

Manual didáctico para el aprendizaje en territorio

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA

Julio Braida
David Pereyra
Fabián Cabrera



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Julio Braidá • David Pereyra
Fabián Cabrera

Manual didáctico
para el aprendizaje en territorio
en Facultad de Medicina

Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

Facultad de Medicina

Universidad de la República

2017-2018



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Braida, Julio

Manual didáctico para el aprendizaje en territorio en Facultad de Medicina / Julio Braida, David Pereyra, Fabián Cabrera. -- Montevideo: Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza, 2020.

138 p. -- (Manuales didácticos / Comisión Sectorial de Enseñanza)

ISBN: 978-9974-0-1764-1

1. EDUCACION MÉDICA. 2. MEDICINA COMUNITARIA. I. Pereyra, David. II. Cabrera, Fabián.

CDD: 613

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República.



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0, Blixen, Samuel; Franco, Facundo; Núñez, Betania; Uval, Natalia [2018]. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Comunicación y Publicaciones, cse, Udelar
José Enrique Rodó 1854. Montevideo CP 11200
Tels.: (+598) 2408 0912, (+598) 2408 2906
Telefax: (+598) 2409 77 20
www.cse.udelar.edu.uy
comunicacion@cse.udelar.edu.uy

Coordinación editorial: Beatriz Diconca
Corrección de estilo: María Lila Ltaif
Diseño de tapa: Gabriela Pérez Caviglia
Diagramación: Levy Apolinar

Índice

Agradecimientos.....	9
----------------------	---

Prólogo.....	11
--------------	----

CAPÍTULO 1.

Extensión Universitaria: sus dimensiones social, dialógica y pedagógica.....	13
1.1. Objetivos didácticos.....	14
1.2. Importancia del tema.....	14
1.3. Mirada histórica y social de la extensión universitaria.....	14
1.4. Conceptos de extensión universitaria y actividades en el medio.....	16
1.4.1. Dimensión pedagógica.....	17
1.4.2. Dimensión dialógica.....	18
1.4.3. Dimensiones de la integralidad.....	19
1.5. Ejercicios.....	20
1.6. Lectura recomendada.....	20
Referencias bibliográficas.....	20

CAPÍTULO 2.

Territorio, comunidad y participación comunitaria: conceptos iniciales.....	23
2.1. Objetivos didácticos.....	23
2.2. Importancia del tema.....	24
2.3. Nociones básicas sobre sociedad, familia, comunidad, territorio y campo.....	25
2.3.1. Sociedad.....	25
2.3.2. Familia.....	25
2.3.3. Cultura.....	26
2.3.4. Comunidad.....	27
2.3.5. Territorio.....	29
2.3.6. Campo.....	30
2.4. Participación social.....	31
2.4.1. Efectos de la participación social y comunitaria.....	33
2.4.2. Redes sociocomunitarias en salud.....	33
2.4.3. Agentes comunitarios de salud.....	34
2.5. Consideraciones finales.....	35
2.6. Ejercicios.....	36
2.7. Recursos audiovisuales.....	36
Referencias bibliográficas.....	36

CAPÍTULO 3.

Perspectiva ética y cultural de las prácticas extensionistas

y de intervención comunitaria en el territorio.....	39
3.1. Objetivos didácticos.....	39
3.2. Importancia del tema.....	40
3.3. Nociones básicas sobre alteridad, prejuicios, estereotipos, resiliencia.....	41
3.3.1. Alteridad.....	41
3.3.2. Prejuicios, estereotipos.....	41
3.3.3. Tolerancia y discriminación.....	42
3.3.4. Resiliencia.....	43
3.4. Ética en la intervención comunitaria.....	44
3.4.1. Falsa neutralidad.....	45
3.4.2. Choque ético-cultural.....	45
3.4.3. Intelectual orgánico.....	46
3.5. Intervención profesional es también una intervención ético-cultural.....	46
3.6. Consideraciones finales.....	47
3.7. Ejercicios.....	48
Referencias bibliográficas.....	50

CAPÍTULO 4.

El proceso salud-enfermedad-atención y su determinación desde el territorio.....

4.1. Objetivos didácticos.....	53
4.2. Importancia del tema.....	54
4.3. Mirada histórica de las conceptualizaciones sobre salud y enfermedad.....	54
4.4. Salud como derecho humano.....	58
4.5. Dimensiones de la salud.....	59
4.6. Determinantes de la salud.....	59
4.6.1. Determinantes sociales en salud.....	59
4.7. Ejercicios.....	60
4.8. Lecturas recomendadas.....	61
Referencias bibliográficas.....	61

CAPÍTULO 5.

Atención primaria de salud. Reseña del sistema de salud en Uruguay.

Rol del primer nivel de atención.....	63
5.1. Objetivos didácticos.....	63
5.2. Importancia del tema.....	64
5.3. Atención primaria de salud.....	64
5.4. Sistema de salud en Uruguay.....	67
5.5. Cambio del plan y perfil del egresado.....	67

5.6.	Ejercicio.....	68
	Referencias bibliográficas.....	68
CAPÍTULO 6.		
	Planificación local de salud. Bases de la epidemiología comunitaria.....	69
6.1.	Objetivos didácticos.....	69
6.2.	Importancia del tema.....	70
6.3.	Planificación local en salud: definición y pasos.....	70
6.4.	Ejercicios.....	76
	Referencias bibliográficas.....	76
CAPÍTULO 7.		
	Aproximaciones a la promoción de la salud.....	77
7.1.	Objetivos didácticos.....	77
7.2.	Importancia del tema.....	78
7.3.	Aproximación histórica.....	79
7.4.	Complejidades; la salud como proceso social, histórico y determinado.....	81
7.5.	Carta de Ottawa y las posteriores conferencias internacionales.....	83
7.6.	Promoción de la salud en la práctica.....	85
7.7.	Promoción de la salud emancipatoria.....	88
7.8.	Ejercicios.....	88
7.9.	Lecturas recomendadas y ejercicios.....	89
	Referencias bibliográficas.....	89
CAPÍTULO 8.		
	Prevención cuaternaria.....	91
8.1.	Objetivos didácticos.....	91
8.2.	Importancia del tema.....	92
8.3.	Aproximación histórica.....	93
8.4.	Nociones sobre P4.....	94
8.5.	Prevención cuaternaria en la práctica.....	95
8.6.	Ejercicios.....	97
	Referencias bibliográficas.....	97
CAPÍTULO 9.		
	Educación popular y educación para la salud: metodologías de intervención en y con la comunidad.....	99
9.1.	Objetivos didácticos.....	99
9.2.	Importancia del tema.....	100
9.3.	Breve recorrido histórico de la educación popular en América Latina.....	100

9.4.	Educación bancaria y educación popular.....	101
9.5.	Educación para la salud (EPS).....	101
9.6.	Técnicas participativas: herramientas de la educación popular que aportan a la educación para la salud.....	102
9.6.1.	Construyendo nuestra caja de herramientas.....	103
9.7.	Grupo, proceso grupal, equipo de trabajo.....	103
9.8.	Consideraciones finales.....	106
9.9.	Ejercicios.....	106
	Referencias bibliográficas.....	106

CAPÍTULO 10.

	Ética de la intervención con la comunidad.....	109
10.1.	Objetivos didácticos.....	109
10.2.	Importancia del tema.....	110
10.3.	Ética de la intervención con la comunidad.....	110
10.3.1	Preguntas para la reflexión ética de las intervenciones.....	113
10.3.2.	Marcos éticos.....	113
10.3.3.	Análisis de la implicancia.....	113
10.4.	Consideraciones finales.....	114
10.5.	Ejercicios.....	115
	Referencias bibliográficas.....	116

CAPÍTULO 11.

	Intervención comunitaria.....	117
11.1.	Objetivos didácticos.....	117
11.2.	Importancia del tema.....	118
11.3.	Nociones básicas sobre comunidad, intervención e intervención comunitaria.....	118
11.3.1.	Comunidad.....	118
11.3.2.	Intervención, intervención social.....	120
11.3.3.	Intervención comunitaria.....	121
11.4.	Intervención comunitaria con estudiantes de grado.....	124
11.5.	Modelos sistematizados para llevar adelante una intervención comunitaria.....	129
11.6.	Ejercicios.....	132
11.7.	Lectura recomendada y ejercicios.....	132
	Referencias bibliográficas.....	132
	Equipo de trabajo.....	135

Agradecimientos

El presente manual surge de la experiencia y motivación de algunos docentes de Aprendizaje en Territorio. Muchos de ellos transitaron la experiencia del aprendizaje en territorio como estudiantes de la Facultad de Medicina. Otros, provenientes de diversas disciplinas, han nutrido de diversidad y complejidad epistemológica la unidad curricular. Este acervo acumulado de más de diez años de construcción ha propiciado la apropiación e identidad de la unidad curricular, así como de sus docentes, quienes han conformado un colectivo con conocimientos propios y específicos dentro del gran colectivo docente de la Facultad de Medicina.

A todos nuestros compañeros docentes en acción tutorial de Aprendizaje en Territorio va dirigido nuestro reconocimiento y agradecimiento, ya que sin ellos, sin sus aportes e intercambio continuo, Aprendizaje en Territorio no sería lo que se construye día a día. Asimismo, vaya nuestro reconocimiento a las compañeras de la Coordinación de Aprendizaje en Territorio, profesora agregada obstetra partera Laura Valli y asistente doctora Beatriz López, por su constante, comprometido y responsable trabajo en la unidad curricular.

No menos importante han sido la confianza y el apoyo de la dirección del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, representado por su profesor, doctor Julio Vignolo, así como de otros docentes y profesionales que han apoyado nuestra tarea, revisando los capítulos en forma totalmente honoraria:

Profesora adjunta doctora Marianella Barcia (Unidad Académica de Bioética, Udelar)

Exprofesora adjunta doctora Marcela Cuadrado (Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Udelar)

Exprofesora adjunta doctora Anahí Barrios (Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Udelar)

Profesora adjunta doctora Silvia Texeira (Departamento de Educación Médica, Udelar)

Doctora Virginia Cardozo (médica, especialista en medicina familiar y comunitaria)

Finalmente, reconocemos el aval de la Comisión de Carrera de la Facultad de Medicina y de Decanato para con nuestro proyecto, así como a la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República por posibilitar su concreción por medio del llamado a manuales didácticos edición 2017.

Prólogo

En el año 2007, la Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina, y posteriormente el Consejo Directivo Central (CDC) en 2008, aprueba un nuevo Plan de Estudios (NPE) para la carrera de Doctor en Medicina, que comenzó su ejecución en el año 2009. Este proceso acompaña la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cuyo modelo de atención se basa en la estrategia de atención primaria de salud (APS). A su vez, el plan de estudios de la carrera de Obstetra Partera contempla la formación en el ámbito comunitario.

En el año 2009, el CDC aprueba la resolución sobre renovación de la enseñanza y curricularización de la extensión.

En el año 2010, comienzan su actividad las unidades docentes asistenciales (UDA).

Entre ellas, las de primer nivel de atención (PNA), producto del convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública (MSP) para la formación de los recursos humanos para la salud. En este marco, las UDA del PNA aportan a la materialización e integración de estos cambios en territorio; en la actualidad, ellas son los dispositivos territoriales a partir de los cuales se despliegan prácticas integrales (extensión, investigación, enseñanza y asistencia) en consonancia con los aspectos que se desprenden de la segunda reforma universitaria (2006-2014). Las UDA del PNA con estudiantes del curso UC Aprendizaje en Territorio se distribuyen en los departamentos de Montevideo, Canelones, San José, Florida y Maldonado.

En el marco de estas reformas, en el 2009 comenzó en el primer año de la carrera de Doctor en Medicina del NPE el curso de Trabajo de Campo durante todo el año, con el propósito de facilitar la inserción del estudiante en la comunidad, articulando con planificación local del servicio de salud, para la adquisición de habilidades en el desarrollo del trabajo territorial en el abordaje de problemas de salud. Esta inserción era el inicio de un proceso que tendría continuidad en los años siguientes en el territorio.

En el segundo semestre del año 2013, se incorporan al curso, junto con los estudiantes de medicina, estudiantes de la carrera de Obstetra Partera.

En el año 2016, el curso de Trabajo de Campo de primer año, acompañando la propuesta de la Ordenanza de estudios de grado y otros programas de formación terciaria, se transforma en las unidades curriculares Aprendizaje en Territorio I y II (UC AT). En el 2018, la matrícula anual entre las dos carreras fue de 2.600 estudiantes de ingreso y en aumento.

Los objetivos de estas dos UC son los siguientes. En la primera, facilitar que los estudiantes adquieran destrezas para el reconocimiento de problemas y necesidades en salud de la comunidad/barrio/institución, como también fortalezas y recursos sociocomunitarios, dentro de un contexto territorial, desde la complejidad y en un marco ético-cultural. En la segunda UC AT, y continuando el proceso iniciado, se plantea promover que los estudiantes desarrollen una intervención comunitaria basada en una problemática previamente identificada, con enfoque en promoción de salud y desde una perspectiva dialógica, ética y cultural.

Ambas UC AT comparten el objetivo de promover en el estudiante la adquisición de las habilidades comunicacionales necesarias para el desarrollo de buenas prácticas profesionales. Estas UC (Aprendizaje en Territorio I y II) constituyen el primer curso de aproximación y articulación práctica y teoría aplicada en territorio para los estudiantes de medicina y obstetricia, motivo por el cual se nutren de un cúmulo importante de material bibliográfico que en la actualidad se encuentra ampliamente distribuido en libros físicos, electrónicos y otras publicaciones como artículos científicos.

Los contenidos abordados en los componentes se organizan en las siguientes unidades didácticas: 1) Extensión universitaria: sus dimensiones social, dialógica y pedagógica; 2) Territorio, comunidad y participación comunitaria: conceptos iniciales; 3) Perspectiva ética y cultural de las prácticas extensionistas y de intervención; 4) Proceso salud-enfermedad-atención y su determinación desde el territorio; 5) Atención primaria de salud. Reseña del sistema de salud en el Uruguay. Rol del primer nivel de atención; 6) Planificación local de salud. Bases de la epidemiología comunitaria; 7) Promoción de la salud y su articulación con APS. Prevención de enfermedad. Prevención cuaternaria; 8) Educación para la salud y educación popular. Metodologías de intervención en comunidad; 9) Ética de la intervención comunitaria; 10) Intervención comunitaria, estrategias de intervención.

El desarrollo del curso se basa en la tutoría de los estudiantes a cargo de docentes universitarios, tanto para la búsqueda del material bibliográfico como para el proceso de enseñanza-aprendizaje, que se desarrolla en tres escenarios educativos: aula, entorno virtual y territorio. La centralización de contenidos en un manual didáctico apoya la comprensión de los temas y facilita su abordaje; es una herramienta de apoyo con recursos prácticos (ejercicios, preguntas disparadoras de la reflexión, etc.).

Se aspira a que los contenidos de las unidades curriculares sean aplicados a lo largo de la formación y en un futuro como profesionales del área de la salud.

Dentro de la propuesta metodológico-pedagógica se apuesta a orientar los procesos de aprendizaje, de forma dialógica, de modo que sean los estudiantes los principales protagonistas. Para ello se propende al aprendizaje colaborativo mediante la educación centrada en la comunidad, generando espacios para intercambios y coconstrucción de conocimientos.

La fortaleza de contar con equipos docentes multidisciplinarios permite el intercambio de conocimientos y saberes, que no solo enriquece la práctica docente, sino que alienta a la formación continua.

Prof. Adj. Dr. Julio Braidá
Asist. Dr. David Pereyra
Asist. Lic. Psic. Fabián Cabrera

Extensión universitaria: sus dimensiones social, dialógica y pedagógica

Obst. Part. Andrea Akar

Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

Eduardo GALEANO¹



¹ Escritor y periodista uruguayo, considerado uno de los más destacados artistas de la literatura latinoamericana. Sus trabajos trascienden géneros ortodoxos, combinando documental, ficción, periodismo, análisis político e historia.

1.1. Objetivos didácticos

En este capítulo se abordará la extensión universitaria desde una mirada integral, tratando de acercar su complejidad y sus dimensiones social, dialógica y pedagógica en el marco de la Universidad de la República (Udelar).²

- Brindar nociones sobre la historia de la Udelar y la extensión universitaria.
- Conocer sobre los conceptos extensión universitaria y relaciones con el medio.
- Reflexionar acerca de las prácticas extensionistas.
- Problematicar el término *extensión* a partir de un análisis semántico (*extensión vs. comunicación*).
- Propiciar el concepto de integralidad.
- Reconocer la importancia de la interdisciplina.
- Promover la responsabilidad social.

1.2. Importancia del tema

La Udelar tiene tres pilares o fines fundamentales: **enseñanza, investigación y extensión** (1).

Cuando se piensa en la importancia de la extensión universitaria se debe saber que esta radica en la forma de ver la realidad, el entorno, las personas y en la crítica reflexiva que los universitarios realizan tanto durante su formación universitaria como en su práctica profesional.

La extensión universitaria es una herramienta de formación, que se construye mediante la experiencia y la reflexión crítica a partir de ella. Trasciende desde su dimensión pedagógica en la metodología de enseñanza hacia una dimensión política orientadora de la política universitaria, al igual que el resto de los pilares (investigación y enseñanza). En ella, la forma de vincularse tiene como esencia la actitud interdisciplinaria en la comprensión de la realidad en la que docentes, estudiantes y comunidad se encuentran implicados.

1.3. Mirada histórica y social de la extensión universitaria

Para comprender la extensión universitaria es imprescindible remontarse a la Reforma de Córdoba en 1918³ (2), cuando la autonomía y el cogobierno fueron los pilares que sirvieron de inspiración a múltiples universidades latinoamericanas y del mundo para cuestionar el modelo de universidad tradicional del momento. En el Manifiesto de Córdoba se plantea: «Extender la Universidad es poner la Universidad al servicio del pueblo en un permanente intercambio de saberes» (2 p 6).

Para Carlevaro⁴ (3), la concepción latinoamericana de universidad implica su democratización, se debe tener una comprensión de la realidad en la que está inserta, no puede ser separada de la vocación de servir a la sociedad ni convertirse en una elite

2 Fundada en 1849. Es la principal institución de educación superior y de investigación del Uruguay. En colaboración con una amplia gama de actores institucionales y sociales, realiza múltiples actividades orientadas al uso socialmente valioso del conocimiento y a la difusión de la cultura. Es una institución pública, autónoma y cogobernada por sus docentes, estudiantes y egresados.

3 Movimiento estudiantil de Córdoba en 1918. La Reforma de Córdoba sirvió de proyección latinoamericana para democratizar la universidad y otorgarle un carácter científico.

4 Doctor *Honoris causa* de la Universidad de la República. Exdecano de la Facultad de Medicina (Udelar) y fundador del Programa APEX-Cerro.

intelectual aislada. Bralich⁵ plantea que en la extensión universitaria en Uruguay se distinguen varias etapas:

1. Una primera etapa (1956-1974) en la que se comienzan a gestar las misiones sociopedagógicas. De esta forma, se avanzó en el involucramiento de los sectores sociales en la solución de los problemas. Se desarrolla el trabajo en terreno como praxis universitaria. En el mismo año, el Consejo Directivo Central (cdc)⁶ aprueba la creación del Departamento de Extensión Universitaria y Acción Social.
2. En 1958, se aprueba la Ley Orgánica⁷ de la Udelar, la cual proclama una universidad volcada al medio («Le incumbe asimismo, a través de todos sus órganos, en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno») y preocupada por dar respuesta a las necesidades de la gente.
3. La tercera etapa que plantea Bralich, que va de 1973 a 1985, se inicia con la intervención de la Universidad por la dictadura cívico-militar. Aquí hubo un retroceso general de todo lo construido hasta el momento con relación a la extensión universitaria, se destruye el material existente y se suspenden las actividades de extensión.
4. En la cuarta etapa (1985-1995), con la restauración democrática, la Udelar vuelve a regirse por la Ley Orgánica y el cogobierno de los tres órdenes. Se habilita la función de extensión. En 1994 se crea la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM). A partir de allí se realiza un valioso aporte al desarrollo político-programático de la extensión universitaria, con el objetivo de promover el desarrollo y la sistematización conceptual, técnica y práctica de la función extensión en la Universidad.

Ya entrada la década de los 90 comienzan a visualizarse mayor cantidad de cambios en materia de extensión. En 1993 se crea el Programa APEX,⁸ en el que se generan acciones educativas de docencia-aprendizaje, especialmente asociadas con la prestación de servicios de salud a la comunidad, lo que da lugar a una nueva forma de extensión universitaria. También la CSEAM incursiona con proyectos: concursables, de iniciación y de profundización, de difusión de resultados y descentralizados.

5 Docente y escritor uruguayo. Es una autoridad reconocida en la historia de la educación de Uruguay.

6 Denominado Consejo Directivo Central (cdc) por la Ley Orgánica de 1958, fue consagrado por la Constitución como órgano «rector» de la Universidad. El cdc está integrado por el rector, un delegado designado por cada consejo de facultad e instituto o servicio asimilado a facultad, y nueve miembros designados por la Asamblea General del Claustro, que representan a los órdenes de graduados, docentes y estudiantes.

7 Ley 12.549. En 1958, fruto de la movilización de estudiantes y trabajadores, el Parlamento aprueba su Ley Orgánica, en la que se consagra el gobierno tripartito. Esto es, que las decisiones concernientes a la institución son tomadas por sus órdenes: estudiantes, docentes y egresados.

8 Significa *aprendizaje y extensión*. Programa interdisciplinario integral de proyección social y comunitaria de la Udelar, que procura la concurrencia conjunta, integrada y coordinada de los servicios universitarios al espacio comunitario, asociando indisolublemente la enseñanza, asistencia, investigación y extensión.

5. En 2009, el CDC aprueba el documento *Para la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión y las actividades en el medio* (4), en el cual se plasman las ideas principales de la política extensionista de la Udelar en el período 2006-2014. Otro cambio es la creación y consolidación de unidades de extensión en todos los servicios y sedes universitarios (Red de Extensión), impulsadas en el marco de la Reforma Universitaria.

En el marco de este proceso denominado Segunda Reforma Universitaria, se crea el Programa Integral Metropolitano (PIM) a partir de una propuesta de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU)⁹ en el año 2008. El PIM se propone desarrollar actividades y proyectos que integren y complementen los procesos de extensión universitaria con la formación de estudiantes y con procesos de investigación y creación de conocimiento (5).

6. En el año 2015 asume como rector el ingeniero Roberto Markarian. En este período se producen cambios de orientación en las políticas de extensión. El actual prorector de Extensión y Relaciones con el Medio, profesor doctor Mario Barité, plantea que en este momento, desde la reestructura de la CSEAM y con la creación de una Unidad Académica:

quizás convenga poner el énfasis en la necesidad de trabajar desde las disciplinas y entre las disciplinas, para que la extensión se vuelva a formular desde las bases, y para que la estructura central pueda servir, según las circunstancias, como orientadora, impulsora, coconstructora o catalizadora de experiencias de extensión y actividades en el medio. (6 p 4)

1.4. Conceptos de extensión universitaria y actividades en el medio

Se puede decir que la extensión universitaria es un procedimiento didáctico que permite que el estudiante universitario se enfrente a la realidad y esta lo invada, dando espacio a la reflexión y a la problematización de la práctica, para dejarlo parado en un lugar desconocido y de vulnerabilidad donde el conocimiento académico no logra responder todas las complejidades que se abordan.

La aproximación a prácticas extensionistas nos acerca y nos compromete con la realidad, ya que esta no se aprende en una clase magistral anclados en el confort del aula.

Arocena et al.¹⁰ (1 p 12) definen en el libro *Integralidad: tensiones y perspectivas* a la extensión universitaria como:

...el conjunto de actividades de colaboración entre actores universitarios y no universitarios, en formas tales que todos los actores involucrados aportan sus respectivos saberes y aprenden en un proceso interactivo orientado a la expansión de la cultura y a la utilización socialmente valiosa del conocimiento con prioridad a los sectores más postergados. Desde todas las disciplinas y tradiciones académicas se puede contribuir a impulsar formas de la extensión con tales características, y estrechamente vinculadas tanto con la enseñanza activa como con la auténtica creación de conocimientos.

9 La FEUU es una organización de estudiantes de la Udelar. Fue fundada el 26 de abril en el marco del movimiento de la Reforma Universitaria latinoamericana.

10 Rector de la Udelar en dos períodos. Licenciado y doctor en Matemática y doctor en Estudios del Desarrollo, los tres títulos otorgados por la Universidad Central de Venezuela.

El CDC (4) entiende la extensión universitaria como un «proceso educativo transformador donde no hay roles estereotipados de educador y educando, donde todos pueden aprender y enseñar». También señala a la extensión como productora de nuevo conocimiento, ya que «vincula críticamente el saber académico con el saber popular» (4 p 3).

Por ende, es la interacción comunidad-universidad y esta debe ser bidireccional y promocionar el intercambio de conocimiento sin límites.

En tal sentido, las principales características de las prácticas de extensión universitaria son:

- bidireccionalidad
- componente participativo
- relación dialógica
- empoderamiento
- interdisciplina
- protagonismo de los actores sociales en diferentes fases del proceso

1.4.1. Dimensión pedagógica

Para llegar a comprender el concepto de extensión es necesario analizarlo también en su dimensión pedagógica. Se comienza afirmando la idea de que la extensión universitaria es una metodología de enseñanza dentro de la Udelar, dado que el CDC (4 p 3) manifiesta y recomienda que «la extensión y la investigación deberían ser parte de la metodología de enseñanza universitaria, lo que haría que el proceso formativo fuese integral, con un contacto directo con la realidad social, por lo tanto, humanizadora». Esto significa que esta dimensión pedagógica constituye una metodología de procesos de enseñanza-aprendizaje, dado que es una función que permite guiar entre líneas de investigación y de enseñanza promoviendo un compromiso universitario con la sociedad.

Punto esencial del área pedagógica es la relación docente-estudiante en la que existe un relacionamiento horizontal, que prioriza la transmisión de conocimiento entre el binomio docente-estudiante, sin dar lugar a relaciones de poder ni reproducir al docente como poseedor de la verdad.

En esta línea, la FEUU (7 p 3) también problematiza la dimensión pedagógica viéndola como

Una verdadera integración de los procesos de enseñanza-aprendizaje a experiencias de extensión universitaria implica también la superación de las relaciones autoritarias presentes en las aulas universitarias, donde el conocimiento se transmite de un docente dueño del saber a un estudiante en papel de pasivo receptor.

Es relevante mencionar que en las prácticas extensionistas se «va generando en el estudiante, imperceptiblemente, no solo aprendizaje necesario y observable sino la incorporación de pautas de comportamiento ético, de experiencias humanas intransferibles y, además, una incorporación de valores morales para toda la vida» (8 p 46).

A esto se agrega la bidireccionalidad de conocimiento entre los roles docente y estudiante, lo que significa un «permanente intercambio y construcción conjunta del

conocimiento, en un contexto crítico donde el rol del que aprende y el que enseña se descentra del estudiante y el docente respectivamente, para pasar a jugarse dinámicamente en el proceso educativo» (7 p 3).

También el CDC reafirma esta concepción y agrega: «en procesos de extensión donde participen docentes y estudiantes, el rol docente debe tener un carácter de ORIENTACIÓN PERMANENTE» (4 p 3).

Si bien el docente debe articular conocimiento, práctica y experiencia, este debe servir como orientador y ser partícipe de la construcción de saberes entre los estudiantes y la comunidad. Paulo Freire¹¹ señala este concepto: «Nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión y el mundo es el mediador» (9 p 56), a lo que se agrega que «todos pueden aprender y enseñar», por lo que es necesario «aprender haciendo» (9 p 56).

Si se piensa que solo el saber académico o la universidad pueden resolver los problemas de las comunidades, se está equivocado, se deben abordar las problemáticas en conjunto con la comunidad desde todas sus perspectivas.

¿Cómo se lleva a cabo la extensión?

- Con participación e involucramiento de los actores sociales y universitarios en las etapas de planificación, ejecución y evaluación.
- De manera de generar procesos de comunicación dialógica.
- A partir de abordajes interdisciplinarios.
- Considerando los tiempos de los actores sociales involucrados.

1.4.2. Dimensión dialógica

Para comprender esta área es imprescindible basarse en el libro *La concientización en el medio rural* (10), del pedagogo Paulo Freire, en el que se analiza el problema de la comunicación entre el técnico y el campesino, en el marco del proceso de consolidación de esa nueva sociedad agraria que a mediados del siglo xx se estaba gestando en América Latina.

En el apartado del capítulo III del libro *¿Extensión o comunicación?* (10), Freire realiza una compleja problematización del término *extensión* a partir de un análisis semántico (*extensión vs. comunicación*); en esta dimensión él entiende la relación dialógica como el acto del conocimiento (10 p 64). Para ello plantea que «no hay pensamiento aislado, así como no hay hombre aislado», y asimismo argumenta que «no hay un pienso sino un pensamos. Es el pensamos que establece el pienso y no al contrario» (10 p 76).

Para comprender el acto comunicativo, Freire plantea que los sujetos participantes deben estar de acuerdo y ser «recíprocamente comunicantes», dado que si no hay comprensión de los signos lingüísticos¹² «no puede haber comprensión entre los sujetos, lo

11 De origen brasileño, fue uno de los mayores y más significativos pedagogos del siglo xx. Con su principio del diálogo, enseñó un nuevo camino para la relación entre profesores y alumnos. Sus ideas influenciaron e influyen los procesos democráticos en todo el mundo. Fue el pedagogo de los oprimidos y en su trabajo transmitió la pedagogía de la esperanza. Influyó en las nuevas ideas liberadoras en América Latina y en la teología de la liberación, en las renovaciones pedagógicas europeas y africanas, y su figura es referente constante en la política liberadora y en la educación.

12 El signo debe de tener el mismo significado para los sujetos que se comunican; si no, la comunicación no es viable entre ambos, por falta de la comprensión indispensable.

que imposibilita la comunicación», por lo que enfatiza: «no es posible la comprensión del significado a que un sujeto llegó, si, al expresarlo, su significación no es comprensible para el otro sujeto» (10 p 77).

Freire interpela acerca del lenguaje técnico que se utiliza en las prácticas universitarias, para el cual se tiene «... un universo de signos lingüísticos propios, puede no ser comprendido por ellos, como el significante del significado, sobre el cual hablamos». Y vuelve a afirmar este concepto, dado que:

El diálogo problematizador se considera aquí aún más indispensable, para disminuir la distancia entre la expresión significativa del técnico y la percepción que de esta expresión tenga el campesino. Y esto solo se da en la comunicación e intercomunicación de los sujetos pensantes, a propósito de lo pensado, pero nunca a través de la extensión del pensamiento de un sujeto, hasta el otro. (10 p 76)

El autor sostiene que «la comunicación verdadera no es la transferencia, o transmisión del conocimiento, de un sujeto a otro, sino su coparticipación en el acto de comprender la significación del significado. Es una comunicación, que se hace críticamente» (10 p 78).

Se llega a la conclusión de que la extensión desde el punto de vista estrictamente lingüístico es lo contrario a la comunicación, dado que esta convierte al sujeto en objeto, negándole la posibilidad de ser transformador de sus propias relaciones con el mundo y la oportunidad de diálogo:

Queda claro el equívoco al cual nos puede conducir el concepto de extensión: extender un conocimiento técnico, hasta los campesinos, en lugar de (por la comunicación eficiente) hacer del hecho concreto, al cual se refiere el conocimiento (expreso por signos lingüísticos), objeto de la comprensión mutua de los campesinos y los agrónomos. (10 p 53)

1.4.3. Dimensiones de la integralidad

La integralidad ha estado presente a lo largo de la historia universitaria, no es un concepto nuevo.

Para dilucidar *qué es la integralidad* se dirá que no hay una única definición sobre el tema, sino que hay múltiples definiciones. Kaplún expresa que:

la integralidad puede ser entendida y pensada como un movimiento instituyente en la universidad, como movilizador de cambios culturales profundos en los modos de hacer investigación, enseñanza y extensión. Estas tres funciones universitarias pueden ser repensadas como producción de conocimientos, aprendizaje e interacción con la sociedad. (11 p 45)

Álvarez Pedrosián agrega a lo anterior «... acontecimientos, donde se conjugan la investigación, la enseñanza y la extensión, donde unas devienen en las otras, y en dicho proceso emergen combinaciones particulares, formas de articularse siempre novedosas y ricas en variadas utilidades posteriores» (1 p 79).

Para tratar de tejer los conceptos de la integralidad es necesario conocer el término *interdisciplina*; la autora Stolkiner lo describe como un «posicionamiento» en el que exige «reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina» (12 p 5), para lo cual debemos reconocer que el «otro» tiene un saber que no tengo.

La autora aborda el trabajo interdisciplinario y lo conceptualiza como la «construcción de los saberes disciplinares que no supone relaciones lineales de causalidad» (12 p 5). Así como expone que «la interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante, se requiere de una actitud recurrente, donde el trabajo interdisciplinario tiene el mismo significado que el trabajo grupal» (12 p 5).

En los espacios universitarios y comunitarios es necesario atravesar por la experiencia interdisciplinaria. Asimismo se plantea que «la interdisciplina se vuelve más necesaria, al enfrentarse a problemas concretos y complejos» (11 p 45) la cooperación activa de los diferentes representantes, la integración de los saberes que procedan de los diversos espacios académicos, sociales y comunitarios.

1.5. Ejercicios

1. ¿Cuáles son los pilares fundamentales o fines de la Udelar?
2. Explica el concepto de extensión universitaria.
3. Elabora una línea del tiempo con los principales sucesos de la extensión universitaria.
4. Para el siguiente ejercicio, divídanse en subgrupos de cinco personas. Identifiquen un tema de pertinencia social y elaboren el resumen de un proyecto de extensión teniendo en cuenta las dimensiones de la integralidad.
5. Visualicen el video *La extensión que se ve* (parte 1) (recuperado de la plataforma YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=9HLWMNd6AJk>). Luego, redacten en un párrafo qué les generó, desde una perspectiva extensionista.

1.6. Lectura recomendada

- Arocena R, Tommasino H, Rodríguez N, Sutz J, Álvarez-Pedrosian E, Romano A (2011). *Integralidad: tensiones y perspectivas*. Cuadernos de Extensión, n.º 1. Montevideo: SCEAM.

Referencias bibliográficas

- Arocena R, Tommasino H, Rodríguez N, Sutz J, Álvarez-Pedrosian E, Romano A. Integralidad: tensiones y perspectivas. Montevideo: SCEAM; 2011. p 1-108.
- Documento de la FEUU: Enseñanza-extensión, un encuentro necesario. [Internet] Uruguay; 2004. Recuperado de <https://psico.edu.uy/sites/default/files/8.%20ensenanza%20extension.%20FEUU.pdf>
- Carlevaro P. El rol de la Universidad y su relación con la sociedad. Cuadernos de Política Universitaria. Montevideo: CIPE ASCEEP-FEUU; 1986. p 20-32.
- CDC. Para la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión y las actividades en el medio [Internet]. Uruguay; 2009. Recuperado de <http://www.expe.edu.uy/expe/resoluci.nsf/4e1fd2c2a317193a03256dcc003b902f/f200247a7f556d23032576550069e060?OpenDocument>
- Programa Integral Metropolitano [Internet] [citado 23 de abril de 2018]. Recuperado de <http://pim.udelar.edu.uy/>
- Barité M. Pro Rectorado de Extensión Universitaria y Relaciones con el Medio. Propuesta de trabajo período 2017-2018. [Internet] [citado 23 de abril de 2018]. Recuperado de http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2015/10/claustr_o_se_reu%CC%81ne_por_segunda_vez_para_elegir_prorrector_de_extensio%CC%81n.pdf
- FEUU. Enseñanza-extensión, un encuentro necesario. Montevideo; 2004 [Internet] [citado 23 de abril de 2018]. Recuperado de <https://psico.edu.uy/sites/default/files/8.%20ensenanza%20extension.%20FEUU.pdf>
- Carlevaro P. Universidad y sociedad: proyección y vínculos. Montevideo; 2008.
- Freire P. Pedagogía del oprimido. España: Siglo XXI; 1975.

- Freire P. ¿Extensión o comunicación?: la concientización en el medio rural. Educación. España: Siglo XXI; 1984.
- Kaplún G. La integralidad como movimiento instituyente en la universidad. InterCambios; 2014; 1(1). p 44-51.
- Stolkiner A. Interdisciplina y salud mental. En: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina; 2005. p 5.

Territorio, comunidad y participación comunitaria: conceptos iniciales

Lic. Fernanda Olivar



2.1. Objetivos didácticos

En este capítulo se trabajarán aspectos conceptuales básicos sobre tópicos que darán sustento teórico al trabajo en territorio. Es fundamental que antes de ir al territorio los estudiantes comprendan a qué se hace referencia con los términos *territorio*, *comunidad* y *cultura*. Además, que se vayan introduciendo en la importancia de la participación comunitaria y el trabajo en red para el desarrollo local de una comunidad. Paralelo a esto, se empezará a estimular a los estudiantes para la búsqueda de información sobre el territorio que les fue asignado (ubicación geográfica, líneas de transporte, reconocimiento de servicios en la cartografía disponible) para preparar su presencia en el territorio donde harán parte de su unidad curricular.

- Comprender los conceptos de territorio y campo.
- Comprender los conceptos de comunidad, sociedad y cultura, y sus diferencias.
- Comprender el término participación comunitaria y su importancia en los servicios de salud.
- Entender el término redes sociocomunitarias en salud.

2.2. Importancia del tema

Tanto la salud como la enfermedad son hechos de la realidad que tienen manifestaciones concretas en los sujetos, lo que comúnmente se llaman síntomas y signos, que son la manifestación somática de un desequilibrio en el proceso salud-enfermedad, cuyo origen puede situarse en la esfera de lo biológico (dentro del mismo sujeto), y por tanto ser producto directo de un desequilibrio químico, orgánico y funcional del cuerpo; en el entorno ambiental en el que está inserto el sujeto (lugar donde vive, trabaja, desempeña tareas diarias, etc.), o en el medio social. Por lo cual, es preciso primero conocer las condiciones de vida y las particularidades del territorio, del ambiente y de las personas que allí habitan.

Las relaciones entre todos estos puntos es lo que en las ciencias humanas y sociales se denomina interseccionalidad, es decir:

la premisa de que la gente vive identidades múltiples, formadas por varias capas, que se derivan de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras del poder. Las personas pertenecen a más de una comunidad a la vez y pueden experimentar opresiones y privilegios de manera simultánea (por ejemplo, una mujer puede ser una médica respetada pero sufrir violencia doméstica en casa). El análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de identidades. (1)

Las dinámicas culturales tienen por tanto un lugar central en los procesos de subjetivación, es decir, de construcción de la identidad del sujeto. Y esta, a su vez, condicionará en gran medida la experiencia de vida y los significados que atribuya a cada experiencia, así como lo harán las herramientas y habilidades con que cuente para producir y cuidar su salud.

