

Dimensiones de la salud comunitaria que consideran pediatras del Primer Nivel de Atención: reflexiones y desafíos

Dimensions of the community health considered by pediatricians from the First Care Level: reflections and challenges

María Paula Juárez¹

Resumo

El artículo analizó dimensiones en salud comunitaria a partir de un estudio exploratorio de la relación que establecen médicos pediatras del Primer Nivel de Atención de la Salud con madres consultantes de contextos pobres (Córdoba, Argentina). Fueron desarrolladas secciones: inicialmente la metodología utilizada, seguidamente de los resultados atendiendo al rol del médico, el papel de las estrategias, el planeamiento y la interdisciplina en salud comunitaria. Finalmente, se analizaron estas dimensiones como desafíos que debe asumir el paradigma en salud comunitaria para lograr incidencia en el accionar médico orientado a las comunidades para la gestión de su salud. Se tomaron los aportes del pedagogo brasileño Paulo Freire, así como de referentes latinoamericanos, del planeamiento estratégico situacional.

Palabras clave: salud comunitaria; pediatría, planeamiento.

Abstract

This paper developed dimensions in community health based on an exploratory study of the relationship established between pediatricians from the First Health Care Level and consultant mothers from poor backgrounds (Cordoba, Argentina). The analysis was developed in some sections: firstly, the methodology used, then the results regarding the role of the physician, the role of strategies, the planning and interdiscipline in community health. Finally, these dimensions were analyzed as current challenges that the community health paradigm must take to achieve impact on the physician's actions oriented to manage communities' health. To do so, the contributions of the Brazilian educator Paulo Freire, as well as those of Latin-American referents regarding strategic situational planning were considered.

Keywords: community health; pediatrics; planning.

¹Departamento de Ciencias de la Educación, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Río Cuarto (Río Cuarto), Argentina.

Introducción

Conocer algunas dimensiones que los(as) profesionales de la salud desempeñan en el Primer Nivel de Atención y consideran relacionadas a la noción de "salud comunitaria" ofrece herramientas que permiten reflexionar acerca de su importancia, como el papel que asumen en sus distintas prácticas en salud y en el encuentro que establecen con consultantes de comunidades pobres.

Atendiendo a ello y con el objetivo de indagar lo que sucede al seno de las relaciones, se realizó un estudio exploratorio de cuatro casos de pediatras del Primer Nivel de Atención del subsistema público de servicios de salud en la ciudad de Río Cuarto (Córdoba, Argentina), atendiendo a la relación que establecen con los niños y las madres consultantes.

Dicho estudio (Juárez, 2012) dio cuenta de la complejidad de la relación manifiesta en el atravesamiento de múltiples categorías de análisis identificadas desde una comprensión integral, tales como: la inter-

subjetiva (que interviene en procesos de extensión o comunicación); aspectos conceptuales de la relación (representaciones, creencias y experiencias); la formación universitaria recibida por los profesionales; las consideraciones axiológicas y epistemológicas de la salud; género y ejercicio profesionales; los aspectos vinculados al sistema de salud y la realidad laboral de los médicos y aquellos a la salud comunitaria.

En este artículo se analizarán algunas dimensiones que los (las) profesionales vinculan a la salud comunitaria por considerarlas centrales a la hora de incidir en la configuración de las acciones y prácticas que se dinamizan en la relación y aproximación a las familias y comunidades.

Para ello, se lo organiza en tres secciones: inicialmente se presentará el procedimiento metodológico utilizado, seguidamente se analizarán los resultados atendiendo a cómo los (las) profesionales conciben su rol médico en salud comunitaria, las estrategias que suelen emplear y el papel que atribuyen a la interdisciplina en la salud comunitaria. Finalmente, se

realizarán las discusiones que permitirán reflexionar en torno a la temática.

Métodos

Consideraciones sobre el estudio realizado

Con el objetivo de indagar lo que sucede en la relación médicos y madre consultante, se realizó un estudio exploratorio que permitió conocer la su complejidad. Para ello se utilizó la estrategia metodológica del estudio instrumental y colectivo de casos integrada a otros métodos cualitativos, y orientada hacia la construcción conceptual (Stake, 1998; Neiman & Quaranta, 2006).

“El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1998, p. 11). Los casos se definieron atendiendo a los médicos por ser la figura de la relación que se mantiene constante, a diferencia de los niños y madres que se renuevan entre las consultas.

La unidad del estudio se definió como entrevistas de consulta que mantienen pediatras con las madres consultantes.

Para la selección de casos, se utilizó un criterio pragmático (Hammersley & Atkinson, 1994) que permitió escoger, de un amplio grupo de médicos y médicas que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención del subsistema público del municipio local, a aquellos que estarían dispuestos a ser observados, definiéndose cuatro casos: dos médicas y dos médicos pediatras.

Éstos fueron estudiados por un período de tres meses en jornadas de observación, con una frecuencia semanal por el transcurso de dos horas en su desempeño de atención de la salud. Los instrumentos de recolección utilizados fueron observación, entrevistas individuales semiestructuradas (Elliott, 1998) y una colectiva (Flick, 2007), estrategias que se utilizaron conjuntamente. La retirada del campo se realizó en la medida que comenzaba a producirse en la recolección una saturación de informaciones, las cuales ponían de manifiesto que la misma comenzaba a resultar poco provechosa dada su reiteración (Strauss & Corbin, 1998).

Los datos recabados fueron: 32 jornadas de observación (ocho con cada caso), cuatro entrevistas individuales y una colectiva. Atendiendo al volumen de esos materiales (37 documentos) para su análisis integral, sistematización global, codificación y recuperación, se empleó el programa informático Atlas-TI, versión 2.4.

Se procedió desde la teoría fundada en una primera etapa de codificación abierta que permitió fragmentar los datos en sus componentes y compararlos. Seguidamente, se empleó una codificación axial y selectiva reordenando los datos en proposiciones que explicitaron la naturaleza de las relaciones entre distintas categorías y sus subcategorías (Strauss & Corbin, 1998). En lo que sigue, este artículo desarrollará tres, de las seis dimensiones, vinculadas a la salud comunitaria que presentó el estudio (Juárez, 2012).

