

# EDITORIAL

## ¿Para qué servimos? Construcción comunitaria de conocimientos y prácticas para el cuidado de la salud

What are we good for? Building community-based knowledge and practices for healthcare

**Daniel García Blanco.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Martínez de la Riva. Madrid (España)

**Beatriz Aragón Martín.** Doctora en Antropología Social. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid (España)

**Para contactar:**

**Daniel García Blanco.**  
dandindan@gmail.com

**Beatriz Aragón Martín.**  
aragon.be@gmail.com

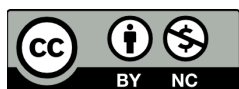
«Hija, yo no sé para qué voy, esa médica no me da más que paracetamol. Yo creo que ya ni me escucha y cada vez estoy peor». Esto cuenta una mujer por teléfono en el autobús con el que voy al centro de salud. Al llegar, me encuentro con la residente que termina su rotación con nosotras y, como si fuera un espejo, me cuenta que no cogerá la plaza que le han ofertado en Atención Primaria para cuando acabe la residencia: «Es hacer mucho trabajo que no sirve para nada». Visto lo visto, apostarí a que no termina el día sin un mensaje de correo recordándonos que derivamos demasiado y sin buen criterio o señalándonos nuestro escaso rigor en el manejo de las bajas.

Frente a estos mensajes tan desesperanzadores, aún perduran en mi memoria los ecos del texto que leí ayer, en el que un hombre diagnosticado de trastorno mental señala que la persona que mejor había atendido su sufrimiento psíquico fue su médico de cabecera. Y sin hacer nada excepcional, simplemente escuchándole y mostrando preocupación por su salud, sin condescendencia ni artificios, reconociendo su situación, comprendiendo su contexto (el barrio en el que vivía, la importancia que para él tenía mantener su trabajo, etc.) y aportando soluciones que le situaban como adulto con capacidades para ser protagonista de su propia vida<sup>1</sup>.

¿En qué quedamos? ¿Servimos o no servimos? ¿Para qué? ¿Para quién? Cuando leemos nuestra «cartera de servicios», vemos que está llena de intervenciones enfocadas a mejorar los indicadores de salud de las personas. Se respaldan en la supuesta objetividad de los números, pero frecuentemente olvidan las historias<sup>2</sup>, priorizando asociaciones estadísticas frente a relaciones humanas construidas a lo largo de la historia. Se reconoce y prioriza como saber experto el del ámbito profesional, a costa de invisibilizar los conocimientos adquiridos por quien tenemos enfrente a través de su experiencia de vida: es lo que se llama injusticia epistémica<sup>3</sup>. Esto eleva el estatus de una parte de la relación (profesionales), potenciando el poder que tiene sobre la otra parte (personas usuarias del servicio) y limitando el campo de conocimiento e intervención, al no reconocer más que el saber de un lado y la ignorancia del otro, en vez de partir de que todos y todas tienen algo que aportar, mucho que aprender mutuamente y posibilidades de actuar de forma conjunta. Es necesario poner en valor las aportaciones específicas de las diferentes fuentes de conocimiento (el conocimiento académico y científico, el conocimiento que proviene de la práctica o actividad concreta y el conocimiento experiencial de la persona o colectivo afectado), y generar condiciones de diálogo entre estos distintos saberes para promover un cuestionamiento mutuo constructivo que pueda llevar a una comprensión más profunda y compleja de lo que es la salud y cómo poder cuidarla.

### MUNDOS DE SENTIDO QUE LLEVAMOS A CUESTAS

En la consulta y en la acción comunitaria se ponen en diálogo diversos ámbitos: la experiencia vivida, la actividad profesional, el conocimiento académico... Sin embargo, como profesionales, solemos dejarnos arrastrar por el impulso «normativizador» generado desde el marco institucional, que impone una determinada visión de la realidad desde una perspectiva biomédica y científicista, a partir de la cual se dan indicaciones o consejos. Muchas veces ni nos damos cuenta cuando operamos desde este marco: enreda-



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

das en las urgencias del día a día, la consulta se convierte en un estandarizador de sufrimientos que desecha aquellos que no cuadran, lo que nos lleva a recortar la foto de situación con la forma de la pieza del puzzle que nos encaja en nuestro conocimiento, borrando todo el contexto que juzgamos innecesario. El riesgo que corremos es que, en esa construcción de una mirada unívoca, institucional-biomédica, nuestra práctica pierda el sentido, tanto para las personas con las que trabajamos como para nosotras mismas.