La destreza de reconocer y comprender esta interseccionalidad lleva al profesional de la salud a ser capaz de sintetizar estos conocimientos como datos mensurables de la realidad del usuario. La intención es contribuir a la capacidad de análisis en pos de la resolución de problemas que afecten la salud individual y/o colectiva mediante un razonamiento clínico ante los problemas de salud del individuo y la comunidad que permita abordarlos desde la especificidad de cada usuario o usuaria, aun cuando se trate de temas generales que sean motivo de consultas frecuentes en el primer nivel de atención. La invitación es a estudiar el fenómeno de la salud en su más amplio contexto, sin aislar al sujeto de su entorno ambiental, social y cultural y concentrarse únicamente en las propiedades físicas, biológicas o químicas de su problemática concreta.

Por estos motivos, la medicina familiar y comunitaria trasciende el ámbito clínico y ha conminado a la Facultad de Medicina a adentrarse en un proceso de actualización de su currículo que incluye la integración de contenidos provenientes de las ciencias humanas y sociales, principalmente en el primer trienio de las carreras Doctor en Medicina y Obstetra-Partera. Esta necesidad surge al detectar que, mientras la sociedad y su población

se transforman, y cambian sus modos y estilos de vida, y por ende sus problemáticas, demandas y necesidades, la enseñanza de las ciencias de la salud no acompaña estos cambios, ni desde su abordaje teórico ni desde lo procedural.

2.3. Nociones básicas sobre sociedad, familia, comunidad, territorio y campo

Estos conceptos, que son comúnmente utilizados tanto en las ciencias humanas y sociales como en las ciencias de la salud, siguen siendo poco comprendidos por las ciencias sociales y humanas, que tradicionalmente teorizan y producen conocimiento sobre ellos, y mucho menos por las ciencias de la salud, que los extrapolan la mayoría de las veces sin debates epistemológicos profundos acerca de su utilización y aprehensión.

Van der Geest (2) propone pensar en las ciencias sociales y en la biomedicina como dos culturas diferentes con sus propias visiones y explicaciones del mundo, y, por tanto, en una relación difícil entre ambas. Esta dificultad puede ser superada mediante la interdisciplinariedad. En este encuentro de saberes (3) se dan interacciones entre disciplinas en búsqueda de la construcción de conceptos y «lenguajes» en común.

El abordaje interdisciplinario e interprofesional se torna necesario a la hora de analizar y buscar soluciones creativas a problemas complejos de la realidad que suelen escapar al abordaje de una sola disciplina por ser multidimensionales (4).

Ante todo, es dable recordar que al ser la cultura dinámica, las ideas, las prácticas, los hábitos y las conductas que de ella se desprendan deben ser permanentemente reanalizados y redefinidos a fin de que el concepto se acompañe con los cambios históricos, culturales, sociales e ideológicos del momento y lugar en el que se utilice, para lograr así el estatus de categoría conceptual. En este sentido, es necesario enfocarse en algunas definiciones:

2.3.1. Sociedad

Según Weber, se llama «sociedad a una relación social cuando y en la medida en que la actitud en la acción social se inspira en una compensación de intereses por motivos racionales (de fines o de valores) o también en una unión de intereses con igual motivación. La sociedad, de un modo típico, puede especialmente descansar (pero no únicamente) en un acuerdo o pacto racional, por declaración recíproca» (5 p 33).

Complementando lo anterior, M. Harris define sociedad como «un grupo organizado de personas que comparten un hábitat dependiendo unas de otras para su supervivencia y bienestar» (6 p 165).

Al hablar de sociedad se utilizan dos términos que es necesario definir:

- Organización social: refiere al total de actividades realizadas en un contexto social dado. Define los roles individuales en relación con los demás sujetos.
- Estructura social: es usualmente empleada como contexto social o, más precisamente, como el set de relaciones sociales que une a los individuos en la sociedad.

2.3.2. Familia

Se trata, según Elizabeth Jelin (7), de «una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater/maternalidad. Se trata de una organización social,

un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también poseen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción» (7 p 95).

2.3.3. Cultura

Se entiende como el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluidos sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta). Esta definición sigue el precedente asentado por sir Edward Burnett Tylor, fundador de la antropología académica y autor del primer libro de texto de antropología general:

La cultura [...] en su sentido etnográfico, es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto que miembro de la sociedad. La condición de la cultura en las diversas sociedades de la humanidad, en la medida en que puede ser investigada según principios generales, constituye un tema apto para el estudio de las leyes del pensamiento y la acción humanos. (8 p 1)

Cuando se utiliza el término *cultura* se hace referencia al estilo de vida total y adquirido de un grupo de personas. Se incluye aquí todo modo de actuar, sentir, pensar concebido como una pauta propia de ese grupo. Claramente, en esta concepción de cultura no se distingue la «elite» de lo «popular», porque, al ser una característica innata del ser humano, toda persona que viva en sociedad junto a otros y sea parte activa de los aspectos mentales y conductuales de ella será considerada culta.

Dada la diversidad inherente del ser humano en toda sociedad, es posible encontrar grupos de personas que por diferentes motivos no comparten el estilo de vida del resto de sus miembros; a estos grupos se los denomina subculturas.

Como se mencionó, la cultura es dinámica. El dinamismo de la cultura puede verse a través de las modificaciones que ocurren en ella de una generación a otra, puede observarse que algunos rasgos permanecen inamovibles mientras que otros sufren modificaciones. La continuidad se da en un proceso denominado endoculturación, que implica la transmisión, parcialmente consciente, parcialmente inconsciente, de la experiencia y los rasgos de una cultura de la generación más vieja a la más joven.

El relativismo cultural es una posición teórica que «intenta comprender cómo se les representa el mundo a las generaciones de diferentes culturas sin permitir que interfieran sus propias creencias y preferencias» (9). Si bien esta es una actitud deseable, se produce aquí un doble dilema. Por un lado, el relativismo entraña un dilema moral ya que el profesional o investigador en tanto sujeto con sistema de creencias y pensamientos propios se forma en su quehacer profesional juicios de valor sobre las problemáticas a las que se ve enfrentado. Por otro lado, el dilema es ético pues lo interpela en tanto profesional y exige que tome una postura para actuar e intervenir ante la problemática en cuestión. Así, un profesional puede verse involucrado en guerras, actos de discriminación, prácticas de canibalismo o antropofagia, prácticas religiosas o culturales como la pobreza, en las que no basta con hacer uso del relativismo cultural para evitar las discusiones o dilemas que se

desarrollen. El usufructuar la teoría del relativismo cultural cual «comodín» es una postura común —y no por eso ética— basada en el principio de que «todo vale», que conlleva altos riesgos tanto para el interventor como para los intervenidos.

2.3.4. Comunidad

Definir comunidad es un paso esencial, pues de esta surgen las acotaciones necesarias para caracterizar a una población concreta y luego planificar la intervención orientada a ella. En tanto categoría de análisis científica, los orígenes de este concepto se remontan a finales de siglo XIX, específicamente al *Gemeinschaft*, que refiere a una asociación de personas con la voluntad de vivir juntas y juntas tejer una trama de ayuda mutua. Esencia del concepto de comunidad. El concepto fue acuñado por el sociólogo alemán Tönnies (1855-1936), ligado a la corriente del contractualismo y discípulo de Herbert Spencer, cuya producción académica de corte evolucionista ha sido durante siglos un referente en los estudios sobre comunidad.

Durante siglos, este concepto se ha utilizado en varias disciplinas científicas para abordar el estudio de grupos humanos heterogéneos y realidades disímiles en tiempo y espacio, con lo cual el término comunidad se ha forjado doble fama: de ser útil y a la vez extremadamente ambiguo.

Existen gran cantidad de definiciones y cada una agrega un sinnúmero de variedades de usos sobre este concepto, sin embargo es posible restringirlo según dimensiones:

- Culturalista: destaca los aspectos psicosociológicos de la relación entre sus miembros.
- Histórica: destaca los aspectos económicos e institucionales de la relación entre sus miembros.

También se lo puede restringir según categorías:

- En un sentido amplio y pragmático alude a la necesidad de nombrar (un barrio, un conjunto de personas, un grupo humano con el que trabajar).
- En un sentido restringido alude a la existencia de vínculos, imaginarios y formas de socialización e interacción predominantes.

Así, se pueden encontrar:

- comunidades de pensamiento (académicas, intelectuales, profesionales, científicas),
- comunidades religiosas,
- comunidades políticas,
- comunidades civiles (organizaciones, instituciones).

Maritza Montero, psicóloga comunitaria venezolana y referente actual en el tema, afirma que:

...una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución, que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social. [...] es un grupo social histórico, que refleja una cultura preexistente al investigador; que posee una cierta organización, cuyos grados varían según el caso, con intereses y necesidades compartidos; que tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas provenientes

de sus miembros; que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información [...] puede llegar también a situaciones conflictivas conducentes a su división, su disgregación y a la pérdida de identidad. (9 p 398)

Más allá de la definición que se utilice, es preciso señalar que *no* se define una comunidad *exclusivamente* por:

- aislamiento (geográfico-social)
- autarquía (sistema económico en el que un estado se abastece con sus propios recursos, evitando en lo posible las importaciones)
- autosuficiencia
- homogeneidad
- resistencia al cambio
- delimitación territorial

Si se toman algunas de estas características aisladas y se les atribuye carácter de definitorias de comunidad sobre un grupo humano, por un lado se corre el riesgo de asignar una denominación arbitraria a un conjunto de personas que no se sienten pertenecientes unas a otras, es decir, de crear comunidades imaginarias (10) definidas a partir de los intereses, representaciones, juicios y prenociones de terceros. Por otro lado, es probable que así definida se construya una categoría conceptual endeble que ponga en peligro cualquier construcción teórica en rededor. Una consecuencia peligrosa que se vislumbra en este escenario refiere al diseño de políticas pensadas para una comunidad inexistente, con necesidades inexistentes.

Generalmente en los sistemas de salud la definición de una comunidad sigue un criterio geográfico, ya que responde a las demarcaciones poblacionales y geográficas de la zona de influencia territorial de las unidades de atención primaria de salud según las cuales se realiza la caracterización. Pero ¿qué dificultades se pueden encontrar?

1. Que los límites establecidos varíen por razones administrativas en un momento determinado.
2. Que los límites geográficos no se adapten siempre a comunidades reales desde un punto de vista socioantropológico y por ende el recorte poblacional se vea agrupado en el concepto de comunidad sin sentirse parte de él.

Por esto, como dice Hegel y afirma la idea de comunitarismo, se priorizan los siguientes rasgos como pistas iniciales para evaluar si se está frente a una comunidad:

- pertenencia a un grupo
- vínculos que definen identidad
- prácticas compartidas
- una historia en común

Hablar de lo comunitario implica enfatizar lo local, dar referencias de identidad e, incluso, modos de existencia y sentidos de pertenencia, los que frente a las crisis globales de hoy parecen alternativas cada vez más legítimas. Se coincide con Torres Carrillo (11) cuando asevera que «es posible reivindicar la “comunidad” como una categoría analítica y propositiva capaz de describir, comprender y encauzar estos lazos sociales, esquemas de vida, referentes de identidad y alternativas sociales» (11 p 3).

El profesional, entonces, debe ser capaz de comprender las condiciones en las que el sujeto se desarrolla y cómo ellas se transforman en determinantes de su salud. El conocimiento sobre estas estructuras sociales de la población con las que se trabajará posibilita insertarse en el territorio con mejores herramientas para su interpretación y diagnóstico.

2.3.5. Territorio

Se podría definir el territorio como un lugar con realidades históricamente construidas por un grupo humano que habita en él. La construcción no es solo material, sino que refiere también a las construcciones simbólicas, sociales y culturales que de él hacen sus habitantes.

Esta construcción es a la vez espacial y temporal, ya que si bien es posible identificar un lugar, el lugar mismo sufre modificaciones a lo largo del tiempo que no solo dependen de transformaciones a nivel arquitectónico, urbanístico, logístico o administrativo, sino también de las personas que lo habiten, sus realidades socioeconómicas, políticas y las representaciones que hagan de ese espacio.

Es necesario advertir que las interpretaciones del concepto varían de una teoría a otra. Por ejemplo, siguiendo a Llanos-Hernández (12 p 1) se puede entender:

territorio desde el ámbito de la epistemología, como un conocimiento que se construye en la(s) disciplina(s) social(es), tomando en cuenta que sus contenidos cambian conforme se transforman las relaciones sociales en el mundo; posteriormente se analiza el territorio como un concepto interdisciplinario a partir de los enfoques de investigación provenientes de la sociología y la geografía.

O según Giménez (13), desde la geografía: «se entiende por territorio el espacio apropiado por un grupo social para asegurar su reproducción y la satisfacción de sus necesidades vitales, que pueden ser materiales o simbólicas» (13 p 6).

El concepto más extendido de territorio proviene de la ciencia política y hace referencia a una delimitación geográfica que contiene a una población; en ella sus pobladores viven, se desarrollan y mantienen vínculos de identidad social que operan como aglutinadores y les imprimen sentido de pertenencia (nacionalidad, por ejemplo). En este enfoque político del concepto, el territorio se constituye como el componente esencial para la conformación de un Estado.

En lo que respecta al estudio de la salud humana, existe consenso en que el territorio es la unificación del espacio con lo humano. Así, pues, se generan una imagen, un significado, que dan a un determinado espacio habitado el carácter de territorio. Esta significación del espacio posibilita la conformación de los denominados *entornos saludables*¹³ o *entornos favorables para la salud* (municipios saludables, escuelas saludables, etc.) que apoyan la producción y reproducción de la salud por ofrecer a las personas protección frente a las amenazas y les permiten ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía para tomar el control de su salud.

13 «La acción destinada a crear entornos que apoyan la salud posee muchas dimensiones, que pueden incluir la acción política directa, cuyo objetivo es desarrollar y aplicar políticas y reglamentos que contribuyan a crear entornos de apoyo; la acción económica, especialmente en relación con el fomento de un desarrollo económico sostenido; y la acción social» (Promoción de salud. Glosario. Ginebra: OMS, 1998, pp. 31).

Comprender los alcances del concepto de territorio facilita comprender la dimensión de territorialidad, eje estratégico de la medicina familiar y comunitaria. La dimensión territorial de las ciencias de la salud implica la coordinación de acciones con un abordaje profesional que respete las especificidades y características de cada lugar y/o población con la cual se trabaja.

Para un enfoque geográfico, el conocimiento del territorio en el que se está inserto facilita datos acerca de la accesibilidad a los servicios esenciales —incluida la asistencia sanitaria—, así como conocer y explicar las demandas y necesidades en el acceso y uso de los servicios, y hasta la comprensión de problemas de salud específicos de ese lugar que estén directamente relacionados con el medio físico (zonas inundables, desniveles, barreras naturales o artificiales que aislen a la población, contaminación, etc.).

2.3.6. *Campo*

Pierre Bourdieu, sociólogo francés (1930-2002), fue el autor de la teoría de los campos sociales a partir de la cual acuñó la denominación de *campo* para referirse al

espacio social estructurado, un campo de fuerzas —hay dominantes y dominados, hay relaciones constantes, permanentes, de desigualdad, que se ejercen alrededor de ese espacio— que es también un campo de luchas para transformar o conservar este campo de fuerzas. (14 p 48-49)

Las personas insertas en un campo son reconocidas como agentes, pues se considera que tienen capacidad de agencia: pueden luchar, crear, participar. Es decir, *no* son sujetos estáticos, sino que tienen márgenes de maniobra para transformar según sus intereses y necesidades el entorno y las problemáticas que los aquejan.

- campo lingüístico
- campo educativo
- campo político
- campo laboral; cada uno posee características y normas específicas
- campo social e instituciones con reglas que llevan a la (re)producción de cada campo
- campo económico, producción de cada campo
- campo cultural

La noción de campo en el área de la salud puede verse como un complemento conceptual para asentar la idea de territorio o territorialidad, ya que al introducirse en un lugar o contexto social con la intención de intervenir en él, la porción geográfica que se delimita se torna un escenario para la salud (*settings for health*).¹⁴ Es decir, un lugar donde los habitantes llevan a cabo sus actividades diarias y en el que es posible identificar factores ambientales, organizativos y personales en constante interacción que influyen en la salud y el bienestar de sus habitantes y, por ende, en el estado de salud de la comunidad toda.

En suma, el territorio se define como un horizonte de referencia empírica y teórica, de corte interdisciplinario, que describe «el desenvolvimiento espacial de las relaciones sociales que establecen los seres humanos» (12 p 207). Además de lo señalado, este concepto será utilizado para analizar los procesos de salud y enfermedad entendidos como

14 Promoción de la salud. Glosario (1998). World Health Organization: Ginebra.

fenómenos socialmente contruidos cuyo surgimiento muchas veces posibilita visibilizar problemáticas sociales profundas e invisibles la mayor parte de las veces, que parecen desconectadas unas de otras, pero que al indagar en ellas dejan en evidencia inequidades y desigualdades socialmente establecidas. Comprender a partir de este concepto los procesos de salud-enfermedad posibilita al profesional de la salud posicionarse en un modelo de atención acorde con las particularidades del usuario, usuaria o comunidad.

2.4. Participación social

Toda persona participa directa o indirectamente, consciente o inconscientemente, de la producción del estado de salud de su núcleo de pertenencia, sea este la familia, la comunidad o el país. En tanto ciudadana de un Estado nación, la persona interactúa con el sistema de salud mediante la realización de controles de salud, consultas, vacunación. También, en tanto miembro de una comunidad o población, interactúa con el sistema de salud al elegir cruzar la calle en un semáforo en verde, al respetar los espacios públicos libres de humo e incluso al respetar normas básicas de higiene. A nivel familiar se interactúa, por ejemplo, mediante la transmisión de información referente al historial médico familiar, el consumo de alimentos bien lavados, cocinados y servidos, e incluso cuando se enseña a taparse la boca para estornudar. Y, si bien cada uno de estos niveles posee una independencia relativa, las problemáticas de salud se inscriben dentro de las problemáticas sociales, pues, como se ha visto anteriormente, la relación entre los miembros de una sociedad con su entorno es indisoluble. Así las cosas, es ineludible reflexionar acerca del rol de las personas en la identificación y el abordaje de las problemáticas de las que son parte.

En la concepción extensionista del profesional de salud, en el trabajo en territorio realizando intervenciones comunitarias con el convencimiento de que la participación se juega a través del involucramiento de los actores sociales y universitarios (participar-ser parte) en todas las etapas de planificación, ejecución y evaluación. ¿Cómo?

- generando procesos de comunicación dialógica
- desde abordajes interdisciplinarios
- considerando los tiempos de los actores sociales involucrados

En 1994, la Organización Panamericana de la Salud (ops) definió que:

la participación social en la co-gestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. (15 p 2)

Como práctica política y en tanto derecho ciudadano, participar y hacer partícipes a los usuarios y usuarias del sistema de salud efectiviza un derecho inalienable de todo ciudadano, posibilita el ejercicio de la democracia en pos de gozar de los derechos establecidos, a la vez que habilita su participación «en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una sólida alianza para diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones» (16 p 90).

El desafío que parece plantear la participación social y comunitaria en salud es el de compartir el poder de decisión con los protagonistas, es decir, con las personas involucradas, con los usuarios y usuarias. Desafío nada menor para el profesional de la salud que se encuentra en el primer nivel de atención, capacitándose para actuar en comunidad e interactuar con las familias de los pacientes. También para el sistema de salud nacional implica un gran desafío, pues desde la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la concepción y el rol tradicional del sistema como rector y único protagonista ha virado hacia la concepción de ser un mediador. Aunque, si bien aún es el principal actor, para lograr el objetivo de «salud para todos» y asegurar perspectivas favorables para el desarrollo de la salud, actualmente se concibe como una necesidad la existencia de una acción coordinada de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios, otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación, individuos, familias y comunidades.

¿Cómo funciona? Fundamentalmente, mediante la interacción de los actores sociales, comunitarios e institucionales involucrados. Es necesario generar un espacio de intercambio y negociación donde los involucrados confluyan y comuniquen sus saberes, ideas y preocupaciones. Pues el diálogo contribuye a una perspectiva sistémica de los problemas de salud, al considerar a la comunidad parte de un sistema mayor (la sociedad); por tanto los problemas de la comunidad son también parte de otros directa o indirectamente vinculados.

Es esperable encontrarse con matices diversos sobre el concepto de participación, y en muchos casos su alcance dependerá del plan, programa o proyecto que la esté impulsando. Así, pues, la amplitud (¿quién y cuántos?), los mecanismos (organizaciones, colectivos, etc.) y las modalidades (colaboración, cooperación, cogestión, etc.) de la participación determinarán si la comunidad y sus integrantes:

- forman parte (sentido de pertenencia, ser integrante)
- tienen parte (desempeño de acciones adaptativas)
- toman parte (influencia a partir de la acción)

¿Por qué es importante la participación social y comunitaria? En las últimas décadas la participación se ha consolidado como un elemento central en los programas sociales, las políticas públicas y los modelos de desarrollo. La integración de esta dimensión en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas y sociales confiere ciertas garantías de que los derechos sociales de las personas sean respetados y cubiertos efectivamente.

Actualmente existen innumerables definiciones acerca de qué es la participación, y la mayoría de ellas están en vinculación con los denominados procesos de desarrollo y cambio social, la finalidad de transformar las condiciones de vida y existencia de las poblaciones en situaciones de mayor vulnerabilidad. Para que este objetivo sea viable y no meramente una utopía, es preciso un giro paradigmático en el que las personas, sean cuales sean sus características, sean consideradas agentes (14).

Así, la participación puede ser considerada una estrategia que, a partir de la interacción de los actores, adquiere un alto componente político al transferirse una parte del poder a los sectores que antes estaban al margen de la toma de decisiones estatales (17).

2.4.1. Efectos de la participación social y comunitaria.

La participación social y comunitaria está vinculada con el empoderamiento o *empowerment*, esto es, la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva. Implica acceso y control sobre los recursos necesarios para la transformación de las situaciones contingentes que se atraviesan.

Freire en 1970 hacía referencia a esto llamándolo *concientización*, es decir, aquel proceso de conciencia crítica de la realidad y de compromiso activo de las personas para transformarla, desde una perspectiva social.

Se vincula también con el concepto de desarrollo participativo en el cual lo fundamental es la creación de ideas, sugerencias y propuestas por las comunidades en todas las fases del ciclo de un proyecto, es decir, en el diagnóstico de necesidades, en la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de acciones.

Otro enfoque sostiene que las prácticas participativas tienen origen en las formas autónomas de organización comunitaria, que son distintas de las promovidas por los organismos gubernamentales y que en la mayoría de las ocasiones actúan a contravía de ellas. En estas prácticas se promueven la organización y la lucha colectiva. En esta última visión, se considera que la otra perspectiva afirma una participación predeterminada y expresada únicamente en la formalidad, es decir, se trataría de un aporte negociable y no de una verdadera inserción de la comunidad. Por ello se insiste en que la participación que nace de la propia comunidad resulta más activa y por tanto más eficaz.

2.4.2. Redes sociocomunitarias en salud

Se llamará *red* a una agrupación de personas, organizaciones y colectivos en general que poseen preocupaciones comunes y se organizan de manera horizontal, no jerárquica, en la búsqueda activa de un abordaje en común, sobre la base del compromiso y la confianza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha iniciado e impulsado activamente, a lo largo y ancho del planeta, varias redes de promoción de la salud centradas en escenarios y cuestiones claves. Ejemplos de redes en salud lo constituyen iniciativas tales como la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud en Uruguay. Llevada adelante por el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), a través del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Secretaría Nacional de Drogas de la Presidencia de la República (SND), busca en primer lugar impulsar el desarrollo saludable de niños, niñas y adolescentes de la comunidad escolar. En segundo lugar, apunta al desarrollo de estrategias de intervención a nivel local, de manera que lo trabajado con la comunidad escolar sea difundido hacia el resto de la comunidad. Para ello se trabaja desde la intersectorialidad tanto en la implementación como en la gestión, con el fin de integrar a maestros, maestras, niños y niñas como aliados estratégicos en las acciones de promoción de salud desarrolladas.

Además de promover la participación y la conformación de alianzas estratégicas entre actores sociales, a través de relaciones y vínculos se pretende facilitar el acceso al sistema y el uso efectivo de los servicios ofrecidos; el trabajo en red habilita a los individuos y sus comunidades a fortalecer su incidencia política al pensar la comunidad como un actor político primordial de producción de bienestar.

Autores como Fernando Filgueira han desarrollado estudios e investigaciones en los que se plantea la necesidad de reconocer que en América Latina las comunidades se han configurado en redes y se han fortalecido a partir de valores tales como la reciprocidad para protegerse ante los riesgos que puedan producirse, ya sea en el ámbito de la salud, laboral, productivo o social. «Entre las múltiples bases que permiten la construcción de espacios identitarios y marcos normativos comunes, se encuentran aquellos relativos a la protección colectiva del riesgo que se produce debido a la interacción de los individuos en mercados, familias y comunidades en un territorio determinado» (18 p 10).

Esta dimensión de las redes sociocomunitarias en salud es relevante en cuanto permite impulsar el diseño y la implementación de políticas públicas saludables mediante las cuales la población tome conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarla así a asumir su responsabilidad al respecto.

Dentro de la comunidad con la que se trabaje, debe identificarse a los actores sociales que de ella hacen parte y su grado de pertinencia para el proyecto de intervención, pues es de suma importancia conocer qué instituciones trabajan en la zona, a través de qué planes, programas y/o políticas y cuáles son sus objetivos. Esto con el fin de lograr coordinación y soslayar la superposición de actividades y recursos que inevitablemente daña las relaciones con la población a corto o largo plazo.

En las comunidades las redes están instaladas, funcionan con características propias. Integrarse, colaborar en su construcción, incluso ser parte de ellas hace que las instituciones (estudiantes, docentes) intervengan en función de las necesidades de la comunidad y no de los organismos externos a ella.

2.4.3. Agentes comunitarios de salud

Se denomina así a los individuos que desarrollan la tarea de mediar entre el sistema de salud y sus usuarios. El objetivo de los agentes comunitarios de salud es el de facilitar la comunicación y las relaciones entre los servicios de salud y las comunidades mediante la transmisión de información sobre las iniciativas y los recursos disponibles en cada uno.

Tiene como particularidad su doble filiación: es un miembro de la comunidad que a su vez participa de las actividades del servicio de salud. El agente comunitario también se desempeña como un educador y un organizador (tanto de personas como de hechos) en su comunidad. Es un defensor y promotor en su comunidad de acciones que favorezcan la salud.

Su función se centra básicamente en el desarrollo de actividades que ayuden a acercar los conocimientos del servicio de salud a la comunidad. A nivel técnico sanitario, media entre su comunidad y el equipo de salud en pos de hallar soluciones conjuntas focalizadas en la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Una de las tareas más importantes del agente de salud comunitario es difundir en la comunidad los recursos, programas y modalidades de atención, así como sus modos de funcionamiento. Esta tarea en particular es de gran relevancia tanto para la comunidad como para el servicio de salud, ya que mediante esta labor es posible detectar particularidades de cada comunidad en relación con aspectos de salud para fomentar intervenciones específicas, promover nuevas acciones y facilitar el acceso de las comunidades a recursos y a medidas de prevención.

A nivel comunitario, divulga información pertinente en términos entendibles y familiares, buscando aumentar el nivel de educación para la salud así como desarrollar habilidades individuales y grupales para reducir la vulnerabilidad de la población ante las

problemáticas que enfrenta, y lleva al equipo de salud información relativa a las dificultades que la comunidad encuentra para sacar provecho de esa información. Existe amplia evidencia de que la figura del agente comunitario en salud es clave en el fortalecimiento intracomunitario, es decir, al interior de la comunidad, ya que promueve el robustecimiento del tejido social al reducir las conductas de riesgo y actúa como dinamizador de la participación de las comunidades en el diseño de políticas y estrategias dirigidas a cubrir sus demandas y necesidades.

2.5. Consideraciones finales

En suma, parafraseando a Bourdieu, se puede colegir que en todo grupo humano existe «un conjunto de relaciones históricas “depositadas” dentro de los cuerpos de los individuos bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción» (19 p 47), que condicionarán la forma en que las personas viven, se relacionan, se desarrollan y reproducen (biológica y socialmente). La noción de *habitus* introducida por Pierre Bourdieu muestra cómo la cultura es a los seres humanos la segunda piel, pues se impregna en el cuerpo encarnando «lo social».

La interdisciplinariedad marca el desafío de ejercer la medicina con un enfoque territorial y comunitario, obliga a derribar las fronteras de cada ciencia, a repensar sobre las limitaciones y potencialidades de cada disciplina y sus posibles aportes para la contextualización de la complejidad del fenómeno de la salud.

Las humanidades médicas tienen como objetivo mejorar el cuidado en salud (praxis) proporcionando a los profesionales de la salud un sentido de refinamiento y complejidad en sus juicios (phronesis) en situaciones clínicas, basado en un entendimiento profundo y extenso (sophia) de la enfermedad, el sufrimiento, la persona, y cuestiones relacionadas. (20 p 193)

Por otro lado, para que el sistema de salud logre llegar a todas las poblaciones de manera equitativa se precisa primero atacar las barreras en el acceso y uso de sus prestaciones que a nivel mundial se ven condicionadas entre otras causas por la marginalidad, exclusión y pobreza en que viven las personas. Por tanto, la complejidad del fenómeno salud-enfermedad-atención es de carácter transversal, multidimensional y contextual.

En el plano asistencial, fomentar y formalizar la participación de las comunidades en las intervenciones en las diferentes etapas del proceso es un imperativo ético y a la vez metodológico para que esta sea una instancia legítima para los involucrados y de utilidad práctica inmediata para la comunidad.

En el plano político, dada la diversidad cultural de los países y el riesgo de que se continúe ampliando la brecha sanitaria, es preciso atender los problemas de salud, contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención médica y disminuir la discriminación que las personas sufren en los centros mediante el diseño y la implementación de protocolos de actuación coherentes.

«Elaborar indicadores acordes con las características y necesidades de los usuarios y usuarias, culturalmente relevantes y pertinentes, desagregados por grupos de la población con impacto positivo en las estrategias de desarrollo con identidad» (21 p 5) pareciera ser la clave para instaurar un sistema de salud intercultural allí donde se precise (con foco en

la población indígena, afrodescendiente o migrante, por ejemplo), con participación activa de la comunidad en todas las etapas del proceso.

La salud concebida con una perspectiva de derechos humanos implica insoslayablemente un abordaje cultural en el cual se hace menester democratizar los aspectos del conocimiento técnico entre los profesionales, técnicos y líderes comunitarios y, por otra parte, capacitar a los técnicos en temas de cosmovisión, cultura y práctica de estos grupos sociales. Hay problemáticas conocidas y otras que aún no se visualizan o conocen en profundidad, por lo que no existen formas de nombrarlas y mucho menos de accionar sobre ellas, por esto la participación social y comunitaria es esencial. La horizontalidad de los saberes (21) que se pongan en diálogo en un proceso de análisis de situación de salud posibilitará identificar problemáticas y poner en práctica todos los conocimientos y recursos para llevar adelante la acción transformadora de las intervenciones.

2.6. Ejercicio

1. Mira el siguiente video y contesta las preguntas a continuación: <https://www.youtube.com/watch?v=egmpicTPOAE>
 - a. ¿De qué trata la experiencia?
 - b. ¿Cómo se desarrolló la participación comunitaria?, ¿qué actores sociales se vieron implicados?
 - c. Tomando como base estas historias, ¿qué importancia tiene la participación comunitaria en los asuntos de salud?

2.7. Recursos audiovisuales

- Comunidad, sociedad, cultura, territorio y campo: *Secos*, documental sobre el agua en Chile. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=6v6kOgHFtU4>
- Participación y redes sociocomunitarias: experiencia dental en escuela en Uruguay. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=L1rxElpbDVI>

Referencias bibliográficas

- AWID. Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Derechos de las Mujeres y Cambio Económico, 9; 2004. Recuperado de https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/nterseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf
- Van der Geest S. Overcoming ethnocentrism: How social science and medicine relate and should relate to one another [Internet]. Social Science and Medicine; 1995 [citado 5 de febrero de 2018]; 40(2): 869-872. Recuperado de http://sjaakvandergeest.socsci.uva.nl/pdf/medical_anthropology/ethnocentrism_SSM_1995.pdf
- CSE. Tres tesis básicas sobre extensión y prácticas integrales en la Universidad de la República. En: Integralidad: tensiones y perspectivas [Internet]. Cuadernos de Extensión 1. p 19-42. Recuperado de <http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2017/11/Cuaderno-n%C2%B01-integralidad.pdf>
- Espacio Interdisciplinario. Udelar. Puntos de encuentro entre interdisciplina e integralidad [Internet]. 2012. Recuperado de http://www.universidad.edu.uy/resources/2/1/7/2/7_ea47d9c4bf0adef/21727_177efb0f5eccc5.pdf
- Weber M. Economía y sociedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1922. p 33.
- Marvin H. Introducción a la antropología general. Madrid: Alianza Editorial; 2003. p 165.
- Jelin E. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. En Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2007. p 95.

- Montero M. La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3); 1984; 387-400.
- Montero M, Serrano García I. *Historia de la psicología comunitaria en América Latina*. Buenos Aires: Paidós; 2011.
- Cocco M. La identidad en tiempos de globalización: Comunidades imaginadas, representaciones colectivas y comunicación [Internet]. *Cuaderno de Ciencias Sociales* 129. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2003 [citado 10 de febrero de 2018]. Recuperado de <http://www.flacso.or.cr/index.php/component/flippingbook/book/18?page=1&Itemid=589>
- Carrillo A. Vínculos comunitarios y reconstrucción social. Colombia. *Revista Colombiana de Educación*; 2002.
- Llanos-Hernández L. El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales. *Agricultura, sociedad y desarrollo* [Internet]. *Revista Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 7(3), 207-220; 2010 [citado 12 de febrero de 2018]. Recuperado de <http://www.colpos.mx/asyd/volumen7/numero3/asd-10-001.pdf>
- Giménez G. Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas [Internet]. *Alteridades, Alteridades*, 11(22), julio-diciembre, 2001, pp. 5-14. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Distrito Federal, México [citado 12 de febrero de 2018]. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702202.pdf>
- Bourdieu P. La construcción del objeto. En *El oficio del sociólogo*. México: Siglo XXI Editores; 2002.
- Sanabria G. Participación social en el campo de la salud. [Internet]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3); 2004 [citado el 18 de febrero de 2018]. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005
- Sanabria G. Participación social y comunitaria. Reflexiones. [Internet]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(2); 2001, 89-95 [citado el 18 de febrero de 2018]. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/resp/v27n2/spu02201.pdf>
- Arévalo D. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. [Internet] *Revista de Salud Pública*, 6(2): 107-107; 2004 [citado 20 de febrero de 2018]. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v6n2/v6n2a01.pdf>
- Filgueira F. Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina. [Internet] *Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Políticas Sociales*, 135; 2007 [citado 20 de febrero de 2018]. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6141/S0700407_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bourdieu P. Una invitación a la sociología reflexiva. México: Siglo XXI Editores; 2005. p 47.
- De Sousa Santos, B. *La universidad del siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipatoria de la universidad*. 2010. Trilce.
- Shapiro J, Coulehan J, Delese W, Montello M. Medical humanities and their discontents: definitions, critiques and implications. *Academic Medicine*, 84(2), 2009. p 192-198.

Perspectiva ética y cultural de las prácticas extensionistas y de intervención comunitaria en el territorio

Lic. Fernanda Olivar

*el mayor error médico consiste en intentar curar el cuerpo
sin intentar curar el alma.*

PLATÓN



3.1. Objetivos didácticos

En este capítulo se intentará fomentar en los estudiantes la reflexión ética sobre las prácticas universitarias en territorio para que la tengan en cuenta a la hora de trabajar con las personas, analizando desde la perspectiva del «choque» ético-cultural los posibles puntos de encuentro y desencuentro. También se intentará abordar ciertos conceptos asociados a lo anterior como los prejuicios, estereotipos y la discriminación que surge ante

lo diferente, para lo cual se trabajará sobre la alteridad y la tolerancia. Además, se abordará el término *resiliencia* con un enfoque individual y comunitario. En todas estas instancias se promoverá la reflexión de los estudiantes a partir de un análisis crítico de la realidad como la autoevaluación de su trabajo territorial.

Los objetivos didácticos del capítulo serán:

- Reflexionar sobre la ética de la intervención comunitaria.
- Reflexionar sobre el «choque» ético-cultural en el trabajo territorial.
- Conocer el concepto de resiliencia individual y comunitaria.
- Reflexionar sobre la alteridad y reconocer al otro como diverso.
- Reflexionar sobre la no neutralidad ideológica de las prácticas extensionistas.

3.2. Importancia del tema

Para comenzar a profundizar en las nociones que este capítulo se propone, parece pertinente enfocarse en las competencias del médico y de la obstetra-partera, a través de las cuales se busca que el estudiante incorpore una sólida formación científico-básica, una gran capacidad y manejo clínico, un adecuado manejo en técnicas de comunicación y relación profesional salud-paciente, capacidad de observación crítica de cada situación, disposición para el autoaprendizaje, compromiso ético con el paciente y el resto del equipo de salud. Todo esto para dimensionar la prioridad de la estrategia de la atención primaria de salud.

Se comenzará haciendo énfasis en el carácter innovador de la propuesta académica de este curso, pues no es baladí que por medio de esta unidad curricular se haya llevado a curricularizar la extensión universitaria en la formación de grado en medicina y partería. La inserción curricular de las humanidades y ciencias sociales en la formación de grado tiene por propósito generar instancias de reflexión, análisis y evaluación de las formas en que se estudian, comprenden y ejercen las ciencias médicas actualmente. Pues se apuesta al establecimiento de prácticas que favorezcan el entendimiento entre usuarios y profesionales y que reduzcan las experiencias discriminatorias en el ámbito de la salud.

Innumerables son los ejemplos de discriminación en la práctica médica que acontecen a diario en el país, la región y el mundo, ya sea por razón de nacionalidad, ciudadanía, identidad étnica, sexual, de género, lingüística o económica. Esta discriminación lleva a las víctimas a una situación de exclusión del sistema de salud que, por un lado, profundiza las situaciones de riesgo o vulnerabilidad en la que se encuentran y, por otro, viola uno de los derechos humanos inalienables como es el derecho a la salud.