Resultados

Salud comunitaria y desempeño médico desde esta perspectiva

Saforcada, de Lellis & Mozobancyk (2010) consideran que la salud comunitaria es un paradigma actual dentro del campo de la salud pública, que sitúa como componente principal accionar a las comunidades rurales, urbanas y periféricas de sectores pobres, desposeídos y marginados, así como de los pueblos originarios de indoafroiberoamerica¹. Desde este paradigma, el médico es parte del equipo de salud, ocupando un lugar de colaborador o participante, orientándose su trabajo a la gestión positiva de la salud desde el ejercicio de una epidemiología positiva. La incorporación de este paradigma al quehacer de la salud implica: la protección y promoción de salud de las comunidades, como foco del quehacer profesional; la formación universitaria de los profesionales y técnicos fundamentalmente en higilogía (teoría de la salud); la preocupación por parte de los gobiernos, nacionales, provinciales y locales, por reducir significativamente la carga actual de las enfermedades pública o artificial².

Por lo tanto, el concepto del proceso de salud se contextualiza de manera integrativa con el ‘buen vivir’ de las tradiciones indígenas de Abya Yala, que plantean el “vivir en armonía con lo que nos rodea” tal

1 Se toma esta denominación del psicólogo sanitario argentino Enrique Saforcada, dado que es quien actualmente la difunde, retomándola del escritor mexicano Carlos Fuentes (1970, citado en Saforcada et al. 2010, p. 19) para superar, mediante su reemplazo, el de Latinoamérica o América Latina que, desde una perspectiva colonialista o eurocentrista, deja afuera a los pueblos originarios de la región y a las grandes masas poblacionales ya naturales de la región pero de origen africano.

2 Se entiende por enfermedad pública o artificial a toda aquella que aparezca y que los distintos poderes del Estado podrían evitar poniendo en juego los recursos de los que disponen y no lo hacen, motivados por el lucro del mercado de la enfermedad en sintonía con los intereses del complejo industrial profesional corporativo.

como lo pregonan en la actualidad las constituciones de Bolivia y Ecuador. ‘Buen vivir’ de las tradiciones indígenas se ubica en oposición al ‘vivir mejor’ del capitalismo (Saforcada et al., 2010).

Atendiendo a lo planteado, conocer lo que los médicos piensan y realizan en relación a su rol en salud comunitaria permite comprender no sólo las características que asumen sus prácticas y relaciones con los consultantes, sino también inferir las dimensiones que en el presente dinamizan al actual paradigma en salud comunitaria.

Es interesante advertir que muchos de los entrevistados ofrecen enunciados que se advierten apartados del planteo que esta perspectiva propone. Algunos suelen denominar un accionar médico como “comunitario” pero, al caracterizarlo lo identifican a un consultante individual, destacándose que las acciones más relevantes son el control al niño sano, la detección de patologías, la construcción de un diagnóstico, la evolución del niño, el tratamiento en caso de patología y la derivación a especialistas. Algunos fragmentos expresan:

E: ¿Qué roles se les asignarían a los médicos en salud comunitaria?

C1: y de acuerdo a lo que hacemos en el control de niño sano tratar de detectar (...) ver si existe alguna patología, ver la evolución dentro de lo más normal (...) detectar patologías y si existen tratarlas y si no es posible tratarla derivarla. (897:911. P1:89, Entrevista. C1).

C1: (...) tratar de derivar, de interdisciplinar, tratar de estimular la idea de que tengan conciencia del diagnóstico, varía mucho del diagnóstico, con algunos que son medios irreversibles y que son orgánicos. (1004:1008. P1:101. Entrevista C1). [Nuestro grifo].

Las prácticas mencionadas en estos testimonios parecen no traspasar los muros del consultorio y ajustan su análisis a un accionar centrado en el clínico en ese contexto. Los elementos mencionados dan cuenta que la concepción subyacente a este tipo de creencias es clínica-restrictiva (Saforcada, 2002) centrada en lo patológico y lo biológico, distante de una perspectiva que contemple un trabajo en salud comunitaria.

Como contrapartida, otros médicos y médicas suelen expresar, desde sus concepciones y acciones, una convergencia con planteos en salud comunitaria así como su voluntad de participar en proyectos con esas características. Al respecto uno de ellos expresaba:

E: ¿Participarías en un proceso de trabajo comunitario?

C2: (interrumpe) ¡Sí! totalmente, totalmente. (515:519. P10:62. Entrevista C2).

E: ¿Y qué roles se les asignarían a los médicos en este proceso?

C2: (...) lo primero que haría si tuviera un rol político importante para manejar la salud de la comunidad (...) me juntaría con los médicos (...) primero solucionaréndoles el problema económico para ver quién quiere quedarse y quien no quiere quedarse a trabajar y a los que quieren quedarse a trabajar les plantearía todo el modelo de acción que no es estar en un consultorio viendo si das un turno, si no das un turno, si tenés pacientes o si no tenés pacientes (...) hay mucha gente que sí sabe, que quiere hacer cosas y ahí les enseñaría a trabajar interdisciplinariamente en la comunidad y les enseñaría a hacer diagnóstico de situación y ver cuáles son los problemas principales para poder afrontar. Pero al médico para mí le tenés que rotar en las actividades porque (...) la rutina mata a todo el mundo entonces (...) cuando vos manejas esa rutina haces que la persona esté contenta de lo que está haciendo, va a haber resultados porque va a estar contenta y va a impactar en la salud de la comunidad. (535:573. P10: 70. Entrevista C2). [Nuestro grifo].

