación con la naturaleza, de apropiación, producción y reproducción de los recursos naturales requirió al mismo tiempo de un mayor contacto y cercanía, tanto con otros seres humanos como con animales. Entonces, el principal cambio fue una mayor exposición a las enfermedades infecciosas.

A su vez, no menos importante es considerar que la expansión de las enfermedades infecciosas a otras zonas y regiones del mundo, estuvo dado tanto por el mero intercambio de productos como por las formas de invasión a otros continentes con el solo fin de la expropiación de recursos. En cualquiera de los casos las formas de propagación y de contagio de las enfermedades se extendió por todo el planeta a través, principalmente, de intereses económicos. Como por ejemplo, la llegada de la viruela al continente americano en el siglo XVI.

Por otra parte, las condiciones de vida que se manifestaron en el contexto de las sociedades sedentarias también expusieron a los seres humanos, por una mayor concentración de población, sin hábitat adecuado y sin condiciones de saneamiento, a nuevas enfermedades infecciosas.

“En ciudades de varios miles de habitantes, o incluso en aldeas de solo unos cientos, el tratamiento de residuos suponía un gran problema”. ... “El constante aumento de los seres humanos y la creciente densidad de los asentamientos creaban un conjunto de condiciones dentro de las cuales podían establecerse muy diversas enfermedades.” (Ponting. 1992:306)

Con la irrupción de la sociedad industrial el patrón de las enfermedades también cambió. Si bien con la industrialización se incrementó el control sobre la naturaleza y hubo más recursos alimentarios, también se presenciaron nuevas formas de enfermar y morir.

Durante el transcurso del siglo XIX las medidas de saneamiento ambiental impulsadas por el higienismo, el descubrimiento del germen – Teoría Microbiana- como agente causal y la

incesante búsqueda del medicamento—en términos de Dubos- *proyectil mágico*, dieron la errónea idea de que las enfermedades infecciosas cursaban su fin.

Sin embargo, no sólo éstas no desaparecieron sino que comenzó a presenciarse otras formas de enfermedades no infecciosas como principal causa de morbimortalidad. Por ejemplo, los tumores y las enfermedades cardiovasculares.

Llegamos así a la idea de que, por todo lo dicho con anterioridad y en confrontación con los defensores de la visión biologicista, la expresión de lo mórbido mantiene un correlato con las formas predominantes de los modos de producción.

En síntesis, podemos afirmar que la forma que en la historia el homo sapiens logra su reproducción social, su forma de subsistir, de dominar su medio ambiente, de relacionarse y organizarse socialmente, se traduce en una expresión dominante de enfermedad.

## **Argumentos y contraargumentos de la visión social. De la teoría de los miasmas a la Teoría Microbiana.**

### **Los pioneros de la visión social**

Existe cierto consenso, de que el cambio del punto de vista individual al social se dio como consecuencia del incremento de las enfermedades colectivas que aparecieron en el contexto de la Revolución Industrial.

Cabe destacar que ya en 1700, el médico Italiano Bernardino Ramazzini había realizado un minucioso estudio sobre las afecciones propias que se manifestaban en los diferentes oficios de los artesanos. En el mismo describió, sobre trabajadores de 52 ocupaciones, los peligros que para la salud tenía la exposición a los productos químicos, el polvo, los metales, los movimientos repetidores o violentos, las posturas impares y otros agentes, como causal de enfermedades.<sup>1</sup>

Ya en los albores de la Revolución Industrial el austriaco Johann Peter Frank daba cuenta en su libro "*La miseria del pueblo, madre de las enfermedades*", lo que hoy llamamos desigualdad social. En el mismo describió, recorriendo la región de Lombardia, que la gente estaba sumida en la pobreza, la ignorancia y las enfermedades en medio de una región altamente fértil. Exhorto sobre la necesidad de reformas, pero no sanitarias sino reformas económicas y sociales.<sup>2</sup>

Aun así, es a partir del despegue de la Revolución Industrial, que en varios países europeos diferentes médicos preocupados por la salud pública describieron y analizaron el impacto que sobre la salud de la población tenían, tanto la forma de trabajo fabril como las condiciones de alojamiento de esos asalariados.

---

<sup>1</sup> Franco (1999)

<sup>2</sup> Sigerist (2006) 270

En su texto “El espejismo de la salud”, Dubos (1975) rescata a los pioneros que relacionaron las condiciones de vida con las condiciones de salud. Nos relata que en Francia, Louis Villermé, describió las pésimas condiciones de salud que prevalecían en los empacadores de algodón, como ejemplo del daño causado por las malas prácticas industriales a la salud de la clase trabajadora. En Alemania, Rudolf Virchows considerado por muchos como el padre de la Medicina Social, fue uno de los primeros en reconocer que los casos individuales eran sólo un aspecto de la medicina y que las enfermedades colectivas que exigían acción social y política.

Virchows, en el Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia sostenía:

“Esta población no tenía idea de que el empobrecimiento material y mental al que se le había permitido llegar era la causa principal de su hambre y enfermedad y que las condiciones climáticas adversas que contribuyeron al fracaso de sus cosechas y la enfermedad de sus cuerpos no hubieran causado estragos tan terribles de haber sido libres, educados y pudientes. Ya que ahora no puede haber la menor duda de que tal diseminación epidémica de tifo fue posible únicamente bajo las terribles condiciones de vida que habían sido creadas por la pobreza y la falta de cultura”. (Virchows, 2008 [1848]: 13)

Por su parte, el alemán Max Von Pettenkofer consideraba que las enfermedades estaban dadas por las malas condiciones de higiene e impulsó en Munich una serie de reformas en pro del aire y agua puras.

También en Inglaterra, Edwin Chadwick, quién había sido convocado para reformar la Ley de Pobres, consideraba que las enfermedades siempre estaban acompañadas de carencias, suciedad y contaminación y que la salud podía ser restaurada a partir de ofrecer a la población aire, agua y alimentos puros y alojamientos agradables. Sus aportes a la salud pública quedaron plasmados en el informe, de 1842, sobre *“Las condiciones sanitarias de la población obrera”*. Pocos años después, en 1845, Friedrich Engels denunciaba las inhumanas condiciones de vida de la clase obrera en su célebre libro *“La situación de la clase obrera en Inglaterra”*.

### **Teoría de los Miasmas** (Primera mitad del s.XIX )

Llegamos a mitad del s.XIX con la idea que las epidemias se creaban y propagaban por las malas condiciones de vida de la pobreza. Así el ambiente, la suciedad y los olores eran considerados los responsables de las enfermedades.

En ese contexto, algunos médicos preocupados por las cuestiones de salud pública, sostenían que los **miasmas** -vapores u organismos malignos- que se desprendían de los cuerpos enfermos o sustancias en descomposición, atentaban contra la salud de los

habitantes de las ciudades. Lo que provocaba las enfermedades era algo impreciso que estaba en el ambiente.

En ese contexto surge la corriente Higienista, impulsora del saneamiento urbano. Para esta corriente, tanto las condiciones climáticas y estacionales como las condiciones de trabajo y vivienda de las grandes urbes al fragor de la industrialización, era necesario que para controlar las epidemias, había que mantener determinadas condiciones de salubridad en el ambiente de la ciudad. Bregaba por la instalación de agua corriente, cloacas, iluminación en las calles, es decir, centraron sus campañas en pro del aire puro, el agua pura y los alimentos puros.

Dentro de las primeras medidas que se llevaron a cabo en el ámbito público fueron: tapar fangales, alejar industrias, mataderos y cementerios centrales de la ciudad, todas actividades del ámbito público.

Posteriormente, se amplió hacia los ámbitos privados, las casas particulares, proclamando la necesidad de instalar baños en todas las viviendas, reglamentando la altura mínima de los techos, una adecuada ventilación natural de los ambientes, recomendaciones acerca de la limpieza periódica de las casas.

La mejora a partir de la higiene en la vivienda muestra que la lucha contra las enfermedades era de responsabilidad individual y que sólo era responsabilidad política la provisión estatal del saneamiento urbano.

Quedaba claro entonces, que las pésimas e inhumanas condiciones de vida de la pobreza eran la incubadora de las enfermedades, pero las medidas que los higienistas impulsaron apuntaban a mejorar esas condiciones *sin cuestionar las causas* por las que se habían generado las mismas.

En este sentido, higienistas y los pioneros de la medicina social, encuentran como punto en común: que las malas condiciones de vida era la principal razón de la propagación de las enfermedades. Los primeros, encarnaron a la salud pública como las acciones médico sanitarias de prevención, mientras que los segundos, y principalmente desde Virchows, que dentro de las responsabilidades del Estado estaba la de proveer trabajo a los ciudadanos sanos. Es decir, no limitaba el accionar al compromiso y acción de los médicos.

Así encontramos que, tanto Virchow como Guérin defendieron a ultranza las condiciones de saneamiento y provisión de agua potable y fueron los primeros que introdujeron en 1848, el nombre de Medicina Social.

“El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con "los problemas sociales" y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de Medicina Social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados.”(García, J.C. 1984:154).

La teoría sobre los miasmas asociada a las condiciones de vida cobró protagonismo hasta que la ciencia médica descubrió y determinó que la existencia de la enfermedad tenía un responsable directo, el “germen o microbio”.

Los estudios epidemiológicos que John Snow<sup>3</sup> realizó en Londres en 1848, sobre el cólera en Golden Square, demostraron que no eran los miasmas los causantes de la enfermedad sino la transmisión hídrica de un microorganismo.

Aunque Snow no pudo aislarlo ni certificarlo con un microscopio, su aporte se convierte en un antecedente de la Teoría Microbiana.

### **Teoría Microbiana (Teoría del germen)**

Esta teoría data de 1880, cuando Louis Pasteur y Koch conjuntamente con el descubrimiento del microscopio, evidenciaron la presencia de microorganismos en las enfermedades infecciosas.

Con un anclaje en el positivismo del siglo XIX, esta teoría sostuvo que de una causa hay un efecto, y por lo tanto el agente causal de la enfermedad era un microbio y no las emanaciones de las sustancias en descomposición, como sostenía la teoría de los miasmas.

Esta posición asumida por los defensores de la teoría microbiana, generó profundas discusiones que se trasladaron incluso hasta nuestros días.

Los aportes que se habían realizado al calor de las investigaciones de los pioneros de la visión social e incluso de los más acérrimos higienistas, pasaron a segundo plano. Los defensores de la teoría microbiana la minimizaron y terminaron imponiendo su visión biológica, como paradigma científico técnico de la modernidad. Aun incluso, no habiéndose preguntado porque muchas enfermedades se habían reducido con anterioridad a la aplicación de medidas de combate estrictamente biológicas contra los microbios.

René Dubos ilustra muy bien esto al mostrarnos que en realidad, gran parte de las enfermedades se han reducido con anterioridad a la aplicación generalizada de los medicamentos que surgieron de la mano de aquella teoría, al que lo denominó **el proyectil mágico**.

“Es un hecho notable que los mayores logros alcanzados en el mejoramiento de la salud hayan ocurrido en el campo de las enfermedades que respondieron a las reformas sociales y económicas después de la industrialización. Las deficiencias nutricionales, tan recurrentes en el siglo XIX, prácticamente han desaparecido en el mundo occidental; no únicamente por medio de la administración de vitaminas sino como resultado de una nutrición mejor en todos aspectos. El control de grandes epidemias microbianas se hizo posible a la

---

<sup>3</sup> Para ampliar sobre los alcances de los estudios de Snow véase el trabajo: “*El cólera cerca de Golden Square*”, publicado por OPS en 1988.

salubridad y a una mejora general de las condiciones de vida, y no por el tratamiento farmacológico” (Dubos,1975:179)

La teoría microbiana, volvió a imponer el pensamiento que la enfermedad era una **cuestión individual**, que alguien que contrajo o se contagió de un germen se debía atacar a éste y a la parte del cuerpo afectada. Es con esta lógica de pensamiento, que se inicia la fragmentación del cuerpo y en consecuencia la proliferación de la especialización médica que actúa sobre la parte afectada de un individuo y desplaza al sujeto enfermo.

Por otra parte, esta teoría supuso que todas las enfermedades tenían una sola causa y que la sola identificación del agente y su correspondiente tratamiento, le permitiría a la medicina controlar todas las enfermedades infecciosas.

Esta visión ha sido cuestionada en el siglo XX, cuando la forma de producción y acumulación de capital generó otro tipo de problemas y la primera causa de muerte dejó de ser la enfermedad infecciosa para pasar a ser aquellas relacionadas con, por ejemplo, otras formas dominantes de organización social, tanto en el mundo de producción industrial -como por ejemplo, el Taylorismo, el Fordismo y el Toyotismo-, como el laboral, político, cultural, etc.

El crecimiento de las enfermedades no infecciosas y degenerativas como primera causa de morbimortalidad, impuso una reconsideración de la unicausalidad que sostenía la teoría microbiana y dio lugar al enfoque multicausal. El que considera, que la enfermedad es causada por múltiples factores que actúan como determinantes en los riesgos a enfermar.

Ahora bien, hasta aquí hemos desarrollado algunas ideas centrales que explican las diferentes cuestiones que atravesaron las discusiones sobre la enfermedad. En el recorrido propuesto, hemos visualizado también por qué la enfermedad, como expresión individual o colectiva, ha centrado más su atención en el sufrimiento y la dolencia objetivadas como valor negativo, minimizando su relación dialéctica e inseparable con el proceso salud – enfermedad-atención.

Pero ¿qué entendemos por salud?

## **Las definiciones de salud**

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”.

Esta definición, sin dudas ha sido un gran paso y un claro reconocimiento a pensar propositivamente y no siempre en relación a la enfermedad. No obstante, a partir de los años 60 del siglo XX, fue duramente criticada principalmente por quienes consideraban que la salud y la enfermedad no podían comprenderse aisladas de la determinación histórica, social y económica. Tampoco como separadas u opuestas sino imbricada con los procesos



socialmente determinados que caracteriza el modo de vivir, enfermar y morir de las comunidades humanas.

Además de ser considerada extremadamente general, que sirve para toda la sociedad en cualquier época histórica, la cuestión del “completo estado de bienestar”, se llevó gran parte de las discusiones. Berlinguer, en reiteradas ocasiones relata que “si hombre se presentara en la OMS y declarase: “yo gozo de un completo estado de bienestar físico, mental y social”, arriesgaría a ser considerado un extravagante y tal vez sería encerrado en un manicomio” (Berlinguer, 2003: 21)

En 1978, en Alma Ata y en el marco de la declaración de principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), se la definió como:

“La salud, estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.” (Alma Ata, 1978)

Weinstein en su texto *Salud y Autogestión*, realiza una crítica a definición de la OMS, considerándola como a-histórica, utópica, general y que no tiene en cuenta a la comunidad en su propio proceso.

Define a la salud como el “Conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o un colectivo” (Weinstein 1988: 46)

Por su parte, el sanitarista y político argentino Floreal Ferrara sostuvo:

“...la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque con ello deba respetar su situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos”. (Ferrara 1975:46)

En los párrafos anteriores hemos transcritto algunas de las principales definiciones sobre salud y en todas ellas podemos observar por lo menos dos grandes señalamientos: Por un lado, que salud no es la simple ausencia de la enfermedad. Por el otro, que para su correcta interpretación es necesario considerar todas las dimensiones –histórica, política, ideológica, económica, social y -valga la redundancia- religiosa y cultural, que actúan en forma directa o

indirecta y se conjugan para una resolución positiva, favorable y deseable del propio proceso salud enfermedad de un individuo o un colectivo.

## **Determinación social, desigualdad e inequidad en salud**

Las dimensiones mencionadas constituyen los factores condicionantes o determinantes del proceso salud-enfermedad.

Ahora bien, siguiendo este razonamiento, cabe preguntarnos si cada uno de estos factores explica por sí mismos, la buena o mala salud. En caso afirmativo podríamos decir, por ejemplo, que la condición de pobreza definida por ingresos económicos expondría a todas los grupos igualmente pobres a una misma posibilidad de enfermar, aún incluso considerando el mismo tiempo histórico.

Sin embargo, diferentes estudios<sup>4</sup> nos demuestran que la morbimortalidad no está solamente en relación directa a estos factores sino incluso a la forma que los mismos se interrelacionan y se determinan, parafraseando a Benach y Muntaner, *como las causas de las causas*.

Para ilustrarnos al respecto, veamos dos ejemplos uno sobre mortalidad y otro sobre la esperanza de vida:

“Dentro de cada país, el número de años de vida que una persona vive, parecería depender del nivel de renta que la persona tenga. A mayor renta, más años de vida. Con tal renta la persona puede adquirir los recursos que van desde alimentos saludables a ejercicio físico, educación y otros determinantes de su salud que le permite mayor calidad de vida. Pero tal explicación es insuficiente para explicar las enormes diferencias en mortalidad en la población. Así, un trabajador no cualificado con más de cinco años en paro en Harlem, Nueva York, tiene una mortalidad mayor que una persona de clase media de Bangladesh, el país más pobre del mundo; y ello a pesar de que el primero, la persona de Harlem, tiene muchos más recursos (25 veces más renta *per cápita*) que la persona de clase media de Bangladesh. Si el mundo fuera una sola sociedad, la persona de Harlem pertenecería a la clase media, mientras que la de clase media de Bangladesh sería pobre. Sin embargo, la persona promedio de Bangladesh vive más años que la persona de Harlem”. (Navarro, 2008:1)

Del mismo modo podemos analizar la expectativa de vida al nacer. Por ejemplo, si consideramos cuatro nacimientos en el mismo día del año 2013 en diferentes países, la determinación de la esperanza de vida estará dada no por la época histórica que le toco nacer-

---

<sup>4</sup> Para ampliar sobre este punto puede verse los estudios de Benach y Muntaner (200 ) Berlinguer (2007), Navarro (2009), Laurell (1989), entre otros.

que es la misma-, sino por el lugar, la organización social de esa comunidad y la relación geopolítica del país en ese momento histórico.