En este capítulo se pretende demostrar la importancia que reviste el respetar, valorar e integrar en igualdad de condiciones los saberes de todas las partes involucradas en el trabajo en comunidad. Una vez que se ingresa al campo de la intervención, será inevitable y esperable establecer contacto con los miembros de la comunidad, situación en la cual será también inevitable y esperable encontrarse ante individuos o grupos con esquemas culturales diferentes, que interpelan desde lo profesional, lo personal e incluso desde lo humano. Para hacer de estos encuentros entre culturas (llámense populares, académicas, técnicas, científicas) instancias de diálogo e intercambio eficaces, es menester aprehender una actitud profesional abierta y respetuosa hacia el derecho que todos los grupos sociales tienen a ser diferentes: a ver, hacer, actuar, sentir, pensar y concebir el mundo de formas distintas de las aprendidas por nosotros.

No se pretende en este manual dar recetas para la realización de un proyecto de intervención, ni un listado de actitudes válidas; se propone una invitación a reflexionar colectivamente y complejizar las maneras de entender la realidad y de intervenir sobre ella, con la única certeza de que la medicina y la partería son prácticas que se basan fundamentalmente en la relación y la comunicación entre las personas.

3.3. Nociones básicas sobre alteridad, prejuicios, estereotipos, resiliencia

3.3.1. *Alteridad*

Dícese del reconocimiento de un *otro* y sus diferencias. Estar frente a un *otro* y reconocerlo como tal supone una actitud que implica reciprocidad en las relaciones que se establezcan entre los sujetos (1).

En Hegel (2), la problemática del otro se plantea en términos de la lucha por el reconocimiento de las conciencias. Edmund Husserl (3) habla del Otro en términos de «intersubjetividad»: la conciencia es conciencia de sí, lo que lleva a la pregunta por la existencia del Otro y supone el descubrimiento de la reciprocidad de la vivencia del Otro y, por ende, la constitución de la comunidad humana. Lévinas (4), sin embargo, subrayaba la idea de alteridad y a través de ella reivindicó al sujeto y sus sentimientos, que hasta el momento habían sido dejados de lado por la filosofía. El rostro es la huella del Otro, es decir que, como no somos capaces de vernos a nosotros mismos, el rostro es nuestra «carta de presentación» ante los demás. El rostro de los Otros comunica a través de las relaciones que se establecen con ellos cómo somos y quiénes somos. Por esto, la relación con otros sujetos es un condicionante en el moldeado de nuestra identidad. Cuando frente a un Otro el Yo hace pasar su Yo como lo único válido, se está absorbiendo a ese Otro hasta anular su existencia, ya que por fuera del todo no puede haber nada. «El rostro en el que se presenta el Otro —absolutamente otro— no niega el Mismo, no lo violenta como la opinión, la autoridad o lo sobrenatural. Esta presentación es la no-violencia por excelencia, porque, en lugar de herir mi libertad, la llama a la responsabilidad y la instaura. Es paz» (5 p 216).

El autor plantea entonces la profunda necesidad de preocuparse por el Otro, de reconocerlo y empatizar con él. Y no verlo como una presencia amenazadora o alguien a quien se debe enfrentar, pues, en último término, yo existo porque el Otro existe, y por ello, nos debemos respeto y cuidado.

3.3.2. *Prejuicios, estereotipos*

Cada vez que nos enfrentamos a un suceso, persona o idea, este es interpelado desde las convicciones, pero esa interpretación que parece tan personal no es neutra, obvia ni personal como parece. Las nociones previas que se tienen o se forman sobre un evento, persona o idea en particular están ligadas a la realidad histórica (6) en la que se ha sido endoculturado. Los prejuicios anteceden incluso a uno mismo, pues son nociones aprendidas culturalmente y forman parte de la tradición en la que se crían las personas, pues «mucho antes de que nos comprendamos a nosotros mismos en la reflexión, nos estamos comprendiendo ya de una manera autoevidente en la familia, la sociedad y el estado en que vivimos» (6 p 174).

También los estereotipos responden a estas características, por lo que pueden definirse como un conjunto de imágenes e ideas (positivas o negativas) consensuadas entre los miembros de una sociedad sobre las características de un grupo en particular. A través de ellos las sociedades conforman esquemas explicativos y categorías que reflejan, explican y en ocasiones crean la realidad social. Algunos autores plantean que los prejuicios son un «consenso de opinión sobre rasgos atribuidos a un grupo» (7), y otros, como Ashmore y Del Boca, los definen como «creencias mantenidas por un individuo en relación a un grupo» (8). Así, existen estereotipos comunes en la sociedad que pueden clasificarse como estereotipos étnicos, sociales y de género, por ejemplo.

La discriminación es la manifestación explícita y externa del prejuicio, se cristaliza en comportamientos y actitudes respecto a sujetos o grupos determinados a los que se les otorga un tratamiento desfavorecedor frente al resto de la sociedad (9).

Es decir, tanto prejuicios como estereotipos—y sus manifestaciones comportamentales—son producto de la construcción de relaciones y del intercambio de sentidos entre los actores sociales que comparten un determinado contexto cultural. Y, en tanto culturales, están siempre cambiando, revisándose consciente o inconscientemente y por tanto son ideas corregibles.

3.3.3. Tolerancia y discriminación

Reconocer la diversidad intrínseca de la especie humana lleva a

el reconocimiento de varios hechos fundamentales: a) la pluralidad o diversidad de la existencia humana y, por tanto, b) la constitutiva libertad, del derecho que tiene todo ser humano a vivir, a pensar y a crear de acuerdo con sus libres preferencias y opciones. Pero la tolerancia también se basa, c) en el reconocimiento de la esencial igualdad entre los hombres, y d) la intrínseca dignidad humana, esto es, en el valor propio del ser humano que le hace merecedor de un absoluto respeto. (10 p 118)

Por esto:

la salud entendida como derecho humano no es posible de ser garantizada si no entendemos que por sobre la base biológica (que parece tan inmutable y homogénea pero que, sin embargo, tiene en cada ser humano una información que lo hace único y especial y por tanto tenemos millones de seres humanos fenotípicos y biológicamente distintos) se pueden construir muy diferentes formas de ser humano y que por ser una construcción social y cultural esas formas son dinámicas. (11 p 50)

Generalmente, se habla de tener una actitud tolerante hacia los demás como una virtud. Sin embargo, la palabra *tolerar*, según la Real Academia Española, remite a dos acepciones:

- Soportar, admitir o permitir una cosa que no gusta o no se aprueba del todo [alguien que tiene la autoridad para oponerse a ello].
- Permitir algo ilícito sin consentirlo expresamente.

Supone por tanto, más que una actitud virtuosa, una especie de sacrificio, concesión, condescendencia o favor que se hace al otro, e inevitablemente tiñe de la misma

ambigüedad al concepto de diversidad. En esta concepción la diversidad queda atrapada en la ambigüedad entre el bien y el mal: es políticamente correcta y un deber ser en el discurso, pero en la práctica no se acepta ni reconoce como una característica humana y natural, y mucho menos como un aporte positivo, sino que se fomenta la tolerancia como estrategia para llevar al diferente hacia lo común y así lograr su asimilación a la norma (12).

Iniciar una verdadera transformación del pensamiento, de la práctica social y pedagógica demanda un tipo de educación en las ciencias médicas en la que, desde el primer día de formación, se consideren la diferencia y la diversidad como elementos intrínsecos de la práctica y el ejercicio profesional.

3.3.4. Resiliencia

Del latín, *resilio* ('resalió'), que significa volver a saltar, rebotar, reanimarse. En las ciencias sociales se comienza a hablar de resiliencia a partir de los años 80 del siglo pasado en referencia a la capacidad de ciertos individuos y/o comunidades de desarrollarse y mantenerse psicológica y socialmente sanos a pesar de vivir en contextos críticos o con problemáticas complejas que los vulneran. Refiere también a la capacidad de recuperación y posibilidades de transformación de un individuo, grupo o sociedad (13).

Nace del compromiso profesional de identificar las prácticas basadas en las fortalezas, capacidades y protecciones de los usuarios para propiciar y motivar el crecimiento y el autocuidado de la comunidad. En tanto cualidad comunitaria, refiere a la capacidad del sistema social y de las instituciones para hacer frente a las adversidades y para reorganizarse posteriormente de modo que mejoren sus funciones, su estructura y su identidad.

Siguiendo a Uriarte (14), pueden encontrarse las siguientes definiciones:

- La resiliencia como estabilidad: resistencia, o la capacidad de permanecer íntegro frente al golpe o de soportar una situación difícil.
- La resiliencia como recuperación: la capacidad para volver al estado original, tener una vida significativa, productiva, de normalidad después de alguna alteración notable o daño debido a alguna situación adversa.
- La resiliencia como transformación: las personas son capaces de resistir, proteger su integridad a pesar de las amenazas y además salir fortalecidas, transformadas positivamente por la experiencia.

¿Cuándo se aplica?

Debiera poder aplicarse antes, durante y después de los sucesos, ya que la esencia de esta habilidad radica en amortiguar los embates, mantener la unión, la reciprocidad y la empatía entre los miembros de la comunidad, fundamentalmente a través de la fuerza de su tejido social, y recuperar el funcionamiento luego del embate. Para lograrlo, se apuesta al desarrollo de acciones y esfuerzos colectivos de las comunidades que promuevan incrementar su control sobre los determinantes de la salud.

Resiliencia, ¿para qué?

- para combatir la vulnerabilidad social, ambiental e institucional;
- para aportar a la política social;

- para aportar a la comprensión de las conductas humanas desde lo empírico, basándose en experiencias de vida aplicadas en las prácticas de intervención.

¿Qué permite gestionar este concepto?

El riesgo y la protección de los usuarios de la salud. Pues, en definitiva, ¿qué tan sostenible es el desarrollo si la violencia, la inseguridad, los desastres naturales o cualquier otro acontecimiento inesperado es capaz de derribar todo lo construido?

3.4. Ética en la intervención comunitaria

Las intervenciones comunitarias en el caso de Aprendizaje en Territorio tendrán como etapa previa la de caracterización, tras construir un problema de intervención. Este proceso implica la identificación de una situación social particular y concreta por los profesionales o la universidad, o a través de un pedido de la comunidad, con el objetivo de contribuir a su transformación o de generar las condiciones para ello. Lo importante en este proceso es el encuentro en cuanto a la construcción del problema relacionado por sobre todo con las nociones de participación comunitaria y fortalecimiento. La reflexión ética que surge en la puesta en marcha de estas prácticas refiere a que generar una propuesta transformadora no se visualice como un artefacto de necesidad para prácticas formativas de técnicos, estudiantes y, así, como una imposición.

Algunas características que pueden identificarse en la construcción del problema:

- Puede partir de un tema general y abstracto, de un problema concreto o de una necesidad detectada.
- El problema que se construye no es neutro, pues no existe con independencia de quien interviene.
- Un problema de intervención es tal porque quienes intervienen así lo han comprendido y definido. Este aspecto condiciona las acciones que se llevarán adelante con miras a modificar esa realidad sobre la que se intervendrá.

El problema de intervención se encuentra dentro de un marco histórico, social, político que lo determina y configura, es decir: el contexto. Este permite comprender y aprehender la complejidad de una problemática en particular. Una vez se ingresa al contexto del problema, la actitud ética es prioridad. La ética constituye un aporte sustancial a la práctica profesional. Este tipo de intervenciones hacen necesaria una autorreflexión constante o —al decir de Bourdieu— «vigilancia epistemológica». Refiere a la coherencia teórica que guarda el investigador¹⁵ entre su línea de pensamiento y su práctica investigativa; de haber incoherencias se remitirá a su marco teórico para procurar buscar y aplicar los mecanismos metodológicos que le permitan superar los obstáculos presentados. Esta actitud promueve el cuidado ético de cada paso dado en el proceso de la intervención, ya que fomenta en el interventor la capacidad de autocritica para consigo mismo y, paralelamente, promueve la

15 Hablamos de investigador o de investigaciones para salvaguardar la coherencia de cada autor, no significa que en nuestras prácticas comunitarias realicemos investigación. Pues en la etapa de caracterización, si bien investigamos relevando datos de fuentes primarias, secundarias y mediante relevamiento bibliográfico, no llevamos a cabo investigaciones científicas. Investigador aquí será utilizado entonces como sinónimo de interventor.

capacidad de crítica reflexiva para con los hechos que enfrenta y de los cuales releva datos. La vigilancia epistemológica consiste entonces en un examen permanente de las propuestas metodológicas-técnicas y de su uso.

Es decir que hay que preguntarse: ¿lo que hacemos y cómo lo hacemos aporta a nuestros objetivos?, ¿nuestros objetivos toman en cuenta las expectativas de aquellos con quienes trabajamos? Solo a partir de estas respuestas se logrará identificar tanto nuestras posibilidades de actuación frente a la problemática que se nos plantea como las debilidades de nuestra formación para dar respuesta a ella.

Para ello, es menester el *feed-back* entre la teoría como conocimiento abstracto de la realidad o explicación de un hecho de la realidad, y la praxis como la acción en la realidad en la que se pone en práctica la teoría, se refuta, se corrobora y se elabora. En ausencia de *feed-back* se produce una alienación del profesional con la sociedad y, lo que es peor, de la academia con la sociedad, lo que pone en jaque su rol de «servicio». Esto puede tener varias repercusiones negativas para la sociedad toda, pero pensando en la salud como un servicio esencial no rival ni excluyente que debería alcanzar a todo ciudadano, la alienación por la universidad de las necesidades reales y sentidas así como de las demandas producidas por la población repercute gravemente en el diseño, implementación y ejecución de políticas y en la elaboración de estrategias sobre las problemáticas sociales desde los ámbitos de poder que hacen uso directamente del conocimiento producido por la universidad.

En la actualidad las ciencias son un factor relevante para el desarrollo y funcionamiento del mundo en que vivimos, lo que nos invita a reflexionar sobre el campo de la ciencia con especial énfasis en las cuestiones relativas a los valores, la moral y la ética.

3.4.1. Falsa neutralidad

La falsa dicotomía *neutralidad axiológica-neutralidad metodológica* refiere al hecho de que ni el acto de investigar ni los motivos que llevan a hacerlo nunca son del todo objetivos. Pues, desde el punto de vista axiológico, el científico no deja de lado su sistema de valores y creencias y estos de alguna manera están en juego cuando elige qué investigar y desde qué abordaje epistémico. La investidura científica no elimina la subjetividad del científico.

Desde el punto de vista metodológico, Bourdieu et al. (15) plantean que la falsa neutralidad de las ciencias refiere a cómo en el plano instrumental de las intervenciones la metodología empleada, así como sus técnicas precisan ser constantemente revisadas. Contrario a la creencia generalizada, las propuestas técnicas y metodológicas de toda intervención conllevan acciones concretas que afectan los resultados.

La idea es que la objetividad del conocimiento no se puede obtener por la eliminación de las valoraciones y de sus componentes verdaderamente humanos, sino por la asunción y el control crítico de los elementos vitales, corpóreos, históricos y sociales del pensamiento.

3.4.2. Choque ético-cultural

Para Rebellato (16), en el trabajo de campo el profesional puede llegar a experimentar una situación ético-cultural que podríamos caracterizar como choque o contradicción. Se suele hablar, así, de «choque cultural», que tiene su origen en múltiples factores:

- personalidad del sujeto/investigador
- origen de clase
- estatus profesional

- códigos y red de relaciones
- conocimientos adquiridos y cómo los adquirió
- necesidades, creencias, etc.

Todos ellos deben ser expresados y problematizados analíticamente.

El trabajo de campo es una instancia cuestionadora tanto del sujeto como de su tarea, y también de los procesos en los que nos involucramos.

3.4.3. *Intelectual orgánico*

Embarcado en el proceso de cambio, necesita también cambiar, pues lo que hay en juego son lógicas y cosmovisiones culturales distintas que se ven enfrentadas y llevan a las luchas entre agentes en un campo. El sujeto-interventor se reconoce a sí mismo como un agente externo:

- No es autoritario.
- Permite el autodescubrimiento de los sectores con los que trabaja.
- Es por tanto un agente catalizador y no un agente de imposición.
- Incita a la participación.
- Reconoce la presencia de valores transformadores en los sujetos.

El interventor no es un sujeto neutro, un simple observador que traduce lo que ocurre en los fenómenos o procesos en los que se inserta. El interventor es un sujeto que interpreta los fenómenos y relaciones en los que participa desde sus propios modos de comprensión, normas, valores, ideas, sentimientos y modos de representación, y desde allí produce explicaciones.

Una intervención siempre «interpela la realidad a la que nos enfrentamos para transformarla de acuerdo a determinados postulados epistemológicos, éticos y políticos» (17 p 23).

3.5. Una intervención profesional es también una intervención ético-cultural

En el proceso se da inevitablemente una afectación cultural que sufren los integrantes de grupos culturales subordinados (los vecinos y vecinas, los niños, niñas y adolescentes y todo miembro de la comunidad ajeno al equipo técnico) al entrar en contacto con miembros de una cultura dominante (miembros del equipo técnico y todo profesional vinculado). Para superar esta afectación es necesario evidenciar que la propia práctica del interventor y el vínculo que entabla con su comunidad de estudio se encuentran siempre ligados a los intereses que motivan el estudio de un área o problema determinado. Por ende, es necesario romper con la creencia en la neutralidad de la ciencia para emprender el proceso de intervención. Esta actitud profundamente ética lleva a que el profesional desarrolle la capacidad de reconocer sus límites y a instalar un proceso continuo de aprendizaje en y con la comunidad de estudio.

Requiere del profesional:

- capacidad de diálogo
- develar las contradicciones
- desmitificar lo que aparece como natural

Una actitud ética en cualquier profesión implica la voluntad de establecer una relación equitativa mediante una comunicación honesta con el interlocutor y escuchar lo que tiene para decir, sin tamizar sus expresiones a través de la óptica personal, subjetiva e individualista. El extrañamiento es la actitud de realizar una inmersión en el problema concreto de intervención, observar, participar, escuchar y registrar todas y cada una de esas informaciones y transformarlas en datos. El problema es que algunas veces los profesionales son incapaces de reconocer que «el bagaje teórico y de sentido común del investigador no queda a las puertas del campo, sino que lo acompaña, pudiendo guiar, obstaculizar, distorsionar o abrir su mirada» (18 p 49).

La negación de estos hechos inevitablemente lleva a que el profesional pase por alto los códigos de conducta ética, y por ende, a que sus acciones sean percibidas por la comunidad como mera intromisión; nuestra presencia en el campo puede incluso ser sentida como una amenaza. En cambio, si el profesional mantiene la vigilancia epistemológica a lo largo de su estancia en campo, se generará insoslayablemente una cercanía con la comunidad que redundará en la posibilidad de establecer relaciones basadas en la confianza en nuestros objetivos como técnicos, en nuestra capacidad de resolución e incluso en nuestras limitantes en la resolución de aquello que esperamos intervenir; es allí donde la comunidad juega un rol fundamental mediante el cual logra tomar parte y responsabilizarse. De no encontrarse ámbitos de diálogo adecuados para depurar nuestras relaciones y comunicaciones, los técnicos y profesionales, con sus objetivos, métodos y técnicas, solo causarán molestia en los miembros de la comunidad y es probable que nuestra presencia e intervención sean tomadas como un mecanismo coercitivo y normalizador. Esto se constituirá en un obstáculo para que la comunidad muestre disposición para llegar a entendimientos mutuos y a acuerdos sobre prácticas y concepciones acerca de cómo resolver los problemas de salud que la afectan. Las prácticas deben estar centradas en las necesidades y demandas de los grupos o comunidades y no en la práctica profesional.

No olvidar que...

En el campo, el interventor es un «otro» ajeno, *no* nativo, por tanto es de suma importancia enfocar nuestro esfuerzo en producir procesos que faciliten la integración y admisión.

- entrada al campo de la intervención
- relevamiento de información
- diagnóstico
- planificación
- intervención comunitaria

3.6. Consideraciones finales

A menudo, la discusión acerca de la ética en la práctica médica se centra en que ha basado su proceder exclusivamente en un lineamiento científico, mientras que aparentemente ha dejado en el olvido su origen y su propósito *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño). Desde la ética de la intervención se cuestionarán las fronteras de las prácticas en grupos o colectivos.

A partir de aquí, se han multiplicado los debates acerca del antagonismo injustificado entre tecnicismo y humanismo que redundan en limitaciones teóricas y procedurales de la práctica médica, cuya máxima expresión es la relación médico-paciente.

El etnocentrismo es un concepto antropológico referido a la creencia de que nuestras propias conductas o valores, como individuos o grupo sociales, son siempre mejores, más adecuadas o importantes que las conductas o valores de individuos o grupos sociales diferentes. El resultado frecuente es un rechazo frente a maneras de vivir, creer o pensar que nos resultan extrañas. El etnocentrismo, característica universal presente en todas las sociedades humanas, es resultado de una ironía en nuestro aprendizaje del lenguaje y la cultura: el hecho de crecer y aprender una cultura nos hace humanos, pero el hecho de que aprendamos una cultura nos hace muy difícil aprender otra cultura de la forma profunda y natural en que aprendemos la primera; el mismo proceso que nos hace humanos también nos hace provincianos. (19 p 2)

Los aspectos humanísticos de la práctica médica como parte integrante del aprendizaje de la medicina permitirán discernir y negociar sobre mejores prácticas en un ambiente de equidad y respeto, basado en la mutua valoración entre las culturas y saberes en contacto.

Toda práctica profesional es intencionalmente directiva, introduce subrepticamente mecanismos de control y de dominación sobre las decisiones de los grupos. Es una condición inherente a nuestras formaciones, y la medicina no es excepción.

3.7. Ejercicios

Lee el siguiente artículo y contesta las preguntas a continuación:

Diversidad: Unidad asistencial especializada en medicina familiar del Saint Bois atiende a más de 120 personas transexuales (Publicado: 20.09.2016)

El Ministerio de Desarrollo Social y la Facultad de Ciencias Sociales presentaron este martes la investigación «Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois». El servicio que brinda la atención en medicina familiar y comunitaria se creó en 2010 y recibe unas 3.000 consultas por mes; y entre sus pacientes tiene a 120 personas transexuales, 33% de ellas en tratamiento hormonal.



La investigación «Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencia Saint Bois» es el resultado de un convenio entre la Dirección Nacional de Promoción Sociocultural del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Udelar) para el estudio de la diversidad sexual y las políticas públicas.

El informe de 114 páginas expresa que el Sistema Nacional de Salud aumentó la cobertura, facilitó el acceso, mejoró la calidad de las prestaciones, potenció el desarrollo de una Red de Atención Primaria en Salud en el territorio y generó programas conjuntos entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Medicina de la Udelar como las unidades docentes asistenciales.

La Unidad Docente Asistencial del Saint Bois concentra actividades de atención en medicina familiar y comunitaria, pediatría y ginecología, psicología, nutrición, salud mental, atención en alteraciones del desarrollo y fonoaudiología de 08:00 a 17:00 horas.

En febrero de 2014 se implementó un turno vespertino-nocturno de 16:00 a 22:00 horas, que disminuyó las dificultades de acceso al servicio de la población trans que vive del comercio sexual durante la noche.

Clara Niz, responsable de la Unidad Docente Asistencial del Saint Bois que se creó en 2010, dijo que el servicio concreta unas 3.000 consultas por mes, en el marco de las 9.000 historias clínicas de la población que recibe en general.

Destacó que están en contacto con 140 personas transexuales, pero a 120 de ellas se les hace un seguimiento permanente, ya que las restantes consultaron por asesoramiento y otras residen en diferentes departamentos.

«De los 120 pacientes, 40, un 33%, están hormonizados, porque es un proceso del que no se puede volver atrás y no todas las personas que están en esa condición aceptan realizárselo. El 55% de los pacientes provienen de los departamentos del interior del país».

Agregó que en la unidad se realiza atención en medicina familiar, que es una especialidad que atiende a personas de todos los géneros y todas las edades. «Es un servicio integral y las personas trans son parte de la población que atendemos», indicó.

Precisó que «las personas trans tienen todos los problemas de salud que tiene el resto de la población agravados por la vulnerabilidad en la que viven. Las necesidades también pasan por la hormonización o las cirugías de cambio de sexo».

Salud, Políticas sociales

Fuente: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/atencion-integral-a-transexuales> consultado: 21/09/16 23.01

- a. ¿Cuál es la problemática central que plantea este artículo?
- b. ¿Qué demandas realiza esa problemática al sistema de salud? ¿Y al profesional de la salud?
- c. ¿Crees que esta problemática le compete al sistema de salud? ¿Por qué?
- d. ¿Crees que es posible intervenir en esta problemática desde el aprendizaje en territorio?
- e. ¿Qué recursos precisamos para intervenir en esta problemática (materiales, económicos, humanos, tecnológicos, teóricos, metodológicos, etc.)? Justifica tu respuesta.
- f. ¿Cuál es tu posición respecto de este tema?
- g. ¿Sería posible lograr la neutralidad ideológica en nuestras prácticas? Justifica tu respuesta.

Mira este video (<https://www.youtube.com/watch?v=ObINFGqBEU0>) y luego contesta las siguientes preguntas:

Si el problema de intervención comunitaria fuera la ablación femenina y este testimonio les fuera dado por un informante de la comunidad:

- a. ¿Qué reacción crees que tendrías? ¿Y tus compañeros?
- b. ¿Crees que se generaría en el grupo un choque ético-cultural? ¿Sí o no? ¿Por qué?
- c. Si tu respuesta a la pregunta anterior fue *sí*: ¿desde qué dimensión se generaría ese choque? Si en tu respuesta identificas más de una dimensión, intenta identificar cuál sería más problemática y por qué.
- d. ¿De qué forma se podría superar este choque?
- e. ¿Qué valores éticos estarían en juego? ¿Crees que influyen de alguna forma en su práctica? ¿Cómo?
- f. ¿Qué valores y actitudes del perfil del médico y del de obstetra-partera consideras indispensables para intervenir en esta problemática? Puedes utilizar la perspectiva de derechos humanos para elaborar tus respuestas.

Referencias bibliográficas

- Jaramillo L, Aguirre J. Levinas y las ciencias sociales: fundamentos epistémicos desde la alteridad. [Internet]. 2010 [citado 23 de marzo de 2018]. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n31/n31a01.pdf>
- De Zan J. La lucha por el reconocimiento en Hegel: ¿acontecimiento moral, o antropológico? Discusión de algunas interpretaciones recientes. [Internet] [citado 23 de marzo de 2018]. Recuperado de <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/MON2010/ContrastesMON2010-123.pdf>
- Rizo R. Diferencia y otredad desde la fenomenología de Husserl. [Internet]. Areté Revista de Filosofía. 2010 [citado 10 de marzo de 2018]; 1 (22): 87-105. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/arete/v22n1/a05v22n1.pdf>
- Levinas E. Heidegger, Gagarin y Nosotros. En *Difícil libertad*. Buenos Aires. Argentina: Lilmod; 2004. p 289-291.
- Lévinas E. Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad; 2002. Salamanca, España.
- Gadamer H. Verdad y método. [Internet]. 1993 [citado 20 de enero de 2018]. Recuperado de: <http://files.bereniceblanco1.webnode.es/200000089-633d56437f/-Gadamer-Hans-Georg-Verdad-y-Metodo-I.pdf>
- Tajfel H. Differentiation between social groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations. Nueva York: York: Academic Press; 1978.
- Hamilton D. Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Hillsdale, NJ. Estados Unidos: L. Erlbaum Associates; 1981.
- Simpson G, Yinger JM. Racial and cultural minorities. An analysis of prejudices and discrimination. Nueva York: Publisher Haper and Row; 1965.
- Unesco. Tolerancia. Diccionario latinoamericano de bioética. [Internet]. 2008 [citado 3 de marzo de 2018]. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>
- Olivar F. La lengua como determinante del acceso a la salud: el caso de la comunidad sorda uruguaya. [Monografía final de diplomatura]. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales; 2017. p 50.
- Rosato et al. El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. [Internet]. 2009 [citado 10 de marzo de 2018]. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/cdyt/n39/n39a04.pdf>
- Giménez G. Cultura, territorio y migraciones. Aproximaciones teóricas. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702202.pdf>
- Uriarte J. La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Revista de Psicología Política*. [Internet]. 2013 [citado 5 de marzo de 2018]. 47: 7-18. Recuperado de <https://www.uv.es/garzon/psicologia%20politica/N47-1.pdf>
- Bourdieu et al. *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XX; 2002.
- Brenes A, Burgueño M, Casas A, Pérez E (comp.). La contradicción en el trabajo de campo. En José Luis Rebellato, intelectual radical. [Internet]. CSEAM. 2009 [citado 15 de marzo de 2018]. Recuperado de <http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2017/11/Jose%CC%81-Luis-Rebellato-intelectual-radical.pdf>
- CSEAM. Estrategia de intervención y diseño metodológico. En *Formulación de proyectos de extensión universitaria*. [Internet]. Cuadernos de Extensión 4; 2015 [citado 10 de marzo de 2018]. Recuperado de http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2015/10/02_Cuaderno_Formulacion_de_Proyectos_de_Extension.pdf
- Guber R. *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós; 2004. p 49.

Quadrelli A. La enseñanza de humanidades en medicina: reflexiones a partir de una mirada antropológica. [Internet]. 2013 [citado 20 de marzo de 2018] 6(1). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682013000100007

El proceso salud-enfermedad-atención y su determinación desde el territorio

Obst. Part. Andrea Akar

La salud es el mejor instrumento para el desarrollo y más aún, la mejor plataforma para la paz. La protección y promoción de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico social duradero y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial
OMS, 1946, Carta Constitucional



4.1. Objetivos didácticos

En el presente capítulo se abordarán aspectos conceptuales básicos sobre el proceso salud-enfermedad-atención (SEA) y su determinación desde el territorio. Para su comprensión se propone desarrollar los siguientes objetivos didácticos:

- Reflexionar sobre la evolución de las concepciones de salud construidas a lo largo de la historia y en diferentes culturas.
- Reflexionar sobre la salud como derecho humano.
- Identificar los determinantes de la salud.
- Identificar los factores protectores de la salud.

4.2. Importancia del tema

La importancia radica en la necesidad de comprender cómo las ciencias de la salud han producido su conocimiento. Por ello no deben olvidarse las conceptualizaciones que los seres humanos realizan sobre la realidad en la que están inmersos.

A lo largo de este capítulo se pretende comprender y demostrar la importancia del proceso SEA. Para ello es necesario conocer la coyuntura sociocultural e histórica, dado que esta juega un rol protagónico en las concepciones de salud-enfermedad.

En este capítulo se quiere aportar elementos para comprender el proceso SEA basado en la observación de la realidad, analizar con espíritu crítico para su comprensión. De este análisis se comprenderá la determinación social y ambiental del proceso.

Es necesario partir del concepto de que no hay una definición única y exacta de salud, esta puede ser comprendida de múltiples maneras.

4.3. Mirada histórica de las conceptualizaciones sobre salud y enfermedad

Para abordar el proceso SEA, es necesario comprender antes las distintas construcciones sociales de los conceptos de salud y de enfermedad a lo largo de la historia. Desde el punto de vista etimológico, la palabra *salud* viene del latín *salus, salutis*, ‘salud’, ‘salvación’; también ‘saludo’ en la expresión *salutem dicere*, ‘saludar’. De ahí derivan el verbo *salutare*, ‘saludar’, ‘desear salud’, y el adjetivo *salutaris*, ‘saludable’, ‘salvadora’ (1).

Desde el punto de vista antropológico, una **concepción** refiere a descripciones de la realidad de un grupo social determinado que depende de su cultura (creencias, costumbres, representaciones, valores) y del momento histórico en que esta se encuentre. La cultura de este grupo social, y con esto su forma de «ver» el mundo, será el producto principal de la situación social, económica, política y tecnológica en la que se encuentre.

Para los primeros pobladores en la prehistoria, la salud se relacionaba con la magia y el empirismo. Para el hombre primitivo las enfermedades eran producidas por demonios, espíritus malignos y agentes naturales. Se necesitaba una persona mediadora para la intervención ante lo sobrenatural. Para recuperar la salud, dado el estrecho vínculo que tenía el hombre primitivo con la naturaleza, se utilizaban hierbas, brebajes, talismanes, así como rituales y trepanaciones¹⁶ con fines curativos.

Según la paleopatología, las enfermedades que predominaban en esta época eran los traumatismos, tumores, caries, artrosis, raquitismo, osteomielitis.

Luego, en las grandes civilizaciones antiguas, como el Antiguo Egipto, la concepción de salud-enfermedad estaba fuertemente influenciada por las creencias religiosas. Las enfermedades eran causadas por el medio externo o por causas ocultas (venganza de muertos, castigo divino, maleficio de enemigos). Los sacerdotes cumplían un rol en los rituales de sanación utilizando textos inspirados en los dioses. Incluso su relación con la

¹⁶ Perforación de un hueso, comúnmente el cráneo.

muerte era particular, dada la creencia en la vida más allá de la muerte. Ellos creían en el Juicio de los Muertos, en el que el alma del fallecido era juzgada por los dioses para determinar si merecía la vida en el más allá.



En el Oriente no musulmán, la concepción sobre salud y enfermedad estaba asociada a una interpretación del ser humano como emisor y receptor de energía. La salud, por ende, es producto de un equilibrio energético. En esta concepción, se encuentran en el cuerpo compartimentos integrados entre sí que regulan el flujo energético, entre ellos la alimentación y la respiración.

En la Antigua China, se fundaba en una visión cosmológica. La fuerza vital es el dinamismo entre yang y yin, que circulan por canales en el cuerpo. Se basan en cinco elementos: madera, fuego, tierra, metal y agua. La enfermedad se produce por un desequilibrio entre

yin y yang. El desequilibrio puede desencadenarse por cambios climáticos, dieta, relaciones afectivas, etcétera. La terapéutica se basaba en la restitución de este equilibrio mediante acupuntura,¹⁷ moxibustión,¹⁸ remedios, etcétera.

En la Grecia Antigua, la aparición de Hipócrates marca una huella en la historia de la medicina occidental. Introduce una interpretación científica de la realidad a partir de la observación; menciona que la salud y la enfermedad son causadas por las condiciones de las aguas, el aire, la alimentación, las estaciones del año y el lugar donde viven las personas, dejando de lado las concepciones mágico-religiosas de otras culturas. Como ejemplo de esto, Hipócrates¹⁹ decía en uno de sus escritos: «Para conocer la salud y la enfermedad es necesario estudiar al individuo en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar al mismo tiempo las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio exterior y social» (2 p 27).

En la cultura griega, Higia²⁰ simbolizaba la creencia de que los hombres podían mantenerse sanos si vivían de acuerdo con la razón y el culto de la virtud; el ideal *mens sana in corpore sano* ('mente sana cuerpo sano') de Hipócrates (460 a. C.) consigue explicar la enfermedad a partir de la influencia de factores naturales (3 p 72).

Como ya se ha evidenciado, han existido diferentes concepciones sobre la salud a lo largo de la historia. Por mencionar algunas más, en la Edad Media (cuando las concepciones de los griegos habían sido olvidadas) se relacionaba también con una visión religiosa, en la que el pecado simbolizaba la enfermedad.

Durante la revolución industrial²¹ (1760-1840) se empieza a abandonar la explicación mágico-religiosa de las enfermedades y comienzan a evidenciarse asociaciones entre la situación de salud de la población y determinadas condiciones de vida.

En el siguiente cuadro se exponen algunas concepciones en torno al binomio salud-enfermedad, a modo de ejemplo, para seguir dimensionando una línea imaginaria del tiempo con relación al proceso SEA y sus múltiples aristas.

Origen	Concepto
C. Galeno ²² Siglo II	Sintetiza conocimientos anatómicos y sistematiza el interrogatorio clínico, inicia la semiología (2).
Organización Mundial de la Salud (OMS) ²³ 1946	«... Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (2 p 28).

17 Práctica de la medicina tradicional china que consiste en la introducción de agujas muy finas en determinados puntos del cuerpo humano para aliviar dolores, anestesiar determinadas zonas y curar ciertas enfermedades.

18 La moxibustión es un tratamiento que forma parte de la medicina tradicional china. Utiliza las hojas pulverizadas, secadas y trituradas de la planta *Artemisia vulgaris*, a la que se le da forma de cigarro denominado moxa.

19 Médico griego. Según la tradición, Hipócrates descendía de una estirpe de magos de la isla de Cos y estaba directamente emparentado con Esculapio, el dios griego de la medicina.

20 Diosa de la curación, la limpieza y la sanidad (posteriormente, también de la luna); su padre estaba relacionado con la medicina.

21 Proceso de transformación económica, social y tecnológica que se inició en la segunda mitad del siglo XVIII.

22 Médico griego, consolidó la práctica teórica de Hipócrates.

23 Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

<p>S. Allende²⁴ 1964</p>	<p>«... Un estado de bienestar personal y de eficiencia material y social, que resulta de la relación entre el hombre y su medio ambiente. Si bien la salud depende en parte del potencial biológico con el cual nacen a la vida los seres humanos, el factor decisivo en determinar el nivel de salud de un pueblo es la calidad del ambiente que exista durante la gestación, en el hogar, en la escuela, en el trabajo y, en general, en toda la sociedad. Será el ambiente el que facilite o el que detenga el desarrollo de las vastas potencialidades que cada ser representa al ser concebido. En otros términos, la ley fundamental de la salud consiste en que ella es función del nivel de vida en conjunto y de cada uno de sus componentes: la alimentación, la vivienda, el vestuario, el saneamiento, la educación, la recreación, la seguridad social, las condiciones del trabajo, la armonía entre las personas y la atención médica» (4 p 13).</p>
<p>Salleras²⁵ 1985</p>	<p>«... El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permiten los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad» (2 p 29).</p>
<p>M. Terris 1987</p>	<p>«Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (2 p 28).</p>
<p>Villar y Capote 2004</p>	<p>«Una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que condiciona niveles de bienestar físico, psicológico y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada por el modo de producción y el momento histórico de desarrollo de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social» (9 p 24).</p>

Cada una de estas concepciones ha aportado desde su lugar a la noción que hoy en día se tiene sobre el binomio salud-enfermedad.

Se intenta dejar en claro que la visión que tenemos se construye de forma sumativa. El concepto de salud ha experimentado un proceso de revisión constante. Desde mediados del siglo xx se ha producido un desplazamiento desde la búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en el individuo a la aparición de los determinantes sociales, los principales moduladores del fenómeno salud y enfermedad (3 p 71).

24 Médico cirujano y político socialista chileno.

25 Catedrático de Medicina Preventiva. Universidad de Barcelona.

4.4. Salud como derecho humano

Si se analiza el concepto de salud a partir de un marco ético, jurídico y político, la normativa internacional, específicamente la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 menciona que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (5 art 25)

Es importante resaltar que la salud es por primera vez un derecho humano universal a mediados de siglo XX. La DUDH establece facultades a las que debe poder acceder cualquier ser humano si así lo desea. En este caso, el artículo 25 hace referencia al nivel de vida adecuado que deben tener todos los individuos.

Solucionar el problema de las enfermedades ha sido la gran preocupación de la humanidad, ha marcado un sesgo en el estudio y la reflexión acerca de los fenómenos de salud-enfermedad.