Lo enunciado en los fragmentos citados comienza por la demanda de una salud comunitaria que debiera ser pensada, inicialmente (previo a cualquier proceso de trabajo en campo) por aquellos que están en cargos de toma de decisiones y por la gestión pública de la salud. A continuación se retomarán algunas de las ideas planteadas en este testimonio para analizar y ampliar las distintas acciones que se consi-

deran necesarias para viabilizar los procesos en salud comunitaria:

- Primero: Reconocer desde las autoridades responsables del Primer Nivel de Atención del subsistema público de salud el problema de la precarización laboral/salarial que atraviesan los médicos en este nivel (Juárez, 2012). Esto posibilitará canales orientados a la dedicación a una única actividad comunitaria, evitando la dispersión que muchas veces va en detrimento de una concentración en su práctica comunitaria. La dignificación de la profesión médica en el ámbito comunitario requiere no sólo redefinir su retribución, sino también compromete a los mismos profesionales en procesos de formación humanista entendida como práctica permanente y sistematizada a partir de la reflexión sobre su propia acción cotidiana.
- Segundo: Reunir a los médicos y discutir con ellos un modelo salubrista (Saforcada, 2002) de acción con la comunidad a los fines de conocer y consensuar ideas e identificar canales para viabilidad de la experiencia.
- Tercero: Iniciar los procesos de formación médica (tal como se planteó) en una línea de trabajo interdisciplinario y comunitario vinculado al uso de estrategias, tales como el diagnóstico comunitario/análisis situacional sanitario, la metodología de investigación-acción, la detección de problemas concretos, la búsqueda colectiva de soluciones, el trabajo en equipo interdisciplinario, las técnicas como talleres grupales, dinámica de grupo, entre otros.
- Cuarto: Ingresar en la comunidad desde una etapa inicial y prolongada de análisis situacional, que permitirá detectar los problemas para poder priorizarlos y actuar. En esta instancia, el rol del médico en salud comunitaria implica una aproximación casi antropológica a la comunidad para lograr una familiarización con ella (Montero, 2006), y en base a lo relevado diseñar las estrategias de acción (desde programas, proyectos, planes u otros) adecuadas a los mismos.
- Quinto: Rotar las actividades de médicos a los fines de evitar la rutinización, que atentaría contra la eficiencia y eficacia de los mismos. Esta acción se centra en una perspectiva que contempla la salud ocupacional positiva (Bakker, Rodríguez-Muñoz, & Derks, 2012)

de los médicos como trabajadores, planteando la importancia de un manejo equilibrado de rutina que les permitirá realizar su trabajo de manera satisfactoria y causará un impacto favorable en la comunidad.

Algunos profesionales suelen temer que una etapa previa de reflexión, anterior al trabajo de campo con la propia comunidad, se dilate en el tiempo, diluyendo el ingreso a la misma. Como contrapartida, privilegian el empezar a trabajar desde la praxis, la reflexión en la acción (Freire, 1973) tal como lo expresaba uno de los entrevistados:

M2: Empezar directamente a trabajar, decir “che estamos haciendo esto ¿querés venir? ¿Qué opinas vos?, no yo quiero hacerlo así, bueno vamos a hacerlo así”, pero que sobre la acción haya el cambio y no al revés. (618:621. P10:65. Entrevista M2). [Nuestro grifo].

Las acciones mencionadas por los profesionales entrevistados permiten identificar tres momentos en el desempeño del rol del médico en comunidad

El primer momento es la aproximación a la comunidad. Todo trabajo de Atención Primaria requiere que el médico salga del consultorio y oriente sus acciones de manera directa a la comunidad. Se trata de acercarse a ella, recorrerla, permanecer con ella, establecer conversaciones informales con sus vecinos desde la proximidad empática y el contacto dialógico, para así conocer sus usos, costumbres, hábitos, formas de vida, gustos y todo lo que influye en el proceso de salud. En esta línea una médica expresa:

M3: (...) desde la atención primaria que en realidad vos trabajas con poblaciones entonces vos no podes encerrarte en el consultorio y ver la realidad desde tu consultorio porque afuera pasan un montón de cosas y por ahí tenés que salir y darte cuenta de otras cosas para dale un enfoque diferente. (402:411. P37:24. Entrevista grupal).

M3: (...) si vos trabajas ahí tenés que conocer lo que a ellos les gusta comer, y lo que comen y cómo es, los hábitos para

dormir, para todo, todo influye en la salud. (1169:1176. P34:84. Entrevista Grupal).

M3: (...) es un proceso, te tienen que ver, conocer, que querés, es un extraño que se mete en la comunidad. (1095:1096. P19. Entrev. M3). [Nuestro grifo].

Ya el segundo momento se refiere al trabajo en salud con la comunidad. En esta etapa el médico se implica como un participante activo de la comunidad que contribuye al bienestar sanitario y colectivo de los vecinos. Si bien se trata de un participante como los demás, el profesional es diferente a ellos en tanto posee unos conocimientos científicos, diferentes de los populares, y es allí donde radica su posibilidad de intervenir con ellos, propiciando la construcción compartida de un nuevo conocimiento.

Barreto (2000) considera que una preocupación frecuente que puede aparecer en aquellos profesionales del social es querer contribuir al conocimiento del grupo y participar igualitariamente, lo que suele resultar inexistente dado que el trabajo grupal sólo tiene valor cuando el educador o profesional es diferente del grupo, si fuera igual no habría ninguna contribución. Relacionado con ello, Freire (s/f) planteó en una entrevista:

Si el grupo me quiere escuchar yo no puedo negarle mi voz, pero enseguida yo demuestro que necesito también escuchar su voz porque mi voz no tiene sentido sin la voz del grupo, y lo invito y lo desafío. El punto de partida de la educación está en el contexto cultural, ideológico, político y social de los educandos.

Desde este trabajo se considera que el punto de partida de la salud comunitaria está en los contextos cultural, ideológico, político y social de los consultantes. A partir de su inserción en la comunidad, el médico debe promover la problematización de la realidad, posibilitando la visualización de situaciones, indagando en los significados que ellos han construido sobre las mismas a los fines de construir “marcos significativos comunes” que son entendidos por Freire (1973) como una construcción colectiva y compartida donde los sujetos involucrados se ponen de acuerdo en llamar a la realidad que vivencian y hay acuerdo de significado para comprenderla.