¿Qué puede ocurrir si abrimos la perspectiva, si reconocemos los diferentes saberes de uno y otro tipo que cada persona aporta en el contexto clínico o comunitario? No es solo que esto pueda aumentar el campo de conocimientos y así permitir entender mejor las realidades que se nos presentan, sino que además abre la puerta a que puedan mostrarse los diferentes mundos de sentido en los que habitamos unas y otros. La filósofa María Lugones<sup>4</sup> señala estos diferentes mundos de sentido conformados por distintas emociones, discursos, vinculaciones y relaciones estructuradas que condicionan la manera de estar y actuar de una persona. La interpelación que nos hace esta autora es a «viajar-mundos», a desplazarnos más allá de nuestra propia burbuja, algo que, de hecho, quienes viven situaciones de discriminación tienen que hacer constantemente. Un ejemplo de esto es el de las personas migrantes, que pueden al mismo tiempo habitar un mundo en el que son las últimas, sirvientes en un contexto cultural impuesto «que deben aprender/ aceptar», al mismo tiempo que son referentes de autoridad en el ámbito familiar o cultural propio.

Hay algunas prácticas clínicas y comunitarias vinculadas a los denominados márgenes de la sociedad que justamente han emprendido este «viajar-mundos» (tabla 1). Prácticas que salen del centro de la institución para enraizarse en la comunidad, sin renunciar a su papel institucional, pero sin dar por hecho las premisas de la misma. Revisando su historia, logros y dificultades, nos muestran cómo el diálogo abierto y comprometido con estas realidades, revirtiendo la inequidad epistémica, aporta algunas claves importantes, no ya solo para mejorar la atención de estas poblaciones, sino de cara a una atención sanitaria mejor enfocada a nivel global, con un sentido más comunitario, inclusivo y transformador.

Estas prácticas, apostando por generar relaciones de confianza y respeto mutuo, han promovido dinámicas en las que personas y colectivos atendidos han podido expresarse y compartir sus mundos de sentido, señalando también cómo se han sentido juzgadas y discriminadas. Así, han podido aflorar preguntas clave para resituar nuestras prácticas, como la de la persona que, infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ha visto alargada su vida, pero en condiciones de precariedad y soledad que le llevan a plantearse: «Vivir más en estas circunstancias..., ¿de verdad merece la pena?». O como las mujeres de Cañada Real que, en un taller de salud reproductiva, preguntaban: «¿Por qué no queréis a nuestros hijos? Allí donde vamos siempre estáis diciendo que no debemos tener más hijos».

### Dibujando(nos) en los mapas

Este viaje desde el mundo más institucional hacia otros mundos de sentido, especialmente con aquellos habitualmente invisibilizados, al contrario de lo que nos pudiera parecer, no nos desubica, sino que nos permite descubrir cómo nos situamos en relación con el tejido comunitario, el papel que desempeñamos y para qué y para quién servimos. Nos invita a un desplazamiento por los mapas que dibujan las relaciones

**Tabla 1.** Prácticas sanitarias «descentradas» en contacto con realidades marginalizadas

<b>UVAAD<sup>5</sup></b>	Creada en la década de 1990 para dar respuesta en la sindemia VIH-heroína a aquellas personas catalogadas como «de baja adherencia» al tratamiento en las consultas, generalmente secundario a situaciones de exclusión social. A través de un abordaje flexible, dando gran importancia al trabajo domiciliario y contextualizado en las realidades concretas de personas habitualmente dadas por perdidas o rechazadas por otros servicios, consigue resultados de adherencia equivalentes a la media <sup>6</sup>
<b>EIPE<sup>7</sup></b>	Programa de Atención Primaria creado para «aproximar» el sistema sanitario a través de una unidad móvil a la población excluida que vive en la zona de viviendas autoconstruidas de Cañada Real (Madrid). Pese a que en un principio la cartera de servicios de este dispositivo ejemplariza la lógica de la sospecha <sup>8</sup> institucional al planificar intervenciones destinadas a grupos marginalizados (controlar enfermedades contagiosas, adicciones y planificación familiar), los profesionales del EIPE, inmersos en la comunidad y lejos de la coraza protectora del centro de salud, han tenido que basar su práctica en la escucha y la adaptación al contexto comunitario

**EIPE: Equipo de Intervención con Población Excluida; UVAAD: Unidad de Valoración y Atención a la Asistencia Domiciliaria; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.**

de poder que atraviesan estructuras y territorios. Este mapeo, como señala Lugones, no es a vuelo de pájaro, sino a través del estudio de la espacialidad de nuestras relaciones y producciones, cruzadas por dinámicas de desigualdad y opresión, pero también de resistencia y lucha, abriendo así la puerta a nuevas alianzas y estrategias colectivas por el cuidado de la salud con todas y para todas las personas.

Este caminar puede dar vértigo porque nos hace salir de zonas seguras y levantar la mirada hacia espacios que nos hemos acostumbrado a ignorar. Pero hay herramientas que pueden ayudarnos a construir nuestra propia brújula, como las reflexiones del colectivo Entrar Afuera sobre cómo poner el poder de las instituciones al servicio del cuidado colectivo<sup>9</sup> o las prácticas de diálogo e investigación colectiva desarrolladas entre profesionales y personas con experiencia de pobreza en el proyecto «Comunidades activas en salud»<sup>10</sup>.

¿Nos ponemos en marcha?



## BIBLIOGRAFÍA

1. Balius F. Barrio, clase, voces en la cabeza y un médico de cabecera. [Internet]. Ctxt.es. 16 de noviembre de 2020 [citado: 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://ctxt.es/es/20201101/Firmas/34115/fernando-bailus-vallecas-salud-mental-medico-de-cabecera.htm>
2. Popay J, Williams G, Thomas C, Gatrell T. Theorising inequalities in health: The place of lay knowledge. *Social Health Illn.* [Internet]. 1998;20(5):619-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.00122>
3. Radi B, Pérez MP; Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: Perspectivas desde la epistemología social. [Internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires Facultad de Filosofía y Letras Departamento de Filosofía; Avatares Filosóficos. 2018;5:8. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/218446>
4. Lugones M. Peregrinajes. Teorizar una coalición contra las opresiones múltiples. Buenos Aires: Editorial del Signo; 2003 (2021).
5. Bermúdez E, Montilla P. Seguimiento de VIH y TB en población marginal. El trabajo en la Unidad de Seguimiento Cercano y Cuidados Domiciliarios del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Intervención basada en el Case Management. *Enfermedades Emergentes.* [Internet]. Septiembre-diciembre, 2017;16(3):137-40. Disponible en: [https://www.enfermedadesemergentes.com/revistas/enf\\_emergentes\\_3-2017.pdf](https://www.enfermedadesemergentes.com/revistas/enf_emergentes_3-2017.pdf)
6. Cubillo J, García D, Garrido J. Valores en salud y determinantes de adherencia al tratamiento en pacientes de la UVAAD. [Internet]. Mayo 2010 [citado el 26 de octubre de 2024]. Disponible en <https://drive.google.com/file/d/0BygGrOyJPUKuVmNiQTA0UGiLUE/view?usp=sharing&resourcekey=0-8MqOsueu57kU2IF5JKQjA>
7. Aragón Martín B. Capítulo 4: the Healthcare Van. En: *Ill-timed patients: Gitanos, cultural difference and primary health care in a time of crisis.* Doctoral thesis (Ph.D). [Internet]. Londres: University College of London; 2017. Disponible en: <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10033930/>
8. Epele M. La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social.* [Internet]. 2007;(25):151-68. Disponible en: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/4383/3887>
9. Malo M, Pérez M, Rodríguez I, Salvini F. ¿Cómo puede cuidar la institución? Apuntes para una práctica radical de cuidado social. [Internet]. Entrarafuera.net. Abril 2019 [citado el 26 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://entrafuera.net/wp-content/uploads/2019/04/como-puede-cuidar-la-institucion\\_apuntes-para-una-practica-radical.pdf](https://entrafuera.net/wp-content/uploads/2019/04/como-puede-cuidar-la-institucion_apuntes-para-una-practica-radical.pdf)
10. García D, Alberca C, Barahona E, Beltrán B, Cortés F, Serrano P, et al. Aprender a construir salud desde el cruce de saberes. En *¿De quién es el conocimiento? Emancipación, cruce de saberes y lucha contra la pobreza.* [Internet]. Montreuil: ATD Quart Monde; 2023. (Revue Quart monde dossier y documentos). Disponible en <https://www.revue-quartmonde.org/11192?file=1>. Material complementario del proyecto en: <https://comunidadesactivassalud.blogspot.com>