En el cuadro N°1, observamos que un niño/a nacido en Noruega (N) puede vivir 6 años más que uno nacido en Argentina (A), 16 más que uno nacido en la India y casi 36 años más que el que nació en Sierra Leona (S)

Nos preguntamos entonces, a qué se deben estas diferencias, qué factores intervienen para que la expectativa de vida guarde una distancia de 36 años entre N y S.

El índice de Desarrollo Humano (IDH), que es un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: salud (vida larga y saludable), educación y riqueza (nivel de vida digno), puede acercarnos más a la comprensión de la diferencia. (Ver cuadro 1)

## Cuadro 1

### Esperanza de Vida e Índice de Desarrollo Humano (IDH)- Países seleccionados. 2013

País	Esperanza de vida	IDH	Ranking IDH
Noruega ( N)	81.80	<b>0.944</b>	1°
Argentina (A)	76.19	<b>0.808</b>	49°
India (I)	66.46	<b>0.586</b>	135°
Sierra Leona (S)	45.55	<b>0.374</b>	183°

Fuente. Elaboración propia en bases a datos de PNUD ONU.2013

Este índice, que muestra la relación entre tres indicadores, refleja la desigualdad social existente al interior de cada país y describe la desigual distribución en salud, educación y riqueza. El Ranking del IDH representa en orden jerárquico la ubicación de cada país según el desarrollo humano logrado en la combinación de los tres indicadores. La mayor posición en el ranking muestra la existencia de mayor desigualdad social.

Antes de avanzar a una comprensión más acabada de la determinación social en salud, consideramos necesario detenernos a profundizar tres conceptos que, desde nuestro punto de vista, son claves: **desigualdad en salud**, **inequidad en salud** y **equidad en salud**.

**La desigualdad en salud** es definida por Benach y Muntaner (2009:23) como "aquellas diferencias en los indicadores de salud que se producen socialmente, ya que su origen es político, económico o cultural"

Cabe resaltar que las desigualdades en salud hacen referencia sólo a la descripción de las diferencias o disparidades entre indicadores, pero nada nos dicen acerca si éstas son injustas o no. De hecho, no todas las desigualdades en salud son injustas porque, y como nos recuerda Berlinguer no podemos negar las imprevisibles combinaciones genéticas, las biografías de los sujetos y las libres elecciones de individuos que nacen y crecen diferentes.

Sin embargo, cuando las desigualdades son innecesarias, evitables e injustas, entonces esas desigualdades se convierten en inequitativas.

“La inequidad es un concepto ético e implica una valoración de la desigualdad, desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta. Hay injusticia cuando se identifica una inequidad y hay más justicia cuando se supera tal inequidad” (Hernández M. 2012:170)

La **inequidad en salud** ha sido definida por la OMS (1991) como “las diferencias que son innecesarias y que se pueden evitar; y que al mismo tiempo son inaceptables e injustas”

Es importante resaltar cuál ha sido el contexto en el cual se ha definido la inequidad. Hacia fines de los años `70 la oficina regional de la OMS para Europa, comenzó a desarrollarse el programa Equidad en Salud, con la finalidad de examinar el impacto del desempleo y de la pobreza en la salud en los países centrales. En ese mismo momento histórico se publicó el Black Report, investigación realizada en Inglaterra que permitió el estudio de las desigualdades sociales en salud.<sup>5</sup>

La indagación sobre las desigualdades sociales llevo ineludiblemente a clasificar las desigualdades por su origen. Así determinan que las desigualdades pueden estar dadas por condición biológica, estilos de vida, condiciones de vida y trabajo, accesibilidad a los servicios de salud, ubicación social, etc. Definiendo de este modo como inequitativas a aquellas que son innecesarias, evitables e injustas.

En 1991, la OMS define a la equidad de la siguiente manera:

“La **equidad en salud** supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse”

Los ejemplos analizados con anterioridad sobre morbilidad y esperanza de vida, echan luz acerca de que no podemos explicar la desigualdad en salud, a partir solamente de una

---

<sup>5</sup> Para ampliar véase Spinelli ,2008

dimensión sino que es necesario considerar las múltiples determinaciones, que a su vez están determinadas por otras relaciones con otras dimensiones también determinadas.

Entonces, ¿de qué hablamos cuando hablamos de determinantes y de determinaciones sociales en salud?

Por un lado, encontramos la definición de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que sostiene:

“Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”...“Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”. (OMS, 2005)

Esta definición es criticada desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva en cuanto no cuestiona las causas que generan la distribución desigual de poder en la determinación histórica.

“Los determinantes sociales de la salud pueden ser entendidos como las expresiones concretas de la determinación social y se configuran para momentos particulares y sociedades y grupos específicos. Por tanto, no deben pensarse como un listado preconcebido de condiciones, ni mucho menos como ‘factores sociales’ de aplicación general, ni pueden ser reducidos a conjuntos de datos empíricos, estadísticos o indicadores observables escindidos de las relaciones de determinación que les dan orden y sentido” (López Arellano, 2012:146)

Este enfoque reconstruye e interpreta la totalidad social, hace visible los procesos sociales esenciales y define a la **Determinación Social de la Salud** como

“la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de configuración histórica” (Arellano 2012: 145)

A modo de síntesis, esta perspectiva nos permite comprender que las formas que asume la salud, la enfermedad y la muerte de los individuos y su colectivo, tienen su origen en la

organización social. A su vez, reafirma que estas cambian con el proceso histórico, político, económico y social conforme a las relaciones de poder y dominación que allí se expresan.

## **El derecho a la salud**

Giovanni Berlinguer (2002) nos recuerda que el derecho a la salud se constituyó como tal cuando estuvieron dadas las condiciones históricas para su surgimiento, comprendido incluso el conocimiento científico.

Si bien este derecho tiene antecedentes en el siglo XIX, principalmente como expresión de las luchas por mejorar las deterioradas condiciones de vida generadas a partir de la Revolución Industrial, existe consenso que las condiciones para su constitución formal ocurrieron en el siglo XX.

Michel Foucault (1993), sitúa la consolidación del derecho a la salud en Inglaterra conjuntamente con la elaboración del Plan Beveridge, el cual afirma, sirvió de modelo a la organización de la salud tanto para Inglaterra como para otros países. Considera que con este plan, el Estado se hace cargo de la salud. Si bien reconoce que como función del Estado no es una novedad, sí lo era con relación a la garantía de la salud física, la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados para los individuos.

La formulación expresa de este derecho es enunciada por la OMS en 1948, poco después que finalizara la II Guerra Mundial y se creara la Organización de las Naciones Unidas, en estos términos:

“...el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, de religión, credo político, condición social o económica”.

Así definido este derecho es concebido con un fin positivo, aunque la meta no pueda ser totalmente alcanzable hoy se está más cerca, tanto por los conocimientos adquiridos, los medios técnicos, las políticas, los recursos disponibles, como por los esfuerzos que realicen los diferentes sujetos.

Esta formulación conjuntamente con los pactos y convenciones a favor de los derechos humanos, han incidido directamente en la formulación e incorporación de este derecho en las Cartas Magnas de varios países. Cabe resaltar también que el sujeto sobre el cual recae el objetivo de la salud es el Estado, tal como lo expresa la OMS.

“El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones

de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano" (OMS 2007).

Ahora bien, más allá de los principios enunciados, en la realidad, este derecho ha sido vulnerado aun en los países donde sus Constituciones lo consideraban como tal. Este no cumplimiento puede ser analizado a la luz de otras determinaciones políticas y económicas en un plano de contexto mayor.

Es decir, mientras el modelo de Estado de Bienestar mantenía su apogeo, el derecho a la salud encontró un cumplimiento más cercano a su propia meta. En la medida que se impuso el mercado como el nuevo protagonista en el diseño y orientación de las políticas sociales el derecho a la salud comenzó a quedar recortado al derecho a la asistencia sanitaria. Y en este sentido, desde los años '80 del siglo pasado se va consolidando este derecho, en detrimento el derecho a la salud construido en base a la solidaridad. Como dice Berlinguer el derecho a la asistencia pertenece más a la esfera de los derechos sociales y está conectado a la modificación de las formaciones económicas sociales y hasta de la modalidad política que la fija. Depende sustancialmente de la convergencia de intereses compatible con otras exigencias.

Tal ha sido la imposición de estos lineamientos que la propia OMS, que ha perdido su rol rector frente al avance del neoliberalismo y ha reducido el derecho a la salud al cumplimiento de cuatro elementos relacionados con la atención sanitaria, a saber:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
  - no discriminación
  - accesibilidad física
  - accesibilidad económica (asequibilidad)
  - acceso a la información
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

De lo mencionado anteriormente se comprende que el derecho a la atención sanitaria solo es un aspecto del derecho a la salud, y que la reducción a la mera atención sanitaria manifiesta una comprensión biológica de la salud, es decir, como ausencia de enfermedad.

Desde la perspectiva de la Medicina Social/Salud Colectiva, la salud tiene la característica de ser, por un lado, un derecho en sí mismo y, por el otro, una condición habilitante para el ejercicio de otros derechos.

Derecho a la Salud es solo una parte de la integralidad de los derechos, dentro de los que se encuentra la salud. Y esto se explica porque las condiciones de salud de las personas, varían según el grado de libertad que viven, de la vivienda que habitan, del acceso a alimentación adecuada, al vestido y trabajo. Y es ésta interdependencia la que somete a mayores vaivenes el real cumplimiento de este derecho. Por todo esto, para esta corriente es necesario ampliar la mirada del derecho a la salud más allá de la salud y de lo asistencial.

La reducción del derecho a la salud al sector sanitario, es decir cuando se enlaza la idea del derecho a la salud exclusivamente con la atención de la salud, se incurre en la reducción conceptual del derecho a la salud, la asistencia es tan solo una parte del todo.

## **Reflexiones finales**

En el recorrido que hemos propuesto para este capítulo, hemos buscado dar cuenta que la salud y la enfermedad no son hechos aislados, sino que constituyen un mismo fenómeno del ciclo vital tanto individual como colectivo.

El análisis y la demostración del carácter histórico y social de la enfermedad permiten descartar la idea de que la enfermedad es solo un acontecimiento biológico e individual, ubicándola en el plano histórico social de los grupos humanos. A su vez, la correlación entre la prevalencia de ciertas enfermedades y la organización social propia de cada formación social, reafirma la idea de la determinación social del proceso salud-enfermedad.

Para la perspectiva de la Medicina Social/Salud Colectiva las formas de sentir, vivir, enfermar y morir de los grupos humanos están determinadas por las relaciones de poder y dominación hegemónicas, establecidas por los modos de producción, acumulación y apropiación de los recursos naturales y económico-sociales de cada sociedad.

También los cambios generados por reivindicaciones a favor de la equidad y el derecho a la salud se encuentran determinados y sujetos a la reproducción de la ideología que sostiene el sistema económico político predominante. Mecanismo que explica la lógica del modelo médico hegemónico y la medicalización de la vida cotidiana imperante en nuestros días.

Los conceptos que analizamos en este capítulo estuvieron, dirigidos a profundizar la comprensión del proceso salud enfermedad como un problema social, y buscaron crear nuevas motivaciones para seguir problematizando la salud colectiva.



## Bibliografía

- Berlinguer, Giovanni. (1994) *La Enfermedad*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Berlinguer, Giovanni. (2002). "La Salud Global". En: *Bioética cotidiana*, Cap. V. Siglo XXI. México
- Berlinguer, Giovanni. (2003) *Ética de la Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Berlinguer, Giovanni (2007) "Determinantes sociales de las enfermedades". En. *Revista Cubana de Salud Pública* v. 33(1): 1-14.
- Dubos, René (1975). "La búsqueda filosófica de la salud". Págs. 158-181. En: *El espejismo de la salud*. FCE, México.
- Benach Joan y Muntaner Carles (2005). "La diferencia no es desigualdad" En: *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Cap.2 IAESP*. Venezuela.
- Benach, Joan y Muntaner, Charles (2009). "La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo " En: *Ecología Política*: No. 37, junio de 2009, Barcelona.
- Czeresnia, Dina. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En: "Promoción de la Salud Conceptos, reflexiones, tendencias". Czeresnia, Dina y Machado de Freitas C. Compiladores. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Escudero, José C. (2011). "Sobre la salud colectiva." En: *Voces en el Fenix*. Año 2, Nº 7. En: *Estado Crítico*. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Económicas- UBA.  
[www.vocesenelfenix.com](http://www.vocesenelfenix.com)
- Escudero, José C. (2012) "Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia en salud". En *¿Determinación social o determinantes sociales en salud? Eibenschutz Hartman, Catalina y col – Compiladores- UAM-X*. México
- Spinelli, Hugo y col. (2008) "Equidad en salud: teoría y praxis" En: *Salud Colectiva*. Hugo Spinelli compilador. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Foucault, Michel (1993). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". En: *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires. Ed. Altamira.
- Franco, Giuliano.(1999) *Ramazzini and worker's health*. *The Lancet*. v. 354: 858-861.  
Disponible en [doi:10.1016/S0140-6736\(99\)80042-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)80042-7)
- García, Juan C. (2007) "Juan Cesar García entrevista a Juan Cesar García" En: *Medicina Social* V.2Nº3:153-159. Disponible en [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)
- Granda, Edmundo. (2004). ALAMES. "Veinte años. Balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina". IX Congreso de Medicina Social. *La Salud como derecho a conquistar*. Lima, Perú.
- Hernández, Mario (2012) "Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones". En *¿Determinación social o determinantes sociales en salud? Eibenschutz Hartman, Catalina y col – Compiladores- UAM-X*. México

- Iriart, Celia y col. (2002). "Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos" En: Revista Panamericana de Salud Pública. v. 12(2):128-136
- Laurell, Asa C. (1982): "La salud enfermedad como proceso social". En: Cuadernos Médicos Sociales N° 19: Rosario: 1982.
- Mahler, Halfdan (1981). "El sentido de "la salud para todos en el año 2000". En: Foro Mundial de la Salud v.2(1): 5; Ginebra.
- Mc Keown, Thomas (1990). El origen de las enfermedades humanas. Crítica. Barcelona.
- Navarro, Vicenç.(2008). "Desigualdades sociales, calidad de vida y salud". En: Sin Permiso. Disponible en <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=1827>
- OMS (2005) "Determinantes sociales en salud". Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- OMS (2007) "Derecho a la salud". Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- Ponting, Clive. 1995. Historia verde del Mundo. Cap.11.Paidós. Madrid
- PNUD- ONU. (2014) <http://hdr.undp.org/es/2013-report> y <http://www.datosmacro.com/idh>
- Sigerist, Henry. (2006) "Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social". En: Salud Colectiva 2006, vol.2, N°3 :269-279 .
- Snow, John (1988) "El cólera cerca de Golden Square". En: Buck Carol et al. El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas. OPS, Publicación científica N° 505, pp. 446-449. Washington.
- Ugalde, Antonio. & Homedes, Nuria. (2008). "La transformación de las estructuras globales de poder su impacto en la salud" En: Palimpsestvs N° 6:15-24. Revista de la Fac. de Cs. Humanas de la Univ. Nac. de Colombia. Bogotá. Colombia.
- Virchows, Rudolf. (2008) [1848] Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia Medicina Social Volumen 3(1). -16 Disponible en <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/176/377>
- Weinstein, Leonardo (1988). "El Concepto de Salud". Capítulo 1. En: Salud y Autogestión. Ed. Nordan. Montevideo.

## **CAPÍTULO 2**

### **Los problemas de salud y el trabajo social. Introducción a una mirada compleja**

*Jimena S. Lafit*

*María Cecilia Nogueira*

*Laura E. Otero Zúcaro*

#### **Introducción**

El presente capítulo centra su interés en la intervención del trabajo social en temáticas relacionadas con la salud ya que como profesionales nos desempeñamos en espacios laborales donde los procesos de salud/enfermedad/atención son transversales a los diversos abordajes.

Consideramos a la salud desde una perspectiva integral, como un campo tensionado por componentes históricos, culturales, sociales, económicos y políticos. Desde esta visión, la salud se asocia a la posibilidad y exigibilidad del ejercicio de los derechos.

A partir de lo anteriormente expuesto, nos proponemos reflexionar en torno al ejercicio profesional desde la perspectiva de la Salud Colectiva. A partir de situaciones particulares, profundizaremos en la reflexión de los espacios de intervención dentro de la dinámica salud-enfermedad-atención, los desafíos que enfrenta y las posibilidades y limitaciones del mismo.

## Algunas aproximaciones a una mirada compleja

La intervención profesional de los trabajadores sociales consiste en *“la puesta en acto de un trabajo o acciones a partir de una demanda social (solicitud de intervención) en el marco de una especificidad profesional”* (Cazzaniga S:1.). Esta intervención en el campo de la salud se encuentra en relación directa con sujetos socio históricamente situados, es por eso que se hace imprescindible analizar las determinaciones sociales de la salud a la hora de comprender las condiciones de vida de la población.

Entendemos a estas determinaciones como:

“la existencia de procesos sociales complejos que modelan u subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas (...) La corriente Medicina Social/Salud Colectiva reconoce como procesos determinantes las formas y relaciones de producción, comercialización y consumo, así como las lógicas distributivas...” (López Arellano; 2013:145.)

Asimismo, las mediaciones conceptuales nos permiten analizar los procesos desde su inherente complejidad y superar una visión lineal de las situaciones problemáticas que se nos presentan cotidianamente.