Respecto a este momento de trabajo en la comunidad, una de las médicas comentaba:

M3: Que se yo, mostrarle los problemas, es decir “este desagüe que esta acá ¿siempre estuvo acá? Aahhh, si siempre”, como que están acostumbrados y como que no, “¿de dónde viene esta agua? A ver, sigamos el caminito”, es por ahí ver, decir “bueno esta es una cloaca abría que ver qué pasa” si es una casa abandonada, busquemos a ver qué se puede hacer, que esto es un foco infeccioso. (968:973. P19:76. Entrevista M3).

(...) darles los instrumentos, las cosas para que ellos tengan el poder de ir a reclamar, de decir bueno mire yo necesito tal cosa y la ley me ampara, bueno lo hago en el consultorio (...) es darle las herramientas para que ellos mismos gestionen su salud. (955:956. P19:84. Entrevista M3).

Es fundamental dar herramientas para que los vecinos puedan ejercer sus derechos y fundamentar sus reclamos, gestionando de manera positiva su salud. En este escenario, el tiempo juega un rol importante dado que su transcurso permitirá realizar un proceso de conocimiento de la realidad, de los vecinos y del profesional con ellos.

El tercer momento es la autogestión en salud de la comunidad. Esta es ubicada en un rol activo, que ya no implica tanto el protagonismo del médico sino a la comunidad como autogestora de sus procesos de salud, los vecinos comienzan a exigir a sus profesionales, los interpelan, los demandan, les solicitan información y formación.

Lograr la autogestión de las comunidades implica contribuir a generar en ellas la capacidad para la resolución de sus distintos problemas o el abordaje de diferentes temáticas que les exigen capacidades específicas que les permiten prescindir del “recurso humano académico” o del Estado que se suele materializar a través de la figura del estudiante, técnico, especialista o profesional universitario (Macchiarola & Juárez, 2013).

Montero (2003) entiende que la autogestión se expresa en la autonomía de acciones y en la toma de decisiones concernientes a la comunidad, incluye

la autoeficiencia en la organización comunitaria y, en la medida que las acciones comunitarias producen efectos deseados o contribuyen a la solución de problemas, fomenta la confianza en sí mismos de los miembros de la comunidad y el sentimiento de la seguridad como ciudadanos.

Para Freire (1997), la autonomía es un proceso, un llegar a ser, una maduración del ser para sí. Pensar en la autonomía desde un sentido comunitario en salud permite reconocerla como un proceso que implica la maduración de un 'nosotros' colectivo.

Allí la autonomía se va constituyendo en la experiencia de distintas decisiones que son tomadas en la acción. No ocurre en una fecha determinada, sino que es fruto de un trabajo compartido, del cual el médico también es parte. Él médico desde su accionar promueve lo que Freire (1997) denomina "pedagogía de la autonomía" centrada en la promoción de experiencias respetuosas de libertad, estimuladoras de la decisión y de la responsabilidad comunitaria.

Lo planteado puede resultar un desafío difícil, sin embargo conseguirlo debería convertirse en uno de los principales desafíos del quehacer médico en comunidad.

Como contrapartida, el médico debe preocuparse ante una comunidad pasiva, que no percibe la realidad como problema, no cuestiona, no se interroga, ni indaga al profesional, sino que se mantiene silenciada ante la realidad que atraviesa. Una de las médicas expresaba:

M3: Doctora, necesitamos que nos dé una charla sobre dengue, ¿eso es! Porque lo ven como problema, no el que nunca van, a mí me preocupa cuando la gente no va y no me pregunta, eso me preocupa. (1069:1077. P19:92. Entrevista M3). [Nuestro grifo].

Habitualmente el médico comunitario del Primer Nivel de Atención tiene un desempeño activo desde la atención en consultorio y más allá del mismo, atendiendo a cuestiones psicosociales y familiares de sus consultantes. Su quehacer se encuentra enlazado a los equipos interdisciplinarios de los centros de salud. No obstante, algunas veces, la realidad del funcionamiento cotidiano de estos centros perjudica el rol del médico en la comunidad. Distintas situaciones propician este escenario, tales como: la masiva deman-

da de trabajo asistencial de consultorio que obliga los médicos a permanecer puertas adentro, la falta de predisposición e interés de algunos de los médicos hacia procesos sociocomunitarios, la falta de los reconocimientos remunerativo e institucional a estas actividades, el estrés laboral que puede conllevar este tipo de actividad para el profesional y la ausencia de los grupos de acompañamiento, son aspectos que obstaculizan un fluir integral en estas actividades.

Algunos profesionales agregan a ello la existencia de un prejuicio extendido (entre colegas) respecto a un rol médico en los Centros de Atención Primaria, fundado en la idea de que éstos sólo abordan patologías triviales en un contexto de actividades asistenciales. Estos preconceptos evidencian la falta de conocimiento de las personas que los expresan, cuando no razonan sobre las múltiples tareas que son parte habitual del desempeño en el Primer Nivel de Atención vinculadas a tareas extraconsultorio, como: realizar visitas a familias; buscar personas en situaciones de riesgo; comunicarse con instituciones escolares a las que asisten los niños, con instituciones barriales, centros comunitarios y vecinales; recurrir a asesorías de menores, entre otras. Vinculado a ello, una de las profesionales expresaba:

M3: ¡Pero salir del dispensario no es nada fácil! A mí me costó en Córdoba y acá también me cuesta porque a la gente le cuesta entender por qué el médico sale (...) que la población entienda que el médico también es importante que salga y conozca la comunidad. (430:437. P37:28. Entr vista grupal). [Nuestro grifo].

Muchas veces los mismos vecinos pueden generar limitaciones a profesionales que pretenden desarrollar un trabajo en comunidad, probablemente porque sus representaciones respecto al médico se circunscriben a un rol clínico restrictivo de atención. De esta manera, cuando el profesional se ausenta en un ejercicio comunitario de su práctica, algunos vecinos suelen molestarse ya que él no se encuentra disponible. Conciérne a los mismos médicos promover una reflexión con los vecinos acerca de su rol en comunidad, analizando el por qué y para qué de su presencia allí, lo que favorecerá una valoración del su trabajo en comunidad.

