



# 12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

## La Plata, junio y septiembre de 2021

GT 60: Debates y problemas teórico-metodológicos en antropología de la salud

### **La salud comunitaria en construcción. La experiencia de una asignatura de la carrera de medicina en una universidad del conurbano.**

María Cecilia Scaglia. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche. [marichescaglia@gmail.com](mailto:marichescaglia@gmail.com)

Daniel Albano. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche. [dalbano63@gmail.com](mailto:dalbano63@gmail.com)

Natalia Osella. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche. [naty.osella85@gmail.com](mailto:naty.osella85@gmail.com)

Nadia Percovich. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche. [nadiapercovich@hotmail.com](mailto:nadiapercovich@hotmail.com)

Mariana Saraceno. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche. [marianaines.saraceno@gmail.com](mailto:marianaines.saraceno@gmail.com)

Diego de Zavalía. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche. [dzavalia@gmail.com](mailto:dzavalia@gmail.com)

### **Resumen**

En esta presentación nos proponemos dar cuenta de algunos resultados del trabajo de investigación realizado en el marco del proyecto “Construyendo saberes en salud comunitaria” que forma parte del Programa de Investigación en Salud Comunitaria del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ (Universidad Nacional Arturo Jauretche). El objetivo de este proyecto consistió en describir y analizar el proceso

de construcción de saberes anclados en la perspectiva de la Salud Comunitaria en la carrera de medicina de la UNAJ. Las dimensiones que tomamos para el análisis fueron las representaciones respecto de la comunidad y el PSEAC (proceso salud – enfermedad – atención – cuidado); y las prácticas de intervención en el plano de lo barrial - territorial. Para abordar esta cuestión tomamos la asignatura “Articulación Comunitaria”. Se trata de una materia que pretende articular los contenidos “teóricos” de otras asignaturas con las condiciones socio- económicas que determinan los problemas de salud, observados en “escenarios reales de la práctica”. Adoptamos un enfoque etnográfico, y estamos realizando el trabajo de campo observando los diferentes espacios que ofrece la asignatura, tanto las clases como las actividades “en territorio”. También realizamos entrevistas en profundidad a estudiantes y docentes que dictan la asignatura. En esta ponencia nos vamos a enfocar en el concepto de salud comunitaria que construyen docentes y estudiantes viendo en qué tradiciones teóricas se sustenta el uso del concepto de comunidad. Además vamos a contrastar el uso de este concepto con las prácticas que desarrollan los sujetos tanto en el aula como en el barrio. Para hacerlo vamos a adoptar un enfoque relacional que nos permita poner en tensión las perspectivas de los diferentes actores (estudiantes y docentes) y sus respectivas prácticas y representaciones.

**Palabras clave:** *Comunidad; salud comunitaria; saber médico; territorio.*

## **Introducción**

Este trabajo sintetiza algunos de los resultados de un proyecto de investigación interdisciplinaria que se propuso analizar las representaciones y prácticas ligadas a la salud comunitaria de docentes y estudiantes de una asignatura de la carrera de medicina de la UNAJ. En esta materia, que se cursa en un Centro de Atención Primaria (CAPS), se pretende articular los contenidos teóricos con las problemáticas sociosanitarias, observadas en escenarios reales. Por esto, la asignatura resulta fundamental para la construcción de saberes anclados en la perspectiva de la Salud

Comunitaria que caracteriza a la carrera de medicina de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

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

En el proceso de investigación encontramos que los docentes y estudiantes construyen una idea de comunidad romantizada y homogénea, que funciona para el paradigma de la salud comunitaria como un horizonte de utopía contrapuesto al individualismo que caracteriza al saber biomédico. Los estudiantes se apropian de esta postura pero, en su homogeneidad, la comunidad pasa a ocupar el mismo lugar que el cuerpo biológico en el modelo médico hegemónico. Los estudiantes se aproximan a la comunidad con fines altruistas considerando que tienen el saber necesario para solucionar sus problemas sanitarios.

### **Los derroteros de la educación médica: las apuestas a otros modos de enseñanza desde el paradigma crítico**

En nuestro país la enseñanza médica de grado, se encuentra inscripta en el paradigma flexneriano, se basa en la perspectiva biomédica, en la experiencia clínica individual y en la formación en el hospital. En este contexto la formación desde una perspectiva crítica que prepare profesionales con una mirada integral y que privilegien el abordaje comunitario constituye un desafío. En consecuencia, resulta de interés hacer foco en los sujetos sociales que convierten en práctica cotidiana un curriculum. Nos referimos a docentes y estudiantes que le imprimen una pluralidad de significados y sentidos que impactan y transforman la estructura y determinación curricular inicial (de Alba, 1994).