Pensar la intervención en el campo de la salud debiera:

- Considerar los aportes de la perspectiva Salud Colectiva a los procesos de intervención profesional.
- Tener como horizonte de intervención la concreción de los Derechos Humanos de todos los sujetos en un sentido de progresividad y ampliación que permita el disfrute de una vida digna.
- Asumir una perspectiva histórico-social que nos permita considerar la determinación social de la salud y su expresión como determinantes sociales que inciden en los procesos de salud/enfermedad/atención.
- Pensar la salud como un campo<sup>6</sup>. Ello posibilita situarnos desde un espacio con sus interrelaciones, disputas simbólicas y luchas de poder por la consolidación de prácticas y representaciones en dicho campo.

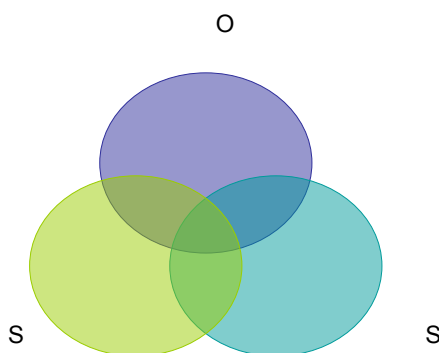
---

<sup>6</sup> Un campo puede definirse como una trama o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Esas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital), cuya disposición comanda el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo, y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, etc.) (Bourdieu,P)

A partir de considerar a la salud como compleja y multidimensional es necesario comprender diferentes niveles de análisis: partiendo desde la expresión singular donde se desarrollan los procesos de intervención profesional vinculándolos con los procesos sociales más amplios.

El acervo teórico metodológico, la posición ético-política y la dimensión instrumental-operativa del profesional, se encaminarán en dirección al desarrollo de estrategias de intervención<sup>7</sup> en el ámbito de ocupación en cual el trabajador social se encuentre. En el caso del campo de la salud podemos referirnos al espacio de la promoción, prevención y asistencia a la salud/enfermedad en los tres niveles de atención, como así también en todas aquellas intervenciones que permitan desencadenar procesos de cambio y transformación de las condiciones de vida de las poblaciones.

Consideramos que en los procesos de salud/enfermedad/atención existen al menos tres aspectos interactivos que se involucran recíprocamente. Por un lado, una dimensión objetiva relacionada con las condiciones materiales de existencia de las poblaciones (acceso a una vivienda digna, alimentación suficiente y necesaria, trabajo decente, educación, acceso al disfrute de la cultura y a la recreación). En segundo lugar, una dimensión subjetiva que comprende los modos en que cada sujeto asume singularmente el proceso de salud enfermedad, en relación directa a cómo cada colectivo construye sus propias representaciones y prácticas de cómo vivir, enfermarse o morir. Y encontramos también una tercera dimensión fuertemente vinculada con las anteriores, la dimensión social. En esta línea de pensamiento acordamos con Weinstein L. para quien “La salud es un valor universal, es una realidad que motiva a la mayoría, que puede contribuir a generar condiciones de unidad para favorecer los cambios sociales” (Weinstein; 1998)



<sup>7</sup> Recuperamos también el concepto de estrategia desarrollado por Oliva y Mallardi (2011) quienes entienden que el desarrollo de estrategias de intervención no está determinado únicamente por el posicionamiento del Trabajador Social, ni por la dirección política de la institución, ni por los usuarios, sino por una compleja y dinámica relación que está determinada por diversos recursos, mediados por una articulación que se condensa en el arsenal operativo en un momento histórico determinado

Los marcos normativos vigentes en relación al derecho a la salud promueven intervenciones intersectoriales, interinstitucionales e integrales teniendo como eje los Derechos Humanos. Desde esta perspectiva, es posible profundizar la articulación con diversos actores de la comunidad, organizaciones sociales y barriales, instituciones educativas, religiosas, de salud, justicia, que permitan el desarrollo de estrategias de intervención que profundicen y generen nuevas solidaridades.

## **Algunos aportes para situaciones particulares**

Pensamos las posibilidades de intervención profesional desde la perspectiva de Salud Colectiva como herramienta de cambio, transformación y con un horizonte común con el campo disciplinar del Trabajo Social. La perspectiva de la determinación social de la salud y su expresión como determinantes sociales permite profundizar en el análisis y reflexión de los procesos de salud y enfermedad (Oliva, López Arellano; 2013) comprendiendo los modos de vivir, enfermar y morir de los colectivos. Como así también, encontrar en la indivisibilidad de los derechos la posibilidad de cambio real de las condiciones de vida.

A continuación presentaremos dos experiencias de intervención profesional realizando aproximaciones analíticas. Es importante consignar que hemos realizado un recorte de la mismas preservando algunos detalles a modo de ajustarnos a este apartado del capítulo.

### **Experiencia 1**

Sumergirnos en reflexiones profundas sobre los objetivos y estrategias de intervención, tanto disciplinar como al interior de los equipos de salud, supone revisar, rectificar rumbos y localizar incoherencias en el tránsito desde una lógica manicomial (Schmuck y Serra; 2009) hacia una perspectiva de derechos. La ley Nacional de Salud Mental 26657 (2011) como instrumento legal y perfectible en consonancia con estándares internacionales, nos sitúa en nuevas coyunturas para repensar nuestras prácticas cotidianas.

Según la ley de salud mental la atención de salud de las personas con padecimiento mental (PPM) debe realizarse prioritariamente en el ámbito comunitario, ponderando las alternativas terapéuticas que menos restrinjan sus derechos en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a restituir y reforzar los lazos sociales.

En este sentido Identificamos ciertas tensiones al transitar los procesos de externación con base en lo comunitario. Las mismas se relacionan con aquellos determinantes sociales que subyacen a la conformación de los procesos de salud y enfermedad.

Gerardo tiene 40 años, con un diagnóstico de esquizofrenia. Durante un lapso de 10 años tuvo varias internaciones en un hospital de salud mental. Algunas de ellas fueron más prolongadas que otras. Los primeros años Gerardo se externaba en compañía de su madre (Julia), su padre había fallecido cuando él todavía era un niño. Tenía una hermana mayor (Clara) con quién tenía poca relación. La vivienda familiar era precaria y su madre se empleaba informalmente realizando tareas de limpieza. En una de sus internaciones su madre fallece por lo que en el transcurso de su internación el equipo de salud comienza a trabajar en el vínculo con su hermana que había formado una familia. En forma gradual y progresiva se produjo un acercamiento entre ambos.

Llegado el momento de posibilidad de externación el equipo evaluó el alta de Gerardo al cuidado de su hermana. Sucede de esa manera y Gerardo comienza a vivir con Clara y su familia (su pareja Martín y tres hijos Agustín de 5, Manuel de 8 y cándela de 11). También se realiza la derivación de su tratamiento a un centro de externación comunitario que consiste en asistencia psicológica y psiquiátrica y participación en actividades que allí se ofrecen.

El seguimiento del proceso de externación estuvo a cargo de un equipo compuesto por psiquiatras, psicólogos/as, trabajadoras sociales, enfermeras/os terapeuta ocupacional, talleristas de diferentes especialidades en conjunto con los referentes vinculares.

Podemos afirmar, que a grandes rasgos, los dispositivos de externación se plantean una atención integral con pilares tales como: la posibilidad de un ingreso económico suficiente con un conocimiento y organización del mismo, autonomía en cuestiones referidas al manejo del transporte público, de instituciones sociales; una adherencia al tratamiento farmacológico, cuestiones relacionadas a un reconocimiento y disfrute de la corporalidad (cuidado del propio cuerpo etc.) la posibilidad de canalizar intereses y deseos particulares en espacios de educación y capacitación; como también cuestiones relacionadas al disfrute de la cultura y la recreación. En suma, todas aquellas dimensiones que hacen a la apropiación de una vida cotidiana y a la configuración de la misma como espacio de expresión singular y fortalecimiento de los lazos sociales.

El equipo de salud comenzó a recuperar la historia de vida de Gerardo, situando las circunstancias que motivaron cada internación. Es importante identificar dichos procesos para poder evaluar otras alternativas y encontrar nuevos rumbos. En este sentido entendemos que cada persona padece de forma singular y el desafío consiste en encontrarnos siempre con sujetos y no con padecimientos.

En las entrevistas realizadas con Gerardo emergió lentamente su voz, expresando sus intereses e inquietudes, primero tímidamente como quién estaba acostumbrado a no ser escuchado. Luego comenzó a tomar fuerza e iniciativa a partir de encontrar un espacio donde ser alojado. De a poco esos intereses fueron dando lugar a proyectos.

En los procesos de externación se establece un vínculo entre el usuario y el equipo de salud donde comienzan a edificarse los soportes que darán sustento a su proyecto de vida. Empezar este camino es un arduo trabajo, ya que el manicomio como modalidad

hegemónica de atención en salud mental, (Mendoza; 2010) tiende a reforzar el sufrimiento humano. Cuando las personas transcurren por largos períodos en instituciones totales (Goffman; 1994), su singularidad y posibilidad de tomar decisiones aparecen restringidas.

La deconstrucción/deshabitación de las lógicas manicomiales implica un trabajo en conjunto, para resituar a ese sujeto cómo persona capaz de decidir sobre su vida, de evaluar alternativas; prever rumbos; construir proyectos y explorar sus capacidades con todos aquellos soportes necesarios para instrumentar sus elecciones. Constituye un gran desafío para el equipo restaurar y promover procesos de autonomía, empoderamiento y la fundamental posibilidad de elegir alternativas.

En el relato de Gerardo la situación habitacional y convivencial era de suma importancia. Como ya mencionamos compartía la vivienda con su hermana y la familia de la misma. En esta interrelación comenzaron a surgir conflictos y desacuerdos que generaban tensiones en el vínculo.

Partimos de entender que proveer cuidados a una PPM no es algo dado o posible de ser naturalizado al interior de las relaciones intrafamiliares. Dentro de las posibilidades que presenta cada situación se pueden generar aprendizajes que incluyan la expresión de miedos, inquietudes, sentimientos contradictorios como también las posibilidades materiales concretas en las que se encuentran las familias para proveer cuidados en situaciones de padecimientos crónicos. (Dos Santos Rosa; s.r). Esta es una situación compleja donde intervienen una infinidad de representaciones, prácticas, mitos, estigmas y prejuicios que son necesarios develar de- construir y construir con la familia dentro de las posibilidades existentes. Es necesario revisar permanentemente las conceptualizaciones explícitas e implícitas en el quehacer profesional en este sentido las nociones de “familia” o “contención familiar” que circulan en los abordajes en Salud Mental.

Por otro lado, las personas que llegan al sistema público de salud en búsqueda de atención encuentran, en su mayoría, serias dificultades para la reproducción de su vida cotidiana. Puesto que no tienen trabajo estable, por ende acceso a una seguridad social, alimentación suficiente, acceso a la educación básica etc. Encontramos trayectorias de vida signadas por situaciones de vulnerabilidad y precariedad.

En relación a la situación de Gerardo, se manifestó la idea de una vivienda como algo prioritario y la necesidad de obtener un empleo estable que le permitiera solventar sus gastos. Se iba gestando en él la posibilidad de independizarse y encontrar otro lugar donde vivir. El equipo analizaba alternativas viables como una pensión, el alquiler de una casa con otros compañeros del centro etc. También emergió con fuerza su interés por la pintura (hobby que desarrollaba con entusiasmo antes de su primera internación). Siguiendo esta pista sobre sus intereses comenzaba a emerger su deseo de retomar esta actividad y el equipo se abocó a su inclusión en un espacio donde pudiera desplegar su potencial.

El proceso de externación adquiere una dinámica de identificación, jerarquización, proyección y ejecución de alternativas concretas para sortear cada dificultad que se presenta.



Se inició este proceso anhelando que pudiera transformarse en un proyecto de vida autónomo. Estos corrimientos devienen de una necesidad de ruptura con la sujeción y ataduras que producen las lógicas manicomiales. Consideramos relevante distinguir autonomía de autovalimiento entendiendo:

“(…) por autonomía el trabajo de un sujeto por ampliar los horizontes de un posible proyecto personal, y por autovalimiento la disponibilidad de recursos materiales y simbólicos necesarios para sostenerlo en su existencia. Con esto queremos alejarnos de las concepciones que entienden a la rehabilitación como recuperación o adquisición de hábitos o destrezas propias de la vida social, para darles el lugar de recursos al servicio de algún sujeto que los requiera, en orden a un deseo que lo constituya como tal.” (Woronowski M, 2009)

La posibilidad de un proceso de externación asistido y sustentable implica una reciprocidad entre generar las condiciones para que surjan los deseos, intereses, capacidades subjetivas y también la capacidad de objetivar esas elecciones en alternativas viables y concretas. No se pueden pensar procesos de externación al margen de las posibilidades concretas de efectivizar derechos.

En esta línea de pensamiento Franco Rotelli (1994) aporta herramientas en torno a la noción de re-habilitar y de re-habilitación (emancipar) expresando:

“¿Qué significa rehabilitar? "Construir (reconstruir) acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlo. El derecho de ciudadanía es un derecho político, jurídico y social.”

Entonces: ¿Cómo pensar la salud si las condiciones de reproducción de los sujetos y colectivos con los que trabajamos encuentran dificultades al momento de objetivar sus derechos?

Desde esta *perspectiva*

“El desafío de concretizar derechos es apenas una expresión de la lucha contra la barbarie. Este desafío no es exclusivo de los trabajadores sociales, pero es un parámetro fundante, so pena de perder su legitimidad, el profesional del trabajo social está en el corazón mismo de la lucha por los derechos. Sin la defensa intransigente y firme del elenco siempre ampliado de los derechos humanos es impensable cualquier pretensión civilizatoria.” (Netto, 2009 pág 18)

Si entendemos la externación como un proceso complejo que implica a varios actores, momentos y niveles de análisis, la misma crea una trama particular, anudándose en función de las coordenadas de cada situación singular.

A partir del trabajo emprendido junto a Gerardo, los profesionales fueron entendiendo que sus intereses estaban centrados en mejorar su precaria condición de vida (preexistentes a su internación). El equipo se encontró con dificultades para resolverlas en el corto plazo. Entonces: ¿cómo construir estrategias desde los equipos que tengan un impacto sostenido en el tiempo? Cuando las respuestas tardan en llegar se pone en jaque la posibilidad de acompañar las crisis de las PPM evitando reinternaciones innecesarias.

De la dinámica que adquieren los procesos de externación se desprenden una serie de dificultades relacionadas con un conjunto de determinantes sociales institucionales y de políticas públicas. Estos condicionan la construcción de soportes para andamiar un proyecto de vida que logre sostenerse en el tiempo.

En este desarrollo nos propusimos acercar algunas premisas a modo de reflexión, en tanto el quehacer profesional, en su inherente complejidad, nos propone desafíos a cada paso apelando a nuestro ingenio, vitalidad o creatividad. El vivir, enfermar y morir se distribuye de manera diferenciada en nuestras sociedades según la clase social a la que se pertenece y constituye un desafío profesional desarrollar estrategias de intervención que puedan sostener un progresivo mejoramiento de la salud de las personas.

## Experiencia 2

Ariel, de 45 años, concurre por primera vez a entrevistarse con el profesional de una institución que realizará su acompañamiento pos egreso tras permanecer cinco años detenido. En ese momento se confeccionó su expediente en donde se registraron sus datos personales y judiciales.

A partir de este encuentro los profesionales supieron que Ariel vivía junto a su madre (Ana) y su hijo de 11 años (Felipe). Pudo identificarse a su madre como a una mujer trabajadora a cargo del hogar en ausencia de Ariel, con un vínculo muy fuerte con él y con su nieto. Felipe, no se encontraba escolarizado, padecía retraso mental y tenía un tumor cerebral con prescripción de realizar una intervención quirúrgica.

Ariel padecía de diabetes tipo 1<sup>8</sup>. A un mes del egreso de la institución penitenciaria se encontraba sin la medicación que necesitaba con urgencia.

A partir de la ayuda de un amigo, consiguió un trabajo informal en un taller mecánico cercano a su barrio. Esta oportunidad fue muy valorada por Ariel ya que necesitaba estos ingresos para solventar los gastos familiares.

---

<sup>3</sup>[http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)

En la primera entrevista que el equipo sostuvo manifestó estar atravesando una situación de mucha ansiedad. Como primera preocupación se identificó el estado de salud de su hijo, a quien acompañaba en los diferentes tratamientos y consultas. En segunda instancia refirió la necesidad de contar con una vivienda propia o construir en el terreno de su madre y también comentó, casi como en último lugar la preocupación por su salud, que se deterioraba prontamente al no recibir la medicación adecuada.

El equipo profesional entendió la relevancia y la necesidad de trabajar de Ariel, pero era imposible dejar de lado el hecho de que era una tarea sumamente riesgosa, especialmente para una persona con diabetes. Las cicatrices en sus manos fueron prueba de ello. Las condiciones de higiene y seguridad en su trabajo eran muy precarias, y él se sentía en una posición en la que no podía rechazar ese ofrecimiento.

Fue necesario un arduo trabajo con Ariel para que él pudiera reconocerse como prioridad de la intervención profesional. Fue su padecimiento el camino a partir del cual intervenir. Reconocer que sin salud no existe la vida, que sin su presencia el futuro de otros estaría comprometido fueron afirmaciones que tardaron en hacerse propias en Ariel. Priorizar lo urgente fue una vía que recorrió con el equipo.

Como profesionales, se plantean desafíos en relación a las estrategias de intervención a adoptar, cómo elegirlas, cuáles son las más adecuadas y certeras en relación con las necesidades de las personas.