En nuestro país existe la visión de la salud como derecho, basada en la DUDH. Se encuentra en la Sección II, Derechos, deberes y garantías de la Constitución de la República Oriental del Uruguay en el artículo 44:

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. (6 art 44)

En el marco de las nuevas políticas públicas nacionales en materia de salud, desde el año 2007, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18.211), se visualiza con mayor claridad el cumplimiento del artículo 44 de la Constitución del país. El objetivo de asegurar el acceso a servicios integrales de salud está orientado por los principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación.

Se introduce así un cambio sustancial en la forma de concebir el derecho a la salud en la legislación nacional; el Estado es responsable de la salud de toda la población y no solo de la población más vulnerable.

La salud es un bien universal. Por lo que todas las personas tienen derecho a ella. Esta premisa se basa en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

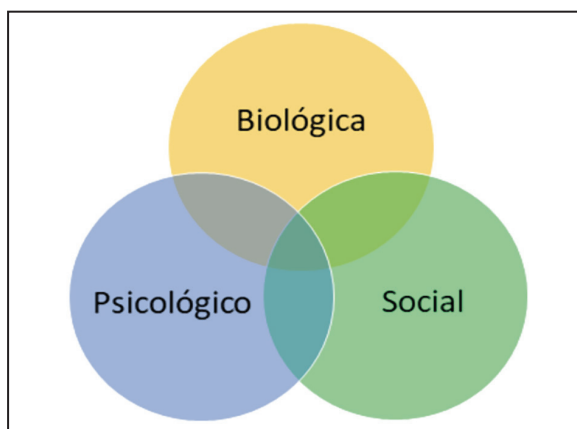
4.5. Dimensiones de la salud

La salud es entendida como un proceso de adaptación a partir del cual salud y enfermedad son fenómenos relacionados con los acontecimientos biológicos, la trayectoria personal, el entorno físico, social y cultural de las personas, en una relación que envuelve su vida (3 p 74). Contamos con tres dimensiones en salud: biológica, social y psicológica.

En conclusión, se puede decir que el estado de salud de un individuo o de una población en un momento dado es el resultado de la interacción de distintas acciones o variables en momentos distintitos (determinantes de la salud).

4.6. Determinantes de la salud

El proceso de salud de una población está dado por una serie de elementos, los determinantes, que actúan de manera interactiva. Estos elementos pueden clasificarse (como se visualiza más abajo en el esquema del modelo de capas de Dahlgren y Whitehead) en:



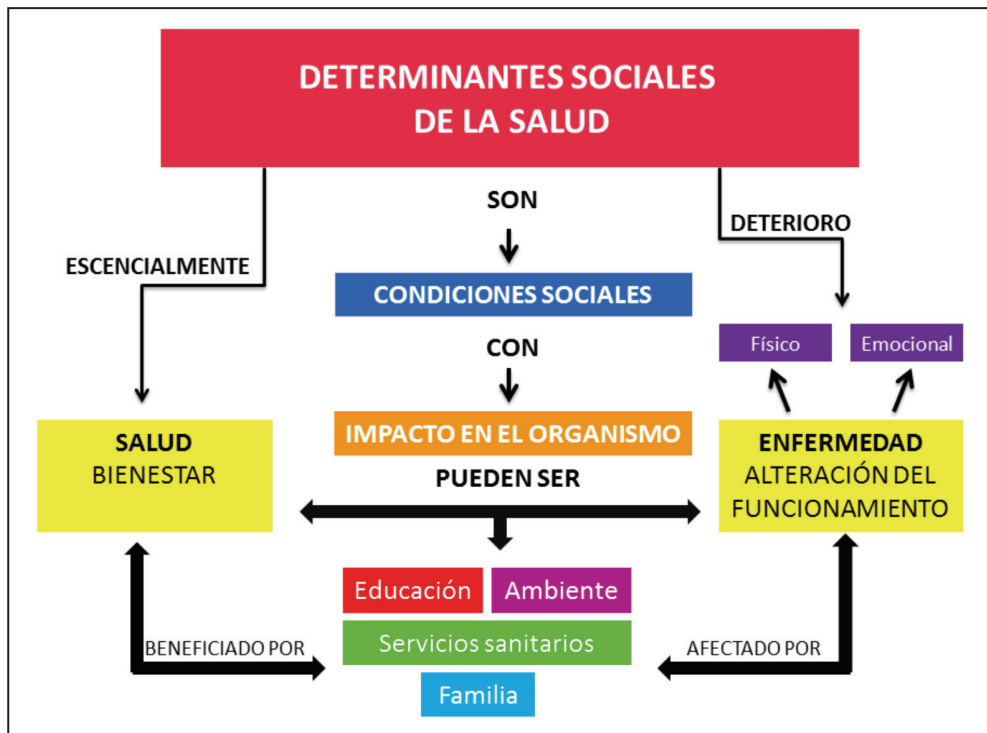
- a. organización general de un país: política, sociedad, servicios, equidad, justicia, paz, familia, protección social, etc.;
- b. determinantes demográficos: edad media, distribución de los grupos de edad;
- c. determinantes biológicos, genéticos;
- d. determinantes medioambientales: agua y su calidad, aire, entorno químico y tóxico, energético;
- e. prosperidad: renta, reparto de la riqueza;
- f. cohesión social, categorías sociales, desigualdades sociales, relaciones familiares y sociales, etc.;
- g. sistema educativo: acceso, características;
- h. valores: nivel de formación y de información, acceso;
- i. sistema de atención sanitaria: cobertura, calidad, alcance, efectos sobre la población, etc.

4.6.1. Determinantes sociales en salud

Es importante profundizar sobre los determinantes sociales en salud dada su complejidad y sus múltiples factores. Su expresión sintetiza el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el proceso de salud.

La oms y su Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud han realizado múltiples aportes sobre el tema: «por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país» (7 p 1). Se trata en particular de la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio, y el estado de su vivienda y entorno físico (7 p 1).

Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros (8 p 324).



4.7. Ejercicios

1. Describe con tus palabras los conceptos de salud y enfermedad.
2. Busca imágenes (obra artística, hallazgo arqueológico, fotografía, etc.), describe la concepción de salud que se desprende de ellas y justifica tu respuesta.
3. Para el siguiente ejercicio, divídanse en subgrupos de cinco personas. Elaboren una representación de un factor protector que tienen los individuos que debe contribuir a un estado de salud beneficioso. Para ello elijan una de las siguientes modalidades: video, audio, foto, infografía u otra manera de representación. Luego, suban esta actividad a un foro en la plataforma EVA.

4. Visualicen el video del doctor Jaime Breilh llamado *Determinación social de la salud. Hacia una salud colectiva eficiente*. https://www.youtube.com/watch?v=wBT_NpB-vev

4.8. Lecturas recomendadas

Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

Salud pública y determinantes de la salud. En W. Benia (coord.), *Temas de salud pública*, tomo 2. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR, 2009, pp. 47-63.

Referencias bibliográficas

- Salud. Etimologias.dechile.net. 2018 [citado 20 mayo 2018]. Recuperado de <http://etimologias.dechile.net/?salud>
- Berterreche R, Buglioli M, Etchebarne L, Jones JM, Vainer C. Salud y enfermedad. Conceptualización y evolución histórica. Determinantes. En Etchebarne L (comp.). *Temas de medicina preventiva y social*. Montevideo: FEFMUR; 2001.
- Palomino P, Grande ML, Linares M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*; 2014; 72(1): 71-91.
- Allende S. Plan de salud, atención médica y medicina social. Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad, Prevención y Asistencia Social; 1964.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 25. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Resolución 217; 1948.
- Constitución de la República Oriental del Uruguay. Sección II: Derechos, deberes y garantías, artículo 44; 1967.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS: Ginebra; 2008.
- López O, Escudero J, Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. *ALAMES. Revista Medicina Social*; 2008; 3(4): 323-335.
- Villar H. La salud una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio. Montevideo; 2003.

Atención primaria de salud. Reseña del sistema de salud en Uruguay. Rol del primer nivel de atención

Lic. Jessica Correia



5.1. Objetivos didácticos

- Identificar la atención primaria de salud como estrategia para favorecer la salud individual y colectiva.
- Reconocer los diferentes niveles de atención de salud.
- Reflexionar acerca del primer nivel de atención como espacio privilegiado para la atención primaria de salud.
- Comprender los principales lineamientos del sistema de salud en Uruguay en cuanto a sus modelos de atención, gestión y financiación.

5.2. Importancia del tema

Se propone trabajar este capítulo con la finalidad de identificar la atención primaria de salud (APS) como una estrategia que favorece la concreción del derecho a la salud, ya que, como veremos, involucra a todos los actores desde el conocimiento, la información y la toma de decisiones sobre su accionar saludable. Y comprender que desde el año 2007, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se implementa un modelo de atención que instauró como política pública la valoración de la promoción de salud, privilegiando al primer nivel de atención y fortaleciendo la red de policlínicas descentralizadas.

Es importante recordar que, acompañando este cambio de mirada que propone el SNIS, se ha hecho necesaria la reflexión acerca de los profesionales de la salud que se forman en la Facultad de Medicina. Es así que nace el nuevo plan de estudio de la carrera de Doctor en Medicina, en el año 2008, que busca fortalecer la formación para el primer nivel de atención.

En este capítulo se encuentra una breve conceptualización de APS, su nacimiento, contexto global y su valoración según la OMS con relación a la misiva «Salud para todos en el año 2000», así como a la organización de la atención en salud en sus diferentes niveles, haciendo hincapié en el primer nivel de atención. Finalmente se realiza una reseña del SNIS, sus principales cambios, los modos de gestión y la financiación.

5.3. Atención primaria de salud

En la ciudad de Alma Ata (Kazajistán), en la ex Unión Soviética (URSS), el 12 de setiembre de 1978, se lleva adelante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. De ella surge un documento con la misiva «Salud para todos en el año 2000». En el documento se define a la salud como

... un derecho humano fundamental y que 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. (4 p 1)

En el documento también se realiza un diagnóstico de la situación social, las inequidades a nivel mundial para el acceso a bienes y servicios básicos, para alcanzar niveles de vida saludables. Recordemos que la década del 70 estuvo teñida por la Guerra Fría, que surgió al finalizar la Segunda Guerra Mundial. En nuestro continente, «[1]a ola de dictaduras militares que, durante la década de los setenta asoló a América Latina, fue una consecuencia de la tensión generalizada y sostenida durante la segunda mitad del siglo XX, entre los dos polos que signaron el mundo luego de 1945» (1 p 1). Mientras que en África, desde la década anterior se daban procesos de independencia que, debido a las condiciones de escaso desarrollo y endeudamiento externo, lejos de ser procesos de liberación, condenaron a la población a mayores niveles de pobreza e inequidades. Según el historiador Max Ferro (2):

las principales potencias imperialistas ya no estaban interesadas en controlar las colonias desde dentro, sino ayudar a su desarrollo y en sustituir su presencia visible por un gobierno invisible, el de los grandes bancos: Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial.

Mientras los países desarrollados de Europa consolidan la Unidad Económica Europea, «la caída del régimen de Salazar en Portugal en 1974 y la muerte del general Franco en España en 1975 pone fin a las últimas dictaduras de derechas en Europa. Ambos países se comprometen a establecer gobiernos democráticos, lo que constituye un paso importante en la vía para su adhesión a la Comunidad» (3).

En este contexto mundial, se hace imprescindible crear una estrategia que vele por la paz, el respeto de los derechos humanos y la accesibilidad de los recursos favorables para la salud.

La Declaración de Alma Ata (1978) define a la APS como:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (4 p 1)

En el mismo documento se propone una definición de planes de salud territoriales, que den respuestas a las necesidades específicas de cada comunidad. Se privilegian la promoción de salud y la prevención de enfermedades; las actividades recomendadas son:

... la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. (4 p 2)

La APS implica interinstitucionalidad e intersectorialidad; esto significa que para llevarla adelante deben estar comprometidas las diferentes instituciones comunitarias, así como los diferentes sectores sociales y gubernamentales encargados de suministrar los insumos necesarios para el goce de los bienes y servicios imprescindibles para la salud. Así, por ejemplo, si pensamos en el problema de la parasitosis, para su prevención es necesario contar con agua potable, un buen sistema de saneamiento, alimentos no contaminados, además de una educación con relación al lavado de manos, utensilios, alimentos, juguetes, etcétera. Allí se conjugan las instituciones presentes en la comunidad como escuelas, CAIF, clubes de niños, policlínicas, y también los sectores gubernamentales encargados del medio ambiente (DINAMA), agua potable (OSE), saneamiento (intendencias), salud (Ministerio de Salud Pública).

Cabe resaltar que, si bien nuestro país se encontraba en dictadura, igualmente adhirió a la Declaración de Alma Ata, fue uno de los firmantes que se comprometieron a llevarla adelante.

El 21 de noviembre de 1986, se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en Canadá. Ahí surge la Carta de Ottawa, con la finalidad de conseguir el objetivo «Salud para todos en el año 2000» (5 p 1).

La propuesta que surge de esta conferencia es que la promoción de salud implica «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma» (5 p 1). Para que se pueda llevar adelante, «las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad» (5 p 1). Para ello es imprescindible la participación activa, que solo es posible si se crean políticas públicas sanas, ambientes favorables, se estimula la participación comunitaria y se favorece el desarrollo de aptitudes personales, generando autonomía y compromiso con la salud individual y colectiva.

En el 2008, a 30 años de aquella conferencia, la oms plantea que, lejos de haberse alcanzado la utopía de «salud para todos», continuaban existiendo inequidades e injusticias sociales que repercuten en la salud de las poblaciones. En agosto de 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud publicó su informe final. Sus argumentos son un llamamiento enérgico para que se preste gran atención a la salud en todas las políticas gubernamentales y en todos los sectores: «el informe defiende la atención primaria de salud como un modelo para un sistema de salud que actúa sobre las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud» (6).

Una confusión frecuente es pensar que la APS es sinónimo del primer nivel de atención. Se dedican a continuación unas líneas para exponer las diferencias.

Los servicios de salud **son organizados desde el paradigma de la medicina**, estos deben administrar sus recursos para que la atención y cuidado de la salud, **entendidos desde esta lógica**, sean los mejores posibles. La forma de organización que han llevado adelante es la división en niveles de atención según la especificidad y el grado de complejidad de las tecnologías que utilizan para la resolución de los problemas de salud. Así, pues, se diferencian tres niveles:

El primer nivel de atención, desde la mirada de la medicina:

- se define como la organización de recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes de una población [...] que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención y por procedimientos simples de recuperación y rehabilitación. (7 p 36).
- Entre sus características principales se encuentra la de ser la puerta de entrada al sistema de salud, debe garantizar la accesibilidad geográfica, cultural, de movilidad.
- En el segundo nivel de atención se desarrolla la atención a «situaciones de salud menos frecuentes y que requiere para su atención de procedimientos más complejos» (7 p 36).
- Por último, el tercer nivel de salud «se reserva a la resolución de los problemas pocos frecuentes [...] Se refiere a patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología» (7 p 36).

Ahora bien, dado que el primer nivel de atención implica las redes de efectores de salud implementadas en los diferentes territorios, y es además el punto de referencia de las personas, es un espacio fértil para llevar adelante estrategias de APS. Así como para incentivar la participación comunitaria en temas referidos a la salud ambiental, alimentaria, a la resolución de conflictos y demás temáticas referidas a la salud.

5.4. Sistema de salud en Uruguay

Desde el año 2005 en nuestro país se viene desarrollando un cambio en el modelo de atención de salud. En el año 2007 entró en vigencia la Ley 18.211, encargada de regular la creación, el funcionamiento y la financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En el artículo 3 se ponen de manifiesto los lineamientos que deben regir al SNIS, centrados en la APS, tales como promoción de salud y ambientes saludables, intersectorialidad, cobertura universal, participación social de trabajadores y usuarios, entre otros.

Gallo (8) plantea que con anterioridad existía un sistema de salud conformado por

subsistemas fragmentados, inequitativos y sin vínculo de complementariedad, que otorgaban cobertura como prestación de seguridad social únicamente al trabajador privado el cual recibía la cobertura a través de prestadores mayoritariamente privados de salud. (8 p 38).

Como contrapartida, el nuevo sistema de salud de cobertura *universal* propone una «articulación entre prestadores públicos y privados. Con un seguro nacional de salud que financia la cobertura tanto del trabajador como de su familia» (8 p 38). También están incluidos los jubilados y pensionistas.

En la Ley 18.211, se establece el Seguro Nacional de Salud, como forma de financiación del SNIS; «a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA, Ley 18.131, de 18 de mayo de 2007), y con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Seguro» (8 p 39). Para ello se fija una cuota, que surge de un monto por cápita según edad y sexo del beneficiario, y por otro lado se definen incentivos al cumplir con metas prestacionales fijadas por el Estado.

También cambia la forma de gestión, por ley se crea la Junta Nacional de Salud (JUNASA), que se encarga de «administrar el Seguro Nacional de Salud. Velar por los principios rectores y objetivos del SNIS» (8 p 40).

- Con relación al cambio de modelo de atención centrado en la APS, en el que se considere integralmente a la persona, a la familia y a la comunidad, y que integre el fomento de la promoción de la salud con trabajo en equipos capacitados para realizar diagnósticos de salud comunitaria, con el reconocimiento y capacitación de los agentes comunitarios y con el primer nivel de atención fortalecido y resolutivo, con visión integradora y que propenda a la formación de redes integradas de servicios de salud (8 p 40-41).
- Finalmente, la participación de los trabajadores y usuarios ha quedado instaurada tanto en la JUNASA, en el directorio de ASSE, como en los consejos consultivos y asesores de las instituciones de salud pública y privada.

5.5. Cambio del plan y perfil del egresado

- En el marco de los cambios planteados en la política pública en salud, en la casa de estudio se hace necesario pensar el perfil de los profesionales de la salud que egresan y su consonancia con las nuevas necesidades y exigencias.
- Es por ello que en el año 2007 el Claustro de Facultad de Medicina, y en 2008 el Consejo de Facultad de Medicina y el Consejo Directivo Central de la Udelar aprueban el nuevo plan de estudios para la carrera Doctor en Medicina.
- Para esta carrera se presenta una propuesta metodológica de formación:

Se propenderá al aprendizaje grupal, que se transforma en un fin educativo en sí mismo ya que prepara al futuro profesional para el trabajo en equipo». Por otro lado, «la presentación de los contenidos en forma de problemas servirá a lo largo de toda la carrera para activar e incentivar el aprendizaje. (9 p 3)

- Tendiente a una práctica coexistente de clínica y comunidad, con la finalidad de alcanzar el siguiente perfil del egresado de la carrera de Medicina:

un médico responsable, con sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándole durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad (9 p 3).

Así, se privilegian la reflexión, la autonomía y el compromiso ético del estudiante de medicina, quien será el responsable de su formación continua.

5.6. Ejercicio

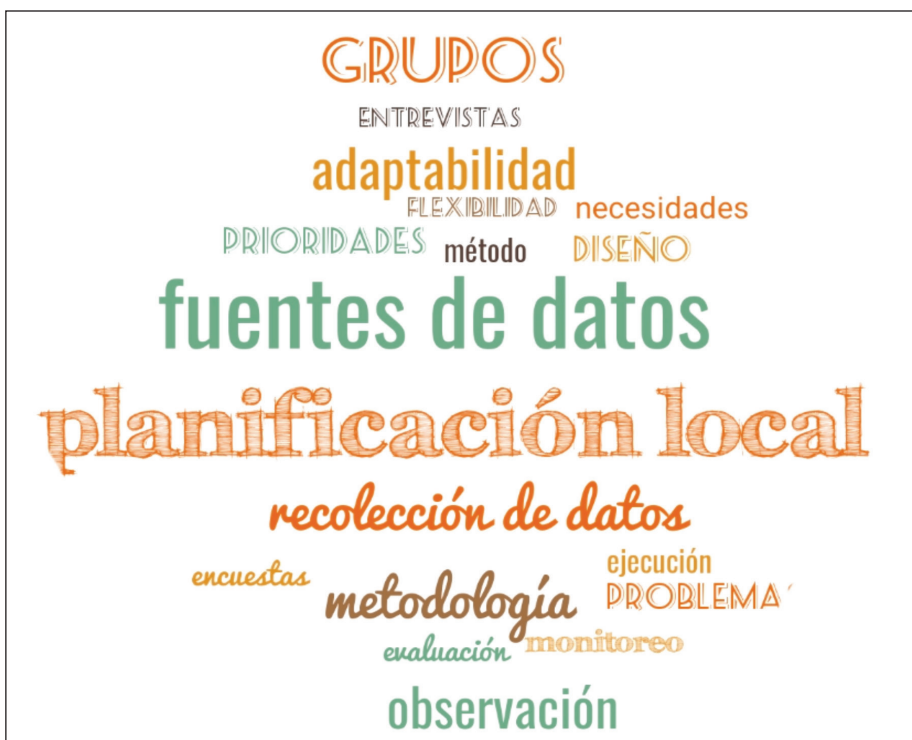
Genera una nube de palabras como las que se incluyen en el Manual, utilizando los conceptos más relevantes de este capítulo. Comparte la nube en clase y justifica con el grupo las razones de los conceptos utilizados.

Referencias bibliográficas

- Stak D. América Latina polarizada por la Guerra Fría. Las dictaduras de los 70. [Internet]. 2010 [citado 21 de abril de 2018]. Recuperado de <https://coyunturaeconomica.com/derechos-humanos/dictaduras-latinoamericanas>
- Jiménez Y. África. Utopía y realidad. [Internet]. 2009 [citado 21 de abril de 2018]. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2010/06/24/solidaridad/1277377157.html>
- Unión Europea. La Comunidad crece. Primera ampliación. [Internet]. s/d [citado 21 de abril de 2018]. Recuperado de https://europa.eu/european-union/about-eu/history/1970-1979_es
- OMS. Declaración de Alma Ata. En The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. [Internet]. 1978 [citado 4 de abril de 2018]. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en
- OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. 1986 [citado 21 de abril de 2018]. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Chan M. Regreso a Alma Ata. [Internet]. 2008 [citado 21 de abril de 2018]. Recuperado de <http://www.who.int/dg/20080915/es/>
- Vázquez R. León I. Atención primaria de salud. Primer nivel de atención. Medicina comunitaria. El cambio de modelo en medicina familiar y comunitaria. En Vignolo J, Linder. Medicina familiar y comunitaria. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2013.
- Gallo L. El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. Monitor estratégico. [Internet]. 2015 [citado 15 de diciembre de 2019]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>
- Udelar. Doctor en Medicina. Perfil de egresado. [Internet]. 2007 [citado 22 de abril de 2018]. Recuperado de <http://www.universidad.edu.uy/carreras/majorMoreInfo/majorId/118>

Planificación local de salud. Bases de la epidemiología comunitaria

Dr. David Pereyra



6.1. Objetivos didácticos

Al finalizar la lectura de este capítulo, el estudiante será capaz de:

- Identificar los pasos de la planificación local en salud.
- Reconocer las fuentes de datos.
- Identificar las técnicas de recolección de datos en campo.
- Identificar los métodos de priorización de problemas de salud.

6.2. Importancia del tema

Con la creación de un sistema de salud en Uruguay en el año 2007, amparado en la Ley 18.211 (1), se realizó un cambio en el modelo de atención, por el cual se adopta la estrategia de atención primaria de salud (APS). Esto lleva implícito un fortalecimiento del primer nivel de atención (PNA), por el rol estratégico que este posee en la atención y el cuidado de la salud de las personas. Este nivel de atención tiene la capacidad de dar la mayor resolución a los problemas de salud más frecuentes de la población, mediante el desarrollo de actividades diversas como atención centrada en la persona, promoción de salud y prevención de enfermedades, trabajo en red e intersectorial, y acciones de recuperación y rehabilitación. Asimismo, este nivel reúne los atributos básicos de accesibilidad (geográfica, económica, administrativa y cultural), coordinación con otros servicios del mismo nivel y del segundo y el tercer nivel, y longitudinalidad e integralidad de la atención; y otros atributos como orientación familiar, enfoque comunitario e idoneidad cultural.

Estas actividades o atributos son viables dada la cercanía que tienen los servicios de salud del PNA a la población, por estar insertos en el lugar donde las personas y sus familias residen, trabajan, se desarrollan, etcétera. De esto se desprende que los equipos de salud de los servicios del PNA tienen que conocer las características demográficas, ambientales, epidemiológicas y sociales del territorio de referencia y la población que en él habita; como también a las instituciones educativas, comunitarias, jurídicas, sanitarias, entre otras que se encuentran. Además de conocer estas características, es necesario implementar acciones para abordar las necesidades y los problemas de salud de la población, teniendo presentes los recursos comunitarios, para lo cual es preciso realizar una planificación local en salud.

Por ende, en este capítulo se tratará sobre la planificación local en salud (PLS), los pasos que involucra y cómo la caracterización y la intervención comunitaria se enmarcan en ese proceso. Asimismo, se describirán las fuentes y técnicas de recolección de datos para el desarrollo de una caracterización. Luego se trabajará sobre la identificación de problemas y necesidades en salud, visualizados en la caracterización, con su consiguiente priorización, teniendo en cuenta las fortalezas y los recursos de la comunidad; de este proceso se desprende un problema de intervención.

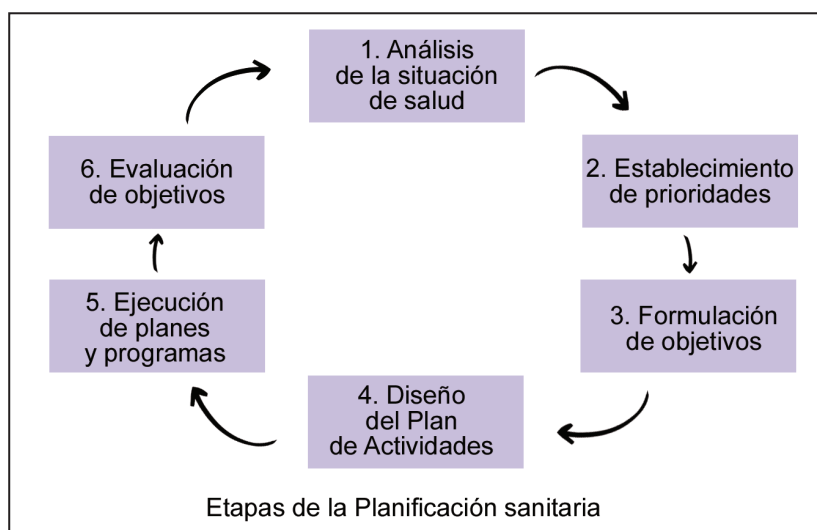
6.3. Planificación local en salud: definición y pasos

Antes de comenzar a definir la planificación local en salud (PLS), hay que pensar qué es la planificación. Según el Diccionario de la Real Academia Española, el verbo *planificar* significa ‘hacer un plan’, ‘buscar los medios necesarios para alcanzar algo’, siendo su acción la *planificación*: ‘plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado’ (2). En la vida cotidiana, en todo tiempo, los seres humanos se encuentran planificando, parten de la realidad para proyectarse al futuro.

En el contexto de la salud, una vez identificados los problemas de salud de un territorio concreto, la PLS como proceso, que se realiza antes de ejecutar cualquier proyecto, permite fijar prioridades y determinar actividades de intervención para darles soluciones. Implica tener en cuenta los recursos que se tienen al alcance y utilizarlos en forma óptima, organizar tareas en función del tiempo, monitorear la ejecución y evaluar lo realizado (3, 4).

Esta planificación debe reunir una serie de cualidades, como ser flexible, adaptable, coherente, realista e integral. La flexibilidad y adaptabilidad hacen referencia a la no linealidad del proceso, por la propia complejidad del trabajo en territorio, de los cambios en las problemáticas y en los procesos sociales involucrados, por lo que en todo momento se tiene que monitorear el desarrollo de lo planificado.

Se pueden identificar distintos momentos en la PLS, como se visualiza en el diagrama «Etapas de la planificación sanitaria». Esta comienza, como se ha mencionado, con la identificación de los problemas de salud y su posterior priorización, teniendo en cuenta los recursos con que se cuenta y el contexto. Una vez identificado el problema de salud en el que se va a intervenir, se formularán los objetivos y la estrategia para alcanzarlos, con el planteamiento de distintas actividades, con su correspondiente cronograma y plan de evaluación. Realizado esto, se vuelve a comenzar el ciclo. A continuación, se detalla cada uno de estos momentos (5).



La PLS comienza con un análisis de situación de salud (ASIS), que se define, citando a Zurro, como un «proceso sistemático de recogida de información relevante sobre aspectos sanitarios y otros aspectos no sanitarios directamente relacionados con la salud de una población» (5 p 170). El ASIS se puede desarrollar mediante el uso de distintas herramientas, como diagnóstico de situación de salud (en su variante por indicadores y/o participativo), determinación de necesidades, foro comunitario, identificación de problemas de salud, entre otras. Cuando la comunidad participa en todas las etapas del diagnóstico, este se transforma en un diagnóstico de situación de salud comunitario. En muchos casos, como aproximación a un primer contacto con un territorio desconocido para el técnico en el cual se quiere insertar, es necesario realizar una caracterización.

Esta caracterización es una etapa inicial en la que se intenta recopilar información sobre aspectos generales de un territorio particular, un primer acercamiento.

Para realizar el ASIS, es necesario recurrir a distintas **fuentes de información**, que se clasifican en dos tipos:

- **Primarias:** el investigador recaba nuevos datos por sí mismo (ej. realiza una encuesta, una entrevista) (6).
- **Secundarias:** el investigador recurre a datos ya recopilados y almacenados por otra persona (ej. historias clínicas, censo, registros) (6, 7).

Entre las fuentes primarias, se encuentran distintas **técnicas de recolección de datos** de interés y mayormente utilizadas:

- **Encuesta:** técnica que permite la recolección de datos a partir de las respuestas de las personas encuestadas. Se desarrolla de forma estructurada, presentando a cada encuestado las mismas preguntas, con el soporte de un cuestionario de encuesta en el que se recolecta información amplia (hechos u opiniones). Un aspecto importante para tener una buena aplicación del cuestionario es conocer las características culturales (ej. lenguaje, códigos, etc.) de la población a la que se le va a aplicar. Luego, los datos recabados son procesados y cuantificados para ser analizados mediante métodos estadísticos (6, 7, 8).
- **Entrevista:** otra técnica conversacional, al igual que la encuesta, en la que se da el diálogo entre dos personas (entrevistador y entrevistado). Se obtiene un dato que es la palabra, de carácter cualitativo y de análisis interpretable. La entrevista se desarrolla mediante preguntas y registro por parte del entrevistador, que sigue el objetivo de indagación. La entrevista se puede clasificar en tres tipos (7):
 - **Estructurada:** se realiza a partir de una serie de preguntas previamente estipuladas. De esta forma, se le realizarán las mismas preguntas a todos los entrevistados.
 - **Semiestructurada:** las preguntas no están previamente estipuladas, sino que se enmarcan en una serie de dimensiones o contenidos a ser indagados; el orden y la formulación de las preguntas surgen espontáneamente en base al hilo de conversación.
 - **No estructurada:** el contenido de las preguntas no está previamente marcado, solo se define el tema a indagar en la entrevista.

En las entrevistas, la mayoría de las veces, los interlocutores a los que se recurre son los *informantes calificados*. Se los define como aquellas personas integrantes de una comunidad que tienen un conocimiento específico que las vuelve calificadas en ese tema y son identificadas por el resto de la comunidad como tales (5). Para su identificación se puede recurrir a la técnica de «bola de nieve». Se realizan algunas entrevistas individuales a integrantes de la comunidad a quienes se les pregunta quién sería un referente en un tema concreto; así, se va construyendo una lista de informantes validados por la misma comunidad para luego entrevistarlos.

- **Observación simple:** técnica cualitativa en la que el instrumento es el propio observador, que observa el comportamiento no verbal de un grupo social. No hay una interacción directa del investigador-observador con el grupo social. Son de interés de observación aspectos estructurales, ambientales y sociales (9). Esta labor se puede apoyar con una grilla de observación en la que están estipuladas las dimensiones de interés.

- **Observación participante:** a diferencia de la anterior, esta técnica requiere que el investigador se adentre en el grupo social. Se da una interacción directa del investigador con los integrantes del grupo social. Esto conlleva la necesidad de permanecer más tiempo para observar al grupo social en su modo natural y así poder describir el comportamiento tanto verbal como no verbal (9).
- **Grupos de discusión:** en esta técnica cualitativa el dato que se obtiene surge de una situación discursiva de un grupo que se forma para discutir sobre un tema determinado. Se da un intercambio de ideas y opiniones. Un equipo coordinador plantea el tema y forma el grupo según criterios estructurales donde se representen las relaciones sociales de interés. Cada grupo de discusión debe estar formado por entre cinco y diez personas (10).

Otras técnicas cualitativas de recolección de datos que pueden ser variantes de las anteriores son: entrevistas en profundidad, historia de vida, foro comunitario, técnica Delphi, *brainwriting*, *brainstorming* (5, 6).

Una vez recabada la información mediante algunas de estas técnicas y fuentes secundarias, se comenzará su procesamiento y análisis. Dichos procesamiento y análisis deben estar previamente definidos y se tratará de comenzar con la construcción de indicadores, componentes o dimensiones. Ejemplo de componentes utilizados con frecuencia en la práctica para la realización de caracterizaciones de un territorio serían:

- histórico y sociocultural
- estructural
- demográfico y educativo
- socioeconómico y laboral
- ambiental
- epidemiológico y sanitario

Cada uno de estos componentes se irá construyendo a partir de una o varias fuentes de información primaria y/o secundaria. Por ejemplo, para construir el componente histórico y sociocultural se puede recurrir a entrevistas a informantes calificados que vivan en el barrio desde hace mucho tiempo y conozcan su historia, y complementar esa información con registros encontrados en la prensa, libros, actas de la comisión de vecinos del barrio u otros registros presentes en el municipio, recursos cartográficos que evidencien la evolución urbanística del barrio. Para los aspectos socioculturales, además de lo anterior, se puede recurrir a la observación simple o a una observación participante.

Luego de analizar la información obtenida, se procederá a la elaboración de la **lista de problemas y necesidades de salud**. Por *problema de salud* (11) se entiende toda queja, observación o hecho que los integrantes de la comunidad o el equipo de salud identifican y que requiera o pueda requerir una acción de estos. En cambio, la *necesidad de salud* se define como «el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación)» (12 p 382).

Esta lista deberá tener un orden y estar acompañada de agrupamientos para facilitar su posterior priorización. Los problemas y necesidades en salud identificados durante el ASIS dependen del contexto en que esté viviendo la población (5).

La **priorización de problemas** implica la determinación y el ordenamiento de los problemas de salud identificados en la lista a partir criterios como la gravedad, trascendencia, magnitud, la eficacia de la solución, su eficiencia, la factibilidad de la intervención y la disponibilidad de recursos para su abordaje. Es uno de los momentos cruciales y más complejos de la PLS. Esta etapa se enriquece si contempla la opinión de la población. Deben estar claros los métodos y los criterios utilizados en la priorización, dado que generan incertidumbres al momento de decidir qué problema se interviene y cuál no (5). A continuación, se describen algunos métodos de priorización:

I. Métodos cualitativos

- Grupo nominal: es uno de los métodos cualitativos más usados. Consiste en un grupo de consenso. Se le pide a cada miembro del grupo que interactúen por igual. Se les muestra una lista de problemas y deben llegar a un consenso en cuanto a criterios y orden de prioridad de estos (5).
- Parrilla de análisis: es una representación gráfica. Cada problema se analiza por separado, discutiendo de forma dicotómica cada criterio (ej. gravedad, sí o no) (13).
- Método Simplex: mediante un cuestionario elaborado por el equipo coordinador, se enuncian diferentes preguntas cerradas de opción única en las que figuran criterios tecnológicos, sanitarios, sociales y administrativos. Se suman las respuestas de los participantes. La puntuación dará el orden de prioridad (5, 13).

II. Métodos cuantitativos

- Método DARE (Decisión Alternative Rational Evaluation): es un método en el que se utilizan técnicas de calificación alternativas mediante las cuales cada miembro le otorga una puntuación a cada criterio, luego se decide la ponderación (o peso relativo) de cada criterio (ej. la gravedad vale el doble que la frecuencia) y finalmente se realiza la comparación y suma de todas las alternativas propuestas por cada miembro (5, 13).
- Ponderación de criterios de Blum: es similar al método DARE, pero se agrega el nivel de significación que corresponde a la suma de los productos de los valores de puntuación de cada criterio por su ponderación, dividido entre el número de criterios utilizados (13).
- Método de Hanlon: es uno de los métodos cuantitativos más usados. A cada problema se le aplican cuatro criterios y a cada uno de esos criterios se le da un puntaje (de 0 a 10). Los criterios son: A-magnitud, B-severidad, C-efectividad de la intervención, D-factibilidad de la intervención. Luego se aplica la siguiente fórmula con los puntajes otorgados a cada criterio: $[(A + B) C \times D]$. El puntaje obtenido determina el orden de los problemas a priorizar (5, 13).
- Método OPS-CENDES: fue desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud, y es un método complejo de aplicar. Se utilizan los siguientes criterios: magnitud (A), trascendencia (B), vulnerabilidad (C), eficiencia costo/resultado (D). Luego se aplica la siguiente fórmula que dará la puntuación para priorizar: $[A \times B \times C / D]$ (5, 13).
- Método AVISA: se basa en el indicador *carga de enfermedad*, elaborado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de Salud. Valora el impacto que producen las enfermedades (principalmente las crónicas), y su cuantificación toma en cuenta: años de vida perdidos, discapacidad, edad de inicio de la enfermedad, tiempo vivido con y sin enfermedad (5).
- Método ACE (análisis costo/efectividad): valora los costos de intervenciones de salud para cada problema y se comparan diferentes alternativas. La dificultad para utilizar este método es tener los datos de costos (5).

- Método **GEVER**: en este método se valora cada problema mediante cinco criterios: gravedad (G), extensión (E), vulnerabilidad (V), tendencia o evolución en el tiempo (T), repercusión local (R). A cada criterio se le otorga un puntaje de 0 a 10 para luego sumarlos sin ponderaciones (13).

Una vez realizada la priorización de problemas, se va a identificar el **problema de intervención**, que se entiende como «la identificación de una situación social particular y concreta, con el objetivo de contribuir a su transformación o de generar las condiciones para ello» (14 p 22). Este problema de intervención estará enmarcado en un problema social que lo contextualiza.

Con esto definido, se pasa a los siguientes momentos de la **PLS** que corresponden a la formulación de objetivos, el diseño de un plan de actividades y la ejecución de planes y programas. Para ello es necesario recurrir a una planificación operativa, que refiere a las actividades a desarrollar teniendo en cuenta los recursos y su uso efectivo, lo que dará como producto un programa o un proyecto.

Es importante aclarar algunos términos con relación a lo anterior.

- **Programa**: es el conjunto de actividades organizadas y coordinadas, con sus respectivas técnicas y procedimientos, con la finalidad de realizar un cambio en la situación de salud de una población. Estas actividades se realizan en ciertos plazos y en base a los recursos disponibles (5).
- **Proyecto**: es una idea que se piensa hacer; es la menor unidad dentro de una planificación, para el cumplimiento de alguno de los objetivos de un programa (15, 16).
- **Programación**: es la acción de programar; es la forma de ordenar los diferentes pasos de una acción que se va a realizar, utilizando un conjunto de actividades y con recursos y plazos determinados (15, 16). Se identifican tres etapas:
 - Determinativa
 - Ejecutiva
 - Evaluativa

Luego de ejecutado el plan, corresponde proceder al siguiente y último momento de la **PLS**, que es la evaluación del cumplimiento de los objetivos. Esto involucra la valoración del diseño del plan, su implementación, los resultados obtenidos y la eficiencia de las intervenciones. Para esta etapa es importante contar con buenos registros de todo el proceso transcurrido. La evaluación involucra tres ejes (5):

- **Evaluación de la estructura**: hace alusión a aspectos de disponibilidad, organización y funcionalidad de los servicios (edilicios, técnicos, accesibilidad).
- **Evaluación del proceso**: se refiere a cómo se desarrolló el plan y al grado de cumplimiento de las actividades.
- **Evaluación de resultados**: se relaciona con el impacto de lo realizado, el logro de los objetivos planteados y su eficiencia en el uso de los recursos.

Una vez finalizada la evaluación, se vuelve al inicio de este proceso de **PLS** que corresponde al **ASIS**. Es un proceso en espiral que continúa en forma permanente.

6.4. Ejercicios

1. Piensa un problema y realiza una planificación esquemática para abordarlo teniendo en cuenta los contenidos del capítulo.
2. La elaboración de un mapa conceptual y de un breve plan de trabajo te será de utilidad en el armado de este ejercicio.

Referencias bibliográficas

- IMPO. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18.211 [Internet]. 2007 [citada 3 marzo de 2018]. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Diccionario de la lengua española. Planificación. 23 ed. España: RAE; 2014. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=TJwPLbd>
- Autor desconocido. Planificación local participativa. Bases conceptuales.
- APRISABA C. Planificación de los servicios de salud. Serie 3. Cajamarca: Ministerio de Salud; 1998.
- Lara E, Muñoz P. Análisis de la situación y necesidades de salud de la población. En Zurro M, Solá J. Atención familiar y salud comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2011. p 169-189.
- Batthyány K, Cabrera M. (coord.) et al. Metodología de la investigación en ciencias sociales. Apuntes para un curso inicial. Montevideo: Udelar; 2011. p 85-93.
- Cea D'Ancona. Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis; 1996.
- Corbetta P. Metodología y técnicas de la investigación social. México: Mc Graw Hill; 2003.
- Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2000.
- Delgado JM, Gutiérrez J (coord.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1999.
- Torres L, Vladislavovna S, Reyes H, Villa J, Constantino P, Pérez R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria*. 2006; 38(7): 381-386.
- Torres L, Vladislavovna S, Reyes H, Villa J, Constantino P, Pérez R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria*. 2006; 38(7): 381-386.
- Rodríguez F, López F. Planificación sanitaria: desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *SEMERGEN*. 2004; 30(4): 180-189.
- CSEAM. Formulación de proyectos de extensión universitaria. Cuaderno 4. Montevideo: CSEAM; 2015.
- Garré L, Retamoso E, Varela R, Lamiqúe G, Vignolo J. Introducción a la planificación en salud. En: Vignolo J, Linder C (coord.). *Medicina familiar y comunitaria*. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR; 2013. p 277-304.
- OPS/OMS. Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América y el Caribe. Serie PALTEX, 41. Washington DC: OPS, 1999. p 226.

Aproximaciones a la promoción de la salud

Lic. Fabián Cabrera

las diferencias en el acceso a la riqueza se expresan en diferentes grupos de la sociedad en formas distintas de sufrimiento, de enfermar, de buscar curación y entendimiento, y de morir reflejando los valores, conocimientos y significados que están en juego en los campos subordinados.

María del Consuelo CHAPELALP MENDOZA



7.1. Objetivos didácticos

La promoción de la salud es una disciplina compleja y sumamente amplia, con un fructífero desarrollo que no se encuentra exento de dificultades. Para su comprensión, nos proponemos desarrollar una aproximación a ella centrada en los siguientes ejes didácticos:

- Abordar los inicios formales y los marcos referenciales iniciales de la promoción de la salud.
- Realizar una aproximación de la importancia de la promoción de la salud como estrategia para futuros profesionales del sector de la salud.
- Propiciar la comprensión de los conceptos de la promoción de la salud considerando su determinación sociohistórica.
- Abordar las dificultades y contradicciones de su cuerpo teórico-práctico.
- Visualizar mecanismos de intervención en promoción de la salud.

7.2. Importancia del tema

Cuando hablamos de promoción de la salud, puede suceder que la articulación del concepto de promoción con el de salud nos lleve a pensar que se hace referencia a las acciones que se realizan para promover un producto en una campaña publicitaria y que en este caso el producto es la salud. Sin embargo, una lectura pormenorizada del tema nos lleva a enfatizar que la promoción de la salud refiere a una enorme complejidad conceptual y procedural que apunta a fortalecer el control del/los proceso/s de salud por parte de las personas. Por ello, la promoción de la salud requiere de un acercamiento desde la formación de grado.

La importancia del tema se vincula con la necesidad de superar modelos que han producido inequidades con relación a la salud de las personas. Estos modelos explicativos y organizativos, que podemos referenciar como «tradicionales», han centrado sus acciones en la enfermedad, son hospitalocéntricos y consideran a los profesionales de la salud como los únicos portadores de las soluciones. Dichas concepciones han contribuido a la fragmentación de los sistemas de salud, promoviendo una brecha entre las personas y los profesionales. En este sentido, Menéndez²⁶ ha desarrollado el modelo médico-hegemónico (MMH), que se sustenta en una lógica paternalista que no considera la opinión o el saber de las personas en la toma de decisiones. Este modelo ha propiciado la hiperespecialización y la fragmentación del ser humano en sistemas para su abordaje.

Desde la promoción de la salud se proponen cambios relacionados con la responsabilidad y autonomía de los sujetos en los procesos de salud-enfermedad. Las estrategias desplegadas tienen como pilar la participación tanto individual como comunitaria, lo cual significa su involucramiento a partir de la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las acciones. Este posicionamiento implica a su vez un enfoque intersectorial que hace necesaria la articulación de actores que influyen en los determinantes y en la determinación de la salud. Dentro de los sectores podemos mencionar: educación, vivienda, trabajo, industria, alimentación, espacios públicos, etc. Por lo que es necesario el trabajo en conjunto.

No menos importante es pensar en las dificultades que estos cambios traen en el orden epistemológico, conceptual, práctico, social, económico, histórico y cultural al momento de afrontar los temas de la salud. La promoción de la salud plantea un cambio de paradigma que se enfrenta a las formas tradicionales de hacer las cosas. Sus propuestas implican movimientos políticos que interpelan estructuras, organizaciones e institucionalidades. Por lo tanto, se generarán resistencias que responden por un lado al mantenimiento de las anteriores concepciones y por otro a la incertidumbre que los cambios traen aparejada

26 Licenciado en Antropología por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UNBA), máster en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México, doctor en Antropología Social por la UNBA. Sus estudios abordan temas relacionados con el proceso salud-enfermedad-atención; desarrolla principalmente los conceptos del modelo médico hegemónico.

cuando se produce el abandono de los modelos que sostienen los sistemas organizativos. Las resistencias se manifiestan de forma tanto abstracta como concreta, se expresan en la organización de los sistemas de salud, los planes institucionales, los programas académicos, la distribución de los recursos, los proyectos legislativos, entre otros.

7.3. Aproximación histórica

La promoción de la salud tuvo su origen institucional el 21 de noviembre de 1986 con la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Ottawa, Canadá, cuya finalidad fue concretar el objetivo «Salud para todos en el año 2000», que había sido promulgado en la Declaración de Alma Ata en 1977. En dicha conferencia, se redactó la Carta de Ottawa, tomando como punto de partida los avances concretados en el marco de Alma Ata. No obstante, no fue esa la primera vez que se discutió sobre la promoción de la salud, ya que encontramos registros de estrategias que se relacionan con acciones de promoción en épocas de la Grecia Antigua, el Imperio romano, el cristianismo, el Renacimiento y otros períodos históricos. Por otro lado, será recién con los aportes de la medicina social, a mediados del siglo XIX, que la promoción de la salud comenzará un verdadero desarrollo. En esta época, surge con fuerza la figura del médico patólogo, politólogo, antropólogo y salubrista Rudolf Virchow, quien defiende la relación de las condiciones sociales y económicas en las causas de las enfermedades (1). Los aportes de Virchow planteaban un cambio político considerable que apuntaba al aumento del control de la población, asociando las condiciones de vida inadecuadas de las personas pobres con las enfermedades:

En términos prácticos lo que Virchow recomendaba era lo que la ps reconoce hoy como pre-requisitos para ser saludables: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, a tener un gobierno autónomo elegido por ellos, además de la separación Iglesia-Estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas), es decir (en términos actuales) empoderar esos grupos de excluidos. (1 p 21)

Encontramos otros aportes contemporáneos de la noción de promoción de la salud en Henry Sigerist, Thomas McKeown y en el Informe Lalonde. No debemos olvidar el informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos titulado *Gente sana: Informe del cirujano general sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad*, de 1979, en el que se diferencia la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad, que generó, al decir de Milton Terris (2), la confusión que actualmente tenemos entre promoción de la salud y prevención.

Uno de los precursores de los principios teórico-prácticos de la promoción de la salud fue Henry Sigerist. Este médico e historiador de la medicina occidental contribuyó enormemente a lo largo de su carrera al desarrollo de la medicina social, al promover debates y análisis críticos de la medicina de su tiempo. Los trabajos de Sigerist (1) aportaron un avance sobre nociones relacionadas con la atención primaria, las actividades de promoción de la salud, los sistemas de atención médica, entre otras. En tal sentido, en la década de 1930 propone un programa de salud que contempla los siguientes puntos:

1. Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud.
2. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente.
3. Mejores medios de recreación y descanso.
4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado.
5. Centros médicos de investigación y capacitación. (1 p 22)

Por su parte, el médico epidemiólogo e historiador británico Thomas McKeown aportó argumentos al marco teórico de la promoción de la salud. Su trabajo sobre la reducción de la mortalidad desde el siglo XVIII hasta nuestros tiempos, plasmado en numerosas publicaciones, dio lugar en los años 70 a la tesis McKeown (3). En su investigación, documentó que la reducción de la mortalidad se relacionó mucho más con los cambios económicos, nutricionales y de los estilos de vida de las personas después de la revolución industrial que con los aportes específicos de las técnicas y tecnologías médicas. Los planteos realizados por McKeown se dieron en un período histórico y sociopolítico crítico con los gastos y resultados de la medicina que llevaron a un replanteo de las estrategias médicas y de salud pública en la década de los 70. No obstante, cabe destacar que aunque los aportes de McKeown han sido muy importantes al momento de pensar la promoción de la salud, no han sido menos controversiales, discutidos y hasta refutados en gran medida por otros científicos que han empleado métodos más sofisticados de estudio del tema (3).

En 1974, el entonces ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, publicó el documento *Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses*, más conocido como el «informe Lalonde». En este documento, Lalonde (1) realiza duros cuestionamientos a las políticas de salud de su país, resaltando que los principales factores condicionantes de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes, accidentes, etc.) en Canadá no recibían los recursos necesarios en detrimento de la priorización de las áreas de salud que se dedicaban a los servicios asistenciales. El informe Lalonde propone que los principales factores que condicionan la enfermedad, los ambientales y los estilos de vida que determinan el 80 % de estas, no contaban con la misma prioridad en asignación de recursos que los servicios asistenciales. El informe fue ampliamente difundido y aclamado a nivel internacional, y repercutió posteriormente en la promoción de la salud.

La Declaración de Alma Ata en 1978 sobre atención primaria en salud (en más, APS) también ha sido de gran influencia. A continuación se transcribe el punto VI de dicha declaración, en el que se define la APS, ya que se considera de vital importancia en su articulación con la promoción de la salud:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (4 p 1)

7.4. Complejidades; la salud como proceso social, histórico y determinado

Pensar en términos de promoción de la salud implica posicionarse en una conceptualización diferente sobre el campo de la salud. Nos remite a considerar el condicionamiento político, histórico, social, económico, biológico, psicológico, antropológico del campo de la salud y dar lugar a la crisis del modelo tradicional de salud proporcionado por la biomedicina. Este paradigma sobre la salud propone un abordaje desde la complejidad, la integralidad y la multideterminación de los procesos, en el que se incluyen otros aspectos y/o dimensiones que hacen al campo y a la salud de las personas, como las necesidades básicas, las aspiraciones personales, los derechos humanos, la paz, la justicia, la vida digna, la calidad de vida, el sentir placer, tener acceso al arte, a la educación, a la cultura. Por otro lado, para varios autores, dada la complejidad, no queda claro si la promoción de la salud es una ciencia, una disciplina, una política o un programa (5 p 28). Para Bunton y Macdonald, citados por Restrepo (5 p 28), es una «disciplina académica o mejor aún un conjunto de varias disciplinas académicas», en el que se identifican política social, educación, sociología, psicología, epistemología, comunicación, filosofía, medicina y economía. Otras definiciones proponen los siguientes lineamientos:

- Para la Carta de Ottawa, «consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma» (5 p 29).
- Para la OPS-OMS, «la ps es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva» (5 p 29).
- Hancock la define como «la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder». «Puede decirse que la ps es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario, y el segundo, en el que se establece como una parte vital de la agenda política» (5 p 29).
- Nutbeam la define como «el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir» (5 p 29).
- Para Kickbusch, la «ps no es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras. Realmente se trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud» (5 p 30).

Podemos agregar un nivel más de complejidad al tema e incluir en la discusión conceptos de salud individual, salud comunitaria, salud colectiva y salud pública. La primera entendida como la salud relacionada con el sujeto. Se presenta, entonces, la dificultad de definir el estado de salud del individuo. Dicho de otra forma: ¿cuándo se tiene salud?, ¿cuándo se está saludable?, ¿cuándo se pierde la salud?, ¿es posible tener salud? Visualizando la complejidad en cuanto a las dimensiones que se articulan en la salud, comprendemos que la afectación de cualquiera de estas dimensiones repercutiría en la «pérdida» de la salud. Es así, entonces, que hablamos en términos de procesos que determinan la salud-enfermedad, por lo que un estado de salud es un ideal abstracto. En este sentido, en 1981 Laurell²⁷ (6) introduce la

27 Doctora en Medicina por la Universidad de Lanud, Suecia. Máster en Salud Pública y especialista en

noción de salud-enfermedad como proceso social, problematizando la visión de la medicina social que marcó fuertemente las líneas de intervención en el siglo xx.

En cuanto a los conceptos de salud comunitaria, salud colectiva y salud pública, nos encontramos con una enriquecedora literatura que podemos vincular con la promoción de la salud. La salud pública surge como disciplina en Estados Unidos a finales de 1920. Al decir de Saforcada²⁸ (7, 8), en la salud pública nos encontramos con dos vertientes paradigmáticas, a saber: el enfoque tradicional, con la salud colectiva como un leve diferenciador, y el modelo de salud comunitaria. La salud colectiva representa un avance en cuanto al modelo de salud tradicional, ya que incorpora en su problemática la visión de las ciencias sociales al momento de comprender los procesos de salud. Sin embargo, en cuanto al tema del poder, aunque realiza movimientos de integración de la comunidad para que tome parte de las decisiones, continúa situándolo en la esfera del equipo técnico-profesional y trabajando desde la enfermedad (7, 8).

En cuanto a la salud comunitaria, esta hace referencia a los procesos de salud positivos. Implica un paradigma de salud que gestiona sus recursos no desde la enfermedad. Este derrotero no es arbitrario, sino que ha demostrado mayor eficacia (8), dado que apunta a la mayoría de la población (la población «sana»), propiciando procesos que se contrapongan al surgimiento de la enfermedad. Mientras que el paradigma de salud tradicional hace fuerza en los aspectos clínicos y genera su praxis de intervención *en y desde* la enfermedad, centrándose en los equipos de salud como los responsables y gestores de soluciones y cambios, la salud comunitaria trabaja desde los determinantes sociales de la salud, actuando en conjunto con las personas y responsabilizándolas como gestoras de soluciones y cambios. Para los enfoques de salud comunitaria, los equipos de salud son partícipes de un proceso complejo que articula a su vez con otras disciplinas, instituciones, organizaciones sociales, etcétera. Se trabaja desde un enfoque en el que el poder de decisión está en la comunidad, lo que implica la coconstrucción del conocimiento y prioriza la participación comunitaria como generadora de cambios. La centralidad de las acciones está destinada a intervenir en las otras dimensiones del campo de la salud, sin dejar de visualizar la necesidad de los abordajes clínicos (8 p 8).

Por lo tanto podemos establecer una relación entre los principios conceptuales de la salud comunitaria y la promoción de la salud. En la línea de nuestra noción de «lo comunitario», destacamos en nuestro continente dos referentes que han dado forma al trabajo comunitario contribuyendo a su conceptualización tanto teórica como práctica: el abogado y educador brasileño Paulo Freire, junto con su esposa Elza Maia, y el sociólogo colombiano Orlando Fals Borda, también con su esposa, la socióloga María Cristina Salazar. Dentro de estas conceptualizaciones que abordan ampliamente el tema del poder y su distribución, se ha ido desarrollando el concepto inglés de *empowerment*. En nuestro idioma no encontramos una traducción fidedigna del vocablo inglés; lo más cercano son las traducciones como empoderamiento, apoderamiento y fortalecimiento. Como el concepto se relaciona con el poder, indefectiblemente trae aparejada una línea de pensamiento e

Epidemiología por la Universidad de Berkeley, California. Doctora en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Referente latinoamericana en medicina social.

28 Licenciado en Psicología. Doctor en Psicología por la Universidad de Belgrano, Argentina. Profesor consultor titular de Salud Pública y Salud Mental en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Miembro de la Comisión de Maestría de la Maestría en Salud Pública, y del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

intervención que se da en el campo de la política y que propone generar estrategias que propicien la redistribución del poder hacia aquellos más vulnerables y vulnerados. En este sentido, por ejemplo, Paulo Freire trabajó los procesos educativos como herramientas en la toma de «conciencia crítica de la realidad socioeconómica y cultural de los pobres, lo esencial estaba en acceder a instancias progresivas de un empoderamiento creciente a fin de tener el poder de tomar decisiones, dado que sin poder nada es modificable...» (8 p 8).

Hemos realizado hasta aquí una breve problematización de algunos conceptos como salud, salud pública, salud colectiva, salud comunitaria y *empowerment*, que nos parecen importantes a los efectos de ir comprendiendo la promoción de la salud.

7.5. Carta de Ottawa y las posteriores conferencias internacionales

El 21 de noviembre de 1986 se reunían en Ottawa, Canadá, los representantes de 38 países en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, organizada por la oms, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. En este encuentro se redactó la Carta de Ottawa, tomando como objetivo prioritario lo enunciado ocho años antes en la Declaración de Alma Ata: «Salud para todos en el año 2000», y se establecieron los lineamientos fundacionales y generales de la promoción de la salud:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (9)

La Carta de Ottawa, sin lugar a dudas, ha sido el marco de referencia que ha delineado los caminos epistemológicos en la continua construcción de la promoción de la salud.

Puntos centrales de la Carta de Ottawa:

- refiere a medios para mejorar la salud, sin establecer especificidades en determinados sectores ni disciplinas
- alude a mayor control, a propiciar un accionar relacionado con el ejercicio del poder de los pueblos
- asume la capacidad de los pueblos para la identificación y realización de aspiraciones, satisfacción de necesidades y generación de cambios o adaptaciones al medio
- concibe la salud como elemento generador de la vida cotidiana y no como un objetivo a alcanzar a partir de la carencia de ella
- se detiene en el aspecto positivo de la salud, pensándola desde los recursos sociales y personales, no desde la enfermedad, al momento de generar estrategias
- trasciende el concepto de vida sana y sanitarista, ampliando el campo y los actores en salud

Define además cinco líneas de acción de promoción:

- Elaboración de políticas públicas y legislación saludables
- Creación y protección de ambientes saludables
- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios sanitarios

Después de la Conferencia Internacional de Ottawa, se sucedieron otras que en la misma perspectiva de la primera han abordado los desafíos, estrategias, posibilidades, oportunidades, dificultades y compromisos para la promoción de la salud. En el siguiente recuadro presentamos sus temas centrales (10 p 2):

- Adelaida, Australia, 1988. Se abordó la necesidad de generar políticas públicas favorables a la salud y de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la materia. El intercambio también se centró en la responsabilidad de los gobiernos y entidades que controlan los recursos en la generación o falta de políticas públicas para la promoción de la salud.
- Grupo de Trabajo de la oms, 1989. Se trató la promoción de la salud en países en desarrollo. Documento *Un llamado para la acción*.
- Sundsvall, Suecia, 1991. Se debatió sobre la necesidad de generar ambientes favorables a la salud. Lo cual implica intervenir sobre determinantes físicos, socioeconómicos y políticos.
- Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1992. En ella participaron los países de América Latina. Versó sobre promoción de la salud y equidad.
- Trinidad y Tobago, 1993. Se reafirmaron los principios y compromisos con la promoción de la salud en la subregión del Caribe de habla inglesa.
- Yakarta, Indonesia, 1997. Se enfatizó la necesidad de generar oportunidades para promover la salud y la necesaria articulación con los determinantes de la salud. Como muy novedoso, se profundizó en la discusión sobre la responsabilidad social y el aumento de la capacidad de las comunidades para intervenir en su salud, así como sobre la necesidad de disponer de más recursos para cumplir con los cometidos de la promoción de la salud.
- Ciudad de México, México, 2000. Se acentuó la importancia de la promoción de la salud como estrategia fundamental en el desarrollo de los países; se problematizó el tema desde un nivel local, nacional e internacional.
- Bangkok, Tailandia, 2005. Se centró en los determinantes de la salud y los compromisos tanto locales como mundiales necesarios para avanzar.
- Nairobi, Kenia, 2009. Se abordó la necesidad de superar las diferencias en desarrollo social y en salud; se enfatizó en la ps como estrategia fundamental para alcanzarlo.
- Helsinki, Finlandia, 2013. Se abordaron determinantes como «las políticas sociales, fiscales, del medio ambiente, educación y la investigación» y las acciones que se han implementado al respecto para la concreción de la ps. El enfoque fue «salud en todas las políticas».
- Shanghái, China, 2016. Se enfocó en los determinantes y el empoderamiento. Se puntualizaron tres ejes: 1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables, y 3) reforzar los conocimientos sobre salud.

7.6. Promoción de la salud en la práctica

Empoderamiento, apoderamiento o fortalecimiento; participación comunitaria como estrategia de construcción de pertenencia y de ciudadanía; responsabilidad y autonomía en la planificación, ejecución y evaluación de procesos y políticas públicas; espacios y ambientes favorables a la salud; educación para la salud; educación popular, entre otros conceptos, han ido nutriendo el marco teórico-práctico de la promoción de la salud y las conferencias internacionales. Vista la complejidad y multifactorialidad, Chapela²⁹ (11) plantea que debe considerarse también que la promoción de la salud no está exenta de luchas de poder para «definir su carácter, especificidad y discurso». Pero, por otro lado, esto es inherente a las relaciones sociales.

Los cambios políticos, de sistemas y de los servicios de salud en favor de priorizar el ejercicio del poder de la población son movimientos que interpelan directamente a las lógicas hegemónicas de ejercicio del poder. A su vez, a medida que la promoción de la salud ha ido posicionándose, ha sido tomada por las agencias internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Organización de las Naciones Unidas), que muchas veces reinterpretan e institucionalizan la estrategia. Las agencias internacionales han incorporado la promoción de la salud a sus marcos de acción, pero muchas veces han diseñado sus estrategias desde un enfoque homogeneizador, paternalista, asistencialista e idealista, impulsado con la intención de que se reproduzca en los territorios, sin considerar las características heterogéneas de cada comunidad ni la complejidad. Por otra parte, estos procesos muestran las dificultades en el avance práctico, dado que la promoción de la salud es una estrategia fundamentalmente política y, por lo tanto, no neutral (11).

Otra dificultad que podemos encontrar, según Terris (2 p 37), es que «existe una gran confusión con relación al concepto de Promoción de la Salud...» que proviene de la publicación en 1979 en Estados Unidos del informe *Gente saludable: Informe del cirujano general sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad*. Según el autor, esta publicación limita el concepto de promoción de la salud, lo entiende a partir de un enfoque que responde a cambios en el estilo de vida, lo cual dificulta la implementación de las estrategias de promoción de la salud.

Por otra parte, se reconocen dos corrientes interpretativas de la promoción de la salud (8) que privilegian diferentes dimensiones: un modelo estadounidense de intervenciones individuales, centrado en cambios en los estilos de vida, y un modelo canadiense-europeo, que centra las intervenciones a nivel sociopolítico, que implica más actores y va más allá del sector salud, con propuestas integrales y multisectoriales.

A los efectos de problematizar el tema, podemos tomar la publicación realizada en 2016 por López et al. (12) en la que analizan y reflexionan sobre cinco paradojas de la promoción de la salud que, dada su complejidad, dificultan aún los logros. Los problemas discutidos fueron:

- el paciente *versus* la persona,
- lo individual *versus* lo colectivo,
- los profesionales de la enfermedad *versus* los profesionales de la salud,
- la salud como gasto *versus* la salud como inversión,
- los indicadores de enfermedad *versus* los indicadores de salud.

29 Doctora en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Máster en Medicina Comunitaria por la Universidad de Edimburgo. Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Londres.

Podríamos considerar que estas «cinco paradojas» significan puntos de reflexión para mejorar lo hecho hasta el momento, considerando que son los conceptos en su aplicación práctica los que encuadran las acciones. Dicho de otra forma, cuando hablamos en términos de paciente nos imaginamos o nos hacemos una idea de lo que el concepto *paciente* significa y generamos acciones en función de lo que entendemos. Lo mismo pasa cuando consideramos el concepto *persona*. Esto no quiere decir que las prácticas en salud no consideren al paciente como persona, sino que al accionar desde la noción de *paciente* nos vemos limitados y encerrados en una concepción de cómo tenemos que actuar el otro y nosotros. En este sentido, se tiende a generalizar que el paciente no sabe, recibe la atención y escasamente tienen lugar sus cuestionamientos a los técnicos y los sistemas, dado que quien sabe, quien tiene la responsabilidad, quien «manda» es el técnico por sobre el paciente. Los autores reflexionan que seguimos utilizando el concepto *paciente* en detrimento del *persona*. De esta forma, el foco y las prácticas en salud se mantienen desde un modelo reduccionista, que se centra casi exclusivamente en lo biopatológico, las necesidades del sistema y de los profesionales de atención a la salud. En cambio, un modelo de promoción de la salud en el que la persona centre las prácticas implica articular las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y del contexto. Implica compartir el poder y la responsabilidad en la toma de las decisiones con el Otro, antes paciente, construyendo una verdadera alianza e interrelación entre el profesional técnico y las personas.

Al referimos a la paradoja «lo individual *versus* lo colectivo», vemos que «lo colectivo» se relaciona con una mirada de la salud desde una perspectiva que involucra la responsabilidad y el ejercicio del poder de todas las personas y no de un solo individuo en una lógica de bien individual. El sector sanitario es considerado un actor más y no *el actor* central, dado que sus competencias son limitadas a determinada dimensión de la salud. Además, «lo colectivo» implica abordar la salud desde la educación, el entorno laboral, la industria, las estructuras económicas, las políticas públicas, entre otras dimensiones. Sin embargo, en la actualidad los planes de salud muchas veces toman a los servicios sanitarios como los únicos efectores válidos para implementación de las políticas, cuando en realidad la mayoría de las veces son efectores de atención médica. Por otro lado, se identifica que los procesos de participación (fundamentales en la promoción de la salud) se reducen a campañas informativas o de consulta, sin una participación real en la toma de decisiones ni en el diseño de los planes.

La promoción de la salud implica un compromiso ciudadano con la construcción de la responsabilidad, de nuevas lógicas de ejercicio del poder que redunden en la toma de control por parte de las personas. Asimismo, es necesario el abandono del modelo paternalista por parte de los profesionales de la salud, y no solo por parte de la gente. Se trata de promover decisiones en conjunto, compartidas, y de superar la paradoja «profesionales de la enfermedad *versus* profesionales de la salud». El aumento del control por parte de las personas requiere fomentar los conocimientos, actitudes y habilidades que posibiliten la participación, así como también profesionales con sólidas competencias académicas en cuanto a procesos participativos y comunitarios. Lo capital aquí es la necesidad formativa de los profesionales de la salud para superar el modelo centrado en la enfermedad. Actualmente los profesionales de la salud intentan trabajar desde procesos participativos y comunitarios, pero más desde la buena intención que desde la formación. Recordemos que formarse en procesos participativos y comunitarios conlleva un alto nivel de complejidad. Históricamente hemos priorizado un modelo clínico de abordaje de la salud con una la

lógica médico-especialista, paternalista y desde la enfermedad. Por lo que las prácticas en salud se traducen en abordajes en los que el poder sigue residiendo principalmente en la medicina y se reproduce un analfabetismo en salud.

Por otro lado, es necesario generar indicadores para conocer y valorar las características de un fenómeno. En el enfoque actual persiste la construcción de indicadores que se asocian a la enfermedad (indicadores de riesgo, morbilidad, mortalidad, etc.). Sin desconocer que los indicadores de enfermedad también son necesarios, es preciso comenzar a desarrollar indicadores de factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud que vayan en consonancia con la salud positiva; indicadores de fortalecimiento, independencia, autonomía, redes de apoyo, recursos institucionales, valores socioculturales, condiciones de vida. Superar la paradoja «indicadores de enfermedad *versus* los indicadores de salud».

Finalmente se plantea la necesidad de trascender el concepto de la salud como gasto para pasar al de la salud como inversión. Para el desarrollo de la promoción de la salud precisamos modificar las relaciones intersectoriales, el financiamiento y el control de estos. En este sentido, la redistribución de presupuesto hacia la formación de recursos humanos en el primer nivel de atención (PNA) y hacia los servicios del PNA se ha visto retrasada y muchas veces dificultada. Esta redistribución en el sector sanitario, por ejemplo, no implica grandes desembolsos presupuestales en comparación con los que demandan otros elementos del sistema sanitario. Pero sí requiere reformas organizativas e incorporación de profesionales sólidamente formados en promoción de la salud, lo que contrarresta los nichos de poder actuales. Por otro lado, implica presión, redistribución y apoyo económico para fomentar la participación y el compromiso de asociaciones comunitarias, el empresariado, los medios de comunicación, entre otros. Todo lo anterior deja entrever una falta de «estructuración, coordinación y financiamiento» (10) de la promoción de la salud que nos hace reflexionar sobre las razones de tal problemática.

Una posible respuesta es que aún vemos la salud como un gasto y no consideramos los beneficios que la inversión en salud y más precisamente en promoción de la salud tiene para la sostenibilidad del sistema sanitario, la mejora de la productividad y el bienestar social.

Han transcurrido 30 años desde la declaración de la Carta de Ottawa, y en América Latina quedan aspectos que deben ser objeto de intervención para profundizar en promoción de la salud. No obstante, y a pesar de que persisten desigualdades en términos de inequidad social, el ejercicio del poder, así como una reducida intervención sobre la determinación social de la salud, la región ha tenido algunos avances políticos y socioeconómicos. El compromiso entonces será superar el paradigma de la salud individual como un bien-valor de mercado que ha generado prácticas y conocimiento que transformaron a los pacientes en clientes y a la enfermedad en el centro potenciador de mercancías vendibles (10). La enfermedad como generadora de acciones de salud en una sociedad mercantilizada dificulta los procesos de fortalecimiento, apoderamiento o emancipación para mejorar la salud de los pueblos (11). Los modelos de educación para la salud confeccionados por los gobiernos en articulación con las agencias internacionales la mayoría de las veces no incorporan la participación comunitaria³⁰ y/o reinterpretan la participación como la posibilidad de opinar, pero no de incidir realmente.

30 Entendida esta como la implicación de los ciudadanos en el diseño, ejecución, control y evaluación de las políticas, considerando además su conocimiento y valores sobre los temas, entre otros aspectos que hacen a la participación comunitaria.

7.7. Promoción de la salud emancipatoria

No obstante las dificultades que necesitamos visualizar para actuar en consecuencia, existen posibilidades de acción para fortalecer y propiciar la participación en una construcción de ciudadanía y en definitiva avanzar en la promoción de la salud.

Como mecanismos estratégicos tenemos la *educación para la salud* y los procesos de participación comunitarios. La primera entendida como «el conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente, incluyendo formas de comunicación, con objeto de mejorar el conocimiento sobre la salud y el desarrollo de habilidades para la vida, que puedan conducir tanto a la salud individual como colectiva», según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre los modelos interpretativos de la educación para la salud, algunos consideran a las personas como receptoras del conocimiento, otros incluyen una visión participativa e integradora. En este sentido, los aportes de Freire en cuanto a la educación popular son los que más se articulan con la noción de promoción de la salud tal como la elaboramos en este texto. El pedagogo brasileño aporta un marco que articula la educación, la participación y la inclusión del Otro, las condiciones sociopolíticas en las que se desarrollan y reproducen las relaciones entre los sujetos y las lógicas de ejercicio-perpetuación del poder por determinados segmentos de la sociedad. La emancipación a que apunta el trabajo de Freire se asocia a la emancipación que podemos pensar desde la promoción de la salud.

Desde la noción entonces de la promoción de la salud emancipatoria (11) se piensa la salud como la condición primaria de emancipación, en contraposición a la promoción de la salud empoderante, que articula el fortalecimiento como proceso de poder y de control. La promoción de la salud empoderante define y propone una forma ética «mediante la provisión de medios para que los sujetos valoren sus propios deseos, actitudes y conductas en relación con los que les ofrecen los expertos en promoción de la salud» (11 p 10). Por otro lado, según la misma autora (11 p 10), la promoción de la salud emancipatoria «considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o de las instituciones y, con base en ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y prácticas». Las acciones desde el último enfoque requieren del desarrollo de valores, conocimiento y habilidades tanto individuales como colectivos para lograr comunicación efectiva, fortalecimiento y capacidad de gestión, así como acceder al campo político desde donde transformar los determinantes sociales de la salud (11).

7.8. Ejercicios

1. Elabora una línea de tiempo descriptiva sobre los antecedentes históricos de la promoción de la salud. Articula la línea con hechos histórico-políticos relevantes y problematízalos en función de la promoción de la salud.
2. Realiza una síntesis que describa cómo llevar a cabo la promoción de la salud.
3. En el capítulo hemos tratado la promoción de la salud articulada con la salud comunitaria. ¿Qué aspectos fundamentales de la salud comunitaria articulamos con la promoción de la salud? Justifica tu respuesta.
4. Desarrolla en una presentación la dimensión política de la promoción de la salud.

7.9. Lecturas recomendadas y ejercicios

- Empoderamiento, apoderamiento, fortalecimiento; ¿en cuál de estos términos hemos profundizado cuando hablamos de promoción de la salud? Justifica tu respuesta.
- Escoje una comunidad que conozcas y elabora líneas de fortalecimiento en función de los principios de la promoción de la salud.

Lectura para responder: Montero M. El fortalecimiento en la comunidad. En *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós, 2004, pp. 59-91.

- Busca el siguiente artículo y analiza la promoción de la salud emancipatoria.

Chapela M. *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. [Internet]. Universidad Nacional de Rosario 2015 [citado 4 de noviembre de 2017]. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-066.pdf>

Referencias bibliográficas

- Restrepo H, Málaga H. Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá D. C. Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda.; 2001. p 15-22.
- Terris M. Conceptos sobre promoción de la salud: Dualidades en la teoría de la salud pública. En *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC EUA; Organización Panamericana de la Salud; 1996. p 37-45.
- Colgrove J. The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence [Internet] National Center for Biotechnology Information. 2002 [citado 30 de octubre de 2017]. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447153/>
- Declaración de Alma Ata [Internet]. Organización Mundial de la Salud [citado 4 de noviembre de 2107]. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Restrepo H, Málaga H. Conceptos y definiciones. En *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá D. C. Colombia. Editorial Médica Internacional Ltda.; 2001. p 24-32.
- Laurell C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina [Internet]. Asociación Médica de Rosario. 2015 [citado 4 de noviembre de 2017]. Recuperado de <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>
- Saforcada E. Acerca del concepto de salud comunitaria. [Internet]. 2010 [citado 4 de noviembre de 2017]; 1(1): 7-19. Recuperado de <http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>
- Saforcada E. Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y le enfermedad. [Internet]. 2012 [citado 4 de noviembre de 2017]; 37, 7-22. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100002
- OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. 1986 [citado 30 de noviembre de 2017]. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- López O, Canga N, Mujika A, Pardavila M, Belintxon M, Serrano I, Pumar M. Cinco paradojas de la promoción de la salud [Internet]. Elsevier España, SLU. 2016 [citado 20 de noviembre de 2017]. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.011>
- Chapela M. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. [Internet]. Universidad Nacional de Rosario 2015 [citado 4 de noviembre de 2017]. Recuperado de http://proinapsa.uis.edu.co/redcaps/Biblioteca/Promocion%20salud%20critica/Promocion_de_la_Salud.pdf

Prevención cuaternaria

Lic. Fabián Cabrera

primum nil nocere



8.1. Objetivos didácticos

Desde mediados del siglo xx la medicina ha tenido un considerable crecimiento en el número de especialidades, tecnologías y enfermedades. Algunas ramas, por ejemplo Jamouille (1), construyeron sus propios manuales diagnósticos, como es el caso del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM), que engloba actualmente más de 350 «condiciones». En este frenesí diagnóstico, terapéutico e intervencionista, nos proponemos acercar al estudiante a la prevención cuaternaria como alternativa reflexivo-crítica sobre la práctica médica y en el campo de la salud, para lo cual nos centramos en los siguientes ejes didácticos:

- Abordar los inicios y la historia de la prevención cuaternaria.
- Aproximar al estudiante a los principales conceptos de la prevención cuaternaria.

- Propiciar la comprensión de la prevención cuaternaria desde una perspectiva ético-político-científica.
- Visualizar a la prevención cuaternaria como estrategia en la práctica diaria de la medicina y en el campo de la salud.
- Visualizar mecanismos de intervención en prevención cuaternaria.

8.2. Importancia del tema

La prevención cuaternaria es una disciplina de reflexión y crítica desde una perspectiva ético-político-científica de las intervenciones médicas, por considerar que muchas de nuestras acciones pueden generar más perjuicios que beneficios. En el siglo pasado, la medicina y las ciencias de la salud fueron protagonistas de un formidable desarrollo que ha continuado en el siglo XXI. No obstante, en el desarrollo de estos beneficios se identificaron daños generados por algunas intervenciones en el área de la salud.

En este sentido, es importante acercarnos a la perspectiva de prevención cuaternaria, dado el creciente intervencionismo y medicalización de la sociedad. Abordando los componentes sociopolíticos que atraviesan la prevención cuaternaria y que aportan a pensarla desde la complejidad más allá de los clásicos niveles de prevención de Leavell y Clark, nos proponemos pensar la prevención a partir de los intereses, motivaciones y consecuencias de prácticas que provienen de determinados modelos de la medicina.

Al decir de La Valle³¹ (2), varios autores señalan que la medicina se construye de forma dialéctica en una continuidad histórica, ideológica y sociopolítica, y actualmente es atravesada por lógicas de mercado. Esto genera presiones que favorecen estrategias que llevan en parte a transformar la medicina en un bien de mercado con cuestionables fundamentos científicos en muchas de sus intervenciones. Con esta afirmación no queremos decir que la medicina carezca de científicidad, sino todo lo contrario; es preciso salvaguardar el carácter de arte y disciplina que se nutre de la ciencia, para no caer en una práctica mercantilizada vendedora de productos y soluciones.

La prevención cuaternaria entonces atravesará todos los niveles de prevención, visualizando y problematizando prácticas que solemos pensar como inocuas. Nos proporciona una «actitud crítica» (3) que tiende a estar presente en cada instancia, sea esta preventiva,³² diagnóstica, terapéutica o de rehabilitación, y que apunta a una praxis que beneficie a las personas, evite daños y base nuestra práctica médica en los principios bioéticos y en la mejor evidencia científica disponible.

31 Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires. Profesor asistente del Departamento Académico de Ciencias Humanas del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

32 Cada vez más vemos que la prevención que asumimos como inocua puede generar muchos daños y la aplicamos en personas que a priori pensamos que están sanas. Doctora Virginia Cardozo.

8.3. Aproximación histórica

La prevención cuaternaria (P4) tiene sus inicios en 1986 con las propuestas del doctor en medicina general Marc Jamouille.³³ Fue incorporada en el diccionario WONCA³⁴ en el año 1999 como «Acción implementada para identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas e innecesarias y proponerles procedimientos y/o cuidados éticamente aceptables (ex-MBE)».

Fueron los trabajos de Leavell y Clark, a fines de 1940, asociando el concepto de prevención al de la historia natural de la enfermedad, quienes plantearon los tres niveles de prevención por todos conocidos: prevención primaria, secundaria y terciaria. Este es el modelo que más se ha desarrollado y aplicado en la práctica de la medicina y de las ciencias de la salud. Si bien ha proporcionado muchos beneficios a la salud de las poblaciones, como por ejemplo las prácticas de inmunización, no es menos pertinente considerar también los daños que el modelo produce en la misma implementación de sus acciones. Muchas veces se produce un traspaso de las fronteras de la enfermedad, aspectos cotidianos de la vida pasan a ser objetivos de intervenciones médicas, en una suerte de «contrato preventivo» (2), asociado a una lógica de medicalización de la sociedad, mercantilización de la medicina y *disease mongering*.³⁵ A esta coyuntura tenemos que sumar la crisis planteada en el modelo médico hegemónico (MMH) para satisfacer las necesidades de salud de las personas. Marc Jamouille plantea que el ensañamiento preventivo del profesional de la salud se embarca en una guerra contra la enfermedad utilizando todos los medios disponibles para esto, sin medir consecuencias. En su entrenamiento, el médico «arrastra» irresistiblemente al paciente hacia la enfermedad.

Esta medicalización de la sociedad, desarrollada fuertemente desde el siglo XIX, trae consigo la transformación de la medicina en una estrategia biopolítica de control social. En este sentido (2), la prevención cuaternaria (P4) es «un movimiento que se nutre de distintas corrientes» con múltiples aportes y antecedentes, como *La historia de la medicalización*, de Michael Foucault; *Némesis médica*, de Iván Illich, Michael Balint, entre otros referentes académicos. Como vemos, la P4 implica una revisión crítica, reflexiva y ética. Sin embargo, y a pesar de sus fuertes fundamentos, según un artículo publicado por De Vito (4), actualmente no encontramos en los buscadores MESH a la prevención cuaternaria, ni como P4 ni como *quaternary prevention*. Esto podría responder a los cuestionamientos a la industria médica, la medicina y la salud como un bien de mercado, la sobreintervención de las personas y la crítica a la industria farmacéutica.

Se han formado grupos de P4 en España, Francia, Alemania, Italia, Portugal, Brasil, Argentina, Uruguay, Perú, Canadá, Vietnam, China y Bolivia. Así, la P4 se va transformando en un movimiento mundial.

33 Doctor en medicina familiar belga. Miembro del Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (WICC), dedicado a las clasificaciones y terminologías en atención primaria.

34 World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

35 Promoción de enfermedades. Refiere al aumento de relevancia de enfermedades, trastornos, padecimientos o malestares por parte de la industria farmacológica, lo que motiva una prescripción innecesaria.

8.4. Nociones sobre P4

La noción de P4 interpela directamente la relación de la medicina con el afán idealista del pensamiento positivista en el cual la ciencia y el progreso son siempre para el bien de la humanidad. Realiza una reflexión crítica acerca de las intervenciones médicas, recordándonos que la medicina tiene la capacidad de generar daños en las personas «no solamente por impericia o ignorancia» (5), sino por su propio ejercicio. Desde este enfoque se busca evitar los excesos de la medicina en sus distintas intervenciones: preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación (5). La P4 debería estar presente en cada momento de la relación con el médico, interviniendo para evitar sobreinformación, sobretratamiento, sobrediagnóstico, sobretamizaje y sobrevacunación. Es decir que:

incluye temas tan variados de la práctica médica como los aspectos éticos, las decisiones compartidas, los cuidados centrados en la persona, conflictos de intereses, la crisis de la medicina basada en la evidencia y el financiamiento de la investigación. La principal herramienta que disponemos, para enfrentar estos tiempos turbulentos es la promoción del pensamiento crítico. (7)

Es un pensamiento que nos invita a detenernos a pensar: ¿qué estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo? Para ello, privilegiamos una máxima de la medicina como disciplina científica: la **duda**. Marc Jamouille dirá que (7):

La prevención cuaternaria implica una estrecha autovigilancia del médico a sí mismo, una especie de permanente control de calidad sustentado en la conciencia del posible daño a provocar a sus pacientes, incluso sin intención. La prevención cuaternaria también requiere comprender que la medicina se basa en una relación y esta relación debe ser verdaderamente terapéutica, respetando la autonomía de los pacientes y de los médicos.

El doctor Juan Gérvas³⁶ define como

Prevención Cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Se evita el daño obviando actitudes innecesarias. Se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación. Se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica. (7 p 18)

Ahora bien, los daños a los que se refiere Gérvas al hablar de los «excesos de la medicina» son aquellos causados por la medicina con su práctica, procedimientos, tratamientos, sistemas sanitarios, políticas de salud, etcétera. Por lo que la propuesta de la P4 surge como respuesta al desarrollo de una medicina basada en la tecnificación, la tecnologización, la industria farmacéutica y la fragmentación del ser humano en múltiples especialidades, lo que genera una vorágine de intervenciones muchas veces innecesarias y con poca evidencia científica. Además se identifica una lógica de mercado que acompaña a las prácticas médicas y que propicia un modelo de salud comercial en el que no está permitido enfermar, ser gordo, ser feo, ser viejo. En consecuencia, se generan intervenciones en el cuerpo, en la mente y en la sociedad que son innecesarias, pero se pretenden necesarias y consumen recursos en detrimento de las personas más vulnerables y vulneradas. Se potencia el ideal de eterna belleza, juventud y éxito.

36 Doctor en Medicina, especialista en Medicina Familiar y General.

Posicionándonos desde una mirada ética, política, económica, científica y médica de la P4, según De Vito, deben considerarse los siguientes principios (6):

- La salud es un derecho y no un objeto de mercado.
- La salud no puede ser comprendida analizando solamente el sector salud y prescindiendo de su contexto.
- Los determinantes de la salud exceden la mera cantidad de recurso disponible.
- Es preciso hacer notar que el exceso de médicos y hospitales puede resultar perjudicial para la salud pública.
- La medicina como ciencia es predominantemente social.
- El ejercicio de la medicina es un arte y, como tal, subjetivo, local, audaz y falible.
- La definición de un sistema de salud es política y forma parte indisoluble de la definición del modelo de país al que pertenece.
- El ejercicio de la medicina está atravesado y determinado por la política y los médicos; en consecuencia, estos no deben ser actores pasivos, deben aportar su visión particular de la sociedad y participar en la definición del modelo a seguir.
- La APS solo funcionará si está integrada a un sistema de salud.
- La medicina general-familiar debe ser una especialidad transversal.
- La complejidad debe ser definida en función de la capacidad de resolución de problemas de los agentes de salud y no en función de la tecnología.
- Los conocimientos son bienes sociales.
- El modelo de médico actual, caracterizado como MMH, es reduccionista, deshumanizado, fragmentado y mercantilista. Este modelo no sirve a la gente ni a los trabajadores de la salud. Debemos pensar una nueva forma de ser médico.

8.5. Prevención cuaternaria en la práctica

La P4 ha tenido repercusiones en áreas como la salud mental, la niñez, la prevención, el cribaje o *screening* y las enfermedades inventadas, en que el sobrediagnóstico es una problemática frecuente. Un ejemplo es lo que ha sucedido con la salud mental (6), en la que encontramos la medicalización de la angustia transformada en depresión y el TADH³⁷ o la timidez vista como fobia social.

Consideraremos la aplicación práctica de la P4 en la reseña del trabajo *¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo* (8), de Pizzanelli.³⁸

En este orden, el autor refiere que existe una diferencia entre tamizaje y diagnóstico precoz. El primero es una estrategia que involucra actividades dentro de la prevención secundaria en aras de identificar una enfermedad en forma masiva en una población sana. La enfermedad ya se encuentra instalada en la población y se aspira a reducir la mortalidad mediante «algún tipo de intervención en etapa presintomática» (8 p 2). Todo ello nos diferencia el tamizaje del diagnóstico o detección precoz, que es una acción individual.

En el ensayo se abordan el tamizaje innecesario, el sin indicación médica e inducido y

37 Trastorno de déficit atencional e hiperactividad. Un enunciado creado en 1968 e incorporado en el DSM II. No obstante, se puede recoger en la actualidad la publicación del 2 de febrero de 2012 del semanario alemán *Der Spiegel*, donde cita que antes de su muerte, el psiquiatra Leon Eisenberg, padre científico del TDAH, refiere que este es una enfermedad ficticia.

38 Doctor en Medicina y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria por la Facultad de Medicina de la Udelar. Máster en Investigación en Atención Primaria, Epidemiología por la Universidad Miguel Hernández de Elche. Profesor adjunto en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Udelar. Coordinador del grupo de trabajo de Prevención Cuaternaria de CIMF-WONCA.

el obligatorio. Por lo tanto, no debemos olvidar que la P4 se desarrolla a través de toda la práctica médica, y que el tamizaje es solamente un ejemplo de los muchos que podemos encontrar.

Según Pizzanelli, existe una controversia ética en torno a las estrategias de tamizaje y sus excesos: los programas de tamizaje deben asegurar que la intervención propuesta brinde mayores beneficios que daños, deben estar centrados en la equidad, ya que ellos suelen consumir muchos recursos que podrían ser destinados a otras políticas sociosanitarias, y finalmente está el uso de la información del tamizaje por los profesionales de la salud. Un resultado positivo en un tamizaje solamente está «clasificando a un individuo en un grupo de probable mayor riesgo» (8 p 2), por lo que en toda prueba debe ser considerada la sensibilidad, la especificidad, los resultados falsos positivos o negativos. Pueden darse falsos positivos con sobrediagnóstico que impactan en las decisiones y «costos que provocan las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que desencadenan» (8 p 3). Un ejemplo «icónico de tamizaje innecesario» y del conflicto de intereses del que la medicina no está exenta es el caso del tamizaje del cáncer de próstata por el antígeno prostático específico en sangre (PSA). Al decir de Pizzanelli, existe evidencia que sostiene que este tamizaje provoca daños y escaso o nulo impacto en salvar vidas, sin embargo muchos profesionales, asociaciones e instituciones promueven su utilización. En el 2009, el US Preventive Services Task Force (USPSTF) afirmó que el tamizaje del cáncer de próstata no ofrecía beneficios netos. Sin embargo, los resultados fueron ocultados deliberadamente y sus conclusiones fueron publicadas tiempo después en un artículo en *New York Time Magazine*. Este hecho precipitó la creación de un comité independiente de expertos que tuvo que difundir los resultados. Actualmente el tamizaje de cáncer de próstata por PSA tiene evidencia tipo D.

Existen gran cantidad de empresas que ofrecen servicios tecnológicos para la detección de enfermedades. Es lo que Pizzanelli (8) refiere como tamizaje sin indicación médica y tamizaje inducido. Se ha ido generando una cultura de la eterna juventud y belleza, un ideal de no enfermedad y de miedo a estar enfermo. Los medios de comunicación abonan este miedo a la enfermedad muchas veces a partir de fuentes sumamente dudosas en cuanto a confiabilidad, calidad, sesgos y afectaciones por conflictos de intereses. Gran parte de la población se ve inmersa en estos «cánones» y se transforma en consumidora de productos médicos. Las personas se someten a procedimientos no indicados que pueden culminar con «incidentalomas».³⁹

Cuando describe el tamizaje obligatorio, el autor hace referencia a aquel que ha sido reglamentado por leyes, decretos y/u ordenanzas que van más allá de nuestra voluntad. Desde la ética se plantea la protección de la «autonomía y autodeterminación de los individuos» (8 p 4). Como profesionales se nos plantea un conflicto ético cuando aconsejamos pruebas de tamizaje, ya que se entrecruzan lo que se tiene de conocimiento y experiencia sobre el respectivo tamizaje y el mandato de la organización o institución. En este sentido, la autonomía y la autodeterminación entran en tensión dialéctica con las pruebas de tamizaje obligatorias al momento de someterse a una de ellas. El conflicto se enuncia en la tensión «del bien común y el ejercicio del derecho individual en las decisiones sobre el propio cuerpo y la vida» (8 p 4). Seguramente cada caso tiene que ser visualizado en su particularidad, y deben diferenciarse las implicancias que cada uno tiene. No cumplir

39 Un incidentaloma es el hallazgo fortuito de una «anomalía» que no se asocia con molestias, alteraciones funcionales, enfermedad o muerte, pero que activa la preocupación de las personas, de su entorno, moviliza recursos individuales, familiares, institucionales, etcétera, resultando en gran parte ser benignos.

un plan de vacunación puede tener consecuencias en la comunidad, pero es diferente cuando el tamizaje afecta el cuerpo de una persona en función de afecciones que no dañan a terceros, como es el caso del cáncer de mama y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Finalmente (7), el tamizaje en exceso por su frecuencia es otra práctica que necesitamos repensar, ya que el aumento de la realización de pruebas de tamizaje aumenta la probabilidad de encontrar falsos positivos con sus concomitantes consecuencias.

El aumento de las estrategias preventivas nos ha llevado a una búsqueda casi incuestionada de la enfermedad en poblaciones que no tienen tales enfermedades. «Se está preconizando que las intervenciones sanitarias sean lo más precoces posibles, con más diversidad y para más problemas de salud» (6), lo que aumenta la probabilidad de generar daños que superen los beneficios. Con respecto al balance entre los beneficios y los costos, La Valle (6) dirá que «un serio problema es la falta de transparencia y rigurosidad, la ausencia de datos precisos». En tal sentido refiere que la «coordinación de los cuidados es parte de la prevención cuaternaria ya que defiende al paciente de los excesos de la atención fragmentada de algunos especialistas».

Recordemos lo que Rudolf Virchow decía en el siglo XIX (6): «Los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción. La medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala».

8.6. Ejercicios

1. Responde lo más completamente posible: ¿Por qué hablamos de la prevención cuaternaria desde un enfoque ético-político-científico?
2. Busca ejemplos de excesos de la medicina en las siguientes cuatro áreas: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Desarrolla la noción de actitud cuaternaria y la de práctica médica transversalizada por la P4.
4. Explica el enunciado que se refiere a la P4 en todos los niveles de prevención, incluso en la P4. Ejemplifica tu justificación.

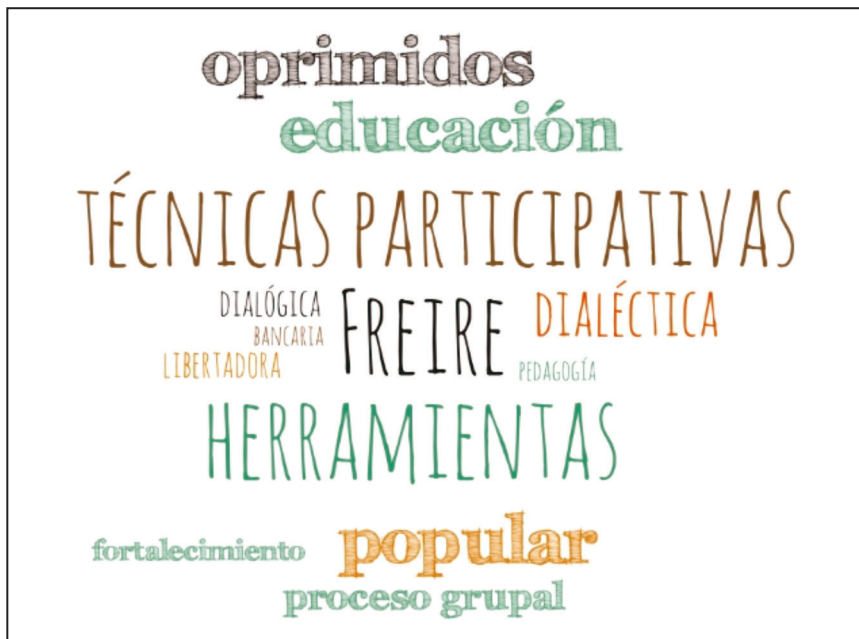
Referencias bibliográficas

- Jamoulle M, Gomes LF. Prevenção quaternária e limites em medicina [Internet]. 2013 [citado 5 de diciembre de 2017]; 9(31): 186-191. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)867)
- La Valle R. ¿Qué es la prevención cuaternaria (P4) y cómo llegamos a ella? [Internet] 2015 Scielo [citado 30 de noviembre de 2017]. Recuperado de <https://es.slideshare.net/natho/2015-la-valle-r-qu-es-la-p4-y-omo-llegamos-a-ella-editorial-j-biomed-1>
- Jamoulle M. Una perspectiva de la relación médico-paciente: de la prevención cuaternaria a la actitud cuaternaria. 4.º Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar y Comunitaria 2015 [video en internet]. YouTube. 20 de junio de 2015 [citado 5 de diciembre de 2017]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=NxOgzePHG1o>
- La Valle R. Prevención cuaternaria o la medicina sin corbata. [Internet]. 2015 [citado 30 de noviembre de 2017]; 12(2): 5-6. Recuperado de <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000727.pdf>
- Camacho JG, De Gracia LJ. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF Actual en Med Fam. 2012; 8(6): 312-317.
- De Vito E. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. Medicina [Internet]. 2013 [citado 30 de noviembre de 2017]. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200018

- WONCA Global Family Doctor. Un número especial sobre «prevención cuaternaria» [Internet]. 2015 [citado 10 de diciembre de 2017] Recuperado de <http://www.wonca.net/News/UnnumeroespecialsobrePreveincinCuaternaria.aspx>
- Pizzanelli M. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo [Internet]. 2015 [citado 5 de diciembre de 2017]; 10(35): 1-7. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/279237415_Overscreening_o_preveincin_a_escala_humana_Tamizaje_excesivo
- Cuba S, Morena L. Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. [Internet]. 2016 [citado 30 de noviembre de 2017]; 33(1): 65-69. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a10v33n1.pdf>

Educación popular y educación para la salud: metodologías de intervención en y con la comunidad

Lic. Jessica Correia



9.1. Objetivos didácticos

- Comprender las estrategias de la educación para la salud.
- Reflexionar sobre los aportes de la educación popular a la educación para la salud.
- Comprender el valor de las técnicas participativas en la educación para la salud.
- Identificar las diferencias entre los conceptos de grupo, proceso grupal y equipo de trabajo.

9.2. Importancia del tema

Me lo contaron y lo olvidé, lo vi y lo entendí, lo hice y lo aprendí.

CONFUCIO

Se define trabajar esta unidad temática como una forma de problematizar la transmisión de conocimientos, de reflexionar teóricamente sobre otras maneras posibles de coconstruir estrategias para la mejor calidad de vida de todos los participantes involucrados en los procesos de intervención en y con la comunidad. Mirar desde otro lugar, desnaturalizar las clásicas metodologías que incrementan la asimetría de roles y poder es una tarea ética al momento de ir al encuentro de otros convocados a la participación.

Pensar las intervenciones en y con la comunidad nos desafía a considerar los escenarios de acción posibles y nuestra postura frente a lo diferente. Intervenir en la comunidad implica ir hacia nuevos territorios, barrios, localidades, muchas veces alejados de nuestra cotidianidad. Trabajar *con* implica romper con los prejuicios de un saber dominante, académico, para lograr la apertura a nuevos saberes, diferentes, contradictorios, místicos, para juntos problematizar, coconstruyendo algo nuevo.

En este capítulo se efectúa un breve recorrido histórico por los ítems más relevantes desde el origen a la actualidad de la educación popular en América Latina. Se encuentran algunas definiciones de educación popular y educación bancaria. Luego se trabaja la concepción de educación para la salud (EPS) como estrategia de la APS. Finalmente, se definen las técnicas participativas como herramientas para los trabajos en y con la comunidad.

Se desarrollan los conceptos de grupo, proceso grupal y equipo de trabajo, y se convoca a la reflexión sobre las diferentes formas de estar y organizarse a la hora de trabajar en cursos prácticos territoriales y en los encuentros con la comunidad.

9.3. Breve recorrido histórico de la educación popular en América Latina

La educación popular es una propuesta pedagógica de praxis transformadora, emancipadora, que surge con fuerza en la décadas del 60 y 70 del siglo pasado. Es parte de un proceso histórico, ya que «no emergió como una fórmula mágica sino que se entrelazó con muchas respuestas y tendencias políticas y sociohistóricas» (1 p 435). Podemos ubicar como propulsores a la Revolución cubana, la nueva visión de la Iglesia católica propuesta en el Concilio Vaticano II y en Medellín, la teología de la liberación, los movimientos estudiantiles del 68, principalmente en Argentina y México. Sin olvidar que la década del 70 está teñida por dictaduras cívico-militares en América Latina y por la denominada Guerra Fría, con el eje Estados Unidos-Unión Soviética.

La educación para adultos es el centro de preocupación de muchos movimientos sociales de la época, sobre todo en el medio campesino y rural. Paulo Freire en 1970 publica su libro *Pedagogía del oprimido*, en el que plasma una nueva filosofía de la educación, de carácter pedagógico-político, basada en sus prácticas, al plantear «una forma innovadora de establecer las relaciones entre la educación y el ser humano, la sociedad y la cultura» (2 p 5). Se defiende una propuesta antagónica a la llamada educación bancaria y se comienza a hablar de una pedagogía liberadora del oprimido, basada en la dialéctica marxista.

En la década del 80, el resurgimiento de las democracias en el continente latinoamericano y la revolución nicaragüense dan origen a un nuevo orden social. Se generan movimientos con fuerte participación comunitaria, en los que confluyen educación popular y organización popular; los temas de agenda son alfabetización y educación básica, así como «concepción metodológica dialéctica, derechos humanos, educación política, salud, comunicación popular, sociedad civil y Estado, e investigación acción participativa» (2 p 6).

En la década del 90 se genera una crisis global, con el fin de las utopías, marcado por la en ese entonces reciente caída del Muro de Berlín. En el nuevo milenio las organizaciones e instituciones que trabajan en educación popular se han dedicado a la reflexión, renovación e incorporación de nuevos referentes, como el Movimiento de Trabajadores Rurales sin Tierra de Brasil y el Movimiento Zapatista en México, así como nuevas experiencias de presupuestos participativos llevadas adelante en diferentes regiones (2).

9.4. Educación bancaria y educación popular

La educación bancaria es aquella de la que hemos sido testigos y partícipes durante la mayor parte de nuestras vidas. Parte del preconceito de que existe una persona que sabe, educador, adulto, profesional, con sólido conocimiento científico, y otra que no sabe, generalmente de menor edad, a quien se debe llenar de conocimiento. El educador crea una «narración de contenidos [...] que tienden a petrificarse [...] sean estos valores o dimensiones empíricas de la realidad» (3 p 71). Freire señala que esa narración es transmitida por el educador como algo incuestionable, recortado de su contexto original, de forma atemporal, a un alumno sumiso, abierto a recibirla como verdad absoluta. No se generan espacios de comunicación, sino que el educador crea enunciados que el educando repite memorísticamente.

La educación popular propone como alternativa una comunicación dialógica, un encuentro entre personas que reflexionan y aprenden para crear un nuevo mundo; todos tenemos un conocimiento para compartir y este se construye en forma colectiva. En palabras de Freire (3), «nuestro papel no es hablar al pueblo sobre nuestra visión del mundo, o intentar imponerla a él, sino dialogar con él sobre su visión y la nuestra» (3 p 111). Se debe reconocer que la forma de ver el mundo de una persona es también su forma de actuar con los otros y su medio. Por ello cuando se trabaja con personas, se deben conocer sus formas de vida, sus recursos, carencias, sufrimientos, alegrías. En fin, reconocer la «comprensión que tienen del [...] mundo, condicionada por la realidad concreta que en parte la explica» (4 p 53). No significa que para respetar las visiones de los otros diferentes «el educador tenga que acomodarse a su nivel de lectura del mundo» (4 p 54).

9.5. Educación para la salud (EPS)

La EPS es una estrategia que surge entrelazada con la APS. A partir de la Declaración de Alma Ata en 1978, se visualiza una nueva forma de comprender la salud, se considera imprescindible el compromiso e involucramiento de la población y se apuesta a la participación de las familias y las comunidades para el desarrollo de la salud (5).

En 1986, la Carta de Ottawa propone la EPS como estrategia para materializar la misiva de «Salud para todos en el año 2000», propuesta en Alma Ata ocho años antes. Allí se habla de la necesidad de «proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida la población se

prepare para las diferentes etapas, [...] y afronte las enfermedades y lesiones crónicas» (6 p 3). Reconoce en las escuelas, familias, instituciones de salud, lugares de trabajo espacios adecuados para la promoción de salud. A partir de este momento, la promoción de salud se complejiza, ya que obliga a la integración de nuevos protagonistas (agentes comunitarios, educadores, investigadores, profesionales de la salud), así como a la creación de formas de comunicación participativa; la información circula por diferentes canales y actores sociales, favoreciendo «la formación continua de todos, y al fortalecimiento de las capacidades individuales, colectivas e institucionales» (7 p 10).

La oms define a la EPS como «las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad» (8 p 13).

Pérez et al. (9 p 10) proponen que la EPS es una herramienta tanto para la prevención, cura y rehabilitación de enfermedades como para la promoción de salud. Las claves son considerar a la salud como un derecho fundamental y una condición para la vida. Reconocer los entornos, medios de producción, lugares de estudios, los factores ambientales y los valores socioculturales como «condicionantes de la situación de salud de las personas, grupos y comunidades». Asimismo, reconoce «a las personas como protagonistas de su propia salud y de su propia vida». El intercambio de saberes entre técnicos y comunidad es esencial para esto.

UNESCO (10 p 3) considera a la educación como «un factor determinante en la salud». Reconoce a la EPS como concepto centrado en los procesos de aprendizaje y el «fortalecimiento de la autonomía».

La EPS es considerada una pedagogía que actúa en diferentes niveles de acuerdo al «problema de salud que se quiere abordar, a las personas que va dirigida, y al escenario en el cual se va a implementar» (5 p 202). Su misión es transmitir conocimientos que apunten a la promoción de salud, estimulación y motivación para que las personas adquieran hábitos saludables y alcancen a transformar el espacio que habitan. Para ello este debe ser: interinstitucional, intersectorial, interdisciplinario y transdisciplinario, y puede estar dirigido a diferentes niveles: masivo, grupal, individual (5 p 202).

9.6. Técnicas participativas: herramientas de la educación popular que aportan a la educación para la salud

La metodología participativa es una propuesta alternativa a la educación tradicional (bancaria), que tiene por objetivo favorecer la participación activa de las personas en los procesos educativos. «Promueve el aprendizaje y estimula un mayor involucramiento entre las personas participantes y la temática que se estudia» (11 p 14).

Para involucrar a las personas en los procesos de aprendizaje, hace falta encontrar aquellos temas que les son de interés o preocupación, y reconocer los conocimientos previos con los que cuentan.

Las técnicas participativas son herramientas; es preciso conocerlas como tales y conocer sus alcances y limitaciones al momento de utilizarlas, ya que por sí solas no son educativas ni pedagógicas ni producen efectos transformadores.

Las principales características de estas técnicas son su carácter dialéctico y dialógico, ya que parten siempre de la práctica, de lo que las personas saben, sienten y creen sobre

un tema concreto. Implican un proceso de sistematización y teorización que permite transformar, mejorar las prácticas para «regresar con nuevos elementos que permitan que el conocimiento inicial, la situación, el sentir del cual partimos, ahora nos lo podemos explicar y entender, integral y científicamente» (12 p 4).

Para que estas técnicas sean participativas verdaderamente, deben «desarrollar un proceso colectivo de discusión y reflexión. Permiten socializar el conocimiento individual, enriquecer, y potenciar realmente el conocimiento colectivo» (12 p 5).

9.6.1. Construyendo nuestra caja de herramientas

Recordemos que al momento de planificar una actividad con estas técnicas, hay que definir el tema que se pretende abordar, plantearse objetivos, conocer el ambiente físico, la cantidad de personas que van a participar, las características de estas personas (edad, discapacidad, creencias religiosas, etc.), el tiempo que se va a trabajar. Luego, identificar los recursos humanos y materiales necesarios para su implementación. Es importante sentirse cómodo con la técnica, ya que no le podemos solicitar a otra persona que realice algo que nos da vergüenza o que nosotros no haríamos.

Existen muchos manuales que se han encargado de sistematizar diferentes técnicas participativas que favorecen el encuentro y el trabajo con otras personas. Aquí quedan algunas sugerencias:

- *Metodologías participativas. Manual.* Red Cimas http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf
- *Herramientas para la participación social.* Red Cimas. <http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/11/GUIA-HERRAMIENTAS-PARA-LA-PARTICIPACION-SOCIAL.pdf>
- *Técnicas participativas para la educación popular*, tomo I. Alforja. <https://docenteslibresmdq.files.wordpress.com/2014/04/cide-tecnicas-participativas-para-la-educacion-popular-ilustradas.pdf>
- *Técnicas participativas para la educación popular*, tomo II. Alforja. <http://mercursosocialsolidario.org/valijapedagogica/archivos/hd/1-juego-engano/TecnicasParticipativasEducacionPopular.EdHumanitas.Tomo2.pdf>
- *Manual de técnicas participativas.* IIRSA. http://www.iirsa.org/admin_iirsa_web/Uploads/Documents/ease_taller08_m6_anexo2.pdf

¿Te animas a buscar otros para aportar a tus compañeros/as?

9.7. Grupo, proceso grupal, equipo de trabajo

Han pasado algunas clases ya, y se ha generado un grupo, seguramente ya conoces a tus compañeros/as y a tu docente tutor/a. Sabes quién será el primero/a en romper los silencios, quién estudia con mayor profundidad los temas, quién discute más, y hasta quién es más optimista al momento de emprender un trabajo.

Diferentes autores se han dedicado a estudiar los grupos y han elaborado distintas definiciones, tarea que no ha sido simple.

La palabra *grupo* etimológicamente proviene del italiano *groppo*, y es un «termino técnico de las bellas artes que designa a varios individuos, pintados o esculpidos, que componen un tema» (13 p 9).

Martín-Baró (14 p 1) propone que «grupo [...] es un término muy abstracto, que remite a realidades diferentes». Sherif y Sherif definen al grupo como «una unidad social que consta de una cierta cantidad de individuos que tienen unos con otros relaciones de rol y de status, que se han estabilizado en cierto grado en ese momento, y que poseen un conjunto propio de valores o normas que regulan su comportamiento, al menos en asuntos que tienen consecuencias para el grupo» (14 p 5).

«Kurt Lewin define al grupo por la interdependencia de sus miembros, Cattel, por la satisfacción que procura a las necesidades de sus miembros, Moreno, por las afinidades entre ellos, Homans y Bales, por las comunicaciones en el interior del grupo, y la interacción que de ella resulta entre todos los miembros» (13 p 23).

Desde la perspectiva psicosocial, se caracterizan de la siguiente manera:

- **Grupo pequeño:** es aquel que tiene un número reducido de personas que interactúan entre sí directamente, sin la necesidad de un mediador (13 p 23).
- **Grupo primario:** son los constituidos por una «asociación y cooperación íntima, y frente a frente» (13 p 23). Se genera cierta fusión entre los integrantes y aparece la denominación *nosotros*, que da cuenta de procesos de identificación entre los miembros. Los lazos tienden a ser afectivos; la solidaridad y la búsqueda de beneficios colectivos nacen espontáneamente. Un ejemplo claro de este grupo es la familia o los amigos/as.
- **Grupo secundario:** son organizaciones sociales, está regido por normas jurídicas, económicas y políticas. Las relaciones son formales y las comunicaciones muchas veces por escrito. La facultad, la empresa, el hospital son algunos ejemplos (13 p 23).

En Cuadrado et al. (15) se cita a Pichon-Rivière cuando plantea que el grupo es «un conjunto social, identificable y estructurado, caracterizado por un número restringido de individuos y en el interior del cual se establecen lazos recíprocos y desempeñan roles, conforme a normas de conducta y valores comunes a la persecución de sus objetivos» (p 170).

Todas las personas han integrado grupos a lo largo de su vida, por ello tienen ideas preconcebidas sobre cómo es estar en grupo, y de allí se desprende el aprendizaje de diferentes roles que se adjudican y asumen en distintos momentos. Pichon-Rivière (15) propone los siguientes roles:

- **portavoz** es aquella persona que pone de manifiesto el sentimiento del grupo, dice cuál es el problema grupal;
- **chivo expiatorio** es aquel en quien se depositan los malestares grupales, a quien se responsabiliza cuando las cosas no andan bien;
- **saboteador** es quien nunca está conforme con lo propuesto y siempre intenta que las cosas fracasen, se niega al cambio;
- **líder positivo** suele ser un dinamizador de las tareas, mantiene la motivación del grupo, logra que se realicen las propuestas. Lo saludable es que estos roles circulen y que no queden encriptados en las mismas personas.

Pichon-Rivière conceptualiza el **grupo operativo** como aquel creado por un conjunto de personas para operativizar el aprendizaje. El proceso grupal cruza tres etapas, la **pretarea** es aquel momento en que el grupo se prepara, es cuando los integrantes comienzan a conocerse. En ese momento existen dos temores fundamentales, a la pérdida de viejas estructuras y al ataque de lo nuevo.

La **tarea** es cuando el grupo ha elaborado esos miedos y se pone en acción, planifica, trabaja, construye. Finalmente, en el **proyecto**, el grupo logra trascender el aquí y ahora, lo que permite elaborar el sentimiento de pérdida ante el final del grupo que ha realizado la tarea. Constituye parte del aprendizaje el cuestionar y desnaturalizar los roles adjudicados-asumidos por cada participante, así como hacer explícitos los temores en cada etapa.

Kurt Lewin plantea el grupo como un «todo dinámico», en el que el «sistema grupal se encuentra en un continuo proceso de cambio» (14 p 10). Lewin considera que los grupos son los generadores de los cambios sociales, y teoriza tres etapas: la primera, de «descongelamiento de hábitos establecidos»; la segunda, de «inducción de los nuevos conocimientos deseados», y la tercera, de «recongelación de esos comportamientos recién inducidos hasta establecerlos como hábitos» (14 p 10).

Tomando en cuenta la propuesta de Lewin, podemos considerar los grupos como un espacio óptimo para llevar adelante tareas de promoción de salud, un terreno fértil para la EPS.

A partir de lo mencionado hasta aquí, podemos visualizar la riqueza de los grupos para el aprendizaje y el cambio social, pero dado que no cuentan con roles fijos, no son la mejor organización para llevar adelante la coordinación de tareas; para ello lo mejor es constituirse como equipo de trabajo.

Belbin (16) define al equipo como: «Un número limitado de personas seleccionadas para trabajar juntas a favor de un objetivo compartido y de una manera que permita a cada persona realizar una contribución distintiva» (p 2). Este autor habla de la distribución de roles dentro del equipo de trabajo para potenciar la producción colectiva. A diferencia del grupo, en el que los roles responden a una necesidad grupal inconsciente, aquí son definidos en función de nuestra forma de hacer y vincularnos.

En palabras de Belbin (16), un rol es «una tendencia a comportarnos, contribuir y relacionarnos con otros de una manera determinada» (p 6). En este caso, la clasificación propuesta es la siguiente:

Cerebros: personas creativas, que aportan ideas al equipo, suelen resolver los retos más complicados. **Investigadores de recursos:** suelen ser extrovertidos, con capacidad negociadora, son los que suelen conectar al equipo con el exterior. **Monitores evaluadores:** personas autocontroladas, reflexivas, con gran capacidad crítica, son las más indicadas para analizar problemas, así como para evaluar posibles respuestas, sugerencias y soluciones. **Coordinadores:** tienen la capacidad de lograr que otras personas trabajen en pos de un objetivo común, gran capacidad de delegación de tareas. **Impulsores:** personas competitivas, motivadas a nuevos desafíos, suelen aportar al equipo el impulso para generar nuevas tareas y la resolución de trabajo bajo presión. **Cohesionadores:** aquellas personas sociables, diplomáticas, flexibles, concertantes, que evitan que se generen conflictos entre los integrantes del equipo. **Implementadores:** personas disciplinadas, con poder de autocontrol, con sentido común práctico, aportan al equipo eficiencia y lectura de lo relevante. **Finalizadores:** tienen la capacidad de culminar cualquier tarea, son detallistas y les cuesta delegar, le aportan al equipo concentración y exactitud. **Especialistas:** son personas muy dedicadas, buscan formarse continuamente en una disciplina o campo de su interés, y aportan al equipo experticia en saberes y haceres específicos.

Ahora que conoces las habilidades de cada rol y a tus compañeros/as, puedes integrar el equipo de trabajo que te haga sentir más cómodo/a, recordando que los roles son complementarios, y que cada uno debe reconocer de qué carece para confiar en la complementariedad y abandonar la competencia.

9.8. Consideraciones finales

La educación popular es una pedagogía que entiende a la educación como «un proceso participativo y transformador, donde el aprendizaje y la conceptualización se basa en la experiencia práctica de las propias personas y grupos» (17 p 1). Partiendo de sus conocimientos, de la percepción y autoanálisis de sus condiciones de vida y sus causas, se pretende coconstruir herramientas que permitan la transformación de las condiciones inequitativas, de allí su carácter emancipador. Es una propuesta contextualizada e histórica; esto implica que no se puede despegar del aquí y ahora del grupo con el que se quiere trabajar, no se trata de importar ideas, sino de cocrear alternativas con los otros involucrados.

Considerando la salud como «una estructura y un proceso social» (10 p 7), la EPS debe tomar en cuenta los factores sociales, económicos y ambientales que atraviesan la vida de las personas. Es por ello que se la considera «un proceso social y político [...] así como un elemento básico de desarrollo humano» (17 p 10).

Con la premisa de que todas las comunidades tienen potenciales de salud que deben ser explorados e impulsados, es tarea de los agentes externos reconocer sus necesidades, pero también sus fortalezas, de modo de estimular la participación en todas las fases de las propuestas de promoción de salud.

Para llevar adelante propuestas que involucren a todas las partes, tenemos por herramientas las técnicas participativas, que parten de las prácticas concretas de las personas, con su forma de pensar, hacer y sentir, para promover reflexiones que enriquecen y transforman la realidad concreta.

Es importante recordar que en el proceso de formación de los estudiantes se dan dos modos de organización por momentos en simultáneo, como lo son el grupo y el equipo de trabajo. Como grupo, se transita por el proceso grupal sobre el cual ha teorizado Pichon-Rivière, con sus diferentes sentires y conflictos. Si se logran instaurar buenos equipos de trabajo, se llevarán adelante de forma operativa las vastas tareas propuestas en el curso.

9.9. Ejercicios

1. Armen grupos de trabajo de cinco integrantes y planifiquen un taller sobre un tema de su interés, vinculado a AT; la planificación debe incluir técnicas participativas.
2. Lluvia de ideas «Educación es...». Categoricen las palabras de acuerdo a si son características de la educación popular o de la educación bancaria.
3. Creen un acróstico con la palabra EDUCACIÓN.
4. Planifiquen una actividad en el marco de la estrategia de EPS.

Referencias bibliográficas

- Bruno-Jofré R. Educación popular en América Latina durante la década de los setenta y ochenta: una cartografía de sus significados políticos y pedagógicos. [Internet] Foro de Educación. 2016 [citado el 1 de diciembre de 2017]; 14(20): 429-451. Recuperado de <https://www.forodeeducacion.com/ojs/index.php/fde/article/view/442/317>
- Jara O. Educación popular y cambio social en América Latina. Oxford. University Press and Community Development Journal. 2010. Recuperado de http://www.iepala.es/IMG/pdf/CEAAL_Educacion_Popular_y_Cambio_Social_en_AL-Oscar_Jara.pdf
- Freire P. Pedagogía del oprimido. España: Editorial Siglo XXI; 1975.

- Freire P, Castro J. Educación y cultura popular en América Latina. Montevideo: Publicación de la Federación Uruguaya de Magisterio. Trabajadores de Educación Primaria; 1997.
- Cuadrado M, Sosa A, Retamoso R. Educación para la Salud. En Vignolo J, Linder C. Medicina familiar y comunitaria. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2013.
- OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. 1986 [citado 30 de noviembre de 2017]. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- OPS. Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
- OMS. Promoción de salud. Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet]. 1999 [citado el 15 de diciembre de 2019]. Recuperado de <https://www.msccs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Pérez M, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual para la educación para la salud. [Internet] Gobierno de Navarra. 2006 [citado el 17 de diciembre de 2017]. Recuperado de <https://www.navarra.es/nr/rdonlyres/049b3858-f993-4b2f-9e33-2002e652eba2/194026/manualdeeducacionparalasalud.pdf>
- UNESCO. Educación para la salud. Promoción y educación para la salud. [Internet] Publicación en el marco de la Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas. 1997 [citado el 15 de diciembre de 2019]. Recuperado de <https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M7/5ta%20conf%20unesco%20edu%20sal.pdf>
- Artavia V, Durán C, Zamora O. Manual de técnicas participativas para la estimulación de las capacidades del «ser» en la formación profesional. [Internet]. 2012 [citado el 15 de diciembre de 2019]. Recuperado de <https://evalparticipativa.files.wordpress.com/2019/06/26.manual-de-tc3a9nicas-participativas-para-la-estimulac3b3n-del-ser-profesional.pdf>
- Vargas L, Bustillos G. Técnicas participativas para la educación popular. [Internet]. 1987 [citado el 16 de enero de 2018]. Recuperado de <https://docenteslibresmdq.files.wordpress.com/2014/04/cide-tecnicas-participativas-para-la-educacion-popular-ilustradas.pdf>
- Anzieu D, Martin J. La dinámica de los grupos pequeños. Buenos Aires: Kapelusz; 1971.
- Martín-Baró I. Sistema, grupo y poder. [Internet] San Salvador: UCA. 1989 [citado el 16 de enero de 2018]. Recuperado de https://scholar.google.com.uy/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Sistema%2C+grupo+y+poder&btnG=
- Cuadrado M, Sosa A, Retamoso R. Educación para la salud. En Vignolo J, Linder C. Medicina familiar y comunitaria. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2013.
- Belbin M. (2015) Cuaderno de Acreditación en Roles de Equipo BELBIN®.
- Eizagirre M. Educación popular. [Internet] Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional. Universidad del País Vasco. 2008 [citado el 19 de enero de 2018]. Recuperado de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/83>

Ética de la intervención con la comunidad

Lic. Jessica Correia

*La tarea ética de ser dueños de nosotros mismos,
es una dura conquista.
Una conquista personal y colectiva, social y política.
Y también una conquista ética.
José Luis REBELLATO*



10.1. Objetivos didácticos

- Reflexionar acerca de la importancia de aplicar los conocimientos sobre ética en la intervención con la comunidad.
- Problematizar los acontecimientos que surgen durante el proceso de caracterización desde una perspectiva ética.
- Proyectar las actividades de intervención comunitaria incorporando los aspectos éticos.

10.2. Importancia del tema

Partimos de la base de que la Ley Orgánica de la Universidad de la República dice que a esta:

Le incumbe asimismo, a través de todos sus órganos, en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno. (1 artículo 2 Fines de la Universidad)

Tarea con la cual estamos comprometidos todos los actores universitarios desde el día de nuestro ingreso. Para ello, una mirada a la práctica desde una perspectiva ética se hace imprescindible en nuestro quehacer cotidiano y en los encuentros con la comunidad.

En este capítulo se aportan algunas definiciones que complementan las trabajadas en el capítulo 3 del presente manual.

A través de las diferentes líneas se convoca a reflexionar desde lo más íntimo de nuestro ser sobre el accionar cotidiano en nuestras prácticas.

En palabras de Carlevaro: «Nuestra Universidad de la República es una casa de la educación y la cultura [...] Son los fines institucionales quienes imponen responsabilidades en la defensa de valores, principios y derechos, para aproximarnos verdaderamente a la justicia» (2 p 108).

10.3. Ética de la intervención con la comunidad

Como ya se ha mencionado con anterioridad en este manual, hay distintas definiciones de ética.

Sánchez Vidal plantea que: «la ética busca definir y hacer el bien. Su objetivo es, pues, doble: identificar el bien y el mal, evaluando las acciones humanas como “buenas” o “malas”; sostener el deber u obligación moral de actuar de acuerdo con esos juicios de valor» (3 p 289).

Desde los principios de «justicia, autonomía, verdad o diversidad», se comparan los comportamientos humanos, tanto individuales como grupales o sociales. Esto nos obliga a pensar de forma crítica acerca de nuestros valores y creencias al momento del encuentro con comunidades diversas, para no caer en prejuicios desde nuestra etnocentricidad.

Montero introduce el concepto de ética en la práctica de la psicología comunitaria diciendo que «remite a la definición del Otro y a su inclusión en la relación de producción de conocimiento, al respeto a ese Otro y a su participación en la autoría y la propiedad del conocimiento producido» (4 p 42).

Desde esta postura, incluir al otro, aceptarlo como diferente y, aun, un paso más profundo, reconocer que existe más allá de nuestra intervención. Son personas, grupos, comunidades que están ahí con sus historias, trayectos, estrategias, valores, creencias y saberes desde mucho antes de que lleguen los estudiantes universitarios, y seguirán con sus vidas luego de que la intervención haya culminado. Comprender esa singularidad es neurálgico para aceptar las diferencias.

Es imprescindible reconocer que «la comunidad como grupo o conjunto de grupos organizados tiene voz propia, y sus miembros activos cuentan con capacidad para tomar y ejecutar sus propias decisiones, tienen la capacidad y el derecho de participar» (4 p 46). Es por ello que la autora invita a problematizar las intervenciones desde la ética de la relación, que implica considerar el interés común por encima del interés individual. Algo que se debe tener en cuenta en Aprendizaje en Territorio, ya que la intervención no puede ser una mera instancia que beneficie únicamente a los/as estudiantes, sino que se debe abogar por el beneficio común de todos los participantes.

La equidad de la ética de la relación es aceptar la otredad, es reconocer la dignidad del otro, respetando las diferencias que separan, distinguen y lo componen.

El encuentro con integrantes de diversas comunidades es una experiencia valiosa, ya que, como plantea Carlevaro: «allí se aprende lo que no se puede apuntar en una libreta» (2 p 103). Pero para que sea así para todos los involucrados, tiene que instaurarse una relación dialógica con carácter discursivo. Esto implica que quienes participan y quienes no, aquellos que hablan y los que callan están construyendo un discurso de lo que acontece. Por esto Montero recuerda: «las relaciones humanas tienen que ser abiertas a una multiplicidad de voces. Imponer silencio a ciertas categorías sociales es antiético y es una forma de suprimir o excluir al otro» (4 p 46). Aprender a escuchar, aceptar y valorar las opiniones diversas, en comunión o en divergencia con las propias, es una tarea indispensable que debe ejercitarse durante todo el año en Aprendizaje en Territorio.

Por otro lado, filosóficamente la ética se vincula con la libertad. En palabras de Sánchez: «la ética “exige” que nos responsabilicemos de nuestro mundo y que usemos la libertad y el poder que poseamos para recrearlo como producto humano y para humanos en vez de aceptarlo como un dato externo e inalterable» (3 p 289). Esto supone la capacidad de hacerse cargo de las acciones, de mirar las praxis en función de las consecuencias para sí mismo y para el entorno.

Cuando concurrimos a una comunidad estudiamos la situación, conocemos los recursos y necesidades de las personas pobladoras o agentes externos que trabajan allí (maestras/os, parteras, médicas/os, enfermeras/os, etc.), recorremos sus calles, visualizamos los espacios públicos; así se construye el documento de caracterización, en el que quedan reflejadas las líneas de la futura intervención. Cabe recordar, como se ha trabajado en este manual didáctico, que lo definido como problemática de intervención no surge de forma neutral y está muy lejos de la «supuesta objetividad», ilusión que hemos construido a lo largo de nuestra vida en los procesos de educación bancaria, en que repetimos el discurso positivista de la objetividad de la ciencia.

Es por ello que Rebellato propone que «en el campo de la reflexión y de la acción, lo esencial está en el modo de formular los problemas, en las preguntas que se expresan y también en aquellas que queden silenciadas. Los problemas jamás son ni neutrales ni inocentes: en su formulación expresan un sistema de pensamiento y de valores» (5 p 5). Así que conviene pensar, ante la elaboración del proyecto de intervención: ¿Qué ideas subyacen? ¿Cómo se construyó la demanda? ¿Qué necesidades se consideraron? ¿Se tomaron en cuenta las necesidades sentidas? ¿Nos quedamos solo con las necesidades normativas?

Ahora bien, como han planteado los diversos autores que hemos trabajado en este manual, la ética se vincula con los valores morales, implica juicios de valor sobre el bien y el mal, pasando por diversos matices. Entonces cabe preguntarse si existe una única ética a la cual todos adscribimos.

Butler propone que «las cuestiones morales surgen en el contexto de las relaciones sociales, [...] la forma que adoptan esas cuestiones cambia según el contexto» (6 p 13). Tomando la idea de Adorno, la autora plantea el concepto de violencia ética como el intento de generar normas universales, impuestas a comunidades que no se apropian de ellas, imponiendo valores.

A lo cual podemos agregar la idea de Rebellato, quien dice que:

la ética es más bien una sabiduría, un conjunto de valores marcados por la subjetividad que hacen a un proyecto existencial, asumido por cada uno en forma personal [...] Cabe, ante todo, destacar que al no existir una ética neutral —puesto que toda ética tiene que ver con un proyecto de valores personales y sociales— es importante analizar las posturas éticas frente a la realidad. (5 p 7-9)

Así pues, la ética pensada y sostenida como una construcción personal que acompaña nuestros pensamientos y sentimientos se ha ido imbricando en cada uno de forma consciente e inconsciente. Nos enmarca en la forma de ver e interpretar el mundo, que está en constante reelaboración. «Es un proyecto que pone en juego el significado de nuestra existencia, puesto que es aquello por lo que vale la pena vivir y jugarse» (5 p 17).

10.3.1. Preguntas para la reflexión ética de las intervenciones

A partir de lo trabajado por Sánchez (3), podemos reflexionar sobre nuestra práctica a partir de las siguientes cuestiones:

- Legitimidad y justificación: ¿En qué condiciones se legitima la intervención? ¿Qué motivos justifican la intervención? ¿Cuándo es conveniente y cuándo no intervenir?
- Intencionalidad de los agentes externos, de los participantes, de las instituciones: ¿Para qué se realiza la intervención? ¿Qué beneficios genera?
- Objetivos de la intervención: ¿Qué valores subyacen?
- Metodología: ¿Cómo se da la elección de las técnicas que se van a utilizar? ¿Cómo se eligen y administran los tiempos?
- Resultados: ¿Cómo se evalúan? ¿Con quién se evalúa?
- Responsabilidad de los resultados: ¿Qué se hace con los resultados? ¿A quién se le entregan?
- Rol y relación con la comunidad: ¿Dialógica? ¿Simétrica? ¿Asimétrica?
- Contrato explícito e implícito: ¿Cada una de las partes conoce sus derechos y responsabilidades?

Montero propone realizar las siguientes preguntas al momento de plantearnos una intervención comunitaria (4 p 52):

- ¿Quiénes son los participantes provenientes de la comunidad?
- ¿Quiénes son los agentes externos?
- ¿Cuáles son sus intereses (en cada caso)?
- ¿Cuál es el lugar del agente interno en la producción de conocimiento?
- ¿Cuál es el lugar del agente externo?
- ¿Para qué se conoce?
- ¿Quién conoce?
- ¿Qué se hace con el conocimiento producido por los agentes internos?
- ¿Qué tipo de relación existe entre agentes externos e internos?

Dar respuestas a estas preguntas, desde una actitud crítica, permite romper con la reproducción de las formas predominantes de los vínculos entre saberes y poderes. Rebellato nos recuerda que muchas veces «los espacios que buscan ser alternativos, reproducen las relaciones de asimetría, la dominación y la concentración de poder» (7 p 32). La actitud ética que proponemos busca crear nuevas formas de vincularnos con las comunidades y sus formas de hacer en salud.

10.3.2. Marcos éticos

En las diferentes instituciones y colectivos existen códigos de ética, que son enunciados que buscan regular el trabajo pautando las conductas esperadas en el ejercicio profesional.

El Código de Ética Médica, en Uruguay, es la Ley 19.286 (8), que establece en sus diferentes capítulos los deberes del facultativo con relación a la salud-enfermedad, el ambiente, el vínculo con los pacientes, la investigación científica y el trato con otros profesionales.

El Decreto 379/008 (9) regula las investigaciones llevadas adelante con seres humanos y establece las condiciones que el investigador debe tener en cuenta al momento de realizar sus prácticas.

También existen declaraciones marco sobre derechos humanos, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (10). El Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado por la Ley 17.823 (11), cuya consulta es indispensable si trabajamos con niños/as en cualquier ámbito, como escuelas, centros de primera infancia o instituciones y espacios educativos con adolescentes.

Cabe aquí resaltar que, si bien diferentes colectivos profesionales han escrito sobre las reglas éticas de su quehacer, como valores generales que regulan la práctica, Rebellato (5) nos recuerda que los manuscritos de ética profesional muchas veces quedan reducidos al aspecto legal, y nos convoca a trascender los enunciados jurídicos en pos de una ética transformadora.

Es la actitud crítica la que nos permite hacer carne lo meramente escrito, problematizar las prácticas, cuestionarnos en el hacer, estudiar para incorporar los conocimientos que queremos transmitir y compartir. Debemos recordar que en el encuentro con la comunidad representamos a la Udelar, que portamos conocimiento científico, que es un saber más y diferente de otros saberes (de los que debemos aprender) que se pondrán en juego en el encuentro con otros en los espacios comunitarios.

10.3.3. Análisis de la implicancia

Como se ha señalado en diferentes momentos de este manual, cuando llegamos a una comunidad nos encontramos con otros distintos de nosotros, y allí se generan encuentros y desencuentros, vinculados esencialmente a nuestra forma de ver el mundo. Nos asombramos, nos enojamos, nos angustiamos, nos sentimos impotentes al creer que no podemos hacer nada, nos gana la omnipotencia porque creemos que vamos a cambiar el mundo.

Todos nuestros sentimientos son válidos, y tenemos que darnos el espacio, junto al tutor/a y con los compañeros/as, para conversar sobre lo que nos está pasando, para que esos sentimientos no obturen el vínculo.

Rebellato y Jiménez (12) nos proponen que el miedo es un sentimiento que se manifiesta cuando se trabaja con la comunidad y desde diversas instituciones. Por ejemplo, además

del miedo a lo desconocido del encuentro con la comunidad, está el miedo a perder el curso si no se realizan una intervención «exitosa» y buenos informes de caracterización o de intervención comunitaria. Porque las lógicas institucionales tienen sus ritmos, sus tiempos, sus exigencias, y pueden generar temores en sus actores. Para Freire (1978) (12), el miedo nos recuerda que estamos vivos y que somos humanos. En sus palabras: «Tengo derecho a sentir miedo pero, entre tanto, debo establecer los límites para cultivar mi miedo. Cultivarlo significa aceptarlo» (12 p 64). Pero de ningún modo podemos permitir que nos vuelva inoperantes, que nos paralice.

Además de los sentimientos, cada una/o porta un equipaje de conocimientos, herramientas, saberes y creencias que se ponen en juego cada vez que nos vinculamos entre pares y con los diferentes.

Lourau en 1991 propone el concepto de implicancia como «un nudo de relaciones» (13 p 3). Está siempre presente en nuestro accionar, en las tomas de decisiones, cuando hablamos y cuando callamos, cuando nos motivamos y cuando nos desmotivamos, es por ello que es necesario analizarlo. Cuestionarnos qué nos pasa con eso que se presenta, que nos provoca diversos sentires es parte de la tarea ética que nos corresponde realizar.

La implicación desde una acepción distinta de la que solemos asumir comúnmente, ya que nada tiene que ver con el compromiso o la participación en actividades o encuentros. Etimológicamente, *implicar* —*in*, el verbo latino *plicare*, que significa ‘doblar’, ‘plegar’, y la terminación *ción*, que indica movimiento— daría cuenta de algo doblado o plegado de forma tal que no sería visible, aunque esté ahí (14).

El análisis de implicancia es una herramienta que propone Lourau para dilucidar la implicación de quien realiza la intervención con su «objeto/sujeto» de trabajo, las instituciones de pertenencia y referencia (incluyendo la facultad, la familia, la Iglesia, etc.), la epistemología del propio campo disciplinar y la escritura o medio de exponer los resultados.

En cada relato construido subyacen implicaciones institucionales, ideológicas, de clase o posición socioeconómica, de género, generacionales, religiosas, libidinales y afectivas (15). Todo está puesto en juego al momento de elegir las «necesidades» para identificar el problema de salud y así poder intervenir, con ciertas metodologías, eligiendo diferentes autores para preparar los temas y dejando por fuera otros.

Es parte de nuestra actitud ética reflexionar acerca de nuestra implicancia como estudiantes universitarios de Facultad de Medicina, con sus componentes emocionales y valoraciones sociales, y de nuestro vínculo con el saber académico y popular, la valoración social de cada uno y las prácticas que llevamos adelante teñidas por nuestras formas de ser.

10.4. Consideraciones finales

Ahora bien, hemos reflexionado a lo largo de este capítulo acerca de la ética y su relación con las intervenciones con la comunidad. En diálogo con diferentes autores, se ha propuesto que existen diversas definiciones y que desde lo ontológico está vinculada con los valores morales y su puesta en práctica para juzgar conductas como buenas o malas. También la visualizamos ligada a la libertad, y por ende a la posibilidad de mirar nuestras praxis y evaluar la responsabilidad de nuestros actos y sus consecuencias para nosotros y para los demás.

Desde Rebellato hemos pensado en la subjetividad que atraviesa las éticas, consideradas el motor que nos convoca a vivir y luchar por un mundo mejor.

Y que esto inevitablemente nos obliga a tener una mirada crítica sobre el accionar cotidiano. Reflexionar sobre las contradicciones entre la teoría y la práctica, analizar los sentimientos que nos genera el encuentro con los otros tan disímiles y a la vez con saberes tan válidos como los nuestros.

Como herramienta posible para ello, recurrimos a la propuesta de Loureau de análisis de la implicancia. Herramienta válida para comprender lo que nos sucede a nivel racional y afectivo, e ir rompiendo con la idea de la objetividad y la neutralidad, tan inexistente como la posibilidad de universalizar los valores sin caer en una violencia ética.

Para finalizar, no queda más que recordar que la Universidad de la República tiene un compromiso ético con los habitantes del Uruguay. Retomando las palabras de Carlevaro: «Le incumbe asimismo acrecentar, difundir y defender la cultura así como también defender los valores morales, los principios de justicia, libertad y bienestar social al igual que los derechos de la persona humana» (2 p 105).

10.5. Ejercicios

Se proponen dos técnicas participativas diferentes, que posibilitan la discusión de la temática. Se sugiere al/la la tutor/a que al llevar adelante las propuesta esté atento/a a lo que está sucediendo en el encuentro, para que se escuchen todas las opiniones, para que surja la más amplia gama de pensamientos y reflexiones sobre la temática.

1. Lluvia de ideas

Objetivo: poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis, conclusiones o acuerdos.

Desarrollo: el coordinador debe hacer una pregunta clara, que exprese el objetivo que se persigue. La pregunta debe permitir a los participantes responder a partir de su realidad, de su experiencia, conocimiento, saberes y sentimientos. Al final se obtendrán varias columnas o conjuntos de ideas que nos indicarán por dónde se concentran la mayoría de las opiniones del grupo.

Ejemplo de preguntas disparadoras; el/la tutor/a podrá seleccionar o crear nuevas consignas. Ética es... ¿Se vincula con la intervención comunitaria?

2. Trabajo en subgrupos

Objetivo: problematizar el tema propuesto, alcanzar acuerdos y reconocer disensos.

Desarrollo: el coordinador divide al grupo en pequeños subgrupos de cuatro a seis personas. Se acuerda un tiempo de trabajo de 15 a 20 minutos. Se presenta la consigna. Luego de terminado el plazo, se realiza un plenario en el que cada grupo expone lo trabajado. El/la tutor/a debe estar atento/a a lo que surge, para poder realizar una síntesis de lo trabajado a nivel grupal, tomando en cuenta lo que se repite y lo novedoso.

¿Qué hacer si las personas de una comunidad, por ignorancia o por alguna norma cultural o religiosa, hacen o dejan de hacer cosas que perjudican su salud?

¿Qué hacen los estudiantes de medicina con sus opiniones, creencias y conocimiento científico especializado cuando se encuentran con personas de la comunidad?

En el desarrollo de este capítulo se ha hablado de trabajar *con* la comunidad. ¿Qué diferencia tiene con trabajar *en* la comunidad y trabajar *para* la comunidad?

Referencias bibliográficas

- IMPO. Ley 12.549. Ley Orgánica de la Universidad de la República [Internet]. Diario Oficial 1958 [citada 15 de diciembre de 2019]. Recuperado de http://www.universidad.edu.uy/resources/8/4/4_504c563db94480c/844_1446afcd43e8bfc.pdf
- Carlevaro P. Discurso pronunciado por el profesor Pablo V. Carlevaro con motivo de su designación como Doctor Honoris Causa de la Universidad de la República. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay, 1(1), 2014, 99-109 [citado 15 de diciembre de 2019]. Recuperado de <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/99>
- Sánchez A. Un enfoque integrado. En Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007.
- Montero M. Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004.
- Rebellato J. Ética y práctica social [Internet]. 1989 [citado 28 de enero de 2018]. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/127265544/Rebellato-1989-Etica-y-Practica-Social>
- Butler J. Dar cuenta de sí mismo. Violencia, ética y responsabilidad. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores; 2005. p 13.
- Rebellato J. Ética de la liberación [Internet]. 2000 [citado 15 de diciembre de 2019]. Recuperado de <https://escuelatecnicafranqueras.files.wordpress.com/2018/06/etica-de-la-liberacion-jose-l-rebellato.pdf>
- CMU. Código de Ética Médica [Internet]. 2014 [citado 31 de enero de 2018]. Recuperado de <http://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2017/03/codigo-de-etica-medica-web.pdf>
- IMPO. Decreto 379/008. Investigación en seres humanos [Internet]. 2008 [citada 31 de enero de 2018]. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008/1>
- ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. Asamblea General 217 A (iii). 1948 [citada 31 de enero de 2018]. Recuperado de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- IMPO. Código de la Niñez y la Adolescencia 17.823 [Internet]. 2004 [citado 31 de enero de 2018]. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>
- Rebellato J, Jiménez L. Ética de la autonomía: desde la práctica de la psicología con las comunidades. Montevideo: Edición Roca Viva; 1997.
- Lourau R. Implicación y sobreimplicación [Internet]. 1991 [citado 31 de enero de 2018]. Recuperado de <http://catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/r!%20iys.pdf>
- Fernández A, López M, Borakievich S, Ojam E, Cabrera C. La indagación de las implicaciones: Un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad [Internet]. 2014 [citado 31 de enero de 2018]; (7): 5-20. Recuperado de http://www.academia.edu/22007222/La_Indagaci%C3%B3n_De_Las_Implicaciones_Un_Aporte_Metodol%C3%B3gico_en_El_Campo_De_Problemas_De_La_Subjetividad
- Acevedo M. La implicación, luces y sombras del concepto lourauniano [Internet]. 2002 [citado 31 de enero de 2018]. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/mja%20la%20implicaci%C3%B3n.pdf>
- Vargas L, Bustillos G. Técnicas participativas para la participación popular [Internet]. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación. 1987 [citado 4 de febrero de 2018]. Recuperado de <https://docenteslibresmdq.files.wordpress.com/2014/04/cide-tecnicas-participativas-para-la-educacion-popular-ilustradas.pdf>

Intervención comunitaria

Lic. Fabián Cabrera



11.1. Objetivos didácticos

El desarrollo de una intervención comunitaria es una tarea sumamente compleja que requiere de los universitarios la articulación de aspectos teóricos, prácticos y ético-políticos. Resulta imprescindible realizar una aproximación previa de aprendizaje que involucre estos aspectos. En tal sentido, nos centraremos en los siguientes objetivos didácticos que pensamos aportarán a la comprensión de las intervenciones comunitarias:

- Problematizar la noción de comunidad.
- Discutir las nociones de intervención, intervención social e intervención comunitaria.
- Identificar los elementos diferenciales entre intervención social e intervención comunitaria.
- Discutir las especificidades ético-políticas de las intervenciones comunitarias.
- Reflexionar sobre las características fundamentales que toda intervención comunitaria debe contemplar.

- Propiciar un acercamiento sistemático, teórico y práctico, para la construcción de una actividad basada en un proyecto de intervención comunitaria.
- Proponer posibles modelos de intervenciones comunitarias.

11.2. Importancia del tema

En el año 2007, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) genera por primera vez una cobertura universal (a todos los habitantes del país). El SNIS se basa en tres grandes cambios (que son los pilares de la reforma): modelo de gestión, de financiamiento y de atención. Este sistema toma como base fundamental la atención primaria de la salud (APS) y la promoción de la salud (PS), cuyos principios teórico-técnicos potencian el desarrollo del primer nivel de atención (PNA). En este marco, articulamos la importancia del aprendizaje en territorio y en especial de las intervenciones comunitarias. Actualmente, a 10 años de la reforma del sistema de salud, el desarrollo del PNA resulta aún insuficiente.

Es nuestra intención proporcionar, desde la noción de las intervenciones comunitarias, un aporte académico para seguir avanzando hacia un sistema de salud basado en la APS y en la promoción de la salud. El aprendizaje teórico-práctico, así como ético y político de las intervenciones comunitarias nos resulta fundamental como profesionales de la salud. Las acciones de intervención comunitarias no pueden estar exentas de rigurosidad técnica ni del arte que conllevan. El fortalecimiento del aprendizaje en territorio vinculado a las intervenciones comunitarias, además del proceso de aprendizaje del estudiante, repercutirá en beneficio de aquellas personas más vulnerables.

11.3. Nociones básicas sobre comunidad, intervención e intervención comunitaria

11.3.1. Comunidad

Para introducirnos en la noción de intervención comunitaria, abordaremos algunas consideraciones que nos acerquen a conceptos centrales tales como comunidad, intervención, intervención social y finalmente intervención comunitaria.

El *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española tiene diferentes definiciones para comunidad; las que mejor se acercan a la noción a la que aspiramos son: cualidad de común, que pertenece o se extiende a varios, conjunto de personas vinculadas por características e intereses comunes. Cuando hablamos de comunidad, debemos reconocer lo polisémico, confuso y complejo del concepto, así como las diferentes acepciones y connotaciones según los autores que se consideren. Visualizar que la comunidad es dinámica y está en continua transformación implica reconocerla como un «ente en movimiento, que está siempre en el proceso de ser, así como ocurre con las personas que la integran» (1 p 95). Montero⁴⁰ en 1998 define comunidad como:

Un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte

⁴⁰ Licenciada en Psicología por la Universidad Central de Venezuela. Máster en Psicología por la Universidad Simón Bolívar. Doctora en Sociología por la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de la Universidad de París.

intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines. (p 95)

En la definición, podemos observar el carácter histórico-cultural, los intereses, objetivos, necesidades y problemas que nos remiten a una expectativa social en función de estos, y la confluencia en un espacio y tiempo determinados en que se producen procesos identificatorios, así como formas organizativas para satisfacer estos intereses, objetivos, necesidades y problemas. La autora (1) también hace referencia a procesos de construcción de una identidad social, que se articulan con los de identidad individual, mutuamente constitutivos de la comunidad. En cuanto al tiempo y espacio determinados que hacen a la comunidad, necesitamos pensarlos de acuerdo a la realidad actual, dados los nuevos emergentes que van surgiendo de la mano de la tecnología, de la virtualidad y cómo estos fenómenos requieren de nuestra atención.

Nos preguntamos actualmente sobre las comunidades virtuales, las cuales no tienen un espacio determinado, sino un sitio virtual, pero sus participantes comparten intereses, necesidades, se comunican entre sí y a veces crean herramientas para solucionar algunos problemas. Montero se pregunta y deja abierta la interrogación acerca de si «existen comunidades físicamente dispersas» (1 p 99), considerando el territorio como el espacio físico que transversaliza procesos y es transversalizado por estos a su vez, que «determinada vecindad [...] como característica mínima común a todas nuestras comunidades, razón por la cual el barrio o un sector particular del mismo viene a ser la comunidad típica en la ciudad» (1 p 98). Es comprensible la necesidad de un espacio para la conformación de una comunidad, pero por otro lado se identifica que el mero hecho de pertenecer o estar en un espacio no conforma una comunidad. En la comunidad, «se comparten expectativas socialmente construidas, necesidades o problemas que crean un sentido de grupo más o menos grande según circunstancias compartidas, en esa interacción surge un sentido de comunidad que está íntimamente ligado a una identidad social comunitaria» (1 p 100).

Para Krause, hay elementos mínimos necesarios en los grupos sociales que los transforman en una comunidad: la pertenencia o sentirse parte de, la interrelación o la relación que existe entre los miembros de ese grupo, y finalmente la cultura común, que aporta «significados compartidos» (1 p 100). Más allá de las definiciones técnicas y académicas, las personas no especialistas en el tema también tienen su propia definición de comunidad, la cual opera en la vida cotidiana. Un grupo de vecinos en Venezuela respondían a la pregunta «¿qué entienden por comunidad?» (1 p 102):

Para mí la comunidad o una comunidad es la búsqueda de un punto de encuentro, donde se logran precisar las necesidades de ese ámbito y llegar a ese punto de encuentro, eso en términos más llanos es una comunidad; que te integres con tu vecino, con el que no es vecino [...] entonces llega un momento en que llegas a eso, al punto de encuentro. Allí te detienes y dices nosotros somos una comunidad. (Sánchez, 2000: 50)

Para mí es un grupo de familias que están integradas y que comparten servicios, que comparten con los vecinos en las buenas y en las malas. Que comparten momentos sociales, la integración con los niños. Para mí una comunidad es este barrio, aquí están reunidos todos los conceptos que caben en una comunidad (Mujer, 36 años). (Giuliani, García y Wiesenfeld, 1994: 89)

Es oír a los niños correr, es sentir las voces conocidas, es sentirte segura en tu terreno, es sentir que caminas sin miedo, que conoces a todo el que te mira que va por ahí. De que yo voy por dentro del barrio y puedo pasar a las dos o tres de la mañana tranquila. Segura de que si yo grito me van a ayudar, segura, plenamente segura (Mujer, 51 años). (Giuliani, García y Wiesenfeld, 1994: 89)

Finalmente, para culminar con algunas aproximaciones a la noción de comunidad, vemos cómo décadas más tarde Montero reformularía su definición (1 p 103):

Una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social. La comunidad es, además, un grupo social histórico, que refleja una cultura preexistente al investigador; que posee una cierta organización, cuyos grados varían según el caso, con intereses y necesidades compartidos; que tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas provenientes de sus miembros; que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información. No debe olvidarse que, como parte de su dinámica, en esas relaciones internas puede también llegar a situaciones conflictivas conducentes a su división, su disgregación y a la pérdida de identidad.

11.3.2. *Intervención, intervención social*

Al referirnos a la noción de *intervención*, haremos lugar al planteo de Sánchez Vidal⁴¹ en cuanto a detenernos a pensar en el significado estricto del término, en las formas en que llevamos adelante la acción, su articulación con el elemento central de nuestro interés⁴² y si realmente es el término más adecuado cuando lo asociamos con comunidad. Intervenir supone implícitamente una acción que busca generar un cambio en el estado en que se encuentra una cosa. Implica una irrupción que podrá ser de forma más o menos consensuada.

Al decir de Sánchez Vidal (2 p 227), una intervención social es una influencia social externa y «puede o no responder a una demanda de ayuda y que, por tanto, necesita una justificación adecuada que establezca su legitimidad moral». Es a partir de esta justificación que se avala el carácter necesario de dicha intervención, en el entendido de que las personas no pueden o no poseen la «capacidad efectiva» para solucionar un problema social. De esta manera, las acciones que involucra una intervención social siempre son intencionadas, racionales, buscan un cambio y remiten a un significado de autoridad o autorización. Sánchez Vidal (2 p 227) define entonces una intervención social como «una acción externa e intencionada para cambiar una situación social que según criterios razonablemente objetivos se considera intolerable o suficientemente alejada del funcionamiento humano o social ideal como para necesitar corrección».

La intervención social como acción externa resaltaré algunos aspectos:

41 Máster en Arte por la Universidad de Minnesota. Doctor en Filosofía y Letras por la Universidad de Barcelona, donde actualmente es profesor en los cursos de Ética, Psicología Comunitaria, Psicología Social Aplicada, y Sociedad, Salud y Bienestar.

42 Que es la comunidad. No es lo mismo una intervención quirúrgica que una intervención comunitaria. En nuestro caso nos interesa la segunda, y para acercarnos a la noción de intervención comunitaria partiremos de un rodeo de la intervención social.

- El contenido de la intervención social puede ser diverso y dependerá de aquello que el colectivo social no pueda solucionar desde sus capacidades.
- El adecuado contenido dependerá del profesional técnico en todo el proceso.
- Las acciones para alcanzar los objetivos planteados son racionales. Lo que significa que se basan en técnicas científicas y una estrategia efectiva.
- Dependiendo de si hay una demanda de la sociedad, las intervenciones sociales podrán ser «respondientes» a esa demanda o «impositivas» cuando no existen demandas pero se identifica desde fuera una problemática que no se puede resolver.
- Toda intervención social tiene una intencionalidad, sea esta reducir sufrimiento, aumentar el bienestar de la gente, etcétera. Las intenciones «llevan aparejados valores más o menos compartidos por la gente» (2 p 228).
- Las intervenciones sociales remiten en mayor o menor medida a una legitimidad o autoridad que avala el trabajo. Esta legitimidad podrá ser política, científico-técnica o moral. La primera proviene del mandato democrático dado por la sociedad a sus representantes para que estos resuelvan los problemas mediante el poder y los recursos sociales. La autoridad científico-técnica es aquella que proviene de la experiencia y formación teórica, operativa, de las habilidades metodológicas para evaluar, diseñar y ejecutar eficientemente las intervenciones. La autoridad moral es aquella que proviene de abajo. Es la construida desde los movimientos sociales no gubernamentales que atienden las problemáticas que por diversas razones no son abordadas por la autoridad política, lo son parcialmente o en forma ineficaz. Esta autoridad moral constituye una forma de vigilancia de las acciones institucionales.

Como proceso racional científico, las intervenciones sociales, según el autor, tendrán una sistematización que estructura, ordena y nos permite trabajar.

Los componentes de una intervención social son (2 p 229):

- **destinatarios de la intervención social:** aquellos a los que va afectar directamente; por ejemplo, una escuela, un liceo, un CAIF, una radio comunitaria, un grupo de vecinos, una ONG, etc.
- **objetivos** que se aspira a cumplir con las acciones de la intervención social. Por ejemplo, prevenir, curar, dinamizar, sensibilizar, desarrollar aspectos sociales, desactivar un conflicto, etc.
- **contenido técnico:** qué se va a hacer para lograr los objetivos. Por ejemplo, educativo, promover una ley, fortalecer individuos, activar socialmente, etc.
- **estilo interventivo o metodología:** cómo, de qué manera se van a llevar a cabo las acciones pensadas para los objetivos. Implica reflejar cómo se identifican los destinatarios, cómo se definen los objetivos, los criterios para valorar los resultados, la relación entre el interventor y los destinatarios, etc.
- **base científica:** los conocimientos que fundamentan la intervención y las acciones técnicas

11.3.3. Intervención comunitaria

Una intervención comunitaria es una variante de una intervención social. Los componentes característicos fundamentales de la intervención comunitaria son (2):

- la participación comunitaria como eje principal y excluyente
- el respeto irrestricto de los valores y fines de la comunidad
- la potenciación de los recursos personales y comunitarios

Consideradas estas características fundamentales, seguimos en la controversia de si el término *intervención*, con las connotaciones que hemos abordado anteriormente, es el más adecuado para posicionarnos. Es que las intervenciones, en la perspectiva de Sánchez Vidal, provienen de fuera de la comunidad. Por lo que en el centro de la cuestión se encontrarán la articulación y el ejercicio del poder de los actores. En tal sentido, para el autor es posible hacer confluír el concepto de intervención planificada y organizada con comunidad, pero esto requiere que los interventores respeten la autonomía y la capacidad de decisión de la comunidad, lo que significa una redistribución del poder. «Nada impide montar un programa de promoción de la salud que combine los conocimientos y esfuerzos médicos, psicológicos o ingenieros con la gente para decidir sus necesidades y prioridades y participar activamente en todo el proceso» (2 p 232).

Así entendida, la participación comunitaria es un elemento esencial y sin ella no podemos pensar ni accionar en términos de una intervención comunitaria. Su vital importancia se enmarca en que la participación materializa la dimensión política de las acciones, lo que implica para las personas tomar parte del proceso. A su vez, aportará a la legitimidad de la intervención como estrategia facilitadora del «cambio social que transforma a las personas en sujetos agentes y potentes» (3 p 283). Visualiza que la participación tiene ventajas en cuanto a generar poder colectivo, sentimiento de pertenencia y cohesión social. Pero por otro lado, nos toparemos con los costos de la participación; los procesos serán más lentos, será necesario redefinir tareas, papeles y tiempos en forma constante, y se verán limitadas las acciones a corto plazo.

En cuanto a las formas participativas, basándonos en los aportes del autor (3 p 267-269) decimos que la participación podrá ser desde «abajo» cuando surge de la movilización e intereses de las personas, o desde «arriba» cuando su origen se encuentra en las instituciones. Ambas modalidades son necesarias y es preciso articular la participación informal que aportará la fuerza y los intereses de las personas con la participación más formal de las instituciones. La participación desde abajo sin la articulación institucional tendrá más dificultades para resolver las problemáticas, mientras que la participación desde arriba, aunque cuente con los recursos para afrontar los problemas, será en vano si no articula con los anhelos y necesidades de la gente.

Ahora bien, propiciar un proceso participativo a nivel comunitario es una tarea compleja. La participación no es un fenómeno estanco, sino dinámico, que se enmarca en un contexto social e histórico caracterizado por el conflicto. Habrá entonces que considerar (3 p 271-272) las diferencias entre los objetivos del proyecto de intervención y los de las personas. A su vez, las personas de la comunidad seguramente ya participan de múltiples formas en la vida comunitaria, y la propuesta de participación en un proyecto de intervención comunitaria, aunque responda a problemas de la comunidad, podrá encontrar resistencias propias de los procesos de la comunidad. Por otro lado, una vez que se establece la participación, no se debe descuidar su sostenimiento, dadas sus características dinámicas. En este sentido, Sánchez Vidal recomienda, para sostener la participación, materializar en forma temprana beneficios como la concreción de actividades. De esta manera, se podría potenciar la solidaridad colectiva así como evitar el «intervencionismo innecesario [...] el seguidismo pasivo del grupo, vigilar los vicios (victimizaciones, queja generalizada, disputas constantes, discusiones triviales)» (3 p 284).

En cuanto a la legitimidad de las intervenciones comunitarias, también encontramos diferencias, dado que estas serán tales cuando cumplan las siguientes condiciones:

- La intervención está motivada o justificada porque agrega algo a la comunidad que antes no tenía⁴³ y sirve para cumplir los objetivos planteados.
- Tiene el propósito de ayudar a resolver problemas actuales y a su vez estimular las capacidades para abordar problemas futuros.
- Las acciones van acordes con los deseos y valores de la comunidad y su participación.

Al planteo de la legitimación se le realizan algunas excepciones que se justifican en las intervenciones impositivas, dado que existen momentos en los que es necesario actuar en contra de los deseos de la comunidad, por ejemplo en los casos de maltrato, de consumo problemático de sustancias, de personas en situación de calle. Es que aunque la comunidad no identifique y por lo tanto no desee una intervención en función de determinados problemas («los valores de responsabilidad social, responsabilidad pública y el derecho a esperar ayuda que los más necesitados y excluidos tienen en situaciones en que aquellos valores son ostensiblemente violados») (3 p 272), nos compromete y responsabiliza tanto en la acción como en la omisión.

Las intervenciones comunitarias se dan entonces en un escenario social, el cual debemos conocer, ya que nuestras acciones estarán atravesadas por las fuerzas sociales que se despliegan en este «campo-escenario de intervención» (4), que, según Lapalma, reúne los siguientes aspectos que deben ser considerados con miras a diagramar el escenario de la intervención comunitaria:

- las necesidades sociales, vistas como carencias y potencialidad según Max-Neef, como insatisfacción percibida según Montero;
- las formas organizativas para modificar estas necesidades. Katz y Kahn, citados por Lapalma (4 p 64), hablan de tres tipos de organizaciones que se dan en el ámbito comunitario:
 - pequeñas organizaciones con estructuras poco diferenciadas que surgen para resolver temas comunes de los miembros. Son de cooperación, basadas en valores, con liderazgo personalizado;
 - organizaciones que abordan las necesidades comunes y tienen una mayor complejidad en cuanto a la diferenciación interna. Están explícitos los objetivos y normas de funcionamiento. La autoridad es una función que se diferencia de las demás, como la directiva, pero que puede ser un liderazgo personalizado;
 - organizaciones con mayor nivel de complejidad, con normas, objetivos escritos, diferenciación por roles, división del trabajo, en que la autoridad tiene un rol definido y mecanismos de coacción para cumplir normas y reglas de la organización.
- la interacción con otros actores en un medio ambiente que es un espacio de intercambio de poder, un espacio social y territorial conflictivo, donde se conforman alianzas, cooperación, confrontaciones, acuerdos, etcétera;
- el reconocimiento de que estas relaciones se estructuran en un contexto histórico, político, económico y social determinado;
- la existencia de racionalidades específicas con sus propios intereses, que representan la diversidad de actores sociales. Muchas veces estas racionalidades se complementan, otras veces se contraponen generando un escenario dinámico, cambiante, en el que reina la incertidumbre:

43 Se inducen procesos, se potencian técnicamente procesos que ya estaban.

- la política, para la cual la lógica va por la acumulación de poder, mecanismos de control y valoración de la realidad;
- la técnica, con las teorías, metodologías, encuadres y fundamentos científicos que demandan tiempo de diagnóstico y diseño de propuestas;
- la burocracia, que implica tiempos administrativos, rutinas, procedimientos, normas;
- la población, con sus representaciones de sí misma, de la sociedad, de cómo obtener recursos.

En cuanto a los aspectos sistemáticos y operativos, las intervenciones comunitarias tienen algunas particularidades. Es así que en su diseño se deberán considerar:

- **destinatario:** la comunidad;
- **objetivos:** van hacia el desarrollo humano y social;
- trabajo igualitario, multidisciplinario, en el que las personas son «**sujetos agentes**», propiciando el «cambio desde abajo» (2 p 230);
- intenciones y resultados: el nudo de las intenciones es lo que encuadra los aspectos subjetivos, las buenas intenciones, pero considerando que es éticamente insuficiente diagramar una intervención comunitaria desde el altruismo. Es preciso el carácter racional y técnico que nos permita conseguir resultados.

Sánchez Vidal (2 p 241) refiere que toda intervención comunitaria tendrá una estructura dinámica de tres procesos superpuestos:

- técnico: qué debemos hacer y cómo se han de ejecutar y evaluar las acciones para obtener los resultados (metodología);
- estratégico: cómo aseguramos que lo diseñado técnicamente se concrete en relación con la realidad social. Implica cómo utilizaremos de la mejor forma posible los recursos y sortaremos las adversidades;
- aspectos valorativos, tanto éticos como políticos.

11.4. Intervención comunitaria con estudiantes de grado

La implementación de una formación que articule los tiempos académicos teórico-prácticos es una dificultad porque los momentos de la comunidad no se ajustan a los institucionales. La comunidad imprime su dinámica y realidad: mientras que los cursos en la universidad «tienen lapsos rigurosamente establecidos; en cambio, los fenómenos comunitarios ocurren en la vida cotidiana, que no tiene principio ni fin, que está siempre allí, discurriendo. Además, pasan cuando pasan y no son repetibles» (5 p 90).

Esta dificultad, al decir de Montero (5), se podría resolver insertando la práctica de los estudiantes en proyectos comunitarios universitarios que ya se encuentren en funcionamiento o en programas de otras instituciones de la comunidad en los que estas prácticas sean a su vez supervisadas por docentes universitarios. De esta manera (5), podríamos asegurar un encuentro y espacio de práctica de estudiantes universitarios que coordinan con las acciones que se vienen desarrollando en la comunidad. Los estudiantes, según Montero, «entran, trabajan y cuando, una vez cumplida su labor, discutidos sus resultados con la comunidad y evaluados tanto por los miembros de la misma como por el docente, salen y el plan de largo o mediano plazo continúa» (5 p 91). Por otro lado, es

importante considerar que muchas veces para los estudiantes es la primera experiencia de este tipo y por lo tanto puede ser tan duro para ellos como para la comunidad. Es propicio primero un acercamiento y sensibilización en que los estudiantes colaboren como agentes productores de cambios y a la vez adquieran sus primeras herramientas de aprendizaje en territorio y en comunidad.

Trabajar en una intervención comunitaria conlleva la articulación y puesta en escena de varios de los conceptos que hemos desarrollado anteriormente. Vemos que las intervenciones comunitarias hacen a determinadas acciones que no son ni azarosas ni arbitrarias, que contemplan de manera fundamental la intencionalidad del desarrollo humano con una máxima expresión ética y participativa. Al momento de iniciar una intervención comunitaria es preciso partir de una evaluación que nos posibilite pensar su diseño. Esta evaluación es a su vez un acercamiento con los actores comunitarios que nos permitirá discernir las expectativas, las posibilidades de nuestra intervención, asociando la reflexión a los procesos que le dieron origen, que podrán ser (6):

- un pedido desde la comunidad;
- un pedido formulado por un tercero que oficia de nexo entre la comunidad y el interventor;
- a partir de una oferta.

Estas formas de origen de una intervención se anudan con las nociones no menos importantes de necesidad, pedido, encargo y demanda. Las necesidades llevan un proceso de identificación por parte de los actores comunitarios y son claves como explicitación de problemas a trabajar. Esto implica describir estas necesidades, ver su significado en la comunidad y jerarquizarlas. Ahora bien, el autopercebir las necesidades puede llevar a la formulación de un pedido como producto de la visualización de la carencia y motor de búsqueda de satisfacción pidiendo ayuda. Es a partir de explicitar el pedido que se abre la construcción de la demanda, que siempre se construye porque existe otro con una oferta que da lugar al pedido.

La construcción de la demanda (6) implica: problematización, dar lugar a diferentes opiniones, expectativas, priorizaciones, percepciones, posicionarnos desde la diversidad y dar lugar al conflicto producto de las luchas de poder que están en las relaciones humanas. Por otro lado, Rodríguez et al. (6) plantean que la construcción de la demanda no es una suma de pedidos ni un proceso que siempre se puede lograr. Dependerá de las condiciones circunstanciales en las cuales nos encontremos con la comunidad. Existirán momentos en que los tiempos no se ajusten a los procesos y otros en los que prioricemos la satisfacción inmediata en pro de establecer un vínculo con la comunidad y recién sobre el cierre de la intervención se produzca un acercamiento a la construcción de la demanda.

Problematizar el pedido implicará, según Rodríguez et al. (6), un interrogatorio sobre el significado del pedido para quienes lo formulan, «cómo es la inscripción histórica del pedido, quiénes lo formulan, por qué, por qué son tales quienes formulan, qué piensan los demás integrantes de la comunidad sobre el pedido, qué valor emergente le otorgamos al mismo, cuáles son las expectativas» (6 p 105). Además, como se ha dicho anteriormente, si no hay oferta que habilite el intercambio y se apropie del pedido, no será posible la construcción de la demanda. Entonces, cuando hay un pedido, sea este de la comunidad o de terceros, debe ser abordado a partir del análisis conjunto para así ir construyendo la demanda con la comunidad. En el caso de que no exista el pedido, y la intervención

provenza de una oferta, hay que entender que existe un trabajo previo de evaluación y diagnóstico de las necesidades de la comunidad por parte de quien realiza la oferta. Por lo tanto la oferta, si es aceptada por la comunidad, se articulará con las necesidades de esta y posibilitará el intercambio de construcción de la demanda.

Ahora bien, según Rodríguez et al. (6), todo pedido, sea este desde la comunidad o desde un tercero, lleva implícitas depositaciones (asignaciones de responsabilidad) en los técnicos. En tal sentido, las depositaciones implican el reconocimiento de un saber y una autoridad profesional que les posibilita intervenir. A estas depositaciones se las denomina *encargos*, y pueden ser (como no) contraproducentes en la medida en que se aspira a que sea otro quien resuelva el problema. Para evitar este tipo de inconvenientes y actuar éticamente, el técnico deberá aceptar parte de esta depositación para poder trabajar —si no, perderá legitimación—, pero deberá devolver otra parte a la comunidad en el entendido de que también posee su responsabilidad y recursos para intervenir.

En este punto hay que ser muy cuidadosos (6), ya que muchas veces se cae en la «idea» de devolver a la comunidad aspectos depositados con la excusa de la autogestión, cuando es el técnico el que no puede afrontar lo depositado desde la problematización. Asimismo, es ético visualizar qué parte de este encargo⁴⁴ les corresponde a los técnicos, dado que se han posicionado intencionalmente desde sus conocimientos y herramientas para ayudar a la comunidad.

En el proceso de construcción de una intervención comunitaria no encontraremos recetas homogéneas ni que garanticen el «éxito» de una intervención. Cada intervención tendrá su proceso característico que dependerá de las necesidades, las problemáticas, la metodología que utilicemos, así como de otros condicionantes. No existe un protocolo uniforme que establezca cómo diseñar una intervención comunitaria; en ocasiones, al decir de Sánchez Vidal (2 p 251), la planificación es «un corsé o una jaula que nos aprisiona» y no deja margen de maniobra cuando surge la incertidumbre de trabajar en la realidad. Algunos autores ven las «acciones comunitarias más como un proceso abierto y flexible que van definiendo en cada caso y situaciones los actores comunitarios relevantes» (2 p 251). Por otro lado, planificar nos puede proporcionar una estructura necesaria desde la cual movernos, y a la vez una plasticidad para las situaciones que se salgan de nuestra planificación, transformándola así en guía para la acción y no corsé o jaula.

En todo caso, y en el entendido de que las posibles planificaciones responderán a los problemas y a la realidad de cada comunidad, realizaremos algunas recomendaciones que pensamos pueden ser tomadas en consideración al momento de pensar en una intervención comunitaria. Dichas recomendaciones surgen de la articulación de materiales de la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM) de la Universidad de la República y los aportes que Sánchez Vidal ha realizado al respecto.

Como hemos mencionado en cuanto a los componentes de un proyecto de intervención comunitaria, no existe consenso en cómo deben estar organizados (7 p 25), pero sí es necesario precisar algunos componentes que según la CSEAM deben estar presentes al momento de desarrollar una intervención comunitaria:

- **Construcción del problema de intervención**, que es la identificación de una situación social particular y concreta con el objetivo de contribuir a su transformación o de generar las condiciones para ello. Esta elaboración podrá incluir a su vez:

44 No todo claramente. El otro lado sería hacerse cargo de todo lo depositado, lo que anularía la participación comunitaria y posicionaría al técnico como un satisfactor-inhibidor concentrador del poder.

- **Antecedentes** del proyecto relacionados con el tema.
- **Fundamentación** en la que se explicita claramente la necesidad del proyecto.
- **Identificación del problema social y diferenciación de este del problema de intervención.** El problema de intervención «se inscribe en el problema social» (7 p 26). El problema social contextualiza y nos introduce en la complejidad. Se puede tomar el instrumento del «árbol de problemas»⁴⁵ como problematizador. Asimismo, se deberá considerar la complejidad dimensional y transversabilidad de los fenómenos y en este sentido la participación multi-, inter- y transdisciplinaria. La multidisciplinariedad es la colaboración horizontal entre profesionales de diferentes disciplinas que producirá acciones coordinadas. En la interdisciplinariedad existe una síntesis teórica y práctica parcial conjunta producto de la permeabilidad de las fronteras disciplinares; está presente además un modelo de comprensión e intervención común. En la transdisciplinariedad existe un total borramiento de las fronteras disciplinares, por lo que se dan integraciones totales que generan nuevos conocimientos, lenguajes y métodos de abordaje. En la práctica, la multidisciplinaria es lo más frecuente, la interdisciplina se logra parcialmente y la transdisciplina se traduce en una expresión de buena voluntad.
- Con quiénes se ha producido **interacción y diálogo en la construcción del problema de intervención.**
- **Definición de dónde se realizarán las acciones**, que tiene que ver con la territorialidad de instituciones, organizaciones y colectivos, no tanto con el espacio geográfico en sí mismo.
- **Definición de cuándo**, articulada con el problema social con relación a la situación actual, el desarrollo histórico y los efectos a futuro de la intervención.

Otros componentes importantes al momento de programar un proyecto son (8 p 45-48):

- **Marco conceptual:** refiere a los conceptos y teorías en los cuales nos basamos para delimitar el fenómeno de intervención. Desde él le daremos sentido y fundamento al problema.
- **Objetivos:** explican qué se aspira a lograr. Tienen que tener relación con el problema de intervención. Dentro de los objetivos encontraremos el objetivo general, que expresa en forma precisa qué se quiere lograr e indica hacia qué personas, organizaciones o instituciones van las acciones, y también en qué territorio, cuándo y por cuánto tiempo se desarrollará el proyecto. Finalmente, se deben incluir los objetivos específicos en los que se incluirá lo que se pretende lograr para conseguir el objetivo general.
- **Construcción de la demanda:** la cual ya hemos abordado.
- **Estrategia de intervención y diseño metodológico:** cómo llevar adelante el proyecto. La estrategia estará presente desde el inicio del proyecto y considerará aspectos tales como:
 - la manera en que se introducirá al campo de intervención
 - el abordaje de los ajustes del diseño original del proyecto que surgen de la construcción de la demanda
 - qué estrategias se incluirán para reflexionar sobre el proceso
 - de qué manera y quiénes realizarán el monitoreo y evaluación del proyecto
 - qué estrategias se utilizarán para salir del campo finalizado el proyecto

45 Es un recurso donde se ponen los problemas y se piensa en sus causas y consecuencias. Si bien puede ser un tanto reduccionista, sirve en modalidad taller y como técnica participativa.

El **plan metodológico** deberá pensarse desde el nivel más abstracto a lo más concreto (8); la metodología de ninguna manera debe ser reducida a la técnica. Así, la estrategia metodológica se descompondrá en:

- **Concepción metodológica:** supone una reflexión y toma de posición en torno a cómo se concibe la realidad, cómo se la conoce, cómo se la transforma, cómo se entiende la participación en estos procesos. En América Latina, Jara (9) plantea que los procesos de educación popular han adoptado una concepción metodológica dialéctica, dado que permite articular lo particular con lo general, lo concreto con lo abstracto y responde a los fenómenos cambiantes y contradictorios de la realidad. Esta metodología es una forma de aproximarse, ver y transformar la realidad. Se entiende la realidad como proceso histórico que ha sido creado por las personas. Desde esta concepción, Jara (9) plantea que la realidad es vista como un todo compuesto por diferentes partes (económico, social, político, cultural, individual, local, nacional, internacional, subjetivo, etc.) que no se pueden entender de forma aislada sin la interacción entre ellas. Asimismo, esta realidad se encuentra en movimiento, es cambiante, dinámica y está en constante tensión. La comprensión de los fenómenos se da desde el interior mismo de la dinámica, en conjunto con los sujetos implicados en los procesos.
- **Métodos:** formas de organizar los procesos de trabajo que se sustentan en la concepción metodológica y están en función de los objetivos y las situaciones concretas. Por lo que podrá haber métodos para investigar, divulgar, evaluar, educar, discutir, planificar, sistematizar, etc. Por ejemplo, en el marco global de la metodología dialéctica podemos incluir los métodos y las técnicas participativas.
- **Técnicas y procedimientos:** finalmente se organizan en base a los métodos y como prácticas regladas que concretan los pasos del proceso. Son los recursos y herramientas, por ejemplo, para promover un debate, obtener conclusiones y en definitiva conseguir lo propuesto. Los procedimientos podrán estar asociados a la utilización de una técnica, por ejemplo como proceso anterior a su ejecución.
 - **Prácticas no regladas:** aquellas que surgen de forma espontánea y que, al igual que las prácticas regladas, aportan a concretar el proyecto.
 - **Organización del trabajo:** implica lo que cada miembro del equipo realizará en el proyecto, en el entendido de que existe un dinamismo en cuanto a esta organización producto del propio devenir del proceso.
 - **Planificación:** refiere a cómo se irán asignado los recursos materiales y económicos, la distribución de roles y tareas del equipo.
 - **Cronograma:** planificación y organización temporal de las acciones o las actividades del proyecto. Es preciso recordar que en los proyectos de intervención comunitaria los cronogramas no son estáticos y existen contingencias o eventos no previstos. Lo importante es considerar si estas modificaciones alteran los objetivos planteados. Generalmente, por su practicidad, se utiliza el formato de cronograma de Gantt.
 - **Registro como memoria del proyecto:** servirá como insumo para la evaluación y el monitoreo. Para esto debemos definir qué vamos a registrar, para qué haremos el registro, cómo lo haremos y quiénes lo harán. Los registros podrán tener forma de bitácoras, notas, actas, fotografías, etc.
 - **Evaluación y monitoreo** del desarrollo y cumplimiento de las actividades propuestas y del cumplimiento de los objetivos.
 - **Recursos:** un presupuesto y la coherencia de este con las actividades. En lo económico podremos tener gastos, inversiones, sueldos y honorarios.

- **Resultados:** es importante consignar los logros obtenidos o no concretados en las actividades en función de los objetivos. Estos tendrán que tener un espacio de discusión crítica y reflexiva.

11.5. Modelos sistematizados para llevar adelante una intervención comunitaria

Por su parte, Sánchez Vidal (2 p 246-255) describe tres tipos de modelos para llevar adelante una intervención comunitaria:

1. Propuesta basada en grupos nominales
 2. Estrategia por consenso
 3. Propuesta de intervención comunitaria como cambio participativo y planificado
1. La propuesta basada en **grupos nominales** involucra un proyecto comunitario llevado adelante en cinco etapas, con variación de los actores participantes en cada una de ellas.
 - **Etapas 1. Exploración de problemas:** implica el reconocimiento de problemas con representantes de la comunidad. Se confecciona una lista de problemas. Cada participante propondrá problemas a ser abordados conjuntamente con una fundamentación. Esto permitirá el intercambio en el grupo. Finalmente se realizará una votación: los participantes evaluarán los problemas más relevantes, eliminarán temas duplicados y generarán una lista de prioridades. A su vez, se eligen representantes entre los participantes para la fase de prioridades.
 - **Etapas 2. Exploración de soluciones:** se reúnen representantes de especialistas en los temas y se intercambia sobre aspectos importantes para la solución de los problemas antes identificados, así como sobre los recursos existentes y necesarios. Se eligen representantes de los especialistas que participarán en la siguiente etapa. El resultado fundamental de esta etapa será una lista de acciones a realizar.
 - **Etapas 3. Establecimiento de prioridades:** se reúnen los representantes de la comunidad, de los especialistas y de las instituciones políticas y económicas, quienes aportarían los recursos y habilitarían el proyecto. Se explican las problemáticas junto con las propuestas y se escuchan las reacciones de los representantes políticos en cuanto a los recursos y posibilidades. Esta etapa insume una gran capacidad de **negociación a «tres bandas»**. Como resultado, se debería llegar a un acuerdo de programa a realizar en una etapa siguiente.
 - **Etapas 4. Diseño del programa:** tarea a cargo de los técnicos, quienes diseñarán el proyecto considerando los acuerdos de la etapa anterior en cuanto a problemáticas priorizadas, recursos y limitaciones.
 - **Etapas 5. Valoración del diseño:** se reunirán nuevamente los técnicos, los representantes de la comunidad y los representantes políticos, se expondrá el proyecto diseñado y se realizarán cambios. El proyecto debe articular las necesidades comunitarias, el rigor técnico y las limitaciones político-económicas, y ser a su vez viable.

2. La **estrategia por consenso** es un esquema propuesto por Caplan, referenciado por Sánchez Vidal (2 p 248), que consta de cuatro etapas.

- **Etapas 1. Iniciación de la actividad comunitaria:** esta etapa es previa a la intervención e involucra hacerse de información preliminar sobre la comunidad (problemáticas, necesidades, aspectos económicos, políticos, demográficos, estructurales, sanitarios, etc.). Los interventores, reunidos con líderes de la comunidad, técnicos y representantes políticos, expondrán esta información, otros aspectos relevantes de los problemas y las soluciones, a los efectos de obtener una valoración de la información. La etapa tendrá como principal finalidad lograr un acuerdo (o rechazo) en cuanto al encargo de trabajo, si ha existido, o buscar el interés y problematización de lo identificado.
- **Etapas 2. Elaboración del proyecto:** se elabora el proyecto una vez que se ha acordado el tema y la comunidad está dispuesta a participar en el proceso. Se podrá ir diseñando el proyecto en aproximaciones llegando a un proyecto final una vez que los líderes de la comunidad, otros técnicos y los servicios locales hayan aceptado la propuesta de trabajo. Caplan, citado por Sánchez Vidal (2 p 249), recomienda ir lentamente en «fases según principios generales a la vez que demandas de situaciones concretas», buscando la aprobación de los líderes comunitarios y hacerse de una respetable reputación profesional con un efecto acumulativo «bola de nieve» sobre el programa.
- **Etapas 3. Establecimiento de relaciones y creación de reputación:** implica generar buenas relaciones con los líderes comunitarios y directores de servicios, así como con trabajadores y demás personas de la comunidad. Esta etapa es importante en toda intervención comunitaria y es básica para propiciar la participación comunitaria. Involucra nuestro rol, así como la confianza y el respeto de la comunidad, que se darán cuando esta identifique que el interventor aspira a su bienestar y respeta sus valores y finalidades, así como cuando el interventor demuestre su competencia profesional.
- **Etapas 4. Mantenimiento del proyecto:** requiere mantener el contacto con las instituciones y grupos locales relevantes, relaciones públicas de divulgación del proyecto en la prensa, charlas, libros, etc.

3. La propuesta **intervención comunitaria como cambio participativo y planificado** es la que hoy en día predomina en nuestras prácticas. El autor (2 p 250) propone cinco etapas en esta propuesta.

- **Etapas 1. Definición del problema:** identificación y definición del problema a resolver de forma concreta. El problema tendrá que ser relevante para la comunidad o el colectivo, ya que esto aportará para que las personas se impliquen. También es necesario definir los destinatarios, que podrán ser una comunidad, un territorio, un colectivo, una población específica o una problemática. Esta etapa involucra a su vez identificar el origen de la intervención, que podrá ser la comunidad (desde abajo), respondiendo a una demanda que además generalmente asegura la participación comunitaria. Cuando proviene de arriba, tal vez podremos asegurar los recursos institucionales y los medios, pero nos veremos en problemas con la participación comunitaria. En ambos casos, el interventor tendrá que problematizar las expectativas y negociar lo que podrá llevar adelante en virtud de los recursos que posee, dentro de los cuales se encuentran sus posibilidades profesionales. De existir problemáticas que no pudiesen ser abordadas, se las deberá derivar a los servicios competentes. Por otro lado, el proceso de

intervención podrá tener origen en el propio profesional. En este caso habrá que tener en cuenta que la participación de la comunidad requerirá de un esfuerzo mayor, ya que esta no se verá fácilmente motivada y con interés. En tal sentido, el autor recomienda estar dispuestos a confrontar la resistencia y/o indiferencia tanto comunitaria como de las instituciones. No obstante, estas resistencias pueden ser revertidas a través de la negociación. Finalmente, en esta etapa tendremos que describir el contexto institucional y social.

- **Etapa 2. Evaluación inicial:** es un proceso tanto técnico como relacional. La parte técnica realizará la evaluación del problema, las necesidades y los recursos comunitarios; la participación de la comunidad, la motivación en cuanto a los cambios propuestos. Primero será necesario utilizar información ya disponible (si existe) para identificar la información que se va a recoger con informantes claves, encuestas, indicadores sociales, contextuales, históricos, culturales, observaciones, entre otras técnicas. Dentro del proceso relacional se propone la entrada en la comunidad y la «negociación del contrato» (2 p 252).
- **Etapa 3. Diseño y planificación de la intervención:** incluye tareas del técnico: definir objetivos que surgirán de la evaluación previa realizada con la comunidad. Estos deberán ser relevantes para los problemas definidos, realistas, y de existir contradicciones en las acciones para alcanzar alguno de los objetivos deberemos tener criterios para elegir un curso de acción. En ocasiones se podrán incluir objetivos temáticos, parciales, o en función temporal, a corto, mediano o largo plazo. No obstante, se podrá trabajar sin objetivos, guiados por los problemas, los valores. En esta etapa se establecerán el contenido del proyecto, acciones para conseguir los objetivos, se identificarán los recursos necesarios (financieros, económicos, humanos, instalaciones, etc.) y se establecerá el calendario aproximado para la concreción de las acciones.
- **Etapa 4. Realización (estrategia):** refiere al contacto directo con la comunidad y la realidad en la concreción de las acciones. Requiere una planificación estratégica considerando la viabilidad técnica y social, la obtención de los medios, la motivación de la población y la superación de las resistencias al cambio, el seguimiento y ajuste del proyecto, así como su mantenimiento de ser preciso. Se establecerán mecanismos de evaluación del proceso que puedan proporcionar un retorno con relación a las acciones que se van desarrollando, lo que permite realizar ajustes y correcciones. Estos mecanismos podrán ser reuniones periódicas, contactos con la comunidad, etc.
- **Etapa 5. Terminación y evaluación de resultados:** en este punto se deberá evaluar la eficacia en función de los objetivos, la utilidad y el impacto global de las acciones en la comunidad, así como la satisfacción de las personas, el seguimiento y el apoyo posterior. La evaluación de los resultados debería realizarse cuando racionalmente se prevea que la intervención ha tenido efectos, lo cual no siempre coincide con la finalización del proyecto; se recomienda establecer un seguimiento de los efectos realizando evaluaciones periódicas, por ejemplo a los tres, seis meses y al año. En ocasiones, las intervenciones comunitarias culminan antes de lo proyectado y antes de que se resuelva el problema, sea por falta de recursos, por cambios políticos o por traslado de los técnicos a otras zonas de trabajo. En otras oportunidades, las acciones se prolongan aunque se haya resuelto el problema y se establecen equipos de trabajo que conforman una estructura organizativa. Ahora bien, técnicamente lo lógico es que la intervención comunitaria dure tanto como la problemática de intervención, por lo que, independientemente de los técnicos, una intervención comunitaria (2 p 253) debería considerar su mantenimiento en cuanto a financiación, apoyo de los líderes comunitarios,

intervención de las instituciones, mantenimiento de las personas que trabajan en ella desde la comunidad e independencia de la presencia del/de los técnico/s.

11.6. Ejercicios

1. Pide a tres personas que conozcas una definición de comunidad; intenta que la definición sea lo más extensa posible. Una vez que tengas las definiciones, reúnete con tres compañeros de clase que hayan realizado la misma consigna e intercambia impresiones con relación a las respuestas y la lectura previa del capítulo sobre intervención comunitaria.
2. Selecciona una comunidad definida como tal por agentes externos, instituciones u organizaciones relacionados con ella. Establece sus límites y alcances y qué es lo que la caracteriza. Acércate a ese lugar o contacta a las personas o redes que la configuran y haz las mismas preguntas. Comparte las respuestas recibidas y analiza el concepto de comunidad y su significado con las personas que han sido tus informantes.
3. Prepara una divertida presentación en PowerPoint en la que menciones los modelos que te proponemos de intervenciones comunitarias, así como los componentes para construirla.
4. En un diario cualquiera del lugar donde vives, busca información sobre comunidades de esa localidad. Piensa de qué manera podrías intervenir en ellas y realiza un breve esquema del proyecto de intervención comunitario.

11.7. Lectura recomendada y ejercicios

- Montero M. La participación y el compromiso en el trabajo comunitario. En: *Introducción a la psicología comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós, 2004. p 108-122.

Responde las siguientes preguntas en base a la lectura recomendada. Recuerda poner en tus respuestas las páginas que has consultado.

¿Qué intereses económicos se reflejan en la práctica comunitaria?

En la sociedad actual, ¿con qué grupos se deberá comprometer quien quiera realizar trabajo comunitario?

Referencias bibliográficas

- Montero M. Comunidad y sentido de comunidad. En Montero M. *Introducción a la psicología comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós; 2004. p 95-107.
- Sánchez A. Bases operativas. *Intervención comunitaria: conceptos, supuestos, técnicas y estrategias*. En: Sánchez A. *Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007. p 225-254.
- Sánchez A. *Intervención: marco y métodos. Política y organización de la intervención comunitaria: participación e interdisciplinariedad*. En Sánchez A. *Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007. p 261-285.
- Lapalma A. El escenario de la intervención comunitaria [Internet]. 2001 [citado 12 de diciembre de 2017]. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 2(X). Recuperado de <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/18573/19619>
- Montero M. (2006) El quehacer comunitario. En Montero M. *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004. p 59-91.
- Rodríguez A, Giménez L, Netto C, Bagnato M, Marotta C. De ofertas y demandas: una propuesta de intervención en psicología comunitaria [Internet]. 2001 [citado 12 de diciembre de 2017]; 10(2): 101-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410209>

- CSEAM. Construcción del problema de intervención. En Formulación de proyectos de extensión universitaria. [Internet]. Cuadernos de Extensión 4. p 22-42. Recuperado de http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2015/10/02_Cuaderno_Formulacion_de_Proyectos_de_Extension.pdf
- CSEAM. Estrategia de intervención y diseño metodológico. En Formulación de proyectos de extensión universitaria. [Internet]. Cuadernos de Extensión 4. p 45-48. Recuperado de http://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2015/10/02_Cuaderno_Formulacion_de_Proyectos_de_Extension.pdf
- Jara O. La concepción metodológica dialéctica, los métodos y las técnicas participativas en la educación popular. Costa Rica.

EQUIPO DE TRABAJO

Responsable del proyecto: Julio Braida

Coordinación general del proyecto: Fabián Cabrera y David Pereyra

Equipo de redacción temática: Fernanda Olivar, Jessica Correia, Andrea Akar, David Pereyra y Fabián Cabrera

Julio Braida: doctor en Medicina por la Universidad de la República. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Udelar). Profesor adjunto en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria (Udelar). Coordinador responsable de la unidad curricular Aprendizaje en Territorio de la Facultad de Medicina (Udelar). Corresponsable de la Unidad Docente Asistencial (UDA) Canelones al Este. Exasistente de la Unidad de Extensión de la Facultad de Medicina (Udelar). Director del Centro de Salud Ruben Misurraco RAP-ASSE.

Fabián Cabrera: licenciado en Psicología por la Universidad de la República. Cursando el Doctorado en Medicina por la Universidad de la República y la Maestría en Psicología de la Salud por la Universidad Internacional Iberoamericana, México. Docente asistente en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, dedicado a la unidad curricular Aprendizaje en Territorio. Integrante del equipo coordinador de la unidad curricular Aprendizaje en Territorio. Integrante del colectivo Radio Vilardevoz, cocoordinador del espacio *Tardes de sábado* de este dispositivo.

David Pereyra: doctor en Medicina por la Universidad de la República. Cursando la residencia de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Udelar). Docente Asistente en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y el Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina (Udelar), dedicado a la unidad curricular Aprendizaje en Territorio. Integrante del equipo coordinador de la unidad curricular Aprendizaje en Territorio (Udelar). Integrante del equipo de investigación CESCAS I, PRISA y CESCAS II (estudio de detección y seguimiento de enfermedad cardiovascular, respiratoria, cáncer y factores de riesgo en el Cono Sur de América Latina).

Jessica Correia: licenciada en Psicología por la Universidad de la República, actualmente realiza la Maestría en Psicología Social (Udelar). En el marco de la maestría, se integra al Instituto de Fundamentos y Métodos de la Psicología, en el Programa Discapacidad y Calidad de Vida (Facultad de Psicología, Udelar), para participar en la investigación Incidencia del cuidado en la calidad de vida de madres de hijos/as con discapacidades severas de origen psíquico. Docente asistente en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (Udelar), dedicada a la unidad curricular Aprendizaje en Territorio.

Fernanda Olivar: licenciada en Antropología Social y Cultural por Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República. Diplomada como Especialista en Políticas Sociales por Facultad de Ciencias Sociales (Udelar).

Docente asistente en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (Udelar), dedicada a la unidad curricular Aprendizaje en Territorio.

Andrea Akar: obstetra partera por la Universidad de la República. Actualmente realiza la especialización en Intervenciones Comunitarias en Salud del Programa APEX-Udelar. Docente asistente en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina (Udelar), dedicada a la unidad curricular Aprendizaje en Territorio.

Estefanía Galli: doctora en Medicina por la Universidad de la República. Actualmente realiza la residencia de Especialista en Psiquiatría. Docente asistente en el Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina (Udelar), dedicada al curso Estudio de Casos.

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República. Forma parte de la serie Manuales de Aprendizaje, que tiene como objetivo mejorar las condiciones de aprendizaje de los estudiantes y, al mismo tiempo, propiciar la autoformación docente mediante la reflexión sobre sus prácticas y sobre el estado del arte en su disciplina. Secundariamente, esta publicación pretende colaborar en la constitución de tradiciones disciplinares y culturas educativas nacionales.

ISBN: 978-9974-0-1764-1



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza