

# REPENSANDO LAS PRÁCTICAS DE SALUD Y EDUCACIÓN EN LAS COMPLEJIDADES SOCIALES. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE UNA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

## RETHINKING ABOUT HEALTH AND EDUCATIONAL PRACTICES OF SOCIETIES. DESCRIPTION AND ANALYSIS OF A PARTICIPATORY STUDY USING A RESEARCH METHODOLOGY

Recibido: 22 de enero de 2013/Aceptado: 3 de abril de 2013

FACUNDO CORVALÁN\*

*Universidad Nacional del Rosario - Argentina*

### Key words:

Education, Health,  
Participatory Action Research.

### Abstract

This research paper is focused on research conducted in a Municipal Health Center in the city of Rosario (Argentina). It is based on Unsatisfied Basic Needs methodology in a social context. This research describes how health professionals, establishing bonds with the public and other educational institutions, can facilitate a health education space, where different means and strategies for problems solving are presented in relation with health processes. The methodology emphasizes on different ways to create awareness of the context, the objectives, quality of life, and different health and educational practices. These units of analysis are understood and analyzed in relation with the proposed actions and techniques. Appealing to the informal and the non-traditional use of different pedagogical and health strategies, now make it possible to get unknown information and implement innovative measures.

### Resumen

En este trabajo, se presenta una investigación acción participativa realizada en un Centro de Salud Municipal de la ciudad de Rosario (Argentina), que se encuentra ubicado en un contexto social con altas Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Se describe cómo los profesionales en el campo de la salud, al establecer vínculos con la población y demás instituciones educativas, pueden facilitar un espacio sanitario-educativo donde los distintos significados y estrategias de resolución de problemas se presenten en función de los procesos de salud. La metodología utilizada se focaliza en los diferentes modos de tomar conciencia del contexto, las condiciones objetivas de existencia y las diferentes prácticas sanitarias y educativas. Estas unidades de análisis se comprenden y analizan en relación a las técnicas utilizadas y las acciones propuestas. La utilización de diferentes estrategias pedagógicas y sanitarias, apelando a lo no formal y lo no tradicional, posibilitó la obtención de información desconocida hasta el momento y la puesta en práctica de acciones innovadoras.

### Palabras clave:

Educación, Salud,  
Investigación Acción Participativa.

### Referencia de este artículo (APA):

Corvalán, F. (2013). Repensando las prácticas de salud y educación en las complejidades sociales. Descripción y análisis de una metodología de investigación acción participativa. En *Psicogente*, 16(29), 197-208.

\* Becario del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en la Universidad Nacional del Rosario-Argentina. Email: facu20@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

*Ser científico hoy es estar comprometido con algo que afecta al futuro de la humanidad. Así, la sustancia de la ciencia resulta ser cualitativa y cultural; no es la sola medición estadística, sino la comprensión de realidades.*

Fals Borda (1980)

Los trabajadores en salud comparten con los trabajadores del ámbito formal de la educación muchas problemáticas en sus actividades cotidianas. En algunos sectores sociales, ellos denuncian continuamente falta de recursos y falta de formación asociadas a una realidad imposible de abordar (Augsburger, Gerlero, Corvalán & Orzuza, 2011). La Atención Primaria de la Salud (APS) constituye una de las estrategias más importantes de atención, pues, forma parte de los recursos básicos con los que la población cuenta para mantenerse en estado de bienestar, y porque representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud (Organización Mundial de la Salud, 1978). Entonces, la APS no solo hace parte del sistema nacional de salud sino también del sistema de desarrollo general, abarcando las dimensiones sociales, económicas y educativas. De modo que considerar exclusivamente a los dispositivos clásicos de salud como protagonistas de la atención primaria cercaría las posibilidades de una integración de recursos de diferente índole.