Existían dos caminos para elegir: se decidió recorrer los dos. Uno de ellos, institucional, que consistía en solicitar formalmente la historia clínica de Ariel a la institución en la cual había comenzado su tratamiento, que luego esta documentación fuera remitida a la profesional interviniente y partir de ello gestionar un programa específico (PRODIABA<sup>9</sup>). Pero también existían otras opciones: realizar la gestión directamente con los referentes del programa. Dos días después de este contacto, Ariel tuvo su entrevista con el médico referente en el efector de salud, la medicación estuvo disponible pocas horas más tarde.

Como equipo, se optó por construir una estrategia que respetara las urgentes necesidades de Ariel diferenciándolas de las demandas

“que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los problemas y necesidades de los sujetos que la solicitan, en un contexto histórico particular (...) La demanda, entendida de esta manera exige un esfuerzo de construcción teórica, una instancia de comprensión que problematice lo naturalizado” (Cazzaniga Pag.1).

El trabajo en equipo es necesario para llevar adelante este desafío.

---

<sup>9</sup> <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aps/files/2012/12/PRODIABA.pdf>

## **Existencia de posibilidades persistencia de desafíos**

En esta construcción conjunta con otros saberes se nos presenta el reto de pensar estrategias de intervención que se ajusten a la singularidad de los sujetos y se orienten hacia el respeto a los derechos de cada persona. Se constituye en un duelo constante, ya que nunca se presenta el mismo juego y los acuerdos/desacuerdos, consensos/disensos, se negocian ante cada situación convocante. Es en esta dinámica inter-saberes, siempre distinta y singular, que se da la trama que conjuga los alcances y limitaciones de las apuestas estratégicas. En estas encrucijadas reconocemos en el trabajo con diversos actores de la comunidad, organizaciones sociales y barriales, instituciones educativas, religiosas, de salud, justicia, entre otras, una potencialidad a la hora de pensar estrategias de intervención. Todos aquellos recursos de salud que circulan en los ámbitos locales son capitalizados actuando en el fortalecimiento de los lazos sociales. Aquí nos encontramos con otro desafío: ¿Cómo desarrollar estrategias de intervención que integren los diferentes actores, saberes y prácticas en salud?

Consideramos oportuno reflexionar sobre el lugar históricamente asignado y asumido por los profesionales del trabajador social, situar sus intervenciones en el campo de la salud para resituar esa práctica orientándonos en un que-hacer que permita cuestionar las lógicas que fragmentan los procesos de salud –enfermedad y atención.

En términos de una perspectiva de salud integral, multidimensional y de observación de complejos procesos donde se conjugan una serie de determinantes de salud, una de las cuestiones que se nos presentan a diario en el encuentro con los sujetos y sus padeceres tiene que ver con la imposibilidad de elegir. Allí es donde las condiciones de reproducción cotidiana dificultan sino impiden la posibilidad de optar por lo cual los sujetos se ven inmersos en situaciones límites como las descritas anteriormente.

La intervención profesional desde una perspectiva de derechos permite enriquecer el quehacer profesional, superando límites y especificidades en función de lograr consensos y acuerdos con otros actores que actúen como soportes de los abordajes en el campo de la salud. Andamiar estos procesos en los equipos es un desafío siempre creativo y necesario.

La indagación y exploración de los múltiples determinantes inherentes a las problemáticas que se nos presentan en la intervención, configuran la consolidación de una postura teórica-metodológica, ético-política y operativa instrumental que posibilita la superación de una visión unilateral y simplificada de la realidad y nos permite identificar las mediaciones que vinculan esas expresiones singulares con los procesos sociales más generales.

Las estrategias de intervención que se ajustan a las situaciones singulares emergen a partir del propio relato de los sujetos. El vínculo que establecen los sujetos con los profesionales es el que posibilita y aloja el discurso. Las técnicas de entrevistas y observación buscarán recuperar la historia de vida de los sujetos.

“Esto significa recuperar con el "otro", los aspectos de sus condiciones de vida, su cotidiano, intentando comprender las significaciones que le otorga. No se trata de una interpretación psicológica, sino de la búsqueda de las referencias sociales, sus pertenencias, lo que aparece desde el sujeto como aspectos que le reafirman su identidad social.” (Cazzaniga 2001:12)

En este mismo sentido, el sujeto nunca puede estar por fuera de la estrategia del equipo, el mismo es el protagonista de las respuestas que puedan lograrse. Las estrategias participativas que contemplen, incluyan y respeten las perspectivas de las personas son las únicas posibles de ser sostenidas en el tiempo.

## **Conclusiones**

Si bien existen en los últimos años un aumento de leyes que apuntan a la restitución de los derechos de los sectores con menores oportunidades también encontramos que en su instrumentación, muchos planes y programas amparados en las mismas no disponen de los recursos adecuados. Son necesarias políticas sociales que respalden con mayor urgencia las acciones promovidas en los abordajes interdisciplinarios interinstitucionales e intersectoriales. En este sentido en el armado de estrategias de los trabajadores sociales uno de los obstáculos fundamentales, consiste el acceso los recursos y en el tiempo que demoran las gestiones. Los tiempos estipulados en el trabajo asistencial se transforman en extemporáneos y ajenos a la respuesta que requieren las situaciones singulares.

Uno de los grandes desafíos de la intervención del trabajador social es capitalizar todas aquellas experiencias configuradas en al ámbito territorial recuperando los saberes de los sujetos y perspectivas que ellos ponen en juego, sus estrategias de supervivencia y sus redes de sostén como recursos de salud potenciales hacia la producción de una Salud Colectiva. Resulta fundamental que los trabajadores puedan hacerse de tiempo para re pensar analizar y sistematizar las prácticas enriqueciendo e incorporando la potencialidad de una perspectiva de MS/SC.

La salud como derecho humano implica la realización de todos los otros derechos en especial los económicos, políticos, culturales y sociales ya que son indivisibles. En un sentido de progresividad de los mismos, el Estado debe garantizar un piso mínimo que permita una ampliación y un mayor grado de equidad e igualdad.

Como profesionales nos encontramos ante situaciones de vulneración de derechos que implican dificultades para la reproducción material y social de la existencia de las personas y el desafío constante de desarrollar estrategias de intervención que unifiquen esfuerzos ante la magnitud de las problemáticas que se nos presentan en la práctica cotidiana.

La salud debe entenderse como uno eje transversal del proceso vital, que implica todas las dimensiones de las personas. Es la vida misma manifestándose hacia el mundo y a su vez ese mundo expresándose en esa vida.

Desde la salud/enfermedad/atención son de esperar múltiples obstáculos y desafíos disciplinares. La importancia radica en la posibilidad de analizar e intervenir en la complejidad de lo social en clave de derechos.

## Bibliografía

- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1998). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI editores, Bs. As.
- Bourdieu, Pierre. "La lógica de los campos." Entrevista en *Revista Zona*. S/r.
- Cazzaniga, Susana. (2001) "El abordaje de la singularidad". En *Desde el Fondo. Cuadernillo temático*, N° 22. Universidad Nacional de Entre Ríos
- Mallardi, Manuel (2011). "Conocimiento Situacional y práctica del Trabajo Social. Aportes desde la planificación situacional", En: Oliva, Andrea Antonia y Mallardi Manuel Waldemar (Compiladores): *Aportes tácticos operativos a los procesos de intervención en Trabajo Social*. Consejo Editor UNCPBA.
- Weinstein, Luis (1998). *Salud y autogestión*. Editorial Nordan. Montevideo 1988
- Schmuck, María Soledad y Serra, María Florencia (2009) "Sustitución de lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos". *Jornadas Provinciales de Salud Mental*. Residentes de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.
- Netto José Paulo (2009): "La concretización de derechos en tiempos de barbarie" En *Coyuntura Actual latinoamericana y mundial: tendencias y movimientos*. Borgianni y Montañó (Orgs.). Cortez Editora.
- Erving, Goffman (1994) *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Bs As
- Mendoza, Mariela. (2010) *Crítica a la modalidad de asistencia en Salud Mental*. Colección Alejandría. 2010.
- Menéndez, Eduardo (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?" *Revista alteridades* N°4 Págs. 71-83
- Dos Santos Rosa, Lucía Cristina. (2000) "Las condiciones de la familia brasilera de bajos ingresos en la provisión de cuidados con el portador de trastorno mental." Trad. Clara Weber Suardiaz C.
- Woronowski, Mario.(2009f) *Problemas teóricos – Cuestiones prácticas (El trabajo de rehabilitación en la externación asistida)* Equipo de Capacitación-Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) Htal. "José Esteves" Disponible en: <http://desmanicomializacion.blogspot.com.ar/2009/08/alternativas-al-manicomio-delicados.html>
- Rotteli Franco. (1994) *Re-habilitar la rehabilitación. Per la normalità*. Edizioni e Trieste.
- Ley de Salud Mental. N°26.657

Páginas web consultadas:

<http://desmanicomializacion.blogspot.com.ar/>

<http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/aps/files/2012/12/PRODIABA.pdf>

[http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)

# Capítulo 3

## Experiencias de extensión en Promoción de salud comunitaria

*Virginia Michelli*

*Carina Scharagrodsky*

En la primera parte de este capítulo presentamos una síntesis de las experiencias que venimos desarrollando como equipo de cátedra en el marco de la extensión universitaria en la Municipalidad de Ensenada. La segunda parte del capítulo pretende articular las nociones conceptuales que sustentaron las formulaciones de las propuestas presentadas.

Los lineamientos de los diferentes proyectos tienen sus antecedentes en un proceso de trabajo iniciado en el 2006 denominado “Todos distintos, la misma historia”. Esta experiencia dio lugar posteriormente al armado y presentación de las sucesivas propuestas en el marco de la extensión universitaria a saber: “Experiencia de Intervención en un asentamiento urbano” (2007, implementado en el año 2008/2009), “Identidad, territorio y salud” (2011) y “Habitando el Centro de Salud Islas Malvinas. Lazo social e identidades colectivas en torno a la APS” (2012/2013).

Se sistematizan las distintas propuestas que, con matices diversos, encuentran su hilo conductor alrededor de conceptos claves que han vertebrado las mismas: salud comunitaria, promoción de salud, extensión universitaria, territorio, dispositivos de formación y prácticas profesionalizantes.



## I. Tres propuestas de extensión

Invitamos al/la lector/a a recorrer tres propuestas de intervención en territorio formuladas, acreditadas y financiadas como proyectos de extensión universitaria de la UNLP.

### 1. “Experiencia de intervención en un asentamiento urbano”:

Estrategia innovadora para la construcción de ciudadanía desde la promoción de la salud en el barrio Los Eucaliptos de Ensenada

En el marco de la Extensión Universitaria, se pretendió dar continuidad a un acumulado de dos años de experiencia de trabajo intersectorial e interdisciplinario con niños y familias del asentamiento Los Eucaliptos de Ensenada.

Esta propuesta concibió a la promoción de la salud como una estrategia política ya que incluyó la capacidad de organización de los sujetos en su lucha por el acceso a los derechos fundamentales.

Contempló la instalación de dispositivos de intervención comunitaria en las organizaciones sociales, las instituciones de salud y educación y vía pública. Los mismos se organizaron alrededor de dos ejes: la palabra y el trabajo con el cuerpo, atravesados por los de salud y comunicación.

Mediante la implementación de talleres de narración oral y de actuación se pretendió la inclusión de la palabra en un cotidiano signado por las condiciones materiales de existencia características de la pobreza estructural. Palabra que permitió nombrar, contar, denunciar, como primeros pasos para poner de manifiesto que el malestar que aqueja al cuerpo obedece a un proceso de salud enfermedad quebrantado por la vulneración de derechos. Vulneración que condena a los sujetos a recurrir a la atención médica frente a la urgencia con consecuencias frecuentemente irreversibles, con alto costo en sufrimiento humano, con el desborde de los equipos de salud y un sistema sanitario que complejiza y encarece las repuestas para aquello que podría haberse prevenido.

La propuesta concibió a la Universidad Nacional, como herramienta de transformación social. Mediante la articulación de saberes académicos y saberes populares -que plasmen la historia y la identidad comunitarias-, se pretendió formalizar espacios de encuentro que permitieran modificar representaciones y prácticas en ambos campos del saber.

El objetivo general de esta propuesta consistió en “Promocionar la salud en la comunidad del asentamiento Los Eucaliptos, habilitando espacios de recuperación de saberes populares para la construcción de ciudadanía.”

El proyecto buscó incidir en *tres dimensiones*:

Una primera dimensión vinculada a generar un ámbito para la palabra de los sujetos donde la misma fuera valorizada en tanto portadora de saberes colectivos. En estos espacios dirigidos a niños/as, se trabajó en un momento inicial con narradores/as orales, hasta que progresivamente surgieron las propias historias para compartir.

Una segunda dimensión fue la tendiente a estimular el cuidado del propio cuerpo y el cuerpo del otro como lugar común de la propia identidad y como elemento primario para el desarrollo de un proyecto de vida. Para trabajar este eje se puso en juego un dispositivo teatral, que sostuvo la representación de las historias de los y las participantes durante la primera etapa del proyecto y hasta que los niños y las niñas fueron produciendo una dinámica propia vinculada a los medios audiovisuales.

Una tercera dimensión dedicada a la producción de objetos culturales en los que se pudiera plasmar la construcción de un nuevo saber colectivo. La progresiva expresión individual a través de medios plásticos y gráficos fue gradualmente pasando a producciones colectivas, como la representación del barrio y sus referentes mediante el armado de una maqueta común. Este proceso culminó con una producción audiovisual filmada y representada por los y las protagonistas.

*La propuesta tuvo los siguientes propósitos:*

- La democratización de la práctica en salud, tanto en la intimidad del cuidado individual como en la gestión de las instituciones del barrio, mediante la estimulación del pensamiento crítico en torno al ejercicio de derechos.
- El desarrollo de las siguientes capacidades humanas según la clasificación de Fromm en Weinstein (1976): vital, de goce, de comunicación (corporal y emocional), prospectivas e integrativas, entendiendo que el desarrollo de estas capacidades operan como factores de protección de la salud.
- La creación y fortalecimiento de lazos sociales que progresivamente fueran adquiriendo autonomía respecto del equipo de trabajo interviniente.
- La adquisición de nuevos saberes en torno al quehacer acerca del abordaje de problemáticas complejas en el ámbito de la salud comunitaria.

Los y las concurrentes aportaron relatos, a veces fragmentarios y a veces contruidos y completados en la situación del taller y en la interacción con los otros. Estos relatos, las historias personales y del barrio de pertenencia, adquirieron otro sentido en el marco de los dispositivos ofrecidos por el proyecto.

Se pudieron construir historias en forma colectiva, hubo un proceso dificultoso de construcción de la “tolerancia en la escucha al otro” y finalmente se conformó un espacio diferencial para el juego y la creatividad.

Se incrementaron las consultas de “control de niño sano” y de cuidado de la salud para todos los grupos poblacionales en los servicios del primer nivel de atención en salud. Hubo un aumento en las consultas de salud, tomando como principal referente al sector de enfermería.

Es importante destacar que el proyecto se implementó en un asentamiento caracterizado por redes sociales debilitadas, un alto nivel de fragmentación social y la existencia de un espacio institucional (CIC) relativamente nuevo, con escasa significación para los pobladores. La propuesta de intervención, que inicialmente consideráramos novedosa por la utilización de dispositivos como el teatro espontáneo y la narración oral, se resignificó como verdaderamente novedosa a partir de la apropiación de técnicas audiovisuales y espacios recreativos en torno a las propias historias de los sujetos.

Finalmente, un aspecto importante en esta primera propuesta consistió en la posibilidad de replicarla en otras posteriores, teniendo en cuenta algunos aspectos. La implementación del proyecto fue posible fundamentalmente por la presencia de profesionales que ya contaban con experiencia de trabajo en ese territorio, lo que permitió apelar a lazos construidos previamente (tanto con los habitantes como con las instituciones) para el inicio de las actividades.

Son relevantes las características del espacio concreto donde se implementó el proyecto. Nos resultó importante la existencia de algún tipo de acuerdo en cuanto a la disponibilidad institucional para su realización y desarrollo, aspecto fundamental para la instalación efectiva de un dispositivo de trabajo. En este sentido, consideramos que en la implementación concreta de dispositivos que tiendan a acciones de promoción, es necesario que se prevea la existencia o no de equipos de salud dedicados a la atención efectiva de ciertas problemáticas. Los dispositivos de promoción generan demanda; es decir, que generan efectos o emergentes que es necesario derivar por vías adecuadas. La emergencia de relatos que aluden a situaciones traumáticas, emergencia que se produce por la instalación de un “espacio propicio”, han de ser leídas en su carácter de denuncia y canalizadas para una elaboración posible.

## **Conclusiones**

Podemos sintetizar los aspectos destacables que tornaron singular el proceso de construcción e implementación de este proyecto de extensión universitaria:

La posibilidad de constitución de un espacio diferencial para la promoción de la salud, desde una institución del 1er nivel de atención. La ampliación de la definición de salud habilitó la construcción de nuevos sentidos en el equipo de trabajo y en la población destinataria. Esta posibilidad estuvo estrictamente ligada a la concreción de un giro metodológico, donde el equipo pudo alejarse de las rigideces de una planificación centrada en la respuesta a los requerimientos institucionales, flexibilizándose y acercándose a las necesidades concretas de la población. Este giro implicó una adecuación del encuadre (por ejemplo, en torno a la definición de horarios para implementar las actividades, la modificación de la convocatoria),

así como de los dispositivos de trabajo, que se tornaron “novedosos” cuando fue posible su apropiación en torno a las propias historias de los sujetos.

El giro metodológico, tuvo como efecto no sólo un aumento de la convocatoria, sino también la posibilidad de poner en marcha la capacidad productiva de los/as participantes. Esto se tradujo en producciones gráficas, plásticas, en la creación de una maqueta sobre el barrio, la planificación de una muestra final, etc., que se organizaron en un proceso de retroalimentación con los/as participantes.

En este caso particular, entendemos que la capacidad productiva en los niños refuta la imagen desvalorizada que se les atribuye desde las instituciones formales, por lo que consideramos que permite la construcción de nuevas configuraciones con respecto a la propia identidad. Estas nuevas configuraciones pueden constituir un pilar para la promoción de la salud.

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto en términos de generar condiciones de replicabilidad en el mismo territorio de distintos proyectos, es de destacar que las dos últimas propuestas se presentarán conjuntamente dado que resultaron ser dos partes de un mismo proceso.

## **2. "Identidad, territorio y salud".**

Construcción de identidades colectivas y transferencia institucional en torno al primer nivel de atención en el Barrio Federal de Ensenada

Esta propuesta surgió como respuesta a una demanda de intervención por parte del equipo de salud de la Unidad Sanitaria 5 de Mayo ante la apertura de una nueva institución de salud dedicada a la atención primaria. La U. S. está emplazada en el Barrio Federal de Ensenada, y es recurrentemente destinataria de distintas expresiones de violencia urbana, como roturas y hurtos. En reuniones preliminares con los vecinos, la nueva U.S. es significada como un nuevo hospital y se esperan las prestaciones de un segundo nivel de atención.

Este proyecto pretendió promocionar nuevas modalidades de uso y de apropiación del espacio público (plaza en proceso de construcción y unidad sanitaria próxima a ser inaugurada) mediante asambleas multifamiliares, grupos de reflexión y talleres sobre los supuestos saberes en torno a la salud y a las expectativas alrededor de la nueva institución. También buscó promover un nuevo saber que expresara las identidades construidas colectivamente, recuperando la historia barrial en la apropiación del territorio, el espacio habitacional asignado y su relación con un concepto de salud vinculado a factores económicos, sociales, culturales y políticos. Finalmente, favoreció procesos de formación académica dirigida a alumnos/as de las facultades intervinientes a través del aprendizaje en servicio, desde una perspectiva interdisciplinaria.

### **3. “Habitando el Centro de Salud Islas Malvinas:**

#### **Lazo social e identidades colectivas en torno a la APS”**

Este proyecto se propuso acompañar el proceso de configuración institucional del Centro de Salud “Islas Malvinas Argentinas” inaugurado recientemente, considerando especialmente las modalidades de relación con la comunidad del Barrio Federal de Ensenada y la conformación del equipo de salud. Constituyó una respuesta a la demanda institucional, relacionada con el conflicto social expresado en modalidades vinculares violentas entre la población y hacia el Centro de Salud. Además de roturas, hurtos, descarte de armas y basura que tenían como destinatarios a los mencionados espacios públicos. Se trabajaron tres líneas dirigidas a niños/as; adultos/as (incluidos los concurrentes al Centro de Día Municipal) y al personal del Centro de Salud. Mediante asambleas vecinales, talleres, actividades recreativas, artísticas y psicoeducativas, desde una perspectiva de la salud colectiva se favorecieron otras modalidades de apropiación de los espacios públicos tendientes a inaugurar formas saludables del lazo social.

La propuesta profundizó el proyecto subsidiado “Identidad, territorio y salud (2011) y continuó lineamientos de trabajo extensionista en promoción de salud desde el año 2007 en el territorio de Ensenada que incluyó un eje pedagógico con el fin de aportar a la formación académica de los/as estudiantes y docentes de las facultades intervinientes a través de prácticas profesionalizantes interdisciplinarias en territorio.

El objetivo general de ambas propuestas consistió en promocionar modalidades de uso y de apropiación del espacio público (plaza y centro de salud inaugurado) que posibilitarán “habitar” el Centro de Salud Malvinas Argentinas (inaugurado en abril de 2012), contribuyendo a la construcción de identidades colectivas de los/as niños/as, adultos/as mayores y del recurso humano de salud de la comunidad del Barrio Federal de Ensenada.

Dicho objetivo se plasmó a través de diferentes actividades a saber: asambleas multifamiliares, grupo de reflexión y talleres sobre los supuestos saberes en torno a la salud y a las expectativas alrededor de la nueva institución. Esto implicó la construcción de un espacio posible de simbolización inédito frente a las habituales prácticas medicalizadas. Crear condiciones de salud a partir de acciones de prevención sobre enfermedades ya instaladas, desconociendo que responden a procesos de otro orden de naturaleza compleja, instala el siguiente supuesto: “creando hospitales habrá mejores condiciones de salud”. La condición del discurso hegemónico es jugar con la aceptación imaginaria por parte de la población, incluyendo a quienes conforman los equipos de salud. Al propiciar la apertura de espacios de tensión y cuestionamiento de estos discursos, al revalorizar los rasgos identitarios comunes devenidos de la historia barrial, al propiciar la apropiación del territorio y el espacio habitacional

asignado, se busca anudar sentidos alternativos posibles alrededor de una institución de salud en su instancia inaugural, operacionalizando de esta manera el objetivo planteado.

La propuesta metodológica de ambos proyectos se sustentó en un proceso dialógico entre los/as sujetos involucrados: los consignados como grupos destinatarios y los/as integrantes del equipo de trabajo extensionista.

Las actividades en terreno se desarrollaron con una frecuencia semanal y contaron con tutoría de docentes durante el desarrollo del primer proyecto. En el curso del segundo proyecto fueron implementadas en su totalidad por estudiantes. Los/as mismos/as participaron en las actividades grupales como co-talleristas, coordinadores/as, además de realizar tareas de convocatoria, registro y difusión.

Las actividades se dividieron inicialmente en artísticas (malabares, actividades plásticas, dramatizaciones, etc.); medio ambiente (su cuidado y la recolección de basura) y recreativo pedagógicas (narraciones e ilustraciones) y se llevaron a cabo tanto dentro del Centro de Salud como al aire libre en la plaza pública. En un segundo momento las actividades se centraron en propuestas recreativo-pedagógicas como el armado de una maqueta del barrio en tanto disparador para la identificación y ubicación de los/as participantes y sus referentes significativos en ese espacio, y la circulación de la palabra de los/as niños/as.

Se trabajó fuertemente sobre las cuestiones vinculares al interior del equipo extensionista, entre el equipo extensionista con los/as niños/as y concurrentes del centro de salud como con el equipo de salud. Se apostó fuertemente a ensayar diversas modalidades vinculares con y entre los/as niños/as.

Al inicio del recorrido se invirtieron muchos encuentros para trabajar la construcción de los vínculos y de condiciones de posibilidad para la realización de las actividades dado que los/as niños/as presentaban modalidades impulsivas de comunicación física y verbal entre ellos/as y hacia el equipo extensionista. Se trabajó fuertemente sobre el encuadre para posibilitar la creación inédita de intercambios que se generaron en cada encuentro. Se estableció un día y horario fijo para el encuentro semanal. El equipo extensionista cuando llegaba, sacaba del Centro de Salud un pizarrón cartelera de doble hoja en el que se escribían con tiza las actividades propuestas para ese día. Al principio lo hacían los/as extensionistas y en el medio del proceso tomaron la posta los/as niños/as. Luego se reunían en círculo en la plaza frente a la institución para inaugurar la actividad con algún juego o canción y finalmente se trabajaba sobre la construcción de una maqueta del barrio, una muestra fotográfica, paseos por lugares significativos del barrio, escritura de noticias barriales para la publicación final, etc. Luego se merendaba con galletitas, aprendiendo a compartir y estableciendo la modalidad del abrazo caracol. Los y las participantes se tomaban de las manos e iban enroscándose y desenroscándose mientras cantaban: "abrazo caracol". Esto surgió espontáneamente en uno de los primeros encuentros y quedó establecido como ritual de despedida. Se realizaba una primera reflexión tutorada por

docentes en terreno sobre lo acontecido y luego se analizaba en los encuentros pedagógicos posteriores, intentando respetar los objetivos planteados en el proyecto.

Entre las actividades que se desarrollaron podemos mencionar visitas por lugares significativos del barrio fotografiados activamente por los/as niños/as; el armado de un panel con fotografías de dichas visitas; relatos de historias abiertas con niños/as y concurrentes a la sala de espera, dibujos que comenzaron a habitar las paredes del Centro de Salud; la elaboración de un guión de una obra de teatro sobre un accidente de tránsito y la consecuente consulta al centro de salud con instancia judicial incluida. Esto dio lugar a la puesta en escena de dicha obra por parte de los/as niños/as y en la etapa final de implementación, se trabajó sobre la elaboración de relatos y soportes gráficos para la producción de una revista/diario barrial que fue editada a color.

Se apuntó constantemente a recuperar el objetivo general del proyecto vinculado a la salud. Las actividades se constituyeron en pretexto de un texto a construir en el encuentro de los/as participantes. Asimismo, la estructura de los encuentros implicó reuniones previas de planificación entre estudiantes para acordar el plan de actividades, enunciación de las mismas previo a la salida a terreno junto con los/as docentes manteniendo la adecuación con los objetivos, implementación de dichas actividades y supervisión en terreno al finalizarlas para posibilitar una instancia inicial de mediatización entre lo ocurrido, lo experimentado y lo posible de reflexionar. Cada encuentro tenía un/a estudiante autopropuesto/a o designado/a por consenso para la coordinación y otro/a para la elaboración de una crónica que posteriormente era enriquecida con los aportes grupales. El uso de tecnologías de información favoreció la dinámica de comunicación y trabajo colaborativo sostenido a través del correo electrónico y el uso del Programa Dropbox fundamentalmente en lo que hace a la elaboración de producciones escritas para su difusión en eventos académicos.

Con respecto a la extensión universitaria como parte relevante de la formación académica, consideramos explícitamente dentro de los objetivos específicos la configuración de un “eje pedagógico”. Para el equipo extensionista dicho objetivo era transversal a la totalidad de la propuesta. Particularmente, ambos proyectos se propusieron constituir dispositivos de formación académica para enriquecer el proceso de aprendizaje - servicio de los/as estudiantes de las facultades intervinientes (Facultad de Trabajo Social, Medicina, Humanidades y Ciencias de la Educación, Ciencias Naturales y Museo de la UNLP). En este sentido, el eje pedagógico incluyó la creación de diferentes espacios que contemplaron no sólo el aprendizaje en servicio, desde una perspectiva interdisciplinaria sino diversas instancias de lectura, escritura, debate, reflexión y metareflexión para articular teoría y prácticas.

*Las propuestas persiguieron los siguientes resultados:*

- Por un lado, contribuir a mejorar la salud colectiva en el Barrio Federal mediante estrategias de apropiación de los espacios públicos y a partir de la construcción de alternativas en las modalidades de uso. Esto se tradujo en el establecimiento de una transferencia

institucional positiva entre la comunidad y el efector que posibilitó la apropiación, preservación y cuidado del mismo, el aporte a los procesos de constitución de la identidad y subjetividad colectiva vinculada al territorio, la resignificación de los usos posibles del efector de primer nivel de atención y sus espacio público circundante, el mejoramiento de la cantidad y calidad de la consulta pediátrica y familiar de la población del Barrio Federal.

- Por otro lado, contribuir a la formación académica de futuros/as profesionales a partir de la participación en un equipo de trabajo compuesto por docentes, alumnos/as, comunidad, en una experiencia generadora de conocimientos en el marco particular de la extensión universitaria. Vale decir, lograr el fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios de extensión y capitalizar la experiencia de un proceso de formación continua en una línea de trabajo en promoción de la salud.

En síntesis, hemos evaluado el impacto de ambos proyectos en términos positivos ya que instalaron la demanda de intervención continua del equipo extensionista, por parte de la institución y por parte de la población. Asimismo se instituyó el día jueves como momento de encuentro en la plaza para llevar a cabo actividades en el espacio público del Centro de Salud y se construyeron nuevas modalidades de uso y transferencia institucional positiva con el efector de salud y su recurso humano.

Se produjeron efectos sobre las modalidades vinculares existentes entre los/as participantes del proyecto y se co-crearon modalidades alternativas de vinculación entre los/as niños/as. Asimismo se impactó sobre las maneras de “habitar”, “circular”, “utilizar” y “apropiarse” del espacio público del Centro de Salud y la plaza circundante a partir de la presencia de producciones culturales en las paredes del lugar, en los hogares (Diario del Barrio. Producciones gráficas y plásticas, fotos).

Se logró establecer un vínculo afectivo fuerte entre estudiantes y niños/as que constituyó indudablemente la condición de posibilidad para concretar ambas propuestas.

## **II. Coordenadas conceptuales**

Los proyectos presentados encuentran su sustento alrededor de conceptos claves como Atención Primaria de la Salud, territorio y extensión universitaria propiamente dicha conformando dispositivos de formación profesional.

Del recorrido realizado se desprende que dichos proyectos fueron pensados a partir de una concepción de salud-enfermedad-atención entendida como proceso histórico-social, económico, político, cultural e ideológico de carácter multicausal y multidimensional.

Tal como venimos tratando desde el comienzo del libro, cada cultura expresa para la salud (o para la enfermedad) sus definiciones. La enfermedad es un fenómeno vital... “es un proceso:



tiene un comienzo, una historia y una conclusión. Consideramos adecuado hablar de un ciclo continuo salud-enfermedad, que se desarrolla no sólo en el interior del organismo, sino entre él y el medio ambiente” (Berlinguer, 1993:32-33). Siguiendo a Weinstein (1998) la salud es un valor universal, una meta en el conjunto de esfuerzos transformadores de la sociedad. En este sentido, la salud es un bien colectivo: ... “la dimensión social de los fenómenos sanitarios es la suma y síntesis de las necesidades, de los requerimientos y de las particulares condiciones de cada hombre o mujer” (Berlinguer, 1993:35). Vale decir que pensamos la salud como un concepto que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad determinada y que incluye los proyectos colectivos e individuales de sus integrantes así como su forma particular de resolver los conflictos.

En este sentido recuperamos la definición de Alma Ata (1978) que postula:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.

Autores como Werner, D. y Sanders, D. (1997:11) señalan las fuertes implicaciones sociopolíticas de la APS. Ambos enfatizan que la misma:

“apuntaba explícitamente a la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud (...) y debía promover una distribución más justa de los recursos (...) La APS también hacía hincapié en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más empobrecidos de la comunidad”.

Se trata de abordar el proceso salud-enfermedad-atención en sus múltiples dimensiones. La estrategia de APS tiene como uno de los requisitos fundamentales la participación comunitaria. Agudelo, C. (1983: 206-207) refiere que:

“la participación no es más que la integración de la comunidad al proceso administrativo y al financiamiento de un servicio de salud, sea de APS o de otro tipo. Esta integración implica que la comunidad participa en la planificación, la organización, el financiamiento y el control de la APS, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros disponibles”.

En este marco se ha considerado a la promoción de la salud como una estrategia política que incluye la capacidad de organización de los sujetos en su lucha por el acceso a los derechos fundamentales, entendiendo que “las estrategias de promoción enfatizan la

transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial” (Czeresnia, 2003:54).

Las estrategias de promoción de la salud se desarrollan tomando en cuenta coordenadas espacio- temporales concretas. En este sentido tiempo y espacio cobran particular relevancia. Con respecto a la dimensión temporal entendemos cada proyecto como un proceso compuesto por eventos y avatares y que a su vez se engarza con el siguiente expresando cierta direccionalidad. Son estrategias que requieren tiempos lógicos y cronológicos y se despliegan en una especialidad que denominamos “territorio”. Cuando hablamos de “territorio” nos referimos al espacio en el cual el Estado proyecta su poder, es decir la manera en la que el Estado posibilita la reproducción de una sociedad en un territorio determinado. Se trata de un espacio apropiado, delimitado y dotado de identidad. El lugar y el territorio tienen en común: la identidad y la apropiación. Los diferencia la escala. Santos señala claramente: el “rol del territorio como elemento de identidad” (Santos, M. 1995:123). La construcción de identidades colectivas es un fenómeno presente en todos los grupos humanos. Piqueras, A. (2002:38) plantea que:

“Una identidad es colectiva, no porque muchas personas tengan la misma identidad por igual, sino para aludir a una conciencia compartida por cierto número de individuos (muy variable según los casos) de reconocerse entre sí como semejantes, y a la vez diferentes de otros individuos.”

En la misma línea, Dubar, C. (2002) señala que la identidad es el resultado a la vez estable y provisorio, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de los diversos procesos de socialización que, conjuntamente, construyen los individuos y definen las instituciones.

En este sentido, la nueva geografía cultural postula el “lugar” como interacción y encuentro y opera el pasaje de lo individual a lo colectivo. Se identifican signos, hitos en el espacio (delimitación de barrios que incluyen lugares). Desde la perspectiva de Lindón, A.; Aguilar, M.A.; Hiernaux, D. (2006), el espacio deja de ser un mero receptáculo de las actividades humanas y se redefine como lugar: como “acumulación de sentidos”, como materialidad dotada de contenido simbólico y, por lo tanto, como interpretable. El concepto de “lugar” se desarrolla en el marco de la denominada geografía de la vida cotidiana que aborda la experiencia espacial de las prácticas en términos de un “saber habitar”. Los mencionados autores, recuperan el concepto de lo cotidiano que se constituye en el lugar donde se “encuentran” en una dinámica compleja la vivencia subjetiva y la producción y reproducción de las estructuras sociales. Es a través de la experiencia práctica, de la vivencia de dichas estructuras como los hombres contribuyen a su transformación o reproducción. El concepto de “lugar” pone énfasis en los aspectos afectivos y simbólicos entre los individuos o grupos sociales y sitios o puntos

del espacio. Prima la perspectiva de los/as pobladores/as y sus complejos procesos de apropiación de un territorio por identificación.

