

Prácticas y reflexiones en torno al proceso salud-enfermedad-atención desde el trabajo comunitario y en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Dévora Isolda Eliosoff.

Cita:

Dévora Isolda Eliosoff (2012). *Prácticas y reflexiones en torno al proceso salud-enfermedad-atención desde el trabajo comunitario y en el marco de la Atención Primaria de la Salud*. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-097/486>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRxp/EAR>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

VII Jornadas de Sociología de la UNLP

Mesa 35: El nacimiento de la clínica. Ciencias Sociales y Salud

RESUMEN

Nombre y apellido del autor: Dévora Isolda Eliosoff (Lic. en Psicología)

Pertenencia Institucional: Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca; Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.

Correo electrónico: devoraeliosoff@yahoo.com.ar

Título: “Prácticas y reflexiones en torno al proceso salud-enfermedad-atención desde el trabajo comunitario y en el marco de la Atención Primaria de la Salud”

Desde el punto de vista del trabajador de la salud en la esfera pública, la intervención con la comunidad supone una articulación de diversos actores sociales que deberá contar desde el vamos con esa coautoría: desde la definición de los problemas de salud, las prioridades del proyecto, los objetivos, las actividades, la evaluación... Supone un proceso de retroalimentación y constante modificación, redefinición, apertura, nuevas jugadas, cierres parciales, cambios en las condiciones de frontera del propio proyecto pero también del grupo que lo lleva adelante; y los siempre presentes momentos de alta conflictividad. En la medida en que seamos capaces de afrontar esta tarea se consolidará la participación de los todos los actores implicados como motor del proyecto propuesto.

Dentro de este marco conceptual general anclado en la Psicología Comunitaria y la Salud Colectiva y como psicóloga en Unidades Sanitarias y docente/tutora de la asignatura “Trabajo en Terreno” de la Carrera de Medicina de la UNS, propongo partir de un proyecto en funcionamiento en el Barrio Latino de la ciudad de Bahía Blanca como un disparador de reflexiones sobre nuestros saberes y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención en la comunidad.

Planteamiento del Problema

El presente trabajo podría considerarse el punta pie inicial de un proceso de reconstrucción y de reflexión sobre el proceso salud-enfermedad-atención¹ desde las prácticas comunitarias y como psicóloga integrante de un Equipo de Salud particular del Municipio de Bahía Blanca, en la provincia de Buenos Aires y en el marco general de la Atención Primaria de la Salud.

Representa además un primer acercamiento a la construcción del objeto de estudio de un proyecto de investigación como alumna de la Maestría en “Salud Colectiva” que se dicta en la ciudad, en el marco del convenio Universidad Nacional del Sur-Universidad Nacional de Lanús.

Cumplo tareas como Tutora de la Asignatura “Trabajo en Terreno” correspondiente a la carrera de Medicina del Departamento de Ciencias de la Salud. La mencionada asignatura es de carácter anual y constituye parte de la formación durante los tres primeros años de la carrera. Cada tutor es responsable de dos grupos de alumnos, aproximadamente 8 por cada grupo. Éstos concurren a la Unidad Sanitaria “Latino” (tercer año de la carrera) y “Estomba” (primer año) a contraturno de mis horarios laborales como psicóloga.

Cada año se persiguen objetivos generales y específicos por Unidad del Plan de Estudios. El primer año tiene como objetivo general el diagnóstico de la situación socio-sanitaria del barrio circundante a la Unidad Sanitaria. Con los alumnos actualmente en tercer año, vecinos de la comunidad, miembros de la Sociedad de Fomento y otros integrantes del Equipo de Salud, es que conformamos lo que se podría denominar un “Equipo de Trabajo” que posibilitó la reapertura de la “Escuelita de Fútbol del Barrio Latino” este año. Mayormente de ese recorrido y de la reflexión sobre las prácticas se trata finalmente esta presentación.

Contextualización de las actividades dentro del Sistema de Salud Municipal.

El Sistema de Salud Municipal en Bahía Blanca se encuentra estructurado por un

1 Por proceso salud-enfermedad-atención debe entenderse “...un universal que opera estructuralmente en toda sociedad...” (Menéndez, 1998). “... tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social.. (que) no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar , y si es posible, erradicar los padecimientos” (Menéndez, 1994)

primer nivel de atención, distribuido en 48 Unidades Sanitarias y 6 Extensiones, dependientes de la Secretaría de Salud, y por el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”. Las Unidades Sanitarias funcionan en lugares físicos de propiedad municipal, en organizaciones barriales y en espacios cedidos temporalmente o alquilados a Sociedades de Fomento.

“A partir de marzo de 1992 la constitución de la Red Única de Atención (RUDA) en el ámbito del partido de Bahía Blanca, significó la reorganización en Áreas Programáticas de Salud, zonas delimitadas por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, utilizando la definición de Sistemas Locales de Salud de la OMS para la organización del primer nivel de atención. Esta última establece que “...un sistema local de salud es un espacio geográfico-poblacional, vinculado a una instancia de poder político y administrativo, que es capaz de brindar una respuesta social organizada a las necesidades y demandas de salud de los conjuntos sociales que lo habitan, mediante la articulación de los recursos institucionales y comunitarios disponibles, que se comporta como un microespacio de producción social de salud” (Bueno B. et al., 2010).

El Partido de Bahía Blanca cuenta con 9 Áreas Programáticas que coinciden con las Delegaciones Municipales y que incluyen una cantidad variable de Unidades Sanitarias; 7 en el lugar donde desenvuelvo mis actividades. Organizativamente, cada Área se estructura con un Jefe o Coordinador (en general Médico), una Supervisora de Enfermería y un Equipo de Salud multidisciplinario: enfermeras, médicos de familia o clínicos, pediatras, ginecólogos, odontólogos, trabajadores sociales y psicólogos; de reciente incorporación al Área es una profesional fonoaudióloga y una vez por semana concurre una psicopedagoga.

En cada Unidad Sanitaria o CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) trabaja un número variable de profesionales (Equipo de Salud) que rotan por algunas de ellas para que las diferentes especialidades lleguen al mayor número posible de personas, siempre dentro del Área III. Para permitir un conocimiento mayor de la población, de su historia y de sus características diferenciales -base del enfoque territorial- se considera conveniente que el profesional no concurra a más de dos salas; en el caso particular nuestro, se extiende a tres para algunos profesionales. “El Centro de Salud asume la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente y en sus actividades han de estar contempladas tanto los aspectos de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos” (Maceira, D. et al., 2006). El Centro de Salud o Unidades Sanitarias pueden definirse como establecimientos orientados al cuidado de la

salud con un abordaje territorial, con centro en la comunidad y la familia.

Los psicólogos comienzan a formar parte de estos equipos muy lentamente pero en forma progresiva y actualmente trabajan más o menos dos profesionales por Área Programática. Sus rol queda definido por actividades de asistencia, promoción de la salud y prevención de enfermedades que es el marco general que encuadra todas las prácticas del Equipo de Salud.

Los CAPS o Centros de Atención Primaria de la Salud, o Unidades Sanitarias, son comúnmente conocidos como “Salas Médicas” o “Salitas”, denominación que tenían en su origen; una enfermera cumplía su horario de 7 horas diarias en ese Centro y médicos clínicos o pediatras prestaban sus servicios algunos días a la semana y unas pocas horas. No era un trabajo bien pago y tampoco gozaba de prestigio en la comunidad médica ; se reproducía el modelo del consultorio particular y se referenciaba al segundo nivel de atención para consultas de mayor complejidad. El trabajador social se incorpora a este esquema y más tarde lo hacen los psicólogos; los psicólogos -como los médicos- reproducen en primer instancia su prácticas centradas en lo individual.

Los psicólogos “más viejos” que trabajamos en los Equipos de Salud no ostentamos título específico o título de Especialización en Psicología Comunitaria y provenimos, en mayor medida, de formaciones tradicionales de orientación psicoanalítica.²

Algunos hechos puntuales merecen destacarse en tanto fueron imprimiendo una nueva mirada sobre el proceso salud-enfermedad-atención como así también en la formación de los agentes del Sistema de Salud y otros profesionales: el Posgrado “Médicos Comunitarios” a cargo del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; la creación de la Residencia en Psicología Comunitaria que ya lleva más de 5 años en funcionamiento; la incorporación de la asignatura “Psicología Comunitaria” al plan de estudios de la Lic. en Psicología que ofrece una Institución privada de la ciudad; la capacitación personal específica de los profesionales psicólogos; la creación de la Residencia en Medicina Familiar y de la carrera de Medicina y Enfermería en el ámbito de la Universidad Nacional del Sur, que siguen los lineamientos teórico/metodológicos de la Salud Colectiva. Este año además, por un Convenio entre la mencionada Universidad y la Universidad de Lanús, comenzó la primera cohorte de aspirantes a la Maestría en Salud Colectiva a la que concurren más de 40 personas de diferentes disciplinas de Bahía Blanca y la región.

2 Similares puntos de vista adopta la práctica en las llamadas “Unidades Básicas de Saúde” en Brasil (Gomes Aguiar, S. y Mota Ronzani, T., 2007).

Por otro lado, nuestra tarea en las Unidades Sanitarias nos puso en contacto desde el inicio con profesionales de distintas disciplinas, con otros marcos referenciales teóricos y diferentes tipos de prácticas que se fueron integrando o cuestionando a los nuestros. Estas disciplinas a las que me refiero especialmente son el Trabajo Social, la Medicina y en menor medida, la Enfermería. A partir del trabajo diario con los otros, el Centro de Salud se fue conformando como un espacio original y único de encuentro de las disciplinas mencionadas en su particular momento de desarrollo histórico, que fue conformando un estilo nuevo de “hacer” y “pensar” respecto del proceso salud-enfermedad-atención y especialmente, del lugar del psicólogo en dicho proceso.

Adoptar esta manera de enfocar nuestro trabajo, a primera vista sencillo, supuso una larga serie de reflexiones y conversaciones: ¿Cómo pensar nuestras intervenciones? ¿Desde qué marco teórico? ¿Desde qué disciplinas? ¿Cómo en ello tiene que ver el encuentro en el espacio del Equipo de Salud de la mirada de la Salud Colectiva³ y del Trabajo Social?

Así, las lógicas hacia adentro de los consultorios de la Unidad Sanitaria comenzaron a ser confrontadas, interrogadas, puestas en discusión en los pasillos y la cocina. Fueron surgiendo palabras/conceptos como Alma-Ata, asambleas, vecinos, estrategias, macro y micro, agente, estructura, necesidades, participación, comunidad, conciencia, injusticia, y también prevención de enfermedades, promoción de la salud, y más recientemente proceso salud-enfermedad-atención... todo un conjunto de conceptualizaciones teóricas potentes que se constituyeron en una fuerza o exigencia de respuesta a nuestra formación para dar cuenta de su lectura, de su lugar, de su articulación, de su coherencia. Sin olvidar los padecimientos de los miembros de la comunidad que no podían resolverse en la consulta individual de psicología y demandaban una lectura alternativa urgente.

Por eso situarnos únicamente en el lugar del psicólogo del Equipo de Salud para describir lo recorrido en cuanto a intervenciones comunitarias parece un camino por lo menos sesgado. Por su importancia y complejidad, queda planteado como una labor de investigación para un trabajo futuro.

3 “La Salud Colectiva latinoamericana se conformó a partir de la crítica a la Medicina Preventiva, a la Medicina Comunitaria y a la Medicina Familiar, además de ser fecundada por la Medicina Social del siglo XIX y por la Salud Pública institucionalizada, tanto en los servicios de salud, como desde la academia... Se trata de un campo de saber, ámbito de prácticas y área de actuación profesional, cuyo marco conceptual inicial buscaba la recuperación de los principios de la Medicina Social, al mismo tiempo que producía conocimientos críticos basados en los movimientos sociales y las luchas políticas por la democratización de la salud y de la sociedad”(Paim, 2011).

Los comienzos de la Psicología Comunitaria en Latinoamérica y Argentina.

Cuando analizamos la historia y el desarrollo de la Psicología en Latinoamérica y Argentina dos cuestiones fundamentales merecen destacarse:

La Psicología Comunitaria nace como campo de especialización dentro de la Psicología Social en los años '60 y '70, período caracterizado por la crítica y el enfrentamiento de vastos sectores de la sociedad a las grandes instituciones: la universidad fue interpelada por el movimiento académico y por el estudiantil; la pedagogía es cuestionada desde las proposiciones de Paulo Freire e Iván Illich; la religión desde el Movimiento de Renovación de la Iglesia Católica y la Teología de la Liberación; surgen diversos movimientos en defensa de los derechos humanos (Alfaro, en Broda, 2009) y de crítica profunda a las formas políticas de organización política y social. Es una época, en fin, de resistencia y de cuestionamientos a lo instituido, de reconocimiento de su carácter de construcción histórica e injusta. Este marco general propició el advenimiento de propuestas alternativas en diferentes campos entre los que estuvo la Psicología Comunitaria (Broda, 2009).

Frente a este panorama que podría referenciarse como Latinoamericano ¿qué ocurría específicamente en Argentina?:

“En Argentina, a diferencia de otros países de América Latina, el desarrollo de la psicología fuera del escenario clínico, y más especialmente en su aplicación y vinculación con la problemática comunitaria ha sido limitado. En comparación al desarrollo alcanzado por la psicología clínica y fundamentalmente por el psicoanálisis, la Psicología Social Comunitaria no ha podido exceder los marcos de las experiencias puntuales y de algunos desarrollos teóricos que aunque sustantivos, no lograron consolidarse como fuente de insumos permanente y enmarcar una práctica que fue, en general, marginal al camino profesional tradicional” (Chinkes et al., 2004).

Según Chinkes, Lapalma y Nicemboim (2004) esta particular situación de limitación del desarrollo de la Psicología Social Comunitaria fue producto de dos procesos paralelos. El primero de ellos hace alusión al quiebre de la vida política institucional del país, donde los sucesivos golpes de estado fueron señalizando fuertemente las fronteras de las áreas permitidas de actuación profesional, impidiendo el desarrollo y crecimiento de marcos teóricos formales y sustantivos. Se fue construyendo un Estado donde el “terror” interiorizado

en la sociedad civil fue inhibiendo o coartando al menos públicamente, la producción de conocimientos y el debate. Esto significó una diferencia con respecto a otros países de la región que, si bien pasaron también por experiencias militares golpistas, dejaron ciertos espacios por donde se pudo colar la producción de algunos científicos sociales críticos.

Por otro lado, el psicoanálisis asociado desde el principio y casi con exclusividad a la formación de los psicólogos construyó una práctica recortada desde el lugar de la psicopatología individual. La APA prestó su influencia en este proceso pensando el discurso social mayormente desde modelos intrapsíquicos. “Estos antecedentes conformaron un perfil de un psicólogo desconectado de otras fuentes bibliográficas, metodológicas y epistemológicas que la disciplina desarrolló a nivel mundial” (Chinkes et al., 2004).

Como aclaran los autores mencionados, este planteamiento no desconoce los casos que han seguido otro curso así como los cuestionamientos planteados. Así lo atestiguan los trabajos de Enrique Pichón Riviere, autor que introduce las concepciones de Kurt Lewin en la Argentina en el año 1959, como de Bleger quien define el rol del psicólogo en el campo institucional.

Maritza Montero (2011) define a la Psicología comunitaria como: “...la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social”. Desde este marco conceptual, el psicólogo se constituye en un agente de transformación social positiva, que comparte su saber específico con los saberes de la comunidad con quien trabaja en pos de objetivos comunes; coloca a la psicología como campo interdisciplinario, detecta potencialidades en la comunidad y propone entender que los cambios individuales conducen a cambios en la comunidad de pertenencia, relación que debe entenderse también recíprocamente. “Se produce así una relación dialéctica de transformaciones mutuas” (Montero, 2011). El concepto de “praxis” como práctica conducente a una teoría que induce práctica, es incorporado explícitamente con posterioridad (Montero, 2011).

En Latinoamérica la Psicología Comunitaria surge a partir del esfuerzo conjunto de psicólogos y otros profesionales de las ciencias sociales con la finalidad de hacer frente al subdesarrollo y la dependencia de los países del continente, tratando de hallar solución a problemas reales e involucrando a la población en la definición de los mismos (Montero,

1984).

La Psicología Comunitaria se apoya en tres principios básicos que son: la autogestión de los sujetos; la comunidad como centro de poder sobre la cual actuará el psicólogo comunitario; y finalmente la unión entre teoría y práctica para lograr una comprensión verdadera de la situación a transformar (Montero, 1984)

Su objeto de estudio lo constituye el desarrollo comunitario definido como el producto de la acción comunal (Fals Borda, en Montero, 2011); se refiere a las acciones por parte de la comunidad organizada para resolver sus problemas, desarrollando recursos propios e incorporando además los ajenos (Montero, 2011).

La metodología en principio provino del campo de la Psicología Social y pioneramente de la obra de Fals Borda (1959, 1978), luego conocida como investigación-acción participativa. El pluralismo metodológico de la Psicología Comunitaria presenta los siguientes rasgos comunes: los métodos como dependientes del objeto de estudio, no como herramientas independientes; su carácter participativo; su orientación hacia la transformación de la realidad insatisfactoria percibida por la comunidad; su carácter continuo, heurístico y contextualizado (Montero, 2011).

Los encargados de producir conocimiento en una comunidad son tanto los “agentes externos” como los “agentes internos”, relacionados en forma horizontal. Es a partir de las necesidades “sentidas” por la comunidad, y no impuestas (“normativas”) que se puede trabajar con las comunidades, contemplando en forma conjunta los recursos materiales, intelectuales, espirituales e histórico-culturales (Montero, 2012).

El modelo privilegiado de la metodología comunitaria lo constituye la investigación-acción participativa: “...tiene una orientación a la transformación social, así como un carácter crítico, dialógico, reflexivo, político, fortalecedor de la sociedad civil y democrático; además es colectiva, participativa...” y problematizadora (Montero, 2012). A partir de la identificación y jerarquización de problemas con la comunidad se siguen una serie de pasos planificados en forma flexible para que puedan ser reestructurados en la medida en que se vayan produciendo cambios en la situación. Toma de Freire el concepto de acción generadora de reflexión y de Fals Borda la metáfora de una espiral continua en la que “...la práctica enriquece a la teoría y la teoría alimenta a la práctica, en un ritmo mutuamente transformador” (Montero, 2012).

“Escuelita de Fútbol del Barrio Latino”. Un intervención en marcha

Tal como fue planteado más arriba cumpla funciones como psicóloga en dos unidades sanitarias y mis prácticas incluyen la asistencia, prevención de enfermedades y promoción de la salud (objetivos generales de actuación de todo el personal del Equipo de Salud). El proyecto presentado es entendido como una producción dentro de esta lógica y además, como actividad específica de formación de los alumnos de tercer año de Medicina de la UNS.

El Barrio Latino de la ciudad alberga una población de 600 personas, con bajos recursos socio-económicos en general, formación escolar incompleta y una inserción marginal en el mercado laboral tanto para los hombres (cuentapropistas, ayudantes de albañil, changarines), como para las mujeres (empleadas en servicio doméstico, cuidado de niños o ancianos en domicilio u ocasionalmente en geriátricos); esta precariedad laboral se encuentra asociada a la casi nula cobertura social y a la presencia de ayudas sociales de diverso tipo a cargo de la Municipalidad.

Con miras a identificar los problemas de salud relevantes percibidos por la comunidad, los alumnos de tercer año de Medicina de la UNS realizaron entrevistas semiestructuradas a diversos miembros representativos de la misma: integrantes de la Sociedad de Fomento, de las dos iglesias cercanas, maestros, vecinos, personal del Equipo de Salud de la Unidad Sanitaria que funciona en el barrio, del Servicio Local, etc. .

Los problemas destacados fueron: insuficiente oferta de trabajo y precarización de sus condiciones; carencias materiales; gran número de hogares con necesidades básicas insatisfechas; violencia instalada en los vínculos expresada en el lenguaje y en la agresión manifiesta con su consecuente naturalización; reporte importante de casos de abuso sexual; significativo número de mujeres solas a cargo del hogar sin ningún tipo de ayuda económica o afectiva por parte de ex-parejas; ausencia de proyectos a largo plazo entre los jóvenes; alto índice de delincuencia; adicciones, principalmente alcohol y marihuana; escasa contención familiar a los chicos que pasan mucho tiempo en la calle; repitencia y deserción escolar; poca oferta de recreación o de formación extraescolar; menguada participación comunitaria en la Sociedad de Fomento o en las dos escuelas del sector; ausencia de estrategias colectivas (por parte de la Unidad Sanitaria y del Servicio Local) para afrontar las problemáticas señaladas, con propuestas de solución mayormente ligadas al caso individual e intentando no

caer en la “psicopatologización/judicialización/criminalización de la vida cotidiana”.

En gran parte de las entrevistas surgió el comentario sobre una “Escuelita de Fútbol” que había funcionado por 5 años en el barrio, que participaba de una Liga Barrial -con torneos semanales- y que convocaba a más de 100 chicos. Esa actividad se interrumpió por denuncias de robo hacia integrantes del grupo organizador y el intento de unos vecinos de desplazarlos y quedar a cargo del proyecto. En muchos estaba instalado ese tiempo como una “época de oro” en el barrio en el que los chicos jugaban y eran acompañados por los padres y parte de la comunidad; según el relato, se habían creado vínculos significativos entre los “pibes” y con el grupo mayor en general, con un fuerte sentimiento de pertenencia e identidad que hacía que los entrenamientos y los partidos sean esperados con entusiasmo y un clima general de alegría. “Reflotar/reabrir la Escuelita de Fútbol” sería una solución, según los vecinos, a los problemas de violencia en el barrio, les daría un lugar a los chicos, les proporcionaría una actividad para ocupar el tiempo libre ocioso y aprenderían “el respeto” entre sí y hacia los mayores. También estaba la percepción de ellos mismos como personas capaces de hacer algo por la comunidad, “por los chicos”.

Acordamos entonces una primer reunión en casa de uno de los vecinos impulsores del proyecto con otros miembros interesados de la comunidad; la convocatoria se realizó en forma oral a través de los vecinos participantes y también desde la Unidad Sanitaria. Dio comienzo así a toda una serie de encuentros en los que se debatía y reflexionaba sobre escenarios posibles de acción, con asistencia irregular y alternada de miembros de la comunidad. Sólo dos personas del grupo anterior-al comienzo de la apertura de la Escuelita de Fútbol- formaron parte del grupo estable de lo que podríamos denominar: “Equipo de Trabajo”.

En cada encuentro se reflexionaba sobre los obstáculos que se iban presentando y se proponían soluciones alternativas y búsqueda de recursos dentro del área de influencia de cada uno de los actores participantes. Se distribuían las tareas, se asignaban responsables y se proponía una nueva fecha de reunión; las actividades podían ser tan variadas como averiguar el horario en que se podía encontrar al Delegado Municipal, redactar una carta pidiendo que se limpie el predio donde funcionaría la Escuelita de Fútbol, realizar llamadas telefónicas a miembros de la Liga Barrial de Fútbol para ver quiénes eran los encargados y conseguir información sobre la organización actual, tomar contacto en el barrio con las personas que habían quedado con la ropa deportiva de los chicos participantes de la “Escuelita de Fútbol”

anterior, pedir una entrevista con el “Instituto de Educación Física” de la ciudad para ver la posibilidad de que sus alumnos participen como entrenadores en el proyecto... Cada reunión entonces funcionaba como un hervidero de nuevas propuestas y como un lugar de sorpresas: se escuchaba atentamente a los designados como responsables de las actividades pautadas en el encuentro anterior y a partir de allí se proponían las siguientes.

En el mes agosto del año 2011 dieron comienzo las actividades; a fin de febrero del corriente año se consiguió finalmente y por intervención directa del Secretario de Salud, que la Delegación Municipal limpie, desmalece y nivele el terreno donde funciona la “Escuelita de Fútbol”.

En marzo de este año un número aproximado de 30 chicos, divididos en dos categorías por fecha de nacimiento (2002-2003 y 2004-2005) comenzaron su entrenamiento dos veces por semana, y en mayo se concretó la primer participación de los dos equipos en la “Liga Municipal de Baby Fútbol”. Es interesante destacar que la convocatoria se realizó mediante distribución de volantes en la puerta de las escuelas o a través del “cuaderno de comunicados” de una de las mismas, e invitación casa por casa llevada adelante por los alumnos y una vecina del barrio. También casa por casa se tomó fotos a los chicos para completar los carnets que debían ser presentados a la Secretaría de Deportes de la Municipalidad. Se contó además con un espacio cedido por “Radio Latina” , conseguido por uno de los participantes del proyecto, donde se difundieron las actividades y se invitó a participar de las mismas.

Un tema preocupante era la figura legal de la Escuelita de Fútbol que se resolvió finalmente cuando cambiaron las autoridades de la Sociedad de Fomento y la Comisión actual prestó su apoyo al proyecto; se conformó así una Subcomisión de Deportes y se amplió el número de integrantes del “Equipo de Trabajo” inicial.

Se fueron sucediendo un sinnúmero de actividades: Algunos sábados se comenzó a servir la leche para los chicos y se regalaron chalecos -confeccionados por las vecinas integrantes de la Sociedad de Fomento- y medias; confeccionaron además mochilas individuales para llevar a la cancha y guardar la ropa de los chicos. A través de una médica del Equipo de Salud se consiguió la inclusión del proyecto como beneficiario del Banco Credicoop, que contribuyó con una donación de \$5000 para la compra de indumentaria y calzado deportivo para todos los chicos. La enfermera de la Unidad Sanitaria confeccionó un botiquín de Primeros Auxilios que se lleva actualmente a la cancha. Una empresa de venta de insumos hospitalarios donó dinero para la confección de camperas y el profesor de serigrafía

(proyecto que funciona también en la Sociedad de Fomento) estampó el escudo de la “Escuelita de Fútbol” en cada prenda.

Los alumnos de Medicina, además de participar en forma alternada en las reuniones y asistir a la cancha los días domingo, prepararon una obra de teatro donde, vestidos con el equipo de fútbol de Latino representaron los diferentes problemas de relación entre los chicos y los adultos, situación que sirvió como disparador para pensar sobre actitudes y comportamientos, el lugar de los otros, y propuestas de resolución de conflictos en forma no violenta. Se hicieron cargo de acondicionar una bandera y le cosieron a mano y bien grande, las letras de la palabra “Latino”; la bandera se lleva a la cancha y se cuelga en cada partido. La tramitación de la “tarjeta celeste” que brinda la Municipalidad posibilitó que a partir de este año se contaran con \$200 mensuales que se destinan en general a comprar merienda para los chicos.

Los conflictos no estuvieron ausentes y produjeron el alejamiento de una de las personas del “Equipo de Trabajo” inicial y de su pareja; la falta de apoyo de la Comisión anterior de la Sociedad de Fomento a prestar la personería jurídica representó también un duro golpe a la organización y continuidad del proyecto.

Actualmente la Municipalidad de la ciudad provee los colectivos que trasladan a los chicos para jugar los torneos interbarriales que tienen lugar los días domingo, en canchas de básquet (fútbol “5”); los equipos están formados por 7 titulares y 5 suplentes que van rotando. La participación premia no sólo el resultado del juego, sino también el comportamiento de los chicos, de los padres, la puntualidad y la presentación general.

Para el año que viene se prevé la participación de nuevas categorías y la inclusión de las chicas del barrio a través de un proyecto a construir con la comunidad.

Reflexión en torno a las prácticas.

Se retoman algunos conceptos teóricos ya señalados, y se explicitan otros relacionados con los primeros, surgiendo así una propuesta de reflexión y de articulación con el Proyecto “Escuelita de Fútbol del Barrio Latino”. Se los considera líneas probables de profundización y esclarecimiento teórico a desarrollar futuramente.

. En relación al concepto de “participación”:

El recorrido descrito puede ser pensado en primera instancia como el producto de un trabajo colectivo transformador de sujetos y circunstancias de participación, “lo cual, a su vez, implica decisiones, acciones, derechos, deberes y logros... esa participación es una condición para el fortalecimiento y para la libertad” (Montero, 2011). Movimiento permanente de lo colectivo a lo individual en el cual nos reconocemos como “parte de”. “Mi Escuelita” dice una de las participantes. Cantan los chicos cuando vuelven de los partidos los domingos: “Pito, maraca, bombos y tambores, somos de Latino ¡somos los mejores!”.

Desde la perspectiva comunitaria la participación se constituye en un concepto clave y vemos que en el caso presentado se pueden visualizar las características señaladas por Montero (2011): se comparten objetivos e intereses en una práctica conjunta y libre que va modificando modalidades de conducta; práctica contextualizada en la comunidad y en relación a su historia, en un proceso constante de producción e intercambio de conocimientos, con la colaboración en diferentes grados de intensidad y compromiso de diferentes actores; compartiendo ideas, objetivos, emociones. Implica además la organización para la acción en vistas a alcanzar los objetivos propuestos, con vínculos horizontales y capacidad de evaluación del trabajo realizado.

. En relación a la organización y a la participación:

Se puede observar que la participación va generando compromiso con los chicos pero también con el resto del Equipo de Trabajo; las actividades a cargo generan responsabilidades que se sostienen recíprocamente y un comienzo de organización que produce cierta normatividad más o menos explícita a fin de funcionar como grupo (Montero, 2011). Armín y “Tata” son los entrenadores; Silvina toma asistencia; Diego, Jorge, Hugo y Raúl a veces son los colaboradores en la cancha; los estudiantes van a las reuniones, y llevan masitas o torta a la cancha, son la hinchada; Miriam pone el cartel en la puerta de la Sociedad de Fomento así todos saben dónde y a qué hora jugamos el domingo; Dévora va a buscar el fixture y le pasa la información a Miriam; Etelvina consigue el cordero para la rifa que armamos para comprar los pantalones largos a los arqueros... y también están Leticia y Amanda y Daniela y Lorena... Pero también se esperan ciertas regularidades hacia afuera del proyecto y así se van configurando situaciones cotidianas : que el colectivo llegue a horario; que el fixture esté el miércoles y no el jueves; que los árbitros mantengan la puntualidad; que la Dirección de Deportes compre la merienda para los chicos en la cancha...

El “compromiso” involucra a todos los integrantes del proyecto, y en este caso particular, a otros niveles jerárquicos y organizativos de las estructuras municipales, no sólo al psicólogo (Montero, 2011).

. En relación a los límites del grupo y del proyecto:

Si bien todo proyecto implica un recorte selectivo de la realidad por parte de los actores implicados en virtud de la selección de los procesos que engloba y que se consideran relevantes para la resolución del problema planteado, ese recorte implica un “adentro” y un afuera por lo menos inestable (Robirosa, 1990).

Deja afuera otros problemas: por ejemplo, las chicas del barrio, en similares condiciones que los chicos y que no participan del proyecto. El entorno del afuera comprende a su vez otros procesos que lo afectan y sobre los que su control es escaso: por ejemplo, los alumnos de Medicina terminan este mes su cursada y participarán menos en las actividades; mas allá de su contribución efectiva en el proceso su falta será una ausencia sentida por todo el grupo, los vamos a extrañar (otra vez la comunidad de circunstancias y sentimientos).

También forman parte del afuera los otros actores sociales, sus recursos y capacidades específicas de acción, que aunque relacionados, no forman parte expresa del proyecto: el Delegado Municipal, el Secretario de Salud, etc. Por fuera se ubican además aquellos roles y posiciones de los propios actores que son ejercidos en un ámbito distinto al área del proyecto: el rol del psicólogo es el caso paradigmático que debe ser todavía pensado; suele suceder que alguno de los integrantes del “Equipo de trabajo” sea a su vez paciente en la Unidad Sanitaria. La solución provisoria adoptada consiste en conservar los dos vínculos, explicitando nuevamente las condiciones del secreto profesional para todo lo sucedido en la relación terapeuta-paciente.

Hacia adentro del proyecto, la conformación de un “Equipo de Trabajo” o de gestión, o “espacio nuclear responsable del proyecto” (Robirosa, 1990) implica en primera instancia una tarea constante de sostenimiento de los espacios regulares de encuentro y del trabajo dirigido hacia las metas trazadas. Se observa sobre todo en los inicios del proyecto, que mucha gente “entra” y “sale” del espacio del proyecto, vuelve a participar en función no sólo de sus características/situación personal, sino por las condiciones de acogida del espacio creado, entre otras cuestiones a profundizar/despejar. Por la experiencia acumulada, considero importante no cuestionar ni pedir explicaciones por los ingresos o los egresos: las

reuniones pasan por períodos de participación más o menos intensa y tienden a estabilizarse en un cierto número de participantes que son los que conforman el “Equipo de Trabajo”. Esto se evidencia claramente en los entrenamientos: Sólo uno de los entrenadores está siempre presente y los que llamamos “colaboradores” van variando. Sin embargo, tienden a conformar, ya sobre fin de año, un grupo más o menos identificado de tres personas que todos referenciamos por su nombre. Esta observación se relaciona con el punto anterior: la inestabilidad inicial va dando paso gradualmente a un comienzo de organización que normativiza ciertas prácticas.

En relación a la caracterización de “Agentes externos” y “Agentes internos”

El psicólogo comunitario no se sitúa en una relación de Sujeto cognoscente con respecto a los individuos de la comunidad (Objetos); ellos son también Sujetos cognoscentes y productores de conocimiento. Los psicólogos se reconocen como agentes externos en relación a su actuación de acuerdo a sus conocimientos específicos, y las personas de la comunidad se reconocen como agentes internos que actúan de acuerdo a sus conocimientos históricamente construidos sobre la comunidad (Montero, 2011).

La distinción entre agentes externos y agentes internos como “tipos puros” debería ser interrogada en el caso del Psicólogo integrante de un Equipo de Salud perteneciente a una Unidad Sanitaria en el primer nivel de atención de la salud (y por tanto, igual tratamiento debería recibir el concepto de “familiarización con la comunidad”). El tiempo efectivo que el Psicólogo pasa en el barrio en forma diaria y sostenida muchas veces a lo largo de los años, sumado al carácter territorial y orientado a la comunidad de sus prácticas, lo hace acreedor de ciertos saberes que de hecho comparte con la comunidad; es más, él es también parte de esa historia, y específicamente de aquella ligada a las representaciones sociales que sobre lo que es un psicólogo y lo que hace, tienen los integrantes del barrio. Deberá mantener, por tanto, dos modalidades de relación en cuanto al conocimiento: simétricas o de horizontalidad con la comunidad donde su rol experto no es el que debe caracterizar el vínculo; pero asimétricas en mayor medida en la relación terapéutica.

En relación a las “necesidades sentidas” y a las “necesidades normativas”. Su identificación.

Las identificación de necesidades siempre debe hacerse junto con la comunidad en

forma conjunta con los recursos no sólo materiales, sino también intelectuales, histórico-culturales y espirituales (Montero, 2011). En el caso presentado, si bien no se recurrió específicamente a técnicas grupales, las respuestas a las entrevistas semiestructuradas permitieron esbozar un panorama de aquellas necesidades sentidas por la comunidad, como así también ciertos recursos para afrontarlas.

La renovada presencia de las carencias expresadas como realidades insatisfactorias y el recuerdo de lo que para el barrio había significado la “Escuelita de Fútbol” , representaron sin duda uno de los ejes motivacionales indiscutidos y motor del proyecto, aún cuando éste resultó ser más acotado que el anterior.

. En relación a la metodología específica

Si bien con no todas los elementos de la investigación-acción participativa, el proyecto presentado no deja de constituirse en una intervención comunitaria con algunas de sus características importantes. Una de ellas es precisamente la que hace a esta suerte de “espirales continuas” caracterizadas por Fals Borda (1981, en Montero, 2012) y en relación al equilibrio y ritmo entre los procesos de acción y reflexión sobre la acción, y que hoy se plantea como proceso conjunto que llevan adelante los integrantes del proyecto (Montero, 2012).

Es en virtud de este escalonamiento sucesivo que podemos hablar de “praxis”, de esta unión entre teoría y práctica que se retroalimentan recíprocamente (Montero, 2012) y donde se verifica efectivamente la incorporación del conocimiento popular al proceso de producción.

Volviendo a nuestro ejemplo, las reuniones conjuntas del “Equipo de trabajo” producían el trazado de actividades que, aunque tenían en cuenta el objetivo final, representaban pasos acotados y muy concretos que deberían ser transitados; la responsabilización conjunta y el compromiso asumido por las mismas permitía que el encuentro siguiente se convirtiera en un gran relato de nuestros logros, aciertos y desaciertos, en fuente de sorpresa permanente que estimulaba el accionar del grupo. Cada etapa sucesiva requería de la reflexión sobre nuestras prácticas que se expresaba en un diseño emergente válido sólo hasta el próximo encuentro, donde volvía a ser rediseñado.

El objetivo general (la reapertura de la “Escuelita de Fútbol del Barrio Latino) aparecía como una imagen final: en el medio todo estaba por hacerse. Dentro la Teoría de la Planificación (Matus, 1994) diríamos que se trataría más bien de desencadenar procesos, ya

que las características constitutivas de los problemas sociales (“cuasi-estructurados”)⁴ los hacen inaccesibles a la planificación normativa.

La comprensión, intuitiva a veces, de los contextos de incertidumbre y de las dificultades de la planificación, fueron conformando o delineando visiones más realistas de lo posible y redireccionando positivamente las prácticas. Las relaciones conflictivas entre los integrantes del “Equipo de Trabajo” y con miembros de la Sociedad de Fomento anterior, provocaron en lo inmediato cierto desencanto y tristeza; nos recordaron un “afuera” pero también un “adentro” donde las personas juegan con otros intereses y con distintos grados de poder.

Una cuestión llamó poderosamente mi atención: en los momentos de dificultad varios de los integrantes apelaron a los destinatarios del proyecto como una especie de argumento indiscutible e irrestricto que estaba por encima de las barreras, obstáculos, desinteligencias y desacuerdos; este argumento esgrimido en voz alta ante las dificultades y conflictos recordaba que el interés de los chicos del barrio debía ser entendido como superador de las diferencias. Sería importante poder reflexionar acerca de si esta premisa (“es por los chicos”) tuvo la potencia necesaria y la presencia activa como para convertirse en uno de los motores del proyecto; y verificar si las personas-destinatarios juegan en otros proyectos un papel de semejante importancia.

Conclusiones

La “Escuelita de Fútbol del Barrio Latino” fue presentada como una de las formas posibles que asume la intervención comunitaria en la ciudad de Bahía Blanca, contextualizada específicamente como práctica del Equipo de Salud de una Unidad Sanitaria y desde el rol específico del psicólogo.

Es en virtud de sus particularidades que la actual presentación pretendió poner en juego determinados conceptos teóricos para poder ser pensados en ese proceso específico.

El resultado no pretende ser concluyente ni tampoco abarcativo. En principio parecen imponerse en esta posible articulación teórico-práctica y práctica-teórica algunos temas que considero necesario desarrollar: la cuestión del poder, el papel de los “procesos psicosociales” en el recorrido, el abordaje de los valores, la problematización, etc., así como

4 Los sistemas sociales pueden ser considerados “sistemas de incertidumbre dura” en tanto las certezas sólo pertenecen al pasado y el futuro es esencialmente creativo: sólo algunas variables y relaciones son precisas, y enumerables, nunca todas y la solución a un problema “cuasiestructurado” será sueno situacional, es decir, relativo al actor que lo enuncia (Matus, 1996).

la profundización y/o corrección/ampliación/esclarecimiento de los temas presentados, y cómo operan al interior de otros proyectos comunitarios.

La “Escuelita de Fútbol del Barrio Latino” remite a múltiples significados para cada uno de sus integrantes, adquiridos en el poco más de un año de recorrido; lo podría sintetizar, siguiendo a Montero (2011) como una comunidad de circunstancias y sentimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Broda, S., *La praxis de la psicología social comunitaria en Latinoamérica: construyendo metáforas de cambio con el circo social*, UNAM, disponible en: <http://es.scribd.com/doc/104847634/Luna-Broda-Sarya-Mariana>
- Bueno, B. et al. (2010), *Accesibilidad en salud de mujeres del Barrio 9 de Noviembre*, UNS, Bahía Blanca, disponible en: www.cienciasdelasalud.com.edu.ar
- Chinkes S.; Lapalma, A. y Nicemboim, e. (2004), *Psicología Comunitaria en Argentina*, disponible en: <http://www.enigmapsi.com.ar/psicomun2.html>
- Gomes Aguiar, S. y Mota Ronzani, T. (2007), “Psicología Social e Saúde Coletiva: Reconstruindo identidades”, disponible en: <http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/.../v1n2a03.pdf>
- Matus, C.(1996), *El método PES. Planificación Estratégica Situacional*, La Paz, Centro de Estudios de la Realidad Boliviana (CEREB).
- Menéndez, E. (1994), *La enfermedad y la curación ¿Que es medicina tradicional?*, disponible en <http://es.scribd.com/doc/37149587/Eduardo-Menendez-La-enfermedad-y-la-curacion>
- Menéndez E. (1996), *Modelos de atención de los padecimientos: de articulaciones teóricas y articulaciones prácticas*, disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014.
- Montero, M. (2011): *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*, Buenos Aires, Paidós.
- Montero, M. (2012), *Hacer para transformar. El método en la Psicología Comunitaria*, Buenos Aires, Paidós.
- Montero, M. (1984), “*La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos*”, disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80516303.pdf>
- Robirosa, M. y Lapalma, A., *Turbulencia y Planificación Social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Silva Paim, J. (2011), *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