Los documentos de los organismos internacionales (OPS/OMS; 2003; 2005) señalan que en la formación de base escasean contenidos relacionados con una concepción de la salud como proceso social, herramientas teóricas para abordar la dimensión social del proceso salud/enfermedad/atención y cuidados (PSEAC), haciendo una

crítica a la formación orientada por una concepción biomédica. Frente a la falta de formación médica en temas relacionados con una perspectiva social de la salud - enfermedad, se ha apostado en gran medida a introducir cambios orientados a transformar los modelos de atención en salud a partir de la creación de nuevas carreras de medicina.

A partir de las décadas de 1960-1970, el paradigma biomédico entra en crisis y con él el modelo flexneriano de enseñanza. Desde las ciencias sociales lo cuestiona por su carácter eminentemente biologicista, y se propone la inclusión de contenidos de las ciencias sociales en los programas de estudios de estas carreras. Estas corrientes críticas asumieron el nombre de Medicina Social en casi todo el continente. Como una paradoja de la modernidad tardía, el modelo flexneriano goza aún de buena salud a pesar de haber sido cuestionado en forma recurrente en diversas reuniones internacionales.

Según Borrell (2005) estos criterios se plasmaron en dos modelos curriculares fundamentados en la orientación hacia la comunidad y en la solución de problemas. El currículo basado en la comunidad se puso en práctica enviando a estudiantes de primer o segundo año a un centro de salud durante un período breve, requiriéndoles que participaran en “proyectos” comunitarios.

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

### **Las prácticas de enseñanza médica como objeto de investigación**

La creación y puesta en marcha de esta carrera, inspirada en el paradigma crítico de la salud, nos motivó a indagar en las principales características del saber médico respecto de la salud comunitaria. Nos propusimos explicar cómo operan los

procesos de cambio en este saber en los diversos actores involucrados en el desarrollo curricular a partir del estudio del proceso de enseñanza / aprendizaje en la asignatura Articulación Comunitaria.

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

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

Las dimensiones que tomamos en cuenta para el análisis del saber en Salud Comunitaria fueron las representaciones respecto de la comunidad, el PSEAC; y las prácticas educativas de intervención territorial.

### **La “comunidad”: un concepto polisémico**

Para abordar las representaciones sobre la salud comunitaria resulta relevante detenernos en el concepto de comunidad.

Tönnies construye el concepto de comunidad en oposición a la sociedad moderna industrial y se caracteriza centralmente por erigirse en el fundamento de la vida “en común” que supone la interacción cara a cara, entre comunes, en oposición a las relaciones de entre socios (es decir que los une un interés) propias de las sociedades modernas.

Así, en la agenda pública y en las políticas públicas la presencia de la comunidad se vuelve omnipresente y aparece como un “recurso” cada vez más necesario para activar a la población en la gestión de sí misma y sus condiciones de existencia. (de

Marinis, 2005:16).

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

### **La organización de la asignatura**

La asignatura Articulación Comunitaria, corresponde al segundo año de la carrera de Medicina, es anual y está ubicada en el plan de estudios después del Ciclo Básico en Salud de todas las carreras del Instituto de Ciencias de la Salud. Se espera que en esta materia los estudiantes articulen los aprendizajes teóricos abordados en otras asignaturas a partir de la experiencia de campo. Para ello realizan sus prácticas en el Centro de Salud.

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

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

La evaluación consistía en dos exámenes parciales domiciliarios, un examen oral para reflexionar sobre un caso al final de la cursada y una evaluación del trabajo de

campo. Para calificar esta última instancia se evaluaba el “*cuaderno de campo*”, en el que se desarrollaban guías integradas de campo”. Los cuadernos de campo constituían bitácoras con un relato pormenorizado sobre la experiencia de cada estudiante, donde se realizaba una articulación entre los conceptos teóricos y las observaciones, entrevistas e intervenciones realizadas en las salidas a la comunidad.

### **La Salud Comunitaria en construcción**

Como ya fue analizado en otros trabajos, en los cuadernos de campo encontramos una identidad entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil (OSC) y la noción de “actor social”, y a su vez entre instituciones y espacios de uso público. Así por ejemplo se mencionan: “*UGL / CRE-SIENDO / Escuela / Comisaría / Bomberos / Iglesia / Centro de Salud Leopoldo Lugones / Padre Cajade / Delegación Municipal*” sin distinguir entre instituciones estatales y OSC. También algunos cuadernos mencionan otras OSC como los clubes y aclaran “*sin presencia humana*”, lo que nos lleva a pensar que el status de actor social se adquiere en la medida en que se encuentra un espacio físico o un edificio y un cartel que consigne su denominación. A partir de lo observado en el trabajo de campo y de los relatos de los cuadernos de campo, se puede ver que estos actores son señalados dentro del mapa. Cada “actor” se corresponde con una institución (en sentido restringido del término, un establecimiento concreto).

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

En las clases aparece una idea de comunidad como un sujeto colectivo que *necesita*

del profesional. Aquí surge una intención de diferenciarse del individualismo propio del paradigma biomédico: en lugar de ser el paciente individual quien requiere del profesional, el sujeto de intervención es un sujeto colectivo, la comunidad.

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

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

Pensar o hablar de comunidad, para los estudiantes es considerar los determinantes sociales de la salud. *“Realizamos una entrevista con un grupo de compañeros en la UGL<sup>1</sup>, actor social identificado, donde una empleada llamada Juana, nos comenta los determinantes más relevantes”*. Es posible pensar que se asocia la noción de *determinante* con la idea de problema, y se omite abordar la determinación social de la salud, entendida como un concepto que atraviesa todos los aspectos de la vida, concebida desde el paradigma de la complejidad.

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

En cuanto a la salud comunitaria, existe una asociación entre comunidad y vulnerabilidad socioeconómica. Así, trabajar en salud comunitaria implica intervenir

---

<sup>1</sup> Unidad de Gestión Local



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

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

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

“Trabajamos el qué es lo comunitario como más que nada el abordaje a través del contexto...” “qué pasa cuando una persona viene a una consulta, cómo lo abordamos teniendo en cuenta el contexto comunitario y qué es lo que vamos a tener en cuenta”.

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

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

La comunidad aparece como *“un grupo de personas que comparten no solo el lugar físico sino representaciones culturales, creencias, tradiciones, vínculos,*

*articulaciones y que deconstruyen continuamente a partir de eso*". A esta idea se suma la dificultad para definirla por ser un concepto complejo

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

### **Las prácticas de intervención barrial**

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

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

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

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

"...cambia igual cursar (...) en el sentido de que, no sé, como que es otra cosa. La sensación es distinta de cursar en un centro de salud que en un aula, aparte salís con el ambo y como que ya te sentís... (risas)... ¡Un poco más lindo! No, sí,

cambia por ese sentido, o sea,(...), si cursaría en un aula y después iríamos en colectivo para allá, tampoco me cambiaría mucho, ahora que lo pienso, porque no hay tanta relación con el, sino el cambio con el hecho de uno, de sentir que estás en un centro de Salud” .

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

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

Permanentemente les estudiantes se cuestionan el sentido de estas prácticas:

“¿Qué les sirve? ¿Qué me llevo? Bueno, me llevo conocimientos de la comunidad que al principio no los tenía, o sea, saber cómo se alimentan, lo que saben de lactancia, bueno, determinar vulnerabilidades de las casas, sí, muchos conocimientos me llevo. A la gente, por ahora yo creo que nosotros, nada, no sé, nada, nosotros como que entrevistamos, en el futuro tal vez podamos devolverle algo a ellos. (...) hay gente que generalmente está enojada con el sistema de Salud, con la economía, con todo y a veces se agarra con nosotros, como que no vamos a poder darles una solución al entrevistarlos pero creo que en un futuro podría”

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

“En Padre Cajade ahí no atienden a las personas del barrio, recibimos bastantes quejas por eso. Mucha gente ni siquiera lo conoce, (...) Creo que deberían poder atender a las personas”..

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

“Yo creo que nosotros como estudiantes o profesionales tenemos que intervenir más en la... me lleno de bronca, digo que la gente no puede vivir así, esta señora se tiene que ir al [Hospital] Tolem porque en Leopoldo Lugones la atienden mal, ¿Qué hago con todo eso?” (...) Yo me quedo pensando: “Esta persona vive acá, plata evidentemente no tiene, para ir a Tolem necesita plata, si llueve no puede transportarse, si te agarra a la madrugada que se te descompone un bebé o lo que sea... Yo lo he vivido, si no tenés guita, no tenés alguien que te lleve y encima vivís en una calle de tierra que se inunda... Son gente que está olvidada del mundo y eso a mí me genera mucha impotencia. La materia me genera impotencia”.

### **Los sentidos de la comunidad**

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

Otro aspecto a señalar es, como ya fue dicho, la concepción mecanicista de los *determinantes* de la salud. El empirismo que caracteriza esta perspectiva hace que se conciba la comunidad como un espacio físico en el que habitan familias; el modo de conocer su estructura es a partir de las organizaciones e instituciones que allí se

encuentran. Las demandas, los problemas, las necesidades de estas comunidades se conocen a través de lo que llaman “actores sociales” que son las personas que se encuentran en las “instituciones”. Los problemas que enuncian estos “actores” tienen causas, y lo importante es reconocer quiénes pueden intervenir sobre éstas o escapen a sus posibilidades de intervención.

No encontramos en el proceso de aprendizaje una perspectiva teórica que contribuya a comprender lo comunitario como expresión de estructuras y relaciones sociales de diferentes niveles de complejidad. Por otra parte, el concepto de comunidad implica la idea de un organismo que funciona sin conflictos pero con funciones diferenciadas. La asociación de los actores sociales con instituciones daría cuenta de esa necesidad de múltiples funciones de la comunidad.

En la década del 90 se dio un debate en las ciencias sociales referido a la importancia del plano “local” en oposición a lo “global” que explica la revitalización que se le dio entonces a la noción de comunidad y a la participación comunitaria. El énfasis en lo local tuvo que ver con el reconocimiento de que es allí donde se hace inteligible lo general, lo macro y la estructura, y en consecuencia, las representaciones sociales deben ser observadas en sus usos locales para comprender el sentido general de las mismas (Menéndez; 2010). Lo local supone toda una serie de espacios en los que las relaciones se dan cara a cara: los microgrupos domésticos, la escuela, el barrio, los lugares de trabajo, incluso el cuerpo. Los procesos macrosociales se viven en la esfera de lo local y es esta esfera la que le otorga sentido, reconocer la importancia de esta esfera no puede excluir el reconocimiento de la determinación de los procesos generales. En este contexto la comunidad se convierte en una fuente ambivalente de sentidos posibles (de Marinis P., 2017), por un lado cómo proyección utópica de un devenir de transformación del orden social actual (muy presente en los diferentes movimientos sociales) y por otro como un dispositivo socio-tecnológico de gobierno de las poblaciones que se utiliza en las políticas que promueven la activación de los sujetos en la propia gestión de los riesgos sociales.

Notamos además una superposición entre la idea de comunidad y la de territorio, es decir que en ocasiones se conceptualiza la comunidad como “el barrio”, “el área

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

Por último, es preciso señalar que los estudiantes se sienten interpelados por los vecinos y son receptores de demandas que se formulan al sistema de salud. Esa demanda no resuelta, por un lado, y ese rol no formulado, por otro, opera como un obstáculo a la hora de pensar en los objetivos de las prácticas. La actividad por excelencia es caminar por el barrio para qué lo hacen, es lo que no queda claro. Diferenciamos por un lado, una demanda no resuelta, en el sentido que muchos problemas planteados en las entrevistas, no son conducidos por parte de las prácticas de los estudiantes a una respuesta concreta en el sistema de salud. Por otro, también podemos suponer que ante esta falta de respuesta, muchas demandas no llegan siquiera a plantearse, e incluso que algunos problemas no llegan a visibilizarse. Entonces cuando intentamos explicitar el objetivo de las prácticas realizadas en el territorio, no podemos hacerlo. ¿Qué aprenden los estudiantes? ¿Qué de esa experiencia servirá para su aprendizaje profesional? Eso es lo que se diluye en la actividad concreta de caminar el barrio.

Recuperemos entonces la idea que el saber profesional del médico comunitario requiere de la producción de representaciones y prácticas a partir del rol que se necesita representar. Debemos considerar que el trabajo en el campo de la salud se caracteriza por su tendencia a la acción; es esta exigencia de intervención lo que favorece la discrepancia entre representación y práctica como producto de las expectativas de rol. La exigencia de desempeño del rol a partir de la intervención en los problemas que identifican y las demandas de las que son receptores serían la explicación a ese sentimiento de “frustración” ante la ausencia de herramientas para

intervenir “curando” los problemas de la comunidad. Desde esta perspectiva estamos comenzando a pensar que el rol del médico comunitario se aprende y se actúa en función de las expectativas de desempeño del rol que tienen sobre los estudiantes tanto la universidad, como los sujetos del barrio.