Acerca del papel de las estrategias y la planificación en salud comunitaria

Con estrategias en salud comunitaria, se hace referencia a los procesos regulables que implican el diseño o trazado de acciones, prácticas, habilidades y destrezas, realizadas o necesarias, para trabajar en salud comunitaria por parte de los médicos que pretenden tomar decisiones óptimas orientadas al logro de una participación activa y comprometida de las poblaciones a la protección y promoción de su salud.

Este proceso requiere de una etapa previa de conocimiento de la comunidad. Las fases no son todas iguales, por lo que los programas y proyectos en salud no son unidireccionalmente replicables de una a otra. Uno de los casos expresaba:

C2: (...) cuando vos hablas de comunidad tenés que diferenciar, hay diferentes tipos de comunidad o diferentes necesidades de comunidad (...) yo creo que hay que hacer un diagnóstico de situación, que es lo primero de todo para poder ver cuáles son las medidas de salud, porque las medidas de prevención general que existen no sirven para todas las comunidades, (...) nosotros lo vemos todo el tiempo (...) entonces las medidas de salud tienen que ser de acuerdo al diagnóstico situacional de la comunidad. (473:489. P10:39. Entrevista C2). [Nuestro grifo].

Lo planteado remite a pensar que un diseño estratégico en comunidad debe partir de un “análisis situacional” de la realidad (Huertas & Matus, 1996), lo cual, atendiendo a las demandas o nudos críticos identificados, permita el diseño de estrategias específicas para intervenir.

Tal como manifiesta el fragmento, muchas veces, se han empleado programas masivos de vacunación o erradicación de enfermedades, como medidas de prevención generales, que no han resultado adecuadas a todas las personas y comunidades dado que evidencian una falta de planificación previa, ajustada a las problemáticas o bien realizadas desde enfoques o modelos normativos o tradicionales de planificación, centrados exclusivamente en el cumplimiento de reglas técnicas que se pretenden objetivas y permanentes.

Como contrapartida a esa realidad, y reflexionando desde los testimonios planteados, se requiere

establecer y ajustar criterios siguiendo a las especificidades de las comunidades. Para ello, es adecuado asumir una perspectiva de planeamiento basada en una racionalidad estratégica, como lo plantea Matus (2000), partiendo del análisis situacional como aquél que implica un concepto de situación que obliga a precisar quien explica y desde qué posición lo hace, considerando los distintos actores sociales y políticos involucrados y comprendiendo la asimetría de las explicaciones en juego (Huertas & Matus, 1996):

C2: (...) las medidas de salud tienen que ser de acuerdo al diagnóstico situacional de la comunidad y cuando logren (...) hacer diferentes tareas van a alcanzar (...) un equilibrio de salud mejor que el que está ahora, que para mí es un desastre. (473:489. P10:39. Entrevista C2). [Nuestro grifo].

A la luz del testimonio citado, se piensa en la planificación estratégica (Rovere, 1999, 2006) como un ejercicio de reflexión y acción que uno, o más, actor social realiza, a partir de su experiencia, para diseñar intervenciones o mejorar sus prácticas. Ésta se caracteriza por considerar dimensiones subjetivas, incluir herramientas analíticas, ofrecer una articulación con su medio y con los otros actores que concurren en un mismo espacio de transformación y por proveer de significado y sentido a las actividades que se realizan.

En convergencia con estos planteos y desde las voces de los entrevistados, la posibilidad de desarrollar un planeamiento en el campo de la salud comunitaria sería muy potable desde la perspectiva de una racionalidad comunicativa, tal como lo plantea Macchiarola (2000) desde el campo de las instituciones educativas, así como otros autores mencionan desde la posibilidad de redefinir la “Planificación Estratégica-Situacional” aplicada al campo de salud basándose en un enfoque comunicativo-argumental (Uribe Rivera, 2010).

Para Macchiarola (2000), la racionalidad comunicativa, en el marco de un planeamiento estratégico situacional, reconoce las luchas de poder y los conflictos de las partes involucradas y admite que existe un interés común convocante que posibilita estrategias de cooperación o acciones comunicativas donde los actores se relacionan a través del entendimiento. Pensando en la salud comunitaria, tal como lo demandan los médicos en sus testimonios, la con-

secución de ello requiere que los actores involucrados lleguen a un acuerdo con fundamento racional sobre la base de una definición común y negociada de la situación (Macchiarola, 2012).

Desde esta perspectiva, Uribe Rivera (2010) plantea que planificar la intervención sobre los problemas de salud implica un abordaje multisectorial y comunicacional, movilizándolo a todos los actores involucrados para construir situaciones de consenso argumentativo.

Atendiendo a lo planteado, puede considerarse que la explicación situacional es una instancia de diálogo entre los actores involucrados en salud comunitaria orientado a abordar las problemáticas identificadas desde la posibilidad de trascender, de contextos particulares hacia explicaciones construidas intersubjetivamente (Uribe Rivera, 2010).

Al respecto una de las médicas entrevistadas expresaba:

E: ¿Qué estrategias podrían implementarse para promover la salud en la comunidad?

C3: ¡Uy! ¿Qué estrategias? En realidad a mí me gusta una comunidad autónoma que ella misma vea sus propios problemas y pueda ser gestora de sus propios problemas y pueda solucionarlos y yo lo que (...) he hecho es ser un miembro más de esa comunidad para ayudarlos en su propio bienestar (...).

E: ¿Y cómo haces para que una comunidad llegue a ser autónoma?

C3: Brindándole recursos (...) les he llevado leyes o sea darles los instrumentos, las cosas para que ellos tengan el poder de ir a reclamar. (921:945. P19: 111. Entrevista C3). [Nuestro grifo].

En este testimonio, se emerge nuevamente el papel de la autonomía en las comunidades vinculado a las estrategias que la promuevan. Se advierte cómo este propósito orientar las intencionalidades respecto al uso de determinadas estrategias y técnicas.