## **Perspectiva pedagógica: extensión universitaria en la formación profesional**

La perspectiva sociocultural define a la educación como un proceso psicológico y cultural que supone comprender y participar en prácticas sociales de diverso tipo. Desde esta mirada, se concibe a la práctica educativa como un proceso de sentidos compartidos cuya esencia la define como una construcción social. En esa línea, se configura lo que se ha denominado “giro contextualista” en la concepción del aprendizaje trabajado por Baquero, R. (2006). Desde el enfoque de “las prácticas humanas en interacciones”, convergen la psicología, la pedagogía y la sociología críticas, el constructivismo social y socio-histórico-cultural.

El marco epistémico se inspira en el pensamiento de Vygostky, L. (1991,2005) en su conceptualización de la “zona de desarrollo próximo” como sistema funcional de interacciones y aprendizajes, desde la asimetría y la heterogeneidad, en la línea de la “participación guiada” y “apropiación participativa” de Rogoff, B. (1997), la acción mediada de Wertsch, J. (1999) y los “sistemas de acción”, aplicados al estudio del trabajo en equipos de salud de Engestrom, Y. (2001).

El contexto educativo universitario actual está conformado por un conjunto de prácticas heterogéneas (tradicionales, progresistas, tecnocráticas y socio-críticas, en menor medida) que han sido configuradas desde un proceso cultural e históricamente situado inherentemente diverso, en el que convergen concepciones de educación, desarrollo, aprendizaje, enseñanza, conocimiento, sociedad y cultura, etc. El conjunto de estas circunstancias remite a la necesidad de examinar las prácticas educativas institucionales que existen en la Universidad, reflexionando acerca de los “saberes” que les permiten a los/as estudiantes interpretar, significar y transformar el contexto sociocultural en el que viven para generar y construir nuevas realidades. Docencia, investigación y extensión son espacios de formación donde circulan docentes y estudiantes. En esta oportunidad nos proponemos reflexionar sobre la Extensión universitaria a partir de tres propuestas concretas. Las mismas contaron con una dimensión pedagógica abordada desde tres aspectos: teórico, vivencial y reflexivo. El primero contempló el intercambio de bibliografía afín a las temáticas tratadas que podían ser propuestas por todos/as los/as integrantes del espacio y la co-construcción de saberes. El segundo estuvo vinculado a la experiencia con tutoría en terreno que se desarrolló con frecuencia semanal y el tercero consistió en la meta reflexión sobre la intervención en terreno.

Todas las propuestas sostuvieron el trabajo con una dinámica de taller, el cual se define por su especificidad en su dimensión operativa y por ser un modo de aprender flexible y ajustable a los fines del grupo.

La metodología del aula taller implica un replanteo total en la dinámica de aprendizaje. Si el aula es un taller, el/la estudiante cambia de rol (respecto del aula tradicional), y se transforma en sujeto activo de su propio aprendizaje. A esto habría que agregarle que la mayoría de las actividades de los diferentes proyectos de extensión presentados se desarrollaron en espacios extra áulicos, dentro de instituciones sanitarias o a la intemperie (en las calles del barrio, la plaza del Centro de Salud, etc.). Con respecto a los roles, el/la docente de único depositario de la verdad, pasa a ser un sujeto más (aventajado si se quiere) en el proceso de aprendizaje. Su tarea consistirá entonces en acompañar, coordinar y desencadenar (cuando esto no suceda espontáneamente) procesos cognitivos, utilizando para ello el diálogo y el debate.

Mediante la modalidad anteriormente expuesta se busca trabajar la motivación de los/as estudiantes y su participación, aportando ideas e internalizando los conocimientos. De esta manera se intenta construir a través de la práctica, para que los/as estudiantes sean interpelados/as desde otro lugar al que están acostumbrados/as a responder. Al mismo tiempo, lograr que cada quien cumpla con su rol en una producción final. Esto nos convoca permanentemente a evaluar no sólo los resultados de nuestras propuestas de formación académica en docencia, extensión e investigación sino las modalidades y los efectos de los procesos puestos en juego para todos/as los/as sujetos participantes.

Asimismo, otorgamos especial importancia no sólo a la lectura bibliográfica, al debate y a la reflexión sino también a la producción escrita conjuntamente con su difusión. La lectura y la escritura son los principales instrumentos de aprendizaje. En el ámbito universitario dichos instrumentos presentan especificidades en cada campo de conocimiento. Carlino, P. (2005) propone integrar el trabajo con la lectura y la escritura de textos en la enseñanza de las cátedras para que los/as estudiantes accedan a la cultura específica de cada disciplina, dado que los modos de leer y escribir no son iguales en todos los ámbitos. La alfabetización académica según la autora, consiste en un conjunto de nociones y estrategias necesarias para participar en la cultura discursiva de las disciplinas así como en las actividades de producción y análisis de textos requerida para aprender en la universidad. Designa también el proceso por el cual se llega a pertenecer a una comunidad científica y/o profesional en virtud de haberse apropiado de formas de razonamiento instituidas a través de ciertas convenciones del discurso. Producir un escrito colectivo para presentar en un Congreso o Jornada fuera del propio ámbito académico implica una instancia de enseñanza y aprendizaje necesaria en la formación inicial profesional. Siguiendo a Carlino, P. (2005) no se aprende a escribir en el vacío sino a partir del campo de problemas inherentes a una determinada disciplina. La autora enfatiza el potencial epistémico de la escritura que no resulta sólo un medio de registro o comunicación sino que puede devenir un instrumento para desarrollar, revisar y transformar el propio saber. El potencial epistémico de la escritura radica en escribir logrando poner en relación el conocimiento del tema con el/la destinatario/a y el propósito de la escritura. En este sentido promovimos la escritura conjunta de trabajos que fueron presentados por los/as estudiantes en los Congresos de Extensión Universitaria realizados en Córdoba 2012 y Montevideo 2013.

## Reflexiones finales

¿Qué tipo de prácticas educativas existen en la Universidad? ¿Qué enseña? ¿Qué “saberes” les permiten a los/as estudiantes interpretar, significar y transformar el contexto sociocultural en el que viven? A través de prácticas educativas, ¿De qué manera resultaría posible intervenir en el desarrollo cultural de las nuevas generaciones para la construcción de realidades alternativas? ¿Qué papel jugaría la participación de docentes y estudiantes en proyectos de extensión universitaria?

Somos conscientes que sostener propuestas en el marco de la extensión universitaria implica abordar no solo cuestiones políticas y de contenido curricular. Implica configurar lo grupal en sus distintos momentos, construir dinámicas de funcionamiento que instituyan prácticas presentes en territorio y enfrentar obstáculos personales, grupales y contextuales que se van presentando desde una postura crítica y reflexiva. En este sentido recordamos que en el caso particular de los proyectos presentados se trató de la continuidad de una propuesta inicial que fue conformando un equipo de trabajo comprometido con la tarea, instalando prácticas en territorio e instituyendo modalidades de enseñanza/aprendizaje a partir de la conformación de espacios pedagógicos. Esto demandó deseo, compromiso y horas de trabajo. En el transcurso del segundo año, el grupo fue permeable a la inclusión de nuevos integrantes al tiempo que fue perdiendo otros. El grupo matriz inicial se desgranó dejando un nuevo grupo conformado por pocos participantes para sostener múltiples espacios. Una cuestión adicional a señalar consiste en la frecuencia de las actividades. Las idas a terreno se plantearon con una frecuencia semanal a excepción del primer jueves de cada mes en el que se desarrollaron las reuniones pedagógicas. La intensidad vivencial de las actividades de terreno demandó la inauguración de nuevos espacios de planificación y elaboración de lo sucedido jueves a jueves. La merma en la cantidad de integrantes dificultó la sustentabilidad del mismo ya que priorizamos el sentido del proyecto a través de la constante recuperación de sus objetivos para trascender el impacto vivencial del trabajo en el territorio. En este sentido sostenemos el armado de un dispositivo de formación a través de la extensión universitaria compuesto de múltiples y necesarias instancias de enseñanza/aprendizaje a saber: reuniones de planificación, reuniones pedagógicas, reuniones “informales”, encuentros en terreno. Entendemos que estos últimos espacios resultan los más seductores para los/as estudiantes pero consideramos que sin la posibilidad de elaboración y de metareflexión, la experiencia en terreno corre el riesgo de quedar en un nivel anecdótico y puramente descriptivo. Esto se expresó claramente en las dificultades para sostener el encuadre de trabajo, fundamentalmente con respecto a los espacios “teóricos” y el intento constante de multiplicar las idas a terreno. En algunos momentos del proceso, la circulación de información “confusa” y la omisión de eventos relevantes en las crónicas semanales nos alertaron de la existencia de dichos obstáculos que fueron señalados oportunamente.

Sostenemos que la extensión universitaria contribuye y favorece la intervención pre profesional y/o profesional, resultando indispensable para posibilitar prácticas cargadas de sentido y fundamentos teóricos. Por lo tanto, resulta pertinente participar de dicha instancia, difundiendo las experiencias en diferentes espacios siendo que, tanto la extensión como la investigación son pilares de la formación universitaria.

En el caso particular que nos convoca, consideramos que los debates sobre las maneras de pensar la promoción de la salud, tanto desde el aporte de las lecturas del material bibliográfico como desde las propias prácticas que produjeron los/as sujetos involucrados/as en las propuestas constituyeron una oportunidad significativa para pensar acerca de la formación e intervención concreta en territorio de las disciplinas involucradas.

Cuestiones teóricas como “Atención primaria de la Salud”, “Promoción de la salud” y “Participación” abandonaron las letras de los libros para encarnarse en sujetos con nombre, apellido, identidad y contexto. La posibilidad de construir en cada encuentro algo del orden de lo “saludablemente inédito” de manera colectiva fue para todos/as los/as participantes la mejor “cosecha” que pudimos conservar.

Creemos que durante el transcurso de los proyectos, logramos “habitar saludablemente” el territorio. Vale decir, en espacios concretos como el Centro de Salud Islas Malvinas Argentinas y la plaza circundante, logramos construir “lugares” de encuentro de vínculos que posibilitaron la circulación de representaciones sociales y significaciones compartidas.

Dar cuenta a través del presente escrito de nuestras prácticas extensionistas nos convocaron a reflexionar sobre la intervención pedagógica universitaria en los actuales escenarios. Dicho ejercicio indudablemente requiere el compromiso de una mirada dialéctica que recobre lo mejor de las tradiciones educativas y culturales, y a su vez que articule con los desafíos actuales que enfrenta la sociedad para desde allí proyectarse hacia el futuro. Un futuro en el que nuevas generaciones construyan realidades alternativas.

## **NOTAS**

(1) Capacidad vital, de goce, comunicación, creatividad, crítica y autocrítica, autonomía, solidaridad, capacidad prospectiva y de integración.

## Bibliografía

- Agudelo, Carlos (1983). Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y criterios de valoración. Boletín Oficial Sanitario Panamericano.
- Aguilar Ibáñez, María José (2001). Participación comunitaria en Salud. ¿Mito o realidad? Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Augé, Marc (1999). La vida como relato. En Bayardo, R y Lacarrieu, M (compiladores). La dinámica global/local. Cultura y comunicación: nuevos desafíos. Buenos Aires: Ediciones CICCUS La Crujía.
- Baquero, Ricardo (2006). Vigotsky y el aprendizaje escolar. Buenos Aires: Aique.
- Berlinguer, Giovanni (2002). Bioética Cotidiana. México: Siglo XXI.
- Berlinguer, Giovanni (2003). Ética de la Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Brusilovsky, Silvia (1985) Investigación Participativa: Un método de educación no formal. Mimeo. UnLU.
- Czeresnia, Dina (2006). Promoción de la salud, conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Doise, Willem (1986). Les representations sociales: definition d un concept. En W. Doise & A. Palmonari (Eds.), Les representations sociales: un nouveaux champ d etude. Ginebra: Delachaux et Niestle.
- Dubar, Claude (2002). La crisis de las identidades. Barcelona: Gedisa.
- Engestrom, Yrjo (2001). Expansive learning at work: toward an activity theoretical conceptualization. En Journal of Education and Work. Vol 14. N°1.
- Ferreya, Paula (2009). Trabajo social comunitario y salud mental. En Confluencias N° 65. (Dossier) (Pp. 1-18). Córdoba: Gravano. Ariel (2003). Antropología de lo barrial: un estudio sobre producción simbólica de la vida urbana. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Lindón, Alicia; Aguilar, Miguel; Hiernaux, Daniel (2006). Lugares e imaginarios en la metrópolis. México, UNAM: Anthropos.
- Moise, Cecilia (1998). Prevención y Psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- OMS (1978). Informe de la Conferencia internacional sobre APS, Alma Ata, URSS. Ginebra: Serie Salud para Todos N°1.
- Piqueras, Andrés (2002). Cap.3: La identidad. En: De La Cruz, Isabel (coord.). Introducción a la antropología para la intervención social. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Restrepo, Helena (2007). Promoción de la salud con énfasis en promoción de la salud mental. Resumen de Conferencia. Universidad Libre.
- Rogoff, Bárbara (1997). Los tres planos de la actividad sociocultural: apropiación participativa, participación guiada y aprendizaje. En Wertsch y otros (eds.) *La mente sociocultural. Aproximaciones teóricas y aplicaciones*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.

- Schön, Donald (1998). El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós.
- Vigotsky, Lev. (1991). Pensamiento y Lenguaje. Madrid: Visor.
- Vigotsky, Lev. (2005). Psicología pedagógica. Buenos Aires: Aique.
- Werner, Davis; Sander, David; col. (1997). Cuestionando la Solución: las Políticas de Atención Primaria de la Salud y Supervivencia Infantil. Palo Alto: HealthWrights.
- Weinstein Luis. (1998). Salud y Autogestión. Montevideo: Nordan.
- Wertsch, James (1999). La mente en acción. Buenos Aires: Aique.



## **CAPÍTULO 4**

### **Lo que supimos conseguir.**

**Procesos de enseñanza aprendizaje en salud colectiva:  
producciones de alumnos/as y adscriptos/as a la docencia  
universitaria**

*Susan López, Virginia Michelli,  
Carina Scharagrodsky, Jimena Lafit,  
Verónica Campagna y Griselda Naum*

Este capítulo contiene algunos lineamientos pedagógicos que sustentan la práctica de la enseñanza en salud colectiva, en particular aquellas vinculadas a la producción escrita por parte de alumnos/as y docentes adscriptas a la docencia universitaria.

Esta ocupación del equipo de cátedra en los aspectos pedagógicos pone de manifiesto la importancia que suscita en las integrantes la formación docente de profesionales. Con experiencias docentes de mayor y menor antigüedad, acercamientos dispares a la tarea de enseñar y diferentes trayectos formativos realizados y en curso, este equipo se anima a observar algunos aspectos de la enseñanza y a compartir algunos aprendizajes bajo la figura de la adscripción a la docencia universitaria.

Este incipiente movimiento, inaugura un proceso reflexivo colectivo sobre el propio quehacer docente permitiéndonos reconocer las dificultades y pensar en estrategias formativas para superarlas.

Tal como plantea Anijovich (2009), los modelos más apropiados para promover un cambio profundo en la formación pedagógica de los/as profesionales y en sus prácticas docentes son aquellos cuyo eje es la reflexión sobre la práctica misma.

Este es un camino recientemente iniciado, y como tal, nos parece importante haberlo echado a andar, no pretendemos alcanzar alguna meta...nuestro interés está puesto en los procesos, en simplemente caminar.

## **Acerca del proceso de producción escrita del trabajo final**

La modalidad de entrega de un trabajo escrito es un requisito para la aprobación de la materia desde que la misma se dicta en esta unidad académica, hace 20 años. Sin embargo, desde hace tres o cuatro años nos interesan particularmente los procesos de enseñanza referidos a la escritura académica de los/as estudiantes. Esto revela un proceso reflexivo en el equipo de cátedra que posibilita pensar las propias prácticas de enseñanza. Creemos en la importancia de incluir la lectura y la escritura como contenido inseparable de la enseñanza de los contenidos de la materia. Como momentos distintivos del proceso de enseñanza aprendizaje, la lectura y escritura académica facilitan la apropiación de ideas mediante la reelaboración de las mismas.

Este foco puesto sobre la escritura académica se ha constituido en una reunión de inquietudes, debates e intercambios.

Durante el segundo tramo del año lectivo, la tarea docente se orienta a acompañar a los estudiantes en la elaboración de un trabajo final con el objetivo de participar en eventos de divulgación académica. Esta instancia supone la identificación de ideas centrales, la elección de sus correlatos teóricos conceptuales y el armado de una propuesta de acuerdo a formatos pre definidos: estructura, extensión, normas de citado. Además de la preparación del/la estudiante que expondrá la ponencia en representación de los/as autores/as. Entonces ¿Qué se espera como corolario de un proceso formativo? ¿Cuál es la tarea docente en la producción de textos? ¿Cómo acompañar al/la estudiante? ¿Qué objetivos se persiguen, desde qué umbral se parte y cuál es el horizonte? ¿Y lo subyacente, lo implícito, la mirada evaluadora, los criterios de corrección?

Del mismo modo que la tarea docente se enfoca en la producción escrita de los/as estudiantes, también durante la segunda mitad del año se ponen a trabajar las expectativas e inquietudes de las docentes sobre el proceso de enseñanza aprendizaje llevado hasta el momento. Es interesante señalar que la segunda instancia de evaluación parcial es al regreso de las vacaciones, de modo tal que el último tramo del año lectivo se dedica al dictado del último bloque de contenidos de la materia, orientados a experiencias de trabajadores/as sociales en el campo de la salud, y a la dinámica de trabajo en taller que se conforma para acompañar el proceso de elaboración del trabajo escrito.