Por lo anterior, las instituciones educativas clásicas (escuelas y jardines de infantes) junto con los saberes cotidianos de las personas que habitan en una comunidad no deben mantenerse al margen de las discusiones

en salud. El hecho de adquirir, en el campo educativo, nuevos significados culturales junto con información útil que tenga interés y valor social constituye un proceso tan educativo como sanitario. En este marco, el eje de reflexión y acción no debe centrarse en la dinámica disciplinar de las instituciones clásicas, sino también en las percepciones de las personas sobre las alternativas que tienen para enfrentar las situaciones (Tax, 1960).

A partir de múltiples trabajos de investigación en la temática y del análisis de las consecuencias de las políticas y dispositivos de salud actuales, surgen interrogantes acerca de la forma cómo se articulan las distintas concepciones de salud, las prácticas profesionales y las actividades cotidianas de una comunidad en lo referente a los cuidados en salud. A su vez, explorando (observando y entrevistando en el campo) en la rutina de las instituciones, tanto de salud como educativas, se puede percibir la denunciada saturación de recursos y de agotamiento humano en lo que concierne a los objetivos institucionales.

Las demandas y ofertas de servicios sanitarios hacen parte de los derechos ciudadanos y de las obligaciones estatales contemplados por las leyes. A partir de un estudio epidemiológico sobre la infancia, se llega a la conclusión (entre otras) de que en los diferentes sectores sociales la autopercepción de la salud presenta notables diferencias, debido a que cada uno de ellos administra diferentes recursos simbólicos (Temporetti, Augsburger, Bertolano & Enría, 2008). Incluso existen diferentes demandas y respuestas de atención sanitaria, muchas de las cuales dejan por fuera proyectos ciudadanos con-

templados por leyes y programas sanitarios nacionales e internacionales<sup>1</sup>. Precisamente por esto, es importante realizar estudios que se aproximen y trabajen las diferentes propuestas y demandas en salud. En este sentido, de las numerosas investigaciones sobre los procesos de salud-enfermedad que se han realizado, pocas consideran los discursos y las prácticas no “profesionales”, así como tampoco la necesaria tarea de vincular las prácticas educativas con las prácticas sanitarias.

La dicotomía salud-enfermedad ha sido y es objeto de clasificaciones médicas y psiquiátricas que, en muchos casos, trabajan con una realidad diferente a las propias representaciones que la población tiene acerca de los malestares que la aquejan, o, en otros casos, sostienen una concepción de salud estrictamente centrada en lo biológico, haciendo del proceso de atención en salud una práctica focalizada en mantener con vida y negando, así, la dimensión cultural humana. Con respecto al plano educativo, estamos sujetos a una concepción de la educación centrada exclusivamente en la transmisión de información. Esta se ajusta a una obligatoriedad curricular que usualmente no reconoce contextos sociales singulares y que demanda a los educadores una actividad indeterminada entre la contención social y la enseñanza de contenidos básicos generales.

De acuerdo con múltiples investigaciones consultadas (Martin, Quirino & Mari, 2007; Almeida Filho, Coelho, 2002; Augsburg, 2004; Regina-Rodríguez,

2003), el discurso científico clásico puede verticalizar su saber, colocándose como verdad absoluta y desconsiderando saberes locales que pueden ser de gran eficacia para producir efectos de salud. Según Foucault (1992), la indignidad de hablar por los otros conllevaría a una incoherencia metodológica, propia de algunos saberes que buscan hegemonizar la verdad y su modo de transmisión, y precisa contra esta pretensión: “Y cuando los prisioneros se pusieron a hablar, tenían una teoría de la prisión, de la penalidad, de la justicia”. Investigando las realidades locales, se podría dar cuenta también de los motivos por los cuales muchos programas sanitarios no cumplen con sus objetivos a pesar de las cuantiosas inversiones en salud (Global Forum for Health Research, 2001-2002); como también de los motivos por los cuales los niveles de deserción escolar alcanzan números conmovedores, tanto en alumnos como en docentes (UNESCO, 2010).

En síntesis, nuestro trabajo de investigación se posiciona primeramente en una actividad interdisciplinaria realizada en un Centro de Salud Municipal de la ciudad de Rosario (Argentina), y de manera concreta, en el barrio Santa Lucía (con 10.000 habitantes aproximadamente), una zona con alto nivel de NBI según el Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC, 2001) y con registros de violencia cotidiana que aumentan progresivamente. Inicialmente, el equipo se conformó por un psicólogo y un médico general en referencia a las escuelas y demás instituciones (centro de salud, centros comunitarios) que se hallaban en contacto con las familias. En principio, se buscó generar espacios sanitario-educativos en los cuales se plantearan los distintos significados culturales en torno al proceso de salud-enfermedad.

1. Poder legislativo, Constitución nacional Argentina, Primera Parte, Capítulo Segundo: Nuevos derechos y garantías. Art. 41. “Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano...”.

Al mismo tiempo, la situación sanitaria de los grupos comunitarios fue objeto de reflexión por parte de los actores en juego, hecho que permitió pensar en estrategias de abordaje de las problemáticas. Se entiende, por lo tanto, que las prácticas educativas no deben pensarse exclusivamente en el campo formal de las instituciones escolares, y que tampoco las prácticas en salud deben limitarse al campo formal de los consultorios. En función de la complejidad social, es indispensable conjugar estas prácticas de salud-educación con los distintos saberes: disciplinas científicas y conocimientos populares, superando así los cercos reduccionistas.

### Objetivos

*Toda persona tiene derecho a la educación, la que debe estar inspirada en los principios de libertad, moralidad y solidaridad humana. Asimismo tiene el derecho de que, mediante esta educación, se le capacite para lograr una digna subsistencia, en mejoramiento del nivel de vida y para ser útil a la sociedad.*

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Colombia, 1948)

En virtud de la naturaleza de la investigación (investigación-acción participativa), se plantearon objetivos de conocimiento y objetivos de transformación. Todos se trabajan dialécticamente en relación a la problemática. Los principales objetivos de conocimiento fueron, primero, describir las distintas representaciones de salud que se dan en: responsables del hogar (de la comunidad de estudio), en los maestros de las escuelas del barrio y en los profesionales de la salud, a partir de sus discursos; segundo, enumerar indicadores de problemáticas

en relación a los discursos descritos (el discurso de los responsables del hogar, el discurso de los maestros y el discurso de los profesionales de la salud); y tercero, describir las demandas y las prácticas de salud que destacan los grupos a estudiar.

Del mismo modo, se plantearon cuatro objetivos de transformación: generar vínculos entre las familias, las instituciones educativas y los profesionales de la salud; colaborar en el planteamiento de proyectos de vida a partir de las situaciones concretas en las que se produce el crecimiento y desarrollo personal, considerando los recursos disponibles en cada una de las familias y en la comunidad, así como los obstáculos para la proyección de un futuro; favorecer y ayudar a la construcción de modalidades de resolución de problemas y conflictos por medio del diálogo y la negociación, que articulen las perspectivas personales (individuales) y las colectivas (solidarias), en el marco de una convivencia que aliente la participación y la diversidad de perspectivas; y generar prácticas institucionales coherentes con un modelo de salud-educación integral y sostenible.

### MÉTODO

*Para nosotros el problema no radica solamente en explicar a las masas sino en dialogar con ellas sobre su acción.*

*Ninguna pedagogía realmente liberadora puede mantenerse distante de los oprimidos.*

Paulo Freire (1970)

### Diseño

En virtud de la naturaleza de las unidades de análisis (el discurso de los grupos sociales referidos, acciones

de la comunidad), los métodos a utilizar respetaron las cualidades de aquellas unidades de análisis, en función de los objetivos planteados. En el afán de comprenderlo en su contexto, el discurso y las acciones de la comunidad debían presentarse de la manera “más cotidiana” posible. Para ello, se realizaron entrevistas y observaciones en los mismos lugares donde las personas desarrollan sus actividades diarias: los hogares, las escuelas, los centros de salud y las acciones de la comunidad fueron entendidas en su acontecer habitual. Este tipo de diseño contempla las características de lo que tradicionalmente se ha llamado investigación cualitativa, lo cual exige una estrategia de interpretación hermenéutica en que las singularidades y contexto se conciben en una dialéctica de sentidos (Vigotsky, 2007).

El término discurso remite a diferentes perspectivas teóricas. El concepto en sí mismo ha sido objeto de múltiples connotaciones y es considerado una de las categorías más polisémicas de la literatura social (González Rey, 2000). En nuestra perspectiva, lo entendemos como una unidad de análisis que permite el acceso a procesos de significación, con contenido ideológico, con determinantes sociales y con referencia a los procesos de subjetivación. Siguiendo a Voloshinov (1992), se podría pensar en “un acontecimiento de palabra que establece una refracción respecto de la situación interaccional donde se produce y del contexto social en el cual emerge”. En este trabajo, se intentó condicionar ese determinante interaccional, donde el autor expresa su posicionamiento materialista, con la dimensión subjetiva de la singularidad irreducible a factores externos. El

discurso, entendido así, está condicionado y da cuenta de un tejido social, sin estar determinado linealmente por un modo de producción o bien por alguna estructura supraindividual.

Las entrevistas semi-estructuradas (se realizaron 30 a representantes de grupos familiares y a informantes claves de las instituciones educativas) recavaron primeramente información sobre cuestiones objetivas de existencia (en el caso de las entrevistas a las familias). Luego, se focalizaron en la dimensión de los proyectos de vida, planteando a la comunidad analizada la posibilidad de pensarse a futuro. “¿Quién mejor que los oprimidos se encontrarán preparados para entender el significado terrible de una sociedad opresora?” (Freire, 1970). Este proceso fue acompañado por observaciones de campo (*in situ*), en particular de las condiciones de vida y de los lugares donde las prácticas se llevan a cabo. Consideramos que, en la misma aplicación de estos instrumentos, se configuró una “relación social”, donde tanto un sujeto como otro pone en juego los diferentes capitales de su “*habitus* de clase” (Bourdieu, 2007).

En virtud de la naturaleza del objeto de estudio, que es de característica social, cultural, moralmente atravesada e históricamente constituida, la lógica de los métodos se correlacionó con una posición hermenéutica-interpretativa<sup>2</sup>, que asume al discurso como una

2. La posición hermenéutica de perspectiva interpretativa se relaciona con los llamados “giro lingüístico” y “giro interpretativo”. Se enfoca al lenguaje desde su modo de producción y transmisión de sentidos y significados (Temporetti, 2004).

realidad comprensible y estudiable, y que privilegió los significados que los sujetos enunciaron en su contexto.

### Participantes

Con respecto a la muestra de las personas que fueron entrevistadas, el concepto propuesto por Glaser y Strauss nos brindó la pauta idónea para trabajar. Estos autores privilegian el interés general de la investigación y por eso se incluyeron en la muestra las instituciones, las personas y las situaciones que principalmente interesaban para llegar a los objetivos propuestos. Directamente, entonces, nos centramos en los grupos humanos referenciales para los objetivos hasta la saturación de información, concentrándonos en el escenario propicio que dio cuenta del fenómeno a investigar. Se trabajó directamente con aproximadamente 30 familias en sus hogares (micro-área de La Palmera y Los Eucaliptos), así como también en las dos escuelas del barrio (escuela Santa Lucía, escuela Pocho Lepratti). En esta última, se trabajó con 5 directivos y 35 docentes (los cuales participaron de dos plenarias docentes convocadas para los efectos de este trabajo).

### Método de recolección de información

En esta investigación, el campo no es considerado exclusivamente como el lugar donde se recaba información, también es el lugar donde una práctica interdisciplinaria, educativa-sanitaria es posible. Así, la perspectiva consistió en trabajar en función de los problemas de salud y no solo en la perspectiva de las enfermedades. Es

fundamental entonces entender el campo en su complejidad y, desde el punto de vista ético, no desconsiderar el sentido común de ciertos grupos sociales a la hora de trabajar con sus significaciones (Spink, 2007).

Al conjugar conocimiento y acción, esta perspectiva privilegia más que el análisis “sobre” una población, la indagación y construcción “con” una población (Delgado & Müller, 2005) en tanto actores/co-actores principales de su propia socialización. Para esto se organizaron distintas instancias de trabajo y reflexión, reuniones en el centro de salud, plenaria con maestros y directivos de las escuelas, encuentros con referentes barriales. Todas estas actividades complementan la propuesta de cumplir con los objetivos de conocimiento y de transformación.

### Procedimiento

Resumiendo el proceso de la investigación, en principio, el grupo de trabajo recorrió el campo entrevistando a informantes clave de las familias y las instituciones educativas. Estas entrevistas semi-estructuradas se extendieron en el lapso de cinco meses y estuvieron articuladas con observaciones del ámbito de residencia y escuelas del barrio. Las acciones realizadas para cumplir con los objetivos de transformación fueron produciéndose a medida que los actores implicados (trabajadores de salud, encargados de familia, docentes y directivos) asumían y concretaban los objetivos planteados. Por demás, a medida que se obtenía información se la analizaba en función de las teorías pertinentes y se establecían nuevas hipótesis.

## RESULTADOS

*Entendemos la salud como la capacidad de lucha  
contra aquellas situaciones que limitan  
la vida y su disfrute.*

Centro de Salud Santa Lucía

El establecimiento de vínculos con la población, desde una modalidad no tradicional o no formal en lo que hace a las relaciones habituales entre la población y los servicios de salud, permitió entre otras cosas la emergencia de demandas imperceptibles desde otra metodología. Así, el acudir a los hogares permitió establecer el modo de comunicación propicio para que aparecieran problemáticas hasta entonces no reconocidas. Por ejemplo, en cada una de las salidas realizadas, la mayor parte de la población reticente a acudir al centro de salud (generalmente hombres), planteaba distintas problemáticas:

“No me gusta ir al dispensario, siempre hay mucha gente”, expresó un hombre de 56 años. “No soy de ir mucho para el centro (de salud), no tengo tiempo”, dijo otro de 62 años.

De este modo, el encuentro permitió la emergencia de una particular relación desde el centro de salud, no solamente entre los profesionales de la salud y la enfermedad sino entre aquellos y las condiciones de vida. A partir de ese momento, se hizo viable un trabajo de transmisión e intercambio de significados culturales más allá de las recomendaciones médicas, abriendo la posibilidad para una negociación de significados (Bruner, 1990). Conocer “el cómo” una madre representa la

salud infantil, cómo actúa en relación a esta representación, posibilita una perspectiva que incide directamente en los cuidados más cercanos que reciben los niños, pues, las representaciones de salud afectan a todas las edades y a todos los géneros.

Durante el desarrollo de las entrevistas, se recolectó información muy valiosa y variada. Por un lado, se conoció más acerca de las condiciones de vida objetivas de existencia. Entonces, la falta de recursos, las necesidades básicas insatisfechas, hacinamiento, malnutrición, analfabetismo, entre otras cuestiones, se percibieron transversalmente en toda la comunidad del barrio. En los 40 grupos familiares con los que se trabajó, se percibieron algunas necesidades básicas insatisfechas. Por otro lado, también se conoció cómo estas cuestiones repercuten en la vida cotidiana, lo que se comprende no solamente por los datos estadísticos, sino observando directamente la situación y preguntando en función de ella. La falta de proyectos de vida y la naturalización de problemáticas complejas (violencia, narcotráfico) adquieren un sesgo de impotencia que no tiene respuestas. Al preguntar cómo se imaginaban dentro de unos años, las personas emitían comentarios con muchas dificultades. La lucha diaria por la subsistencia hace del proyecto de vida una dimensión confusa, no conjugable con un presente cargado de precariedad. Muchas familias deben recorrer 50 metros para conseguir agua con temperaturas bajo cero, otras deben prender maderas dentro del hogar para calentar el ambiente, otras reciben lluvias de cereales continuas desde los camiones que pasan por la autopista:

“¿El futuro? Yo vivo el día a día”, dice una mujer de 21 años. “De acá a diez años no sé cómo me voy a ver

ni en dónde, solo espero que mi hijo termine la escuela”, expresa otra de 22.

Estas situaciones (dimensiones influyentes en la calidad de vida de las personas) se multiplican y serían imperceptibles si las actividades profesionales se centraran exclusivamente entre los límites formales de las instituciones y de las preguntas clásicas de las historias clínicas.

Existen distintas representaciones acerca de los procesos de salud y con respecto a su concepción. El enfoque biomédico, sustentado en los discursos poblacionales, establece que una persona es sana cuando pesa y mide bien. Si bien los profesionales de salud también apelan en sus discursos a cuestiones espirituales, educativas y sociales, en sus prácticas sigue rigiendo el objetivo de “mantener con vida”. Esto se visualizó trabajando el material empírico de las entrevistas, pero también con continuas observaciones de las prácticas.

La transmisión de conocimientos y su adquisición, ya sea en una institución formal o en cualquier otra que represente un acto educativo, no aparece directamente involucrada en las cuestiones de salud, si bien en muchos de los grupos se menciona la importancia de que el “chico no solamente está enfermo por cuestiones biológicas”, que hay que reconocer “la parte intelectual”. La escuela, por ejemplo, se asocia secundariamente al campo de la salud, tanto en encargados de la crianza como en docentes y profesionales.

Más allá de sus muros, es notoria la falta de confianza y autoestima de los grupos con los que se traba-

jó en los hogares, situación que también se percibió, aunque de otra manera, en el nivel de impotencia de otros actores sociales con respecto a la posibilidad de cambiarla (en las instituciones escolares, por ejemplo). Esto podría generar un grado exagerado de sumisión, culpabilidad emocional y otras conductas ineficientes (Lewin, 1946), pero también la posibilidad de recuperar, vía autocrítica, la confianza en las habilidades individuales y grupales.

Los diferentes contactos permitieron, entonces, que se pudiera trabajar singularmente con las familias desde el vínculo, pero sin perder de vista la dimensión comunitaria. A partir de las entrevistas, se generó un intercambio de conocimientos, y tanto el médico como el psicólogo plantearon sugerencias con base en las problemáticas percibidas. Las cuales hicieron surgir no solo un reconocimiento sino también una perspectiva de soluciones. El eje de las intervenciones se centró en recuperar las instituciones culturales de referencia, lo que iba más allá del centro de salud e involucraba la escuela, los centros Crecer y las cooperativas de trabajo.

Al conocer elementos del contexto de crianza de los niños, se pudieron realizar intervenciones educativas importantes. Por ejemplo, se sugirió a los padres que habilitaran un mínimo lugar de estudio o de juegos para ellos a fin de evitar el movimiento incontrolado (ante la ausencia de lugares sin un espacio de referencia para hacer actividades intelectuales), también se propuso que les relaten historias (recuperando la importancia de la narrativa para la constitución del psiquismo) (Bruner, 1997), la importancia de que participen de reuniones con los demás padres (ante el discurso de que “todo el



barrio está fragmentado”). Todas estas sugerencias se articulaban con la atenta escucha a las cuestiones que planteaban.

Debido a su naturaleza operativa, los resultados obtenidos se interrelacionaron fácilmente con las historias clínicas del centro de salud y con las historias educativas que relataban los docentes, pudiendo aunar información de manera integral para un mismo proceso de educación-salud. Progresivamente, los docentes elaboraron listas de problemáticas que aportaron información valiosa. Esta se entrecruzó con los datos de las historias clínicas del centro de salud, permitiendo un encuentro de perspectivas. Muchas problemáticas (violencia escolar, deserción escolar, movimientos continuos) pudieron ser comprendidas en función de la mirada interdisciplinaria puesta en juego.

Como se ve, las transformaciones necesarias no pueden alcanzarse con el simple cambio de los instrumentos del curriculum (Kemmis, 1990). Los docentes deben tener acceso a nuevos espacios de formación y se les debe habilitar instancias de reflexión dentro de su ejercicio profesional. A medida que estos, junto con los demás actores, adecúen sus actividades a las situaciones actuales, se podrá repensar el modelo institucional más propicio para una comunidad en particular.

Por todo lo expuesto, decimos que el haber permitido la transferencia de poder, habilitando a los protagonistas del lugar a tomar conciencia (mediante la confrontación y la reflexión), junto a la identificación de situaciones problema, facilita la puesta en juego del proceso educativo-sanitario.

## DISCUSIÓN

*Así, pues, en lugar de observar la vida real, no veía a esta más que a través de las encarnaciones del arte, no podía producir más que simples imitaciones agradables a la vista y de fácil ejecución.*

Lev Tolstoi (1995)

Existen muchas experiencias y desarrollos en lo que hace al campo de la investigación acción participativa, y ante cada nueva situación se requieren nuevas planificaciones, pero manteniendo la estrategia general de ser coherentes con la naturaleza de los problemas locales, la actitud dialógica y la cuestión nodal de superar los cercos disciplinares. Hay problemáticas que parecieran haber alcanzado un punto de regularidad en los sectores marginados: la violencia en sus distintas formas (de género, criminal, infantil, escolar), el desarrollo de actividades comerciales ilícitas (básicamente el narcotráfico), las condiciones de vida precarias, entre otras no menos perjudiciales para la salud. Pero cada una de estas problemáticas adquiere en cada comunidad una propiedad diferente. En este trabajo, ante la fragmentación percibida por los habitantes y trabajadores del lugar, fue necesario realizar primero un trabajo de acercamiento entre los diferentes actores.

Al trascender los lugares y tareas clásicas –el trabajo en consultorio, intramuros–, automáticamente las relaciones sociales adquirieron otras características. Por un lado, la perspectiva asistencialista pierde protagonismo, se involucra a la población en sus propias problemáticas y se habilita a la autonomía. Resulta necesario entonces la articulación entre los diferentes recursos y sectores

(familias, escuelas, grupos de pares) que coexisten en la vida diaria de la población. Esta labor, que trasciende los intereses y alcances del equipo de investigación, requiere esfuerzos continuos y coordinados de fuerzas que ejercen poder directo en estas comunidades: las fuerzas políticas, las fuerzas policiales, los diferentes activistas políticos, ONG, instituciones... Los barrios cuentan con diversos actores que muchas veces realizan las mismas tareas y no se conocen. Incluso a veces actúan con intereses desconocidos o repudiados por la misma comunidad.

Las investigaciones de este tipo cuentan con amenazas múltiples. Desde el lado epistemológico, la ciencia ortodoxa tiende a “excomulgar” los saberes cotidianos y los conocimientos que no encuadren en leyes formales (Foucault, 1977). Desde el lado de lo instituido en las lógicas profesionales, pensar nuevas maneras de intervenir condiciona el “narcisismo profesional” con el que muchos trabajadores se aseguran un estatus social. Las propias poblaciones se aferran a los modos conocidos de vida, muchos de los cuales repercuten en la naturalización de situaciones que precarizan las condiciones objetivas y subjetivas de vida (Souza Campos, 2002).

Debemos evitar un error clásico a la hora de trabajar con poblaciones en situación de pobreza: el de estudiar a “los oprimidos” desde fuera y sin considerar el otro polo de la relación (Stavenhagen, 1971), pues esto distorsiona el problema. Por último, junto con lo trabajado, es imprescindible realizar un análisis de las políticas públicas que afectan a esta población y una descripción de la particular vinculación estructural entre los diversos sectores sociales.

Las estrategias de salud y de educación deben potenciar al máximo la creatividad, aventurarse a nuevos modos de trabajar. Con otras palabras, salir de un mero mercado de valores que reducen la transmisión de conocimientos y la salud a campos de oferta y demanda de servicios, recuperar el rol que la educación y los cuidados integrales cumplen en una comunidad (Corvalán, 2011).

## REFERENCIAS

- Almeida, N. & Ávila, M. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Revista História, Ciências, Saúde*, 9(2), 315-333.
- Augsburger, C., Gerlero, S., Corvalán, F. & Orzuza, S. (2011). “La ley nacional de salud mental como nuevo horizonte normativo”. Logros y dificultades de las políticas de salud mental en Santa Fe. En Secretaría de Ciencia y Tecnología, Universidad del Rosario (ed.). *V Jornadas de Ciencia y Tecnología* (39-41). Argentina: Universidad del Rosario.
- Augsburger, C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Revista Psicología & Sociedade*, 16(2), 71-80.
- Bourdieu, P. (2007). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Ed. Alianza.
- Bruner, J. (1997). *Educación, puerta de la cultura*. Madrid: Ed. Visor.

- Corvalán, F. (2011). *Prácticas y complejidad*. En: CD y en el libro de Memorias de la XIX Jornada de Jóvenes Investigadores. Ciencia en el bicentenario de los pueblos latinoamericanos. Paraguay: Editorial Universidad Nacional del Este.
- Delgado, A. & Müller, F. (2005). Em busca de metodologías investigativas com as crianças e suas culturas. En: *Cadernos de Pesquisa*, 35(125), 161-179.
- Fals Borda, O. (1992). La ciencia y el pueblo: nuevas reflexiones. En: OEI, Quinto centenario de España, CEAAL. *La investigación y la acción participativa. Inicios y desarrollos*. España: Editorial Humanitas.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, (Vol. 1). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva.
- Global Forum for Health Research (2001-2002). Recuperado de [http://announcementsfiles.cohred.org/gfhr\\_pub/assoc/s14792e/s14792e.pdf](http://announcementsfiles.cohred.org/gfhr_pub/assoc/s14792e/s14792e.pdf)
- González Rey, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología*. México: Thomson.
- Kemmis, S. (1992). Mejorando la educación mediante la IAP. En: Salazar, M. (Coord.). *La investigación y la acción participativa. Inicios y desarrollos*. España: Editorial Popular.
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minorit Problems. En: *Human Relations*, 1(2), 34-46.
- Martin, D., Quirino, J. & Mari, Jair (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 41, 591-597.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud Alma-Ata. Recuperado de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO (2010). Compendio mundial de la educación 2010. Recuperado de [http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/SPA\\_GED2010\\_WEB\\_140311.pdf](http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/SPA_GED2010_WEB_140311.pdf)
- Poder legislativo de la República Argentina (2005). Ley nacional 26.061. Protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Promulgada en octubre de 2005.
- Regina Rodrigues, C. & De Castro Figueiredo, M.A. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia*, 8, 117-125.
- Souza Campos, W. (2002). Sete considerações sobre saúde e cultura. *Revista Saúde e Sociedade*, 11(1), 105-115.
- Spink, P. (2007). Replanteando la investigación de campo: relatos y lugares. *Revista FERMENTUM*, 17(50), 561-574.

- Tax, S. (1992). Antropología-Acción. En: Salazar, M. La investigación-acción participativa: inicios y desarrollos (pp. 27-36). España: Editorial Popular.
- Temporetti, F., Augsburger, C., Bertolano, L. & Enría, G. (2008). Salud mental en la infancia, estudio epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario. Facultad de Psicología. Recuperado de [http://www.fpsico.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2012/11/estudio\\_epidemiologico\\_infancia\\_rosario.pdf](http://www.fpsico.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2012/11/estudio_epidemiologico_infancia_rosario.pdf)
- Temporetti, F. (2004). *Eso no se dice. Un estudio psicológico cultural sobre la transgresión verbal infantil en grupos de niños y niñas*. Rosario: Homo Sapiens.
- Tolstoi, L. (1995). *Ana Karenina*. Barcelona: Colección Lagunas.
- Vigotsky, L. (2007). *Pensamiento y habla*. Buenos Aires: Ed. Colihue Clásica.
- Voloshinov, V.N. (1992). *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Madrid: Ed. Alianza.