En este sentido, problematizar, decodificar situaciones, desnaturalizar, además del empleo de recursos para “desestructurar” a los vecinos, permiten construir un conocimiento sobre cuestiones puntuales, como el caso de conocer leyes sobre los derechos de los consultantes, que los amparan y les permiten

argumentar sus reclamos desde un lugar de autogestión de su salud.

Considerar las propias demandas de la comunidad para poder diseñar las estrategias adecuadas a sus intereses y necesidades es crucial en la salud comunitaria. Se trata de una condición que incidirá en la eficacia y eficiencia de la estrategia. Una de las médicas manifestaba:

C4: Estrategias hay un montón, muchas para promocionar (...) lo que yo veo es que por ahí hay más éxito cuando ellos proponen un taller, la comunidad tiene un problema. (...) Bueno, vamos a dar este tema que a ustedes les interesa y no hablar de bueno del chagas que no les interesa. (584:593: P28:48. Entrevista C4). [Nuestro grifo].

El acto de la misma comunidad solicitar a una médica que dé un taller sobre una problemática puntual incidirá en el interés, concurrencia y participación de los vecinos.

Por otro lado, muchos médicos comentan las actividades que realizan entendiéndolas como estrategias para promover salud comunitaria y mencionan: visitar a los vecinos, examinar libretas sanitarias de las familias, comunicarse con los vecinos informándoles sobre el equipo de salud con que cuentan en el barrio, conocer nuevos vecinos y establecer redes, estudiar problemas, promover visitas de control pediátrico y conductas saludables y pautas de higiene a partir de las realidades observadas. Una de las profesionales consideraba:

C4: El hecho de poder ir a visitarlos, controlarles las libretas, saber que tienen un equipo y que el control es muy importante de los niños (...) promover conductas saludables ‘ojo con el agua, cuidado con lo que se come, donde se come’, dar pautas de higiene (...) cambiar un poquito los hábitos no significa cambiar la cultura porque a ellos no los vas a sacar, pero bueno decir ‘fíjense en los chicos con los insectos’ (...) hemos ido a vacunar casa por casa (...) ver ahora la posibilidad de trabajar con estos niños obesos de hacerles hacer actividad física. (599:615. P28:49. Entrevista C4). [Nuestro grifo].

Si bien visitar la comunidad resulta una actividad esencial, de acuerdo a la modalidad asumida, puede significar cosas diferentes. Para los vecinos, puede resultar una especie de auditoría cuando se trata de “regentear” su estado de salud. Una modalidad que implicaría que, cada un tiempo determinado, el médico llega a los hogares y pide las libretas como un documento oficial, las lee, y en el mismo acto efectúa observaciones y hace devoluciones del tipo: “cuidado con el agua, tenés que llevar el niño a control, cuánto hace que no te haces un control, cuantos viven en la casa, cómo va el trabajo, cuidado que los animales transmiten enfermedades etc.”.

No es posible confiar en la efectividad de visitas esporádicas al barrio y en ellas percibir y señalar distintos problemas, en una misma salida. La efectividad de estos procesos radica en permanecer desde el equipo un tiempo prolongado con la comunidad y, a partir de allí, desarrollar una explicación situacional sanitaria que permita diseñar las estrategias más ajustadas a la misma.

Acerca de la interdisciplina y la salud comunitaria

El medio de conformar equipos para trabajar en salud comunitaria que incluyan a distintos profesionales, como psicólogos, psicopedagogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, comunicadores, nutricionistas, fonoaudiólogos, antropólogos, entre otros, refiere a la posibilidad de desarrollar la interdisciplina como una modalidad de trabajo en salud comunitaria.

Se considera que la interdisciplina en profesionales de la salud es una cualidad que implica cruzar los límites tradicionales entre las disciplinas, integrando concepciones en la búsqueda de una comprensión holista de las problemáticas y su resolución orientada al bienestar de la comunidad. Se trata de una condición fundamental para un trabajo en comunidad dada la emergencia de realidades problemáticas y necesidades complejas que exigen la colaboración de diversas profesiones en aras de solucionarlas.

Lo analizado en el estudio Juárez (2012) permite advertir que a aquellos médicos que mantienen una concepción clínica-restrictiva (Saforcada, 2002) suele resultarles difícil vincular distintas disciplinas de tipos social y humanista a un trabajo en salud. Les cuesta enlazar a este tipo de trabajos a psicólogos, por ejemplo, dado que los asocian a una práctica clínica psicoterapéutica implicando en tratamientos individuales basados en

diagnósticos, entrevistas y consultas desde una perspectiva individual, que no contempla los aportes que podría estar ofreciendo un psicólogo social comunitario y sanitario a un trabajo interdisciplinario en salud comunitaria. Al respecto, uno de los médicos entrevistados expresaba:

E: ¿Pensás que deberían participar en esta forma de trabajo en salud comunitaria otras profesiones?

C1: Sí, sí.

E: ¿Cuáles?

C1: Casi todas las que están relacionadas con la salud (...) por ejemplo, fisioterapeutas se requieren más que todo en la parte respiratoria, para estimulación temprana, pero, no se me ocurre, los psicólogos demoran tanto que (...)

E: ¿“Demoran tanto” en qué?

C1: Para realizar el diagnóstico, la entrevista, las consultas y demás, demoran mucho, más que nosotros u otras profesiones (...) fonoaudiólogos, por ahí hay cierto rechazo a que lo manden al psicólogo o al fonoaudiólogo. (914:942. P1:107. Entrevista C1). [Nuestro grifo].

El fragmento de entrevista da cuenta que el profesional considera que “todas” las disciplinas relacionadas con la salud tendrían que participar de un proyecto en salud comunitaria, pero a la hora de mencionarlas se refiere sólo a fisioterapeutas y psicólogos. Respecto a los fisioterapeutas, ubica su trabajo en una perspectiva de intervención individual (no comunitaria) al considerarlos para la estimulación temprana y respiratoria de los niños. Luego menciona a los psicólogos, pero rápidamente parece descartarlos, argumentando que demoran demasiado para realizar “el diagnóstico”, “la entrevista” y “las consultas”, manifestando una visión del psicólogo centrada en un trabajo clínico individual. Lo planteado permite inferir que el médico entrevistado piensa en términos de equipo interdisciplinario para un trabajo de consultorio dentro del centro de salud, más que un trabajo con la comunidad.

Como contrapartida, otros médicos ofrecen concepciones integrales sobre el rol que diversas profesiones pueden ofrecer a un trabajo en salud comunitaria, considerando la posibilidad de incluir a

estos equipos referentes de la comunidad. Uno de los casos expresaba:

E: ¿Incluirías la participación de otros profesionales en un proceso en salud comunitaria?
 C2: ¡Sí! Sí, un montón de profesionales, desde gente de la comunidad, referentes de la comunidad (...)
En primer lugar que son los que te van a dar una mano, y de ahí todo, todo, de todo, psicopedagogos, psicólogos, enfermeros, médicos, fonoaudiólogos, lo que se te ocurra se puede hacer, lo que pasa que a nosotros nunca nos enseñaron el hecho de que en la salud de tu paciente pueda haber otras personas que puedan opinar (...) Nos deberían haber enseñado que mucha gente que cumple un rol importante como para poder hacer algo, entonces yo creo que ahí es donde está la clave. (583:606. P10: 74. Entrevista C2).

C2: (...) les enseñaría a trabajar interdisciplinariamente y les metería en la comunidad y les enseñaría a hacer diagnóstico de situación y ver cuáles son los problemas principales para poder afrontar esto. (555: 558: P10:73. Entrevista C1). [Nuestro grifo].

Estos testimonios dan cuenta de una perspectiva de apertura a la posibilidad de adicionar distintas profesiones así como a referentes de la comunidad para la conformación de un equipo interdisciplinario. Asimismo, se menciona que la formación recibida en la carrera de Medicina no ha favorecido, por parte del médico, el desarrollo de trabajos en equipos interdisciplinarios, probablemente por el predominio de modelos que han ido en detrimento de las concepciones que pregonen que en la salud de un consultante pueden intervenir distintas disciplinas. Se manifiesta así una carencia de recursos para pensar de una manera más integral, compleja y sistémica la salud de una persona y las comunidades a las que éstas pertenecen.

Por otro lado, el hecho de que los centros de atención de la salud dispongan de profesiones variadas no garantiza que el equipo funcione de manera interdisciplinaria. Muchas veces se cuenta con un gran equipo, pero éste trabaja individualizadamente, con enfoques parcelados, prescindiendo de la perspectiva

de los demás, sin poder avanzar a la consideración de un mismo objeto/sujeto de conocimiento (el niño, la familia, la comunidad). Una de las médicas expresaba:

C3: (...) Acá tenemos (...) Trabajadora social, nutricionista (...) ahora tenemos psicóloga, ginecóloga, bueno las enfermeras y los secretarios que forman parte del equipo y la clínica médica, ¿Y qué faltaría? Primero, que funcione como equipo interdisciplinario porque por ahí estamos muy abocados cada cual a su problemática y no hacemos abordaje interdisciplinario, no hablamos de la familia tal (...) Yo a la psicóloga hace poquito que esta, no sé qué perfil tiene, me gusta más el perfil de psicología social, más comunitario, pero no sé, no la conozco. (1115:1127. P19:97. Entrevista C3).

Lo planteado conduce a reconocer que existen perfiles y enfoques profesionales más adecuados para trabajar en comunidad que otros. Por ejemplo, desde la Psicología, un perfil psicoanalítico probablemente no brindará las herramientas para planificar estrategias de trabajo socio-comunitario, como sí lo hará la psicología social comunitaria. Debe tenerse en cuenta cómo distintas disciplinas pueden converger desde enfoques sociocomunitarios para trabajar en salud, ofreciendo un abanico de alternativas en actuaciones y desempeños que favorecerán la articulación entre distintos campos de conocimiento. Ese aspecto fue reconocido por una entrevistada:

C4: (...) Acá tenemos un equipo interdisciplinario (...) y bueno como muchos casos no son puramente médicos sino que tienen un aspecto emocional (...) podemos, desde la parte emocional, si hay algún trastorno, podemos trabajar con la psicóloga, valorar el aprendizaje, bueno, valorar otras cosas también. (48:54. P28: 3. Entrevista C4). [Nuestro grifo].

La posibilidad interdisciplinaria contribuye a acrecentar los aportes que se realizan desde miradas monodisciplinares al tiempo que enriquece las perspectivas del análisis y los saberes de los profesionales. En ese sentido, un médico que trabaja de manera convergente con un psicólogo logra trascender su atención centrada en lo médico-clínico y comienza a valorar otros aspectos de la vida de sus consultantes, los cuales trascienden la consulta y se vinculan a lo

psicosocial, afectivo y familiar de su persona y que contribuyen a dilucidar y comprender su cuadro patológico actual.

Así como el interdisciplinar contribuye a acrecentar y enriquecer saberes, también lo hace con los modos relacionales laborales de los profesionales, aportando en generar actitudes y comportamientos de apertura a colegas de otras disciplinas. Desde el paradigma en salud comunitaria, interesa pensar en una interdisciplina realizada desde la “colaboración” como una de las características de la teoría de la acción dialógica de Freire (1973).

La colaboración significa “trabajar con”, y sólo ocurre entre sujetos que desde sus distintas funciones y responsabilidades la realizan gracias a la comunicación dialógica, trabajando conjuntamente para la transformación del mundo.

Discusión

Algunos desafíos del actual paradigma en salud comunitaria

Este artículo ha intentado hacer un recorrido sobre algunas de las dimensiones principales sobre las que un grupo de médicos reflexionan para pensar en una salud comunitaria promovida desde el Primer Nivel de Atención.

Atendiendo a ello, el rol del médico, el papel que asumen las estrategias y el planeamiento, así como la interdisciplina configuran los desafíos que debe asumir en la actualidad el paradigma en salud comunitaria. El logro de éstos incidirá en la eficacia y la eficiencia de los procesos manifiestos en: la comprensión por parte de los consultantes de sus propios procesos de salud, los de sus hijos y sus familias; el desarrollo de hábitos salutógenos desde edades tempranas y el logro de adhesiones a sugerencias, controles y/o tratamientos que propongan los médicos comunitarios.

Interesa reflexionar sobre estos aspectos considerando que son inherentes al presente y al futuro de dicho paradigma, pensando en un futuro, al decir ‘freireano’, como tiempo histórico problemático, incierto, no conocido, pero que continúa del presente y refiere a lo que vendrá, a un devenir que se puede anticipar como soporte de las posibilidades, por eso es marco y sustento de la utopía (Freire, 1997).

De ahí que plantear algunos retos para la salud comunitaria, partiendo de identificar al propio

profesional en el diseño de su accionar y su forma en el trabajar con otros, son horizontes que han de asumirse desde posiciones críticas reflexivas y sociales expansivas en salud, las cuales permitan a los médicos ganar en injerencia activa y comprometida en la previsión, protección y promoción de una salud positiva en las comunidades.

Para ello partir de la “comprensión del contexto” (Freire, 1997) de la vida social, experiencia social y sanitaria de los grupos comunitarios posibilitará el diseño y la planificación para la acción y reflexión, siempre sensible a la lectura y relectura del grupo humano con que se trabaja.

Se trata de identificar y superar aquel estado sanitario de “sumersión” en el que muchas comunidades se hallan y que Freire (1974, p. 48) identifica como una “salud sui generis”, caracterizada por el silencio del pueblo, su quietud, la no injerencia en la participación, gestión y defensa de su salud. Como contrapartida, encontrar el camino para que ellos rompan el silencio y generar las condiciones para promover la emergencia de una conciencia y conocimiento crítico-reflexivo en salud, por parte de los pobladores de las comunidades, requieren de un quehacer médico orientado desde las instituciones hacia el afuera, fundamentado desde perspectivas que propicien la intervención sobre lo concreto.

Por lo tanto, es necesario que quienes están interesados en el campo de la salud comunitaria reflexionen y discutan sobre los nuevos enfoques y desarrollos tecnológicos y estratégicos que están vigentes en las experiencias más eficaces y eficientes en el campo comunitario, tales como la gestión de salud positiva, la protección y promoción de la salud, la estrategia de mínimo operante, la investigación-acción participativa, la evaluación por auditoría social, entre otros (Saforcada, 2012). A ello se agrega el planeamiento estratégico situacional basado en una racionalidad comunicativa (Macchiarola, 2000) al ofrecer una forma de abordaje al trabajo concreto sobre los nudos críticos en salud comunitaria.

Este escenario sitúa al paradigma en salud comunitaria en una tarea que es principalmente política, cultural y comunicativa:

La apuesta es propuesta, el desafío es devenir, de ahí que se cierre este trabajo pensando en la salud comunitaria como tiempo de posibilidad, de emergencias y de innovación para todos los sujetos sociales implicados. (...).

Agradecimientos

Este estudio se realizó en el marco del proyecto de Beca Interna Posdoctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), resolución D 3.789/11, que fue dirigido por el Doctor Enrique Saforcada (Universidad de Buenos Aires) y la Doctora Viviana Macchiarola (Universidad Nacional de Río Cuarto).

Referencias

- Bakker, A., Rodríguez-Muñoz, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72.
- Barreto, J. (2000). El agente social. En: P. Freire & A. P. Quiroga (Eds.), *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere* (pp. 83-87). Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Elliott, J. (1998). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.
- Entrevista a Paulo Freire. *Constructor de sueños*. Recuperado de: <http://www.youtube.com/watch?v=zwri7pO8UHU>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1974). *Educación como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. México: Paidós.
- Huertas, F., & Matus, C. (1996). *El método PES (Planificación Estratégica Situacional)*. La Paz: CEREB.
- Juárez, M.P. (2012). *Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud*. Estudio de casos y propuesta de formación médica en pedagogía dialógica. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Macchiarola, V. (2000). Enfoques del planeamiento y racionalidad de la acción. *Revista Contextos*, 4(3), 23-39.
- Macchiarola, V. (Coord.). (2012). Planificar innovaciones ¿racionalidad técnica, estratégica o comunicativa? En: V. Macchiarola (Coord.), *Rupturas en el pensar y el hacer. Políticas y prácticas de innovación educativa en la universidad* (pp. 45-59). Río Cuarto, Córdoba: Unirio.
- Macchiarola, V., & Juárez, M.P. (2013). *Prácticas socio-comunitarias en el currículo universitario*. Emergencias y desafíos de una experiencia de innovación pedagógico-social. En Prensa.
- Matus, C. (2000). *Teoría del juego social*. Caracas: Fondo Editorial Altadir.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. El método de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- Neiman, G., & Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En: I. G. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-237). Barcelona: Gedisa.
- Rovere, M. R. (1999). Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 31-63.
- Rovere, M. R. (2006). Construyendo metodologías abiertas. En: M. R. Rovere. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud* (pp. 61-125). Washington: Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 96, OPS.
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria*. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2012). *Curso de posgrado "Salud, Educación, Política y Vida Comunitaria"*. Universidad Nacional de Río Cuarto, Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias Humanas, Río Cuarto.
- Saforcada, E., De Lellis, M., & Mozobancyk, Z. (2010). *Psicología y salud pública*. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires: Paidós.
- Stake, R. (1998). *La investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Fundamentos de investigación cualitativa*. Técnicas y procedimientos para desarrollar Teoría Enraizada. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Uribe Rivera, F. J. (2010). La planificación situacional en salud como proceso comunicativo y argumental. *Praxis. Revista de Psicología*, 17, 73-91.

Dirección para correspondencia:

María Paula Juárez
Ruta 36 km, 601.
Río Cuarto/Córdoba, Argentina
E-mail: mpaulajuarez@gmail.com

Recibido en: 08/05/2014

Revisado en: 13/01/2015

Acepto en: 26/02/2015