En esta instancia de la cursada se pone en funcionamiento un dispositivo pedagógico que contribuya a dicho momento de producción. En palabras que Anijovich, Cappelletti, Mora y

Sabelli (1999, p.36) toman de M. Souto (1999), un dispositivo pedagógico es “aquello que se pone a disposición para provocar en otros disposición a, aptitud para”.

Para esta experiencia y siguiendo a las autoras, un dispositivo de formación docente “es un modo particular de organizar la experiencia formativa con el propósito de generar situaciones experimentales para que los sujetos que participan en él se modifiquen a través de la interacción consigo mismos y/o con otros, adaptándose activamente a situaciones cambiantes, apropiándose de saberes nuevos, desarrollando disposiciones y construyendo capacidades para la acción (Anijovich et al., 1999).

Algunas de las inquietudes mencionadas fueron puestas a trabajar por el equipo docente de modo autogestivo con la modalidad de taller. Varios encuentros fueron coordinados por dos docentes del equipo. A lo largo de los mismos, fue trabajada la expectativa docente acerca de “lo esperado” como producción final. Se trabajó a partir del análisis de resúmenes de trabajos elaborados por trabajadores/as sociales que fueron presentados en distintos eventos científicos. Se explicitaron los criterios que implícitamente jugaron en dicha evaluación. Finalmente se listaron y jerarquizaron los criterios consensuados que se plasmaron, de modo tentativo, en la grilla siguiente:

<b>TITULO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatividad</li> <li>- Pertinencia</li> <li>- Claridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Claridad en la formulación</li> <li>- Inclusión de dimensiones tiempo - espaciales</li> <li>- Correspondencia del cuerpo del trabajo con los objetivos propuestos</li> </ul>
<b>DESARROLLO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertinencia de la temática</li> <li>-Secuencia articulada (Idea directriz)</li> <li>- Utilización bibliográfica (citas, etc.)</li> <li>- Despliegue de niveles descriptivos</li> <li>- Despliegue de niveles de elaboración personal (reflexión)</li> <li>- Despliegue de niveles analíticos</li> <li>- Desarrollo conceptual adecuado</li> <li>- Capacidad de síntesis</li> </ul>	
<b>CONCLUSIÓN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertinencia</li> <li>- Claridad</li> <li>- Capacidad de cierre del trabajo</li> <li>- Sentido crítico/autocrítico</li> </ul>	
<b>CUMPLIMIENTO DE CUESTIONES FORMALES DE PRESENTACIÓN</b>	

Criterios de evaluación para el trabajo final

Al responder a una construcción colectiva, la explicitación de criterios resultó de utilidad para la unificación de parámetros de evaluación del equipo docente.

A continuación presentamos los resúmenes de 10 trabajos elaborados por los/as estudiantes correspondientes al ciclo lectivo 2014. Las producciones seleccionadas son representativas de la totalidad de las que alcanzaron una realización más acabada de acuerdo a los criterios de evaluación fijados. Por razones de espacio, debimos limitar el número de resúmenes presentados. Las temáticas elegidas por los/as estudiantes para desarrollar sus trabajos son variados y en todos los casos tienen como referencia una experiencia de práctica pre profesional desarrollada durante el año de la cursada. Los trabajos no son sólo producciones teóricas, sino que además son el producto de una reflexión y un análisis crítico de una realidad conceptualmente construida a partir de una experiencia de intervención supervisada (en tanto práctica formativa). Las categorías centrales de la Salud Colectiva son los principales ordenadores conceptuales para la elaboración de estas reflexiones. Es posible acceder a los trabajos completos visitando:

[www.trabajosocial.unlp.edu.ar/catedras/medicinasocial/produccionesdealumnos](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/catedras/medicinasocial/produccionesdealumnos)

## **Trabajos de las/os alumnas/os:**

- **Acosta, Sheila; Demarco, Giuliana; Lindner Magrath, Stefania (2014): Nueva Ley de Salud Mental, un aporte desde el Trabajo Social: ¿trabajo interdisciplinario?**

El presente artículo desarrollará los procesos de intervención del trabajo social en el campo de la salud mental. Comenzaremos haciendo un recorrido de esta categoría y sus concepciones a lo largo de la historia, llegando hasta a la actualidad; en ese punto daremos cuenta como se entiende la salud mental enmarcándose en la normativa respecto a la temática, realizando un desarrollo sobre la Ley N° 26.657, actualmente vigente en Salud Mental.

Analizaremos el lugar que se le otorga al trabajo social desde esta normativa, profundizando el abordaje desde los equipos interdisciplinarios.

Intentaremos visualizar la importancia de que existan multiplicidad de miradas en torno a esta temática que conformen un equipo de trabajo e intercambio transversal desde cada profesión, puntualizando en el aporte desde la profesión del trabajo social; así mismo nos propondremos reflexionar sobre los avances de la nueva ley en torno a la perspectiva de derechos, como así también poder ver los cuestionamientos que se le presentan posicionándonos desde una experiencia de prácticas de formación profesional de estudiantes de Trabajo Social que se encuadran en la Asesoría Pericial de La Plata.

- **Barrena, Mariana; Boedo, Ma. Laura (2014) En vistas a una nueva perspectiva en Salud Mental” *El caso del “Club Social” del Hospital Dr. Alejandro Korn.***

El presente trabajo pretende aproximarse a dos modos de entender a la Salud Mental que actualmente conviven en el Hospital Dr. Alejandro Korn.

Históricamente la Salud Mental fue considerada desde una visión hegemónica la cual “se caracteriza por su identificación ideológica con la racionalidad científica, por el sostenimiento de prácticas que son principalmente individuales, y por su eficacia pragmática orientada a la curación y a los factores biológicos” (Menéndez, 1990). Esta lógica se encuentra fuertemente arraigada en la sociedad, y se contrapone a lo que propone la nueva ley, la cual tiene como base principal los derechos humanos y la vida en sociedad.

Tomamos como referencia el “Club Social” del Hospital Dr. Alejandro Korn, situado en el año 2014, ya que esta sala funciona como un apartado dentro de la lógica manicomial y es un claro ejemplo de la lucha por una nueva forma de entender y tratar la salud mental. El hospital monovalente es un lugar donde se mantienen fuertemente prácticas de medicalización e institucionalización. A partir de esto se pueden evidenciar dos lógicas diferentes sobre una misma problemática y eso hace que convivan miradas contrapuestas desde las diferentes disciplinas que allí trabajan, generando una puja constante en este proceso que significa romper con este modo de tratamiento que propone el modelo médico hegemónico.

Es por eso que nuestros objetivos son: analizar las prácticas que se realizan en el Club Social, visualizar como coexisten estas dos lógicas en el trabajo cotidiano de los profesionales y descubrir que posibilidades de concretar los objetivos que se propone el Club Social existen.

- **María Victoria Carné (2014) Cuidar la Salud desde los Alimentos.**

El siguiente artículo tiene por objetivo indagar en los Determinantes del Acceso a la Salud de los sujetos implicados en la producción y manipulación de alimentos en el Municipio de Florencio Varela en el año 2014. Los pequeños productores y elaboradores primarios de alimentos, se ven implicados en complejos procesos que pueden afectar directa e indirectamente su salud. Las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos son uno de los problemas de mayor frecuencia en la vida cotidiana de la población Argentina, y tienen su origen en el mismo acto de manipular los alimentos. (“Manual de Manipulación de Alimentos, 2014”)

Se trata de una problemática histórica, que se reproduce muchas veces desde el desconocimiento y la falta de difusión respecto a la temática. Aunque es recurrente hablar de Buenas Prácticas Alimenticias, la realidad es que los alimentos realizan un extenso recorrido antes de llegar a la mesa, y la garantía de seguridad de los alimentos es inherente a la relación que existe entre los Manipuladores, los procesos de Salud-Enfermedad y los Centros de Salud Comunitarios.

Hay condiciones generales de existencia que deben ser visibilizados para generar un mayor acercamiento a la población y reconstruir el nexo entre los Equipos de Salud que trabajan en el

Primer Nivel de Atención y la población, haciendo hincapié en el abordaje territorial, como espacio de referencia para la población, en donde se genera un ida y vuelta fluido entre las condiciones propias de la población y las estrategias de abordaje de la Salud en su concepción integral.

La Promoción de Salud en este artículo hace referencia a las acciones dirigidas a modificar condicionantes sociales, ambientales, políticos y económicos que inciden en el proceso salud-enfermedad. Entendiendo el Derecho a la Salud desde una perspectiva holística, es pertinente fortalecer el proceso que permite que las personas incrementen su control sobre los determinantes de la salud y de esta forma, aporten a su mejoramiento.

- **D'lorio, María Eugenia; López, Mariana; Tesei, Valeria (2014). "Abriendo caminos: Una construcción colectiva de la Salud Mental".**

El presente artículo pretende problematizar la brecha existente entre lo estipulado en la nueva Ley de Salud Mental y lo que se manifiesta en la realidad, existiendo diversos mecanismos, estrategias y políticas públicas tendientes a favorecer y/o dificultar el proceso de externación de los sujetos internados en las instituciones monovalentes.

Tomando como eje de análisis las prácticas pre-profesionales realizadas a lo largo del presente año, las cuales se desarrollan en el Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero, en la Sala Pendfield, acompañando el proceso de externación de tres usuarios de la misma.

Posicionándonos desde una perspectiva de salud colectiva, en la cual se inscribe la nueva legislación vigente en relación al área específica. Entendiendo a la familia, la comunidad, las distintas instituciones creadas a partir de la nueva ley, como así también otras organizaciones e instituciones de la sociedad civil como espacios de encuentro, fortalecimiento y construcción de lazos sociales de los sujetos, favoreciendo de esta manera el proceso de externación.

Teniendo presente que dichos espacios no son los únicos existentes, concebimos nuestra intervención como futuras trabajadoras sociales como un lugar privilegiado para favorecer la resignificación y construcción de nuevos ámbitos que contribuyan a los procesos de construcción de autonomía de los sujetos.

- **Fernández, Aldana; Franco, Vanesa. Vanesa; Monteiro, Anaclara (2014) ¡La lucha que lo parió! Análisis de experiencias de partos desde una perspectiva de género.**

En este trabajo hemos decidido realizar un análisis sobre la violencia obstétrica entendiéndola como parte de la violencia de género a la que están expuestas las mujeres en el marco de esta sociedad machista y patriarcal. Buscamos la visibilización y crítica de prácticas arraigadas en el segundo nivel de atención de la salud como herramienta para fundamentar la necesidad de transformación de las mismas en pos de que las mujeres puedan hacer efectivo el ejercicio de sus derechos. Para llevar a cabo nuestro análisis, elegimos centrarnos en el parto y en el momento inmediatamente posterior, ya que entendemos como primordial el primer

encuentro madre-niño, y la importancia de que este no sea retrasado si no es por razones médicas específicas.

Es en relación a esto que comenzamos a indagar sobre las prácticas que llevan adelante los profesionales de la salud (enfermerxs, personal administrativo, medicxs); como insumo utilizaremos tres (3) entrevistas realizadas a mujeres que parieron en el último año, estudiantes de la UNLP, pertenecientes a las Facultades de Ed. Física y de Trabajo Social, de entre 18 y 25 años al momento de parir.

En conclusión, afirmamos que la violencia obstétrica debe ser fuertemente rechazada de todos los ámbitos de la salud, tanto pública como privada, porque su ejercicio se vincula directamente al sostenimiento de redes de dominación, de estereotipos sobre lo que una mujer-madre debe hacer, de roles preestablecidos e inamovibles.

Finalmente queremos dejar explicitado que desde este artículo se pretenderá generar nuevos interrogantes, como insumo para seguir cuestionándonos y reflexionando sobre las prácticas que los y las profesionales naturalizamos, en pos dar comienzo, al sostenimiento de nuevas concepciones en los ámbitos de salud sobre los derechos de las mujeres y los niños recién nacidos.

- **Duarte Dobaño M. Paula; Renna Pamela; Silva Lorena; Urrutia Manuela; Club Social: “Construyendo espacios de autonomía”**

En el presente trabajo abordaremos la temática de salud mental desde una perspectiva de salud colectiva, a partir de una experiencia que vivenció una de las integrantes que conforman el grupo, durante el proceso de prácticas de formación profesional en el año 2013.

Esta se enmarca en el Club Social, que corresponde al área de psiquiatría, psicología médica y rehabilitación del Hospital Alejandro Korn, en la localidad de Melchor Romero. Este espacio es construido con el fin de que las personas que tienen largos períodos de internación, encuentren un lugar donde desempeñar diversas actividades en función de recuperar su autonomía y potenciar aquellas capacidades que los largos períodos de internación han limitado.

Intentaremos problematizar a través de las categorías trabajadas en la cursada de Medicina Social en el transcurso del año 2014, si el Club Social constituye una propuesta que intenta generar prácticas contra hegemónicas, o si por el contrario sigue reproduciendo lógicas hegemónicas en el marco de un hospital monovalente como es “Alejandro Korn”.

La existencia del Club Social, se enmarca en el contexto actual que deviene de la Ley de Salud Mental 26657. Es en este marco, que la práctica de los profesionales del trabajo sobre esta área adquiere mayor importancia y donde los mismos comienzan a repensar las intervenciones aprovechando el escenario social dado por la transición de un modelo de atención a otro.

- **Herrera, Ayelen; Milillo, Nadia; Carranza, Keylakey (2014) Problematizando la medicalización en la niñez ¿Para cada comportamiento un medicamento?**

El análisis acerca de la relación entre Trabajo Social y el área de salud, lo llevaremos a cabo en el Centro de Tratamiento Ambulatorio Integral (CTAI), el cual se encuentra ubicado en calle 19 y 527 (Tolosa, La Plata). Esta institución trabaja en articulación con las escuelas, donde el equipo de orientación escolar envía un informe al servicio local, y este lo deriva al servicio zonal, y luego de un análisis de la situación, verifican la inclusión del niño en el CTAI. Cabe aclarar que una de las integrantes del grupo realiza sus prácticas de formación profesional en esta institución.

En este sentido, el objetivo de este trabajo es analizar los discursos de profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, orientadores educacionales, médicos y educadores, que se visualizan en los informes que llegan a la institución seleccionada.

- **Casale, Julia; Godoy, Gabriela; González, Natacha. (2014) “Análisis del abordaje de la problemática Violencia de Género a partir de una experiencia de intervención en el Barrio “El Mercadito”.**

Elegimos para el presente trabajo abordar la problemática de la violencia de género desde una experiencia de práctica de formación en el consultorio jurídico gratuito del barrio “El Mercadito”. Este funciona en el marco del proyecto de extensión de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la UNLP.

El mismo expresa las tensiones y contradicciones que se suscitan al interior del consultorio entre las distintas disciplinas que participan en él y surge a partir de la necesidad de problematizarlas, a fin de optimizar el funcionamiento del dispositivo y poder construir objetivos comunes que favorezcan la articulación con las instituciones del barrio.

- **Ramírez Consuelo; Fernández R. Ayelén (2014) Derecho a la salud como puerta de entrada: “Determinantes simbólicos en torno a la accesibilidad”.**

El presente trabajo se propone abordar la problemática que atraviesa el colectivo de trabajo A.S.O.M.A en relación al acceso de la salud, y como esta se ve determinada por las condiciones de explotación laboral e insalubridad en las que se desarrollan cotidianamente. Tomamos los conceptos de accesibilidad y determinantes sociales de la salud propuestos por la cátedra para analizar dicha situación ya que consideramos que son de gran aporte para poder entenderla. Haremos mayor hincapié en el concepto de accesibilidad siguiendo a las autoras Comes Yamila et al (2006) que proponen superar la idea de acceso como ofertas y barreras de los servicios de salud entendiendo a ésta como la relación entre los servicios de salud y los sujetos que van hacia su encuentro; este planteo nos posibilita pensar en los discursos y representaciones que los servicios tienen de los sujetos que acuden a ellos y viceversa.



Nos proponemos visibilizar y analizar la situación de accesibilidad de la comunidad mencionada pudiendo realizar una propuesta de intervención ya que consideramos que es una zona olvidada por el municipio de La Plata.

- **Cancines Daniela; Gómez Mirta; Miranda Vanesa (2014) Algunas consideraciones sobre discapacidad y Trabajo Social.**

La temática trata acerca de la relación entre discapacidad y trabajo social tomando como referencia la Institución IPAC (Instituto Platense de Asistencia para Ciegos y Disminuidos Visuales), el cual se encuentra ubicado en la calle 1 e/ 68 y 69 de la ciudad de La Plata.

Esta institución trabaja con niños y jóvenes de 3 a 18 años. El trabajo se realiza en forma articulada con el centro de día que funciona en el mismo lugar, al cual concurren personas mayores de 18 años. Su funcionamiento se lleva a cabo por miembros del equipo profesional de diferentes disciplinas, podemos mencionar, fonoaudiología, psicopedagogía, terapeuta ocupacional, trabajadora social, orientación manual, y educación física.

Es una Institución privada cuyo funcionamiento depende de la obra social de las personas que allí concurren. Por lo tanto en ella no se cobra arancel mensual.

El objetivo de este trabajo es analizar la temática propuesta para aportar luego algunas consideraciones sobre la intervención profesional en el campo de la discapacidad particularmente referida a la educación especial.

## **Acerca de la adscripción a la docencia**

Retomando el planteo inicial del capítulo, a continuación abordaremos algunos lineamientos pedagógicos que sustentan la práctica de la enseñanza en salud colectiva, en este caso aquellas vinculadas a la adscripción. En este sentido, desde la Cátedra de Medicina Social/Salud Colectiva, pensamos esta experiencia formativa como un proceso de dos años, siguiendo un plan de trabajo consensuado con quienes transitamos por este espacio.

A tal fin, docentes e ingresantes a la adscripción, nos ajustamos al Reglamento Marco de la Ordenanza N° 277 del Honorable Consejo Superior y a la Reglamentación Interna (2012) producida por la Facultad de Trabajo Social. Las funciones y actividades están descriptas en los arts. 12 y 13 que a continuación se transcriben:

**Artículo 12º:** Los docentes responsables deberán cumplir con las siguientes funciones mientras dure la Adscripción:

a) Orientar al adscripto en las actividades propuestas en función del Plan de Trabajo acordado.

b) Estar presente en todas las actividades que el adscripto lleve adelante con los estudiantes para poder orientarlo realizando el seguimiento pertinente.

c) Presentar al Profesor a cargo de la materia un informe que dé cuenta del desarrollo de las acciones contempladas en el Plan de Trabajo del Adscripto a su cargo.

**Artículo 13º:** Las actividades y funciones a desarrollar por los adscriptos estudiantes y graduados *deberán* establecerse en cada *plan de trabajo anual* a partir de las siguientes posibilidades, entre otras:

a) Proponer materiales que puedan ser utilizados para las clases (en este caso deberá hacerse constar en dichos materiales la autoría o co-autoría de los mismos por parte del adscripto, según corresponda).

b) Co-coordinar grupos de lectura o talleres de discusión de textos optativos para los estudiantes que cursan la materia.

c) Participar de las clases de trabajos prácticos y/o talleres de las prácticas, en tareas supervisadas por el profesor responsable respectivo previendo la posibilidad de que al menos en dos oportunidades esté a cargo de la clase.

d) Colaborar en la supervisión de la realización de trabajos escritos, monografías o trabajos prácticos específicos de la materia sin que ello implique en ningún caso, decisiones autónomas sobre la calificación o promoción de los estudiantes.

e) Elaborar y llevar adelante tareas específicas en algún proyecto de investigación y/o extensión radicado en la Facultad sobre la temática de la materia.

f) Participar en las actividades de capacitación interna de la cátedra si las hubiera.

g) Participar en las actividades y/o proyectos de investigación y/o extensión de la cátedra.

En este marco, se elabora un plan formativo que persigue como objetivo consolidar contenidos académicos propios de la asignatura y producir una primera aproximación a la docencia universitaria favoreciendo, y haciendo mayor hincapié, en los aspectos pedagógicos de la experiencia. Es así que durante todo el primer año pone énfasis en un proceso reflexivo sobre las prácticas docentes más que en el volumen de las metas alcanzadas.

Propiciamos dos dimensiones formativas, una académica y otra pedagógica. Ambos aspectos son considerados igualmente importantes para la formación y desarrollo de la actividad docente.

## **Formación Académica**

En el marco de este eje, se trabaja con las ayudantes adscriptas en profundizar en temáticas específicas contempladas en el Programa de la Materia, y que sean de interés prioritario para la cátedra y para las ayudantes adscriptas.

El objetivo apunta a profundizar el conocimiento en un área específica por parte de las ayudantes y contribuir con aportes novedosos a la Cátedra.

Las tareas pueden consistir en: búsqueda de material específico, elaboración de reseñas bibliográficas y participación en la exposición de los temas en las reuniones de Cátedra.

Tal es así que las mismas abordarán una problemática/ temática de su interés pudiendo investigar sobre la misma, participando en diferentes actividades y espacios de intercambio de conocimientos (tales como ciclos de charla debate, encuentros, jornadas, grupo de estudio) que permitan enriquecer el proceso de formación en curso.

Las actividades de formación docente podrán tener lugar en espacios en los que se enfatice tanto la extensión, la investigación y la docencia. Hablamos de énfasis en alguno de estos espacios de formación con la finalidad de no fragmentar el desarrollo integral de esta experiencia de formación, aunque por razones operativas y metodológicas, pensemos en un proceso de inserción de complejidad creciente y secuenciado.

Por otro lado, las adscriptas de primer año podrán realizar un curso disciplinar, ya sea de la Maestría de Trabajo Social o la Especialización en Políticas Públicas, lo cual será optativo dependiendo del interés de cada adscripta.

## **Formación Pedagógica**

En esta instancia proponemos aportar elementos del quehacer pedagógico en la enseñanza de grado, por lo que las Adscriptas se acercarán a la tarea docente, en principio a través de seis observaciones a realizar en las diferentes comisiones de prácticos.

Entendemos la *observación* como estrategia de formación docente que permite facilitar la reflexión sobre las situaciones de enseñanza y aproximarse a las primeras experiencias docentes. Desde el equipo de cátedra se aporta material bibliográfico específico para orientar las prácticas. Es importante señalar que la observación como estrategia de formación se utiliza durante los dos años que dure la adscripción. Las observaciones conllevan registros escritos de las mismas, que son insumo para orientar lecturas específicas que hagan a la formación pedagógica, además de valiosos aportes a las docentes en términos de devolución de la tarea desarrollada.

Para el primer año, y luego de las primeras experiencias de observación y registro, se espera que las adscriptas planifiquen y desarrollen una clase práctica o (una actividad acotada dentro de la misma), correspondiente al Módulo VII del Programa. Esta tarea es co - coordinada con la docente a cargo del práctico.

Para finalizar, las adscriptas participan de un espacio de reflexión de la formación pedagógica y práctica docente, el cual es dictado por el Equipo Pedagógico de la Facultad de Trabajo Social. Las adscriptas intercambian con las docentes de la Cátedra lo aprendido en ese espacio de reflexión.

- **La experiencia desde la perspectiva de las adscriptas Griselda Naum, Valeria Alborno y Verónica Campagna**

En el presente apartado realizaremos algunas reflexiones en torno a la figura de la **adscripción a la docencia**, específicamente en el marco de la cátedra de Medicina Social de la Facultad de Trabajo Social (UNLP). Nuestro interés radica en la posibilidad de compartir las experiencias construidas durante el período de tiempo que ha durado la adscripción (de dos a tres años), identificando los obstáculos y facilitadores que se han presentado en el desarrollo de la misma. (Período 2011- 2013)

Partimos de pensar en algunos interrogantes, tales como ¿Qué es la adscripción a la docencia universitaria? ¿Cuál es el fundamento de la misma en una cátedra determinada? ¿Cuáles son las funciones del adscripto/a? ¿Qué límites y/o aportes encuentra la adscripción para los espacios de formación académica?

Estos interrogantes fueron trabajados al interior del equipo de cátedra, en pos de avanzar en la construcción de un posicionamiento ético y político en torno a la figura del adscripto/a, intentando buscar su especificidad en los procesos de enseñanza – aprendizaje dentro del ámbito académico/universitario de grado.

En principio consideramos necesario señalar que la adscripción se conforma como una figura novedosa en los procesos de formación universitarios, aunque se diferencia de la figura de *ayudante alumno ad-honorem* y *ayudante diplomado*. Es decir, la adscripción no presenta antigüedad docente una vez que se ha concluido este proceso de formación, lo que la diferencia claramente de las ayudantías ad-honorem y de la ayudantía diplomada por la cual se percibe un cargo docente, constituyéndose este último en un espacio de trabajo asalariado dependiente de la universidad. Este primer aspecto es de suma importancia señalarlo, ya que se constituye en uno de los nudos críticos que generan discusiones y disputas al interior de los diversos espacios universitarios desde donde se asumen posturas y posicionamientos disímiles en torno a la figura de la adscripción.

Como adscriptas, hemos concluido la experiencia en el marco de la cátedra de Medicina Social, considerando que si bien lo planteado anteriormente ha estado presente en nuestro procesos de formación, la *adscripción* posibilita transitar por diversos espacios académicos, propiciando el acercamiento, conocimiento y participación. Se constituye como un facilitador de la formación y tránsito por la Universidad, no sólo por los aspectos vinculados a los conocimientos básicos de la docencia, sino por la apertura a la participación en otros espacios propios de la unidad académica. Señalamos que la adscripción no es el único modo de acercarse a estos espacios, tales como la investigación y la extensión universitaria, pero sin duda resulta una posible vía de acceso.

Entendemos la figura de la adscripción como un disparador previo al ejercicio de la docencia, como un dispositivo de formación pedagógica y académica que desde nuestra experiencia se ha construido de manera colectiva al interior de la cátedra de la cual formamos parte. Con esto queremos dar cuenta de la apertura que ha tenido el cuerpo

docente de la cátedra de Medicina Social para la incorporación de adscriptos/as, como así también el acompañamiento, supervisión y posibilidad de diálogo que ha brindado en las diversas actividades que han caracterizado nuestros procesos de formación a la adscripción universitaria.

Por ello entendemos que Medicina Social presenta una particularidad como espacio académico, en tanto se encuentra direccionada por el cuerpo docente hacia una lógica de construcción dialéctica de participación de todos sus integrantes, pero con la clara diferenciación de las responsabilidades que cada cual debe asumir en su función docente. A su interior, se propicia la participación en reuniones de equipo con la intención de unificar criterios en la elaboración de parciales, sugerir bibliografía a utilizar, realizar evaluaciones de diversas actividades, organización de diversos eventos académicos (tales como paneles de debate, jornadas), supervisión, entre otros.

Siguiendo con la adscripción, coincidimos en que dentro de la cátedra la figura del adscripto/a a la docencia universitaria se constituye como un gran nexo, un punto de conexión, que permite la construcción de vínculos cercanos entre el estudiantado del quinto nivel de la carrera Licenciatura en Trabajo Social y el cuerpo docente, logrando un diálogo e intercambio entre estudiantes y docentes que enriquece los procesos pedagógicos de enseñanza y aprendizaje resultando enriquecedor para los mismos la vinculación más directa entre el claustro estudiantil y el claustro docente.

Finalmente los aportes, sugerencias e ideas que consideramos fundamentales en los procesos de enseñanza - aprendizaje en la salud colectiva, son las experiencias vivenciadas en los diferentes espacios de la cátedra, en donde se ejercita de manera creciente – de acuerdo al año de adscripción que transitamos- la observación de una clase práctica, la escucha, el diseño y planificación y dictado de una clase práctica, la asistencia a teóricos, acompañamiento de una comisión práctica, la posibilidad de organizar jornadas, sugerencia de bibliografía nueva que amerite la formación como adscriptas de interés para la cátedra. También la apuesta a participar de actividades vinculadas a la investigación y extensión, lo que consideramos necesario para nuestra formación, en tanto docencia, investigación y extensión se constituyen en los tres pilares de la Universidad, apostando a su articulación.

Estas prácticas de enseñanza- aprendizaje nos han permitido acercar al ejercicio de la docencia de manera pausada, con tiempos propios de ambientación y despliegue de diversas actividades, aprehendiendo y brindándonos estrategias y herramientas pedagógicas que han marcado favorablemente nuestros procesos de formación a la docencia universitaria.

#### *Para finalizar*

Para concluir este apartado queremos expresar que estas experiencias sintetizadas y compartidas bajo este formato de libro electrónico es fruto de un proceso de trabajo de algunos años. Este proceso ha tenido marchas y contramarchas, con momentos de concreciones. Como experiencia, ha tenido la dinámica que las protagonistas le hemos podido imprimir en el

quehacer cotidiano. Permitirnos reescribir lo planeado mientras caminamos, darle lugar a lo no previsto y referenciarlos con las coordenadas pedagógicas y conceptuales que orientan el horizonte de nuestra tarea docente, creemos, que es uno de los mejores logros.

Anijovich, Rebeca, Cappelletti Graciela, Mora Silvia & Sabelli María José (2009) *Transitar la formación pedagógica. Dispositivos y estrategias*. Ciudad de Buenos Aires. Paidós

# Las Autoras

## **Gladys Susan López**

Licenciada y Profesora en Sociología (FSOC-UBA). Especialista en Ciencias Sociales en Salud y en Ciencias Políticas. Doctoranda en Ciencias Sociales FSOC-UBA. Profesora titular de Medicina Social/Salud Colectiva de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Docente de varios cursos de posgrado para profesionales de la salud y autora de varios trabajos publicados y presentados en congresos, jornadas y encuentros sobre diferentes temáticas de políticas de salud.

Investigadora categorizada en la misma casa de estudio y extensionista de varios proyectos acreditados y financiados por la UNLP en las funciones de coordinadora, co-directora y directora.

## **Virginia Michelli**

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP). Doctoranda en Ciencias Sociales (FHCE, UNLP). Profesora Adjunta interina de Medicina Social/Salud Colectiva de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Docente Universitaria Autorizada.

Directora y codirectora de varios Proyectos de Extensión acreditados y subsidiados por la UNLP. Investigadora en la misma casa de estudio y extensionista de varios proyectos acreditados y financiados por la UNLP en las funciones de coordinadora, co-directora y directora.

## **Carina J. Scharagrodsky**

Licenciada y Profesora en Psicología (FHCE, UNLP). Doctoranda en Ciencias Sociales (FHCE, UNLP). Magister en Ciencias Sociales con Orientación en Salud (CEDES/FLACSO, 2003). Especialista en Psicología Sanitaria-Auditoria de Servicios de Salud. Consejo Superior Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (2003). Recertificación (2012).

Jefe de Trabajos Prácticos rentado interino de la cátedra de Medicina Social. (FTS, UNLP). Ayudante Diplomado rentado Ordinario de la cátedra Psicología General. (FHCE, UNLP). Docente en UVQ desde 2003 a 2007. Investigadora en Proyectos de Psicología Educativa en la Facultad de Psicología desde el 2000 a la actualidad y participante de proyectos de extensión en Salud (FTS, UNLP).

## **María Cecilia Nogueira**

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP). Auxiliar docente desde el año 2003. Maestranda en Trabajo Social (UNLP). Es evaluadora de Proyectos del Fondo para la Juventud, y se

desempeña como investigadora en programas de investigación acreditados UNLP desde el 2005 y continúa.

Docente categorizada. Dictó el seminario de grado Trabajo y empleo, el análisis de las políticas y programas orientados a grupos vulnerables. Autora de varios artículos presentados en congresos argentinos y del exterior. Se ha desempeñado como coordinadora de proyectos PNUD y UNICEF.

### **Laura E. Otero Zúcaro**

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP); Docente, extensionista e investigadora de la misma unidad académica. Ayudante Diplomada (desde 2006) de la cátedra de Medicina Social/Salud Colectiva. Ejerce la profesión en forma ininterrumpida, desde el año 2006, en el sector jurídico. Se desempeña como referente Institucional de Prácticas de Formación Profesional de estudiantes del V nivel.

Alumna avanzada de las Carreras de Especialización en Políticas Sociales (FTS-UNLP) y de la Especialización en Docencia Universitaria (UNLP). Alumna de la Maestría en Trabajo Social. Integrante de proyectos de extensión asociados al sector salud, e integrante de dos áreas de investigación del Centro de Estudios de Trabajo Social y Sociedad (FTS-UNLP). Integrante del Proyecto Promocional de Investigación y Desarrollo "identidades colectivas: la relación nosotros- otros en los procesos de intervención", asentado en el mismo centro de estudios.

### **Jimera S. Lafit**

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP). Docente auxiliar desde 2014 en la cátedra Medicina Social/ Salud Colectiva de la FTS. UNLP. Participación como adscripta a la misma cátedra entre los años 2010-2012. Docente de los seminarios sobre "Salud Mental" y "Violencia contra la mujer y salud". Participación en varios proyectos de extensión de la FTS-UNLP. Realización de la Residencia para profesionales del Salud. Ministerio de Salud Pcia. Bs.As. Sede Hospital Dr. Alejandro Korn. Integrante del Área de Trabajo Social y Salud. FTS. Integrante del Grupo de Estudios Salud Mental y Políticas Públicas dependiente del centro de estudios Trabajo Social y Sociedad. FTS-UNLP.

### **Verónica G. Campagna.**

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP), docente, investigadora y extensionista de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata. Participó como autora y expositora en diversos congresos, jornadas y encuentros académicos. Participa en el Centro de Estudios de Trabajo Social y Sociedad de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Forma parte del equipo de investigación dirigido por la Dra. Margarita Rozas Pagaza. Fue becaria por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), realizando una investigación de corte cualitativo. Actualmente se encuentra desarrollando tareas de investigación en el marco de la Beca Tipo A



- UNLP, específicamente en los campos de las infancias y la salud en relación a la intervención profesional del Trabajo Social.

### **Griselda Naum**

Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP). Adscripta a la cátedra de Medicina Social entre 2012-2014. Docente en diferentes cursos de ingreso de la FTS. Personal No-docente y Técnica Profesional de la Dirección de Salud de la UNLP de Presidencia de la ciudad de La Plata y en Políticas Universitarias de Bienestar en la Dirección de Asuntos Estudiantiles perteneciente a la Secretaria de Gestión de la FTS-UNLP. Participante y Organizadora de diversos congresos, Jornadas y encuentros tanto de Investigación como de Extensión. Participó como co-autora en Participó como co-autora en publicaciones específicas.

Gladys Susan López  
Virginia Michelli

Problematizando la salud : aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la medicina social-salud colectiva / Gladys Susan López ... [et al.] ; coordinación general de Gladys Susan López ; Virginia Michelli. - 1a ed . - La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2016.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-950-34-1427-9

1. Medicina Social. 2. Servicios de Salud Comunitaria . I. López, Gladys Susan II. López, Gladys Susan, coord. III. Michelli, Virginia, coord.  
CDD 362.1

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata  
47 N.º 380 / La Plata B1900AJP / Buenos Aires, Argentina  
+54 221 427 3992 / 427 4898  
edulp.editorial@gmail.com  
www.editorial.unlp.edu.ar

Eduulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2016  
ISBN 978-950-34-1427-9  
© 2016 - Eduulp

FACULTAD DE  
TRABAJO SOCIAL

**S**  
sociales



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA