

MARTÍN SILBERMAN
IANINA LOIS



LA SALUD COMUNITARIA EN DEBATE

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

**LA SALUD
COMUNITARIA
EN DEBATE**

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

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

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



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

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

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

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

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



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

Universidad Nacional Arturo Jauretche

**LA SALUD
COMUNITARIA
EN DEBATE**

Compiladores:

Martín Silberman e Ianina Lois

Autoras y autores:

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

Índice

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

Capítulo 4

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

Capítulo 5

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

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

Anahí Sy

Resumen

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

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

Desarrollo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusión

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

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

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

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

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

Bibliografía

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

- (2009). *Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.