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

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

Respecto de las representaciones en torno de la comunidad que construyen los sujetos nos interesa destacar que en estos escenarios en que transcurre la formación de los futuros médicos, esta idea romántica de comunidad, se trata más bien de un instrumento en la disputa ideológica conceptual con el paradigma hegemónico, que de un concepto operativo.

Un aspecto que nos interesa señalar respecto de las nociones con las que se conceptualiza “el barrio” es la distancia que existe entre los docentes y los estudiantes y quienes habitan este territorio. Uno de los conceptos a trabajar en la asignatura es el concepto de vulnerabilidad. En este sentido, algo que pudo observarse fue la similitud que existe entre el barrio en el cual los estudiantes hacen la práctica y el lugar donde viven; ambos espacios presentan problemáticas similares. Esa distancia imaginaria entre la población a atender y ellos mismos parecería borrarse. De esta manera aparece lo inesperado: la distancia social entre docentes y estudiantes, aspecto que parece no haber sido tenido en cuenta (Zapata, L.; 2017).

Es necesario mencionar que las intervenciones para los estudiantes están pensadas desde el “mandato de salvación”, donde son ellos los portadores del saber y el

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

La asociación entre la noción de comunidad y la de territorio, junto con el empirismo con el que se aborda el trabajo sociocomunitario, nos induce a suponer en que en sus prácticas de relevamiento, los actores trasladan “la lección de anatomía” a la realización de una “anatomía barrial”. El barrio, se plasma en un mapa en el que se señalan las partes constitutivas, casi del mismo modo en que en las lecciones de anatomía los profesores de entonces daban cuenta de las partes que componen un cuerpo humano. Del mismo modo que en esos escenarios, de sujetos observando un cuerpo inerte, en este caso, las actividades de relevamiento territorial, sustraen el alo de vida social y comunitaria que está dado por los vínculos y por las relaciones sociales en cualquier comunidad. Los actores sociales, se transforman en edificios, sin intereses ni objetivos. El empirismo que tiñe este tipo de abordaje dificulta la comprensión de dimensiones abstractas que atraviesan los vínculos sociales, y de estructuras de significación que hacen inteligible la vida social.

### **Referencias bibliográficas**

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

de MARINIS P. (2017). *Acerca de la comunidad y su (¿presunto?) renacer*. En: *Cuadernos de Teoría Social*, Año 3, Nº 6, 49-67. (ISSN 0719-6415).-----

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



- 3988).----- (2005). 16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es). En Papeles del CEIC # 15 (ISSN: 1695-6494).
- MANZANO, V. (2013). *La política en movimiento. Movilizaciones colectivas y políticas estatales en la vida del Gran Buenos Aires*. Argentina:Prohistoria. (ISBN 9789871855407)
- MARTINEZ, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista perfiles libertadores*, 4, 73-80.
- MENÉNDEZ, E. (2010). *La parte negada de la cultura*. Rosario: Prohistoria. (ISBN 978-987- 1304-59-2).
- MERKLEN, D. (2005). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática 1983- 2003*. Argentina: Gorla.
- OPS/OMS (2014) Relatores: Borrell, María Rosa y Menezes Fernando “Informe de Manaos La Misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud”.
- (2005): Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para la discusión. Documento Oficial.
- (2003): Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44º Consejo Directivo – 55º Sesión del Comité Regional. EEUU.
- PETZ, I. (2013). Movimientos Sociales y Estatalidad. De la Desocupación a la Construcción Política: el caso de la Unión de Trabajadores Desocupados de General Mosconi en el Norte de Salta, Argentina. Reseña de Tesis Doctoral. En *Cuadernos de Antropología Social* N° 37, FFyL-UBA. (ISSN 0327 3776).
- ROVERE, M (2014) “La Educación médica en revisión”, en *Revista Argentina de Medicina*, Volumen 2, N° 3, Buenos Aires.
- ROVERE, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).
- SCAGLIA, M. C. (2012). *"Curarse en salud". Saber en atención primaria de la salud : la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina*. Tesis doctoral. FFyL - UBA Repositorio digital:

<http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1639>

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

TESTA, M. (2014). *Pensar en Salud*. 1ª ed. 6ª reimp. Buenos Aires: Lugar.

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