

Enseñar Historia en la carrera de Nutrición.¹

por *Adrián Cammarota y Karina Faccia*

Universidad de la Matanza, Argentina

adriancammarota2000@gmail.com, karinafaccia@gmail.com

Recibido: 27/11/2017 - Aceptado: 05/02/2018

Resumen

El trabajo tiene como objetivo describir y reflexionar sobre la importancia de las Ciencias Sociales en el campo de las ciencias médicas, tomando como experiencia nuestra labor en la materia Historia Argentina y Latinoamericana de las Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de La Matanza y, específicamente, en la carrera de grado de la Licenciatura en Nutrición. Nuestra labor se ve potenciada por el desarrollo de los estudios sobre salud/enfermedad y en consonancia con un incipiente proceso en el cual, los parámetros de las ciencias sociales han permeado de manera incipiente la formación de los futuros profesionales de la salud.

Palabras claves

ciencias sociales, enseñanza de la historia, nutrición

Teaching History in the Nutrition career.

Abstract

The purpose of this paper is to describe and reflect on the importance of Social Sciences in the field of Medical Sciences, based on our experience in teaching Argentinean and Latino American History of Health Sciences in the National University of La Matanza, more specifically in the course of studies for a Bachelor Degree in Nutrition. Our work has been improved by the development of health/disease studies along with an incipient process of including social sciences in the training of health professionals.

Keywords

social science, history teaching, nutrition

Introducción

¿Qué rol juegan las Ciencias Sociales y especialmente la historia en la formación de los futuros profesionales en las carreras médico- sanitarias? A partir de esta pregunta el trabajo tiene como objetivo describir y reflexionar sobre la importancia de expandir el lugar que ocupan las Ciencias Sociales en el campo de las ciencias médicas. Para ello tomamos como experiencia nuestra labor en la materia Historia Argentina y Latinoamericana de las Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de La Matanza y, específicamente, en la carrera de Licenciatura en Nutrición. Nuestro trabajo se ve potentado por el desarrollo de los estudios sobre salud/enfermedad. Nos proponemos describir aspectos didácticos utilizados en clase, entendiendo que el artículo puede aportar a la enseñanza de la historia en carreras no específicamente ligadas con la disciplina.

La licenciatura en Nutrición se creó en la Universidad Nacional de La Matanza en el año 2012. Según el diseño curricular se intenta formar profesionales orientados al trabajo en y con la comunidad para que en un futuro formen parte de equipos profesionales interdisciplinarios. Para este fin la carrera tiene contenidos comunes con la licenciatura de Enfermería, en Kinesiología y la carrera de Medicina. Aspira a crear profesionales capaces de actuar en el campo de la nutrición con conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan manejar de manera racional la alimentación del ser humano, teniendo en cuenta los factores biológicos, psicológicos, patológicos, económicos y socioculturales que la condicionan.

Al momento de pensar y diseñar el espacio curricular conversamos sobre el lugar que ocuparía la historia como clave explicativa del presente. Buscamos que los estudiantes desarrollen determinadas habilidades relacionadas con la integración de los procesos históricos, la observación, la conceptualización, la generalización y el análisis, como veremos más adelante. Sobre este escenario, delineamos la materia entendiendo la relevancia que tiene la comprensión de los procesos históricos en tanto explicación de la realidad. Así estructuramos la propuesta en cuatro unidades/problemas que responden a los contenidos mínimos del plan de estudios de la carrera. Hay que señalar que una de las problemáticas que se repiten regularmente en el curso son los escasos conocimientos en historia que los alumnos/as acarrean del ciclo secundario.

Hemos decidido delimitar el programa en un periodo específico: fines del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX en Argentina. En la unidad 1 exploramos las problemáticas que obstaculizaron el proceso de la conformación de la Nación a fines de siglo XIX, la “cuestión social”, la expansión de las epidemias y el problema de la urbanización, entre otros. En la unidad 2 proponemos entablar el análisis y el rol que jugó el Estado en la primera mitad del siglo XX en el proceso de medicalización; que alcanzaría su punto de inflexión a mediados de la primera mitad del siglo XX. Por su parte, la unidad 3, tiene como eje analizar la presencia de las mujeres en la historia de la medicina y de la enfermería para comprender la “naturalización” de ciertos roles de género, cuyo sostén ideológico fue el positivismo decimonónico, los prejuicios científicos y los mandatos socioculturales. Por último, la unidad 4, aborda una historia de la Nutrición en la Argentina y en América Latina durante el siglo XX a partir del rol del Estado y el desarrollo de las políticas públicas.

Nuestro aporte pretende concientizar/problematizar y enriquecer el debate del aprendizaje y la enseñanza alentando el intercambio de ideas para la elaboración de nuevos paradigmas que alienten las intervenciones de los profesionales en el cuerpo social.

Historia y contextualización

Otra de las cuestiones en que coincidimos radica en la función de la historia como usina que puede aportar categóricos elementos para problematizar los procesos de salud/enfermedad, articulando las problemáticas del pasado con las del presente. Y esto se debe a que, la historia, en tanto reconstrucción del pasado, se enfoca en distintos interrogantes que se hace el investigador desde el presente. Debemos aclarar que los procesos de salud y enfermedad no son lineales, sino que se sitúan en avances significativos con el descubrimiento, la prevención o la cura de las enfermedades, las luchas institucionales, las prácticas sociales y culturalmente instituidas.

De resultados, propusimos una perspectiva que evade una versión “in crescendo” de la medicina, predominante en una amplia literatura que estudia la historicidad con resabios del modelo positivista. Esta historia estaba hegemonizada por la enseñanza de un pasado en donde las variables “economía”, “sociedad”, “cultura” y “política”, que ayudarían a explicar el desarrollo de la medicina, fueron abordadas de manera segmentada. La integración de estas variables en los contenidos de la materia nos permite advertir una interpretación más cabal de los procesos estudiados. Los estudiantes no se ven interpelados en internalizar como antaño una historia de los “grandes médicos”, de los “grandes descubrimientos científicos” o de las “invenciones tecnológicas”. La placa para detectar la tuberculosis o los métodos para observar el interior del cuerpo humano, no nos dice nada en función de la clave explicativa sino auscultamos sobre un enfoque integral de los diversos factores que nutren el objeto de estudio.

Desde la cátedra proponemos que los estudiantes puedan contextualizar estos procesos que distan de ser lineales y en donde se imbrican las intervenciones estatales y su repercusión en la vida cotidiana, la profesionalización de la medicina, el desarrollo de la ciencia, y la resistencia, en ocasiones, de los destinatarios del proceso de medicalización.

Las posibilidades de intervenir sobre las enfermedades infectocontagiosas a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX –primera unidad del programa– son abordadas desde distintas claves interpretativas. Una de ellas es la historia social y cultural de la enfermedad. Como ha señalado el historiador Diego Armus, los historiadores en su afán por contextualizar refieren a marcos teóricos más o menos consistentes metodológicamente abrevando en diversas tradiciones evitando encorsetar la trama del pasado en rígidas teorías o metodologías (Armus, 2010). Por lo tanto, este enfoque – aunque no es el único– nos pareció como una vía de entrada muy estimulante para el diseño de los contenidos disciplinares.

Teniendo en cuenta que muchos estudiantes tienen un preconceito difuso de la historia –entendida como una materia “memorística”– uno de nuestros aportes insiste en transmitir una historia explicativa, procesual y que permita comprender la realidad actual. También intentamos romper con cierta “tradicción”, no universitaria, que identifica a la historia con un saber erudito y acumulador de conocimientos inconexos.

En resumen, el enfoque seleccionado intenta transmitir a los estudiantes las posibilidades de desarrollar un pensamiento crítico y trasladar ese sentido a la comprensión de ciertos problemas, por ejemplo, en el ámbito de la salud comunitaria, como veremos al final de este trabajo, e incidir en los diversos ambientes en los cuales se van a desempeñar con su saber especializado.

Experiencias didácticas y recursos

Las unidades didácticas están orientadas hacia un aprendizaje significativo de los contenidos, recuperando las ideas y experiencias previas de los alumnos/as. El proceso de enseñanza-aprendizaje es concebido como un espacio constructivo, participativo y crítico de los conocimientos. Los aspectos didácticos contemplan un abordaje secuenciado e interactivo de los contenidos de las unidades y fueron planificadas desde un enfoque interdisciplinario.

Para el abordaje de estos temas hemos diseñado una serie de guías de lectura y redes conceptuales que facilitan la lectura comprensiva y el análisis de los autores. Asimismo, las clases están organizadas a partir de presentaciones *Power Point* y redes conceptuales que nuclean los ejes temáticos propuestos. En las mismas insertamos imágenes y fotografías recuperadas de los archivos históricos informatizados, facilitando el acercamiento de los estudiantes a los escenarios históricos.

Uno de los problemas abordados al inicio de la materia son los obstáculos que tuvo que afrontar la clase dirigente a fines del siglo XIX para construir la Nación. Entre estos problemas estaba la ausencia de infraestructura sanitaria, la expansión de las enfermedades infectocontagiosas y las epidemias; el “problema de la inmigración” y la educación pública como un instrumento para educar y modelar/disciplinar/ y, a su vez, corregir los cuerpos enfermos. Por lo tanto, introducimos a los alumnos/as en los conocimientos históricos necesarios con líneas de tiempo y las ya mencionadas presentaciones *Power Point*.

A continuación, haremos referencia a tres actividades puntuales esbozadas en clase y los recursos utilizados. Los temas elegidos se inscriben en problemáticas que iluminaban realidades más amplias acuciantes en la agenda del Estado a fines del siglo XIX y comienzos del XX: la expansión de las “pestes”, la construcción de hospitales y la relación entre salud y educación.

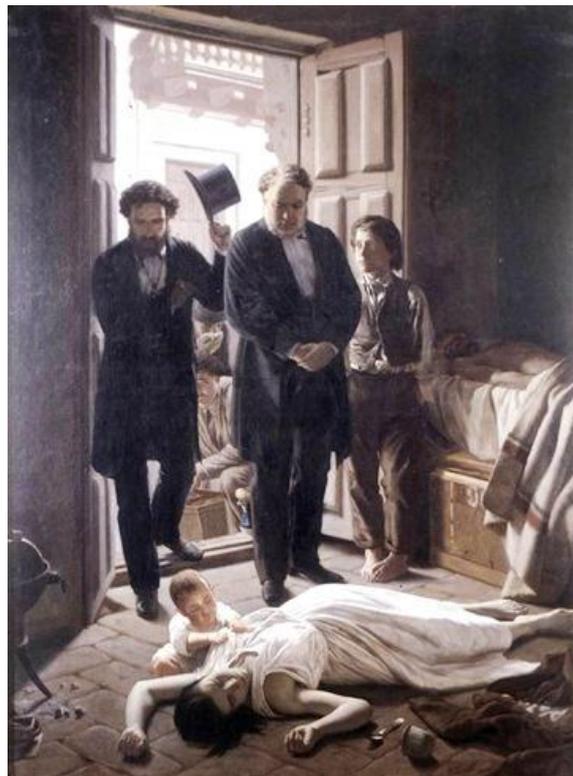
Epidemias, hospitales y salud infantil

El cólera llegó a Buenos Aires por primera vez en 1856 y las epidemias de la fiebre amarilla se sucedieron en los años 1852, 1858, 1870 y 1871. Ambas enfermedades formaron parte de un cuadro de pandemia mundial extendida durante el siglo XIX y se cree que llegaron a Buenos Aires por vía marítima y, en el caso de la fiebre amarilla del año 1871, fue importada por los soldados argentinos que regresaban de la Guerra de la Triple Alianza.

Como actividad disparadora para abordar la fiebre amarilla proyectamos un documental producido por el Canal Encuentro –creado en 2007 y emitido por la Televisión Pública– “La fiebre amarilla en Buenos Aires”. Nuestro objetivo es que los alumnos/as puedan ver el impacto social, político y cultural de la fiebre amarilla que asoló la ciudad en 1871. Decidimos proyectar este documental por ser una síntesis equilibrada entre los hechos históricos y una descripción acertada del trabajo arqueológico urbano. El documental avanza en la importancia de la arqueología urbana como ciencia para reconstruir el pasado material de la enfermedad permitiéndole a los estudiantes adentrarse en la vida social y material de la época, es decir, las condiciones habitacionales, materiales y los espacios determinados para la enfermedad y la muerte (hospitales y cementerios urbanos, la ausencia de una conciencia higiénica).

Esta actividad se ve alentada por el uso pinturas que hacen referencia a la epidemia. Por ejemplo, el cuadro del pintor Juan Manuel Blanes “Un episodio de la fiebre amarilla en Buenos Aires (1871)”. Hay que señalar que las imágenes, las pinturas o las fotografías son un soporte de vital importancia que contribuyen a la motivación y a la comprensión de datos abstractos (Alonso Tapia, 2005).

Figura 1. “Un episodio de fiebre amarilla en Buenos Aires”, óleo de Juan Manuel Blanes (1871).²

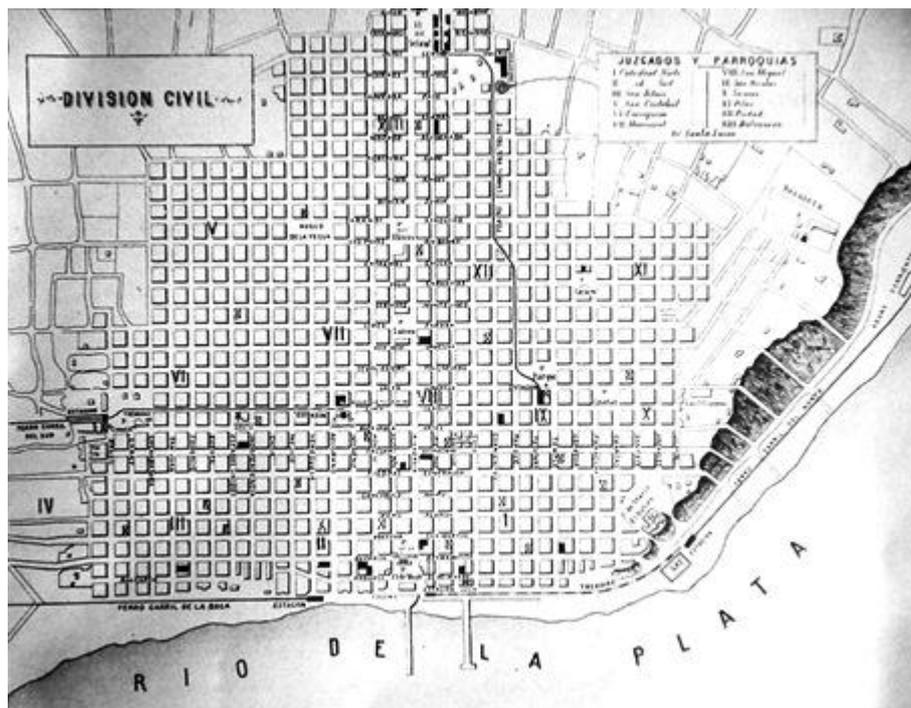


La epidemia de fiebre amarilla constituye un quiebre, no solo por sus dimensiones cuantitativas y por los efectos materiales sobre la ciudad, sino también por las querellas que suscitó entre diversos discursos en pugna. La escena del cuadro de Blanes transfiere el dramatismo de la epidemia. La mujer abatida se llamaba Ana Brisitiani y vivió en un conventillo de la calle Balcarce hasta encontrar su trágico fin el 17 de marzo de 1871. Los médicos, el Dr. Roque Pérez y su colega Manuel Argerich, que aparecen en el centro de la escena, poco tiempo después de ser pintados por Blanes, también fueron víctimas de la enfermedad que combatían. Ahora bien, la escena nos permite deconstruir determinados elementos que son trabajados en clase con el texto. “Médicos y policías durante la fiebre amarilla” del investigador Diego Galeano (Galeano, 2009). El texto nos ayuda a analizar la actuación de médicos y policías durante la expansión de la epidemia y nos sugiere como las figuras de los médicos y los policías fueron posicionadas en relación al tema del héroe y del sacrificado en cumplimiento del deber. En esta dirección, una de las actividades estriba en identificar los personajes que aparecen en la escena, resignificados por el pintor, quien eliminó al sereno que había realizado el descubrimiento por la figura de los médicos, acompañados por un joven descalzo con ropas humildes.

La experiencia didáctica se ve complementada con el mencionado documental donde se señalan las condiciones de vida de los sectores subalternos en la Buenos Aires decimonónica. Entablando una relación entre el documental y la obra de Blanes, rastreamos los instrumentos materiales que posibilitaron el habitat para el mosquito que transmitió la enfermedad. A continuación los alumnos/as deben inquirir y hacer un informe sobre todos los posibles causales de la enfermedad que aparece en el texto y en el documental, a saber: la carencia de agua potable, la contaminación de las napas subterráneas por desechos humanos y el hacinamiento en la zona sur de la ciudad de Buenos Aires.

Otra de las actividades propuesta estriba en identificar en un mapa de época el espacio territorial que fue afectado por la epidemia.

Figura 2. “Plano de la traza hasta la actual plaza Miserere”, ciudad de Buenos Aires (1870).³



El mapa de lo que hoy es Capital Federal, data de 1870. Los números indican la división civil (Juzgados y Parroquias) con sus respectivos nombres. Por ejemplo, la zona 1 es Catedral Norte, la zona 2, Catedral Sur la 3-San Telmo; zona 4, San Cristóbal y así sucesivamente como se detalla en

el margen superior izquierdo del mapa. También se puede vislumbrar el cementerio de la Recoleta. El mapa a indicar las zonas más más afectadas por la epidemia y sus franjas de influencia.

Luego buscamos analizar las estrategias del Estado municipal para erradicar y enterrar a los que padecieron la enfermedad. Cabe destacar que las epidemias de fiebre amarilla y cólera pusieron en jaque las tradiciones sociales y culturales asociadas a la muerte, a saber: oficios religiosos, posas, velorios, cajones y entierro en tumbas individuales (Fiquepron, 2015). Estos rituales funerarios se vieron alterados por la inmediatez para deshacerse de los cadáveres y la consecuente creación de nuevos lugares de enterramiento como el Cementerio del Sur (actual Parque Patricios). Es decir, la fiebre amarilla también cambió la fisonomía de la ciudad con la creación de nuevos cementerios como el de la Chacarita ya que los existentes no daban abasto para recibir a los muertos de la pandemia. Incluso, la clase encumbrada que vivía en el sur de la ciudad, abandonaba sus propiedades ante el avance de la epidemia y se trasladó a la zona norte.

En líneas generales nos proponemos que las actividades vayan variando de una cursada a otra. Por esta cuestión, en ocasiones hacemos hincapié en las fotografías de los conventillos o escenas de la vida cotidiana de la ciudad decimonónica y en otras utilizamos solo el documental y los textos abordados en clases. Por ejemplo, para el tema del cólera analizamos el texto de Kepelusz-Poppi que da cuenta de las teorías sobre el origen, el contagio y el control del cólera a fines del siglo XIX (Kepelusz-Poppi, 2011). Como señala la autora, hasta ese momento, las medidas preventivas habían priorizado la desinfección y el aislamiento de viviendas y personas enfermas. A partir de 1910 el Departamento Nacional de Higiene impuso un sistema de análisis bacteriológico obligatorio. En particular, el artículo examina las ideas y actividades de los médicos José Penna y Salvador Mazza. Otra de las medidas fue la creación de hospitales acorde al modelo europeo.

Hospitales

Otra de las secuencias didácticas tiene como prioridad la explicación el nacimiento de la clínica moderna en Europa como antecedente de los aspectos científicos que comenzaron a colonizar el espacio asignado para la religión ante el padecimiento del enfermo. El hospital, como instrumento de intervención sobre el enfermo, surgió en Europa en el XVIII. Hasta ese momento la institución hospitalaria era un espacio donde el cuerpo enfermo iba a perecer (Foucault, 1978).

Uno de los modelos utilizados en Europa en el siglo XVIII fue la construcción de hospitales con pabellones dispuestos a lo largo de un corredor. El inglés John Howard, formuló la separación de los diferentes pabellones para lograr más independencia, insolación, ventilación transversal y la posibilidad de especializar cada pabellón en función de las diferentes enfermedades. Durante el siglo XIX se apostó al modelo de hospital formado por pabellones aislados y paralelos, con especialización por patología, la organización sanitaria y el aislamiento del enfermo. Conforme se expandía la medicina moderna, gracias a los descubrimientos de Pasteur, la anestesia, los contagios y el descubrimiento de los Rayos X; entre otras revelaciones, la estructura hospitalaria se fue diversificando.

La utilización de material fotográfico sobre las fachadas y el interior, los grandes ventanales necesarios para la oxigenación y el caudal de luz solar; son elementos que se constituyeron como parte de la organización científica del hospital moderno. Por ejemplo, la necesidad de ventilar, asolear e iluminar tuvo como consecuencia la proyección de espacios abiertos (patios) al interior del mismo. Los espacios verdes eran efectivos para la cura de las enfermedades, entre ellas, la tuberculosis. El parque era asociado como el sistema respiratorio de la ciudad cuya fisonomía crecía a pasos agigantados con la urbanización y la incipiente industrialización a principios del siglo XX. Los parques como el Rivadavia, el Centenario o el Parque Avellaneda (Capital Federal) y otros instalados en la trama urbana, promovieron la creación de nuevos barrios. Junto a ellos también florecieron las colonias de vacaciones, las escuelas al aire libre, los clubes y los dispensarios de atención a la salud (Armus, 2007). De esta forma el verde urbano ofrecía una serie de virtudes higiénicas por la posibilidad de respirar aire puro y hacer ejercicios que fortalecían los cuerpos; el

verde pulmón en los hospitales ofrecía, no solo la posibilidad de oxigenar los cuerpos enfermos, sino también, agilizar los sentidos y la distracción de los reclusos en proceso de recuperación.

La actividad que proponemos estriba en que los estudiantes identifiquen estos elementos en los hospitales Durand, Muñiz y Ramos Mejía, realizando el siguiente procedimiento esquemático: identificación y fecha de la fotografía, tipo de imagen, contexto histórico y descripción de los elementos que emergen de la imagen. La comprensión de las fotografías y de la temática histórica representada, las ideas y conceptos graficados; son contrastados con los textos y fuentes primarias trabajadas en clase. Un posible trabajo, que aún no hemos realizado, es que los estudiantes efectúen un informe sobre los elementos que contribuyeron a modificar la tipología arquitectónica de los hospitales. Para ello tendríamos que profundizar en el material bibliográfico de la cátedra o sumar a las instancias de investigación en la cual los alumnos puedan abreviar sin mayores dificultades.

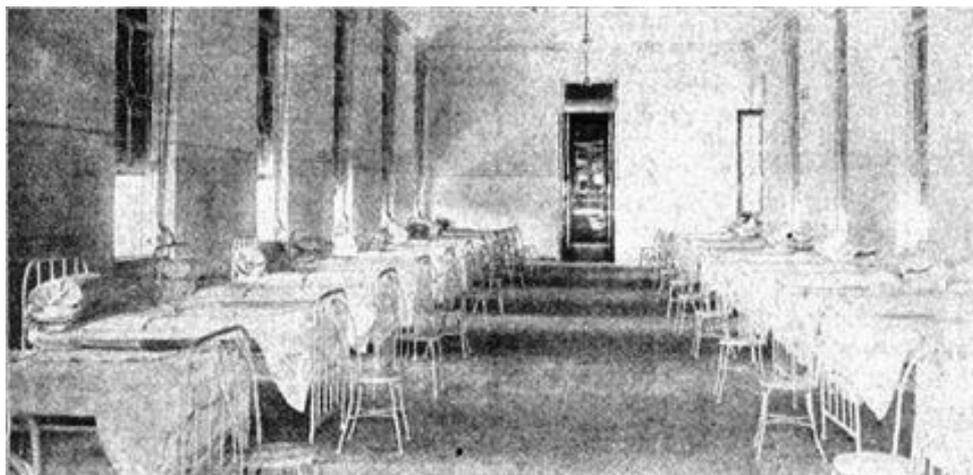
Figura 3. Hospital Ramos Mejía (1927).⁴



Figura 4. Galería del Hospital Ramos Mejía (principios del siglo XX).⁵



Figura 5. El nuevo Hospital Durand: vista de una de las salas.⁶



Niñez y salud escolar

La cuestión de la niñez y la salud escolar, como ya mencionamos, es otro de los ejes que se desprenden de los contenidos y de los núcleos problemas de las primeras tres unidades y nos consiente a pensar la realidad del presente. Desde comienzos del siglo XX diversos especialistas bregaron por el cuidado de la salud de los ciudadanos y futuros ciudadanos -léase escolares- por medio de controles periódicos que apuntaban al mejoramiento de la salud. La escuela funcionó como un laboratorio para mejorar la salud de los futuros ciudadanos. El saber higienista buscó imponer prácticas reguladoras sobre las conductas tanto grupales como individuales, más que enseñar conocimientos referidos a la anatomía y la fisiología. Acorde con las ideas del positivismo, los gobernantes y pensadores creían que se podía diagnosticar las complejidades sociales mediante el estudio, la cuantificación y la medición. Como ha señalado Lionetti la escuela, permeable a los nuevos saberes expertos de principios del siglo XX, contribuyó al proceso de construcción simbólica de los cuerpos (Lionetti, 2005). Medicina y pedagogía se entrecruzaban para el fortalecimiento de la raza.

A partir de esta afirmación hilábamos con los dispositivos de regulación de cuerpos que obraron dentro de las escuelas, y que persiguieron eliminar las “anomalías” e inculcar una moral republicana acorde a los preceptos de las nacionales modernas. Por ejemplo, la implementación de la libreta sanitaria era uno de los proyectos impulsados por la comunidad médica (Cammarota, 2010). En esta dirección, uno de los interrogantes planteados en el espacio áulico es el siguiente ¿hasta qué punto la escuela funcionó como un laboratorio para el fortalecimiento de una ciudadanía moldeada en determinados valores físicos y morales que imposibilitaban, según la clase dirigente, la modernización del país? ¿Cuáles fueron los mecanismos que posibilitaron la creación de una ingeniería social para el mejoramiento de la salud de la niñez? La utilización de los interrogantes funciona como disparadores que permiten arribar a la indagación de nuevas etapas al conocimiento en construcción dentro del aula.

Las imágenes de las libretas sanitarias, las cédulas escolares y certificados odontológicos, son expuestas en *Power Point*. Los estudiantes tienen que detectar los datos consignados por los profesionales (evolución de las enfermedades, antecedentes hereditarios, examen prenupcial, observaciones odontológicas y los datos referidos a la evolución de la primera infancia), con el fin de vislumbrar el biopoder dentro del espacio escolar:

Figura 6. A. Libreta sanitaria. B. Cédula escolar. C. Certificado de vacunación.⁷



Figura 7. Certificado odontológico.⁸



En la presentación visual, los alumnos/as también tienen que inferir los elementos que puede derivar la biotipología pendeana. Estos conceptos son abordados en las primeras clases con una serie de textos especializados en el tema. También buscamos que los alumnos/as rastreen las distintas reparticiones que realizaban los exámenes de salud de acuerdo al origen de los documentos, para vislumbrar como se superponían las reparticiones en el cuidado de la salud escolar.

Paralelamente trabajamos con una serie de imágenes de niños y niñas en las escuelas al aire libre en la década de 1930. El término “debilidad” se relacionaba con la progresiva pérdida de dinamismo y fortaleza, tanto física como psíquica, y se vinculaba estrechamente con una postura pesimista que atravesaba el pensamiento de intelectuales nacionales influidos por el positivismo europeo (Di Liscia, 2004). La debilidad también se asociaba con la “anormalidad”. En la primera mitad del siglo XX la anormalidad estuvo asociada con las enfermedades sociales y a la consecuente carga hereditaria que perimía los cuerpos infantiles. El Estado pugnó por medio de la educación, fortalecer la herencia, separando a los “deseables” de los “indeseables”, protegiendo la salud de los niños y niñas que el día de mañana abastecería a la República de buenos ciudadanos.

En consecuencia, proponemos a los estudiantes trabajar sobre los distintos aspectos que se pueden rastrear en las fotografías: la importancia de la naturaleza para los niños débiles, el

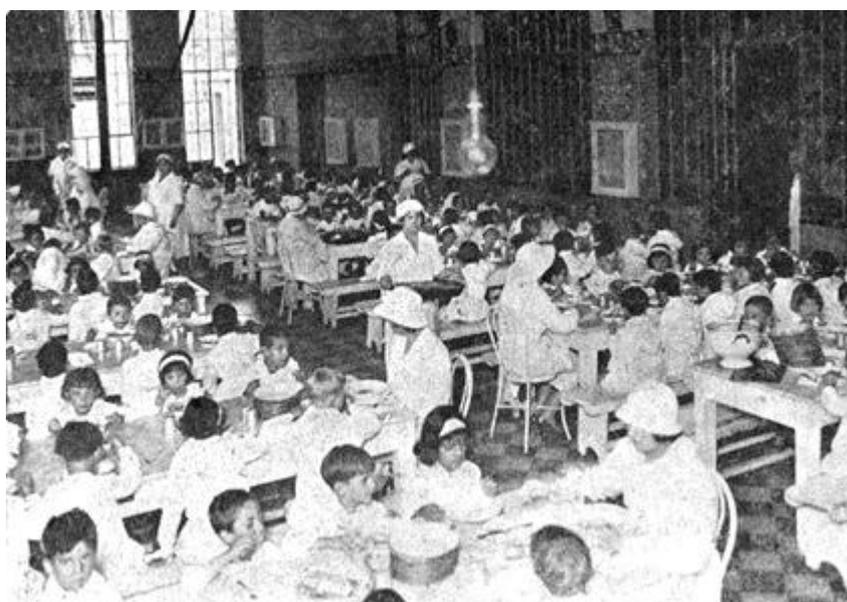
disciplinamiento corporal mediante la postura y el uso del guardapolvo blanco como un recurso simbólico y homogeneizante; los orígenes de las escuelas al aire libre, y su funcionamiento. En las fotografías también se puede apreciar que el personal de las escuelas es netamente femenino lo que nos sugiere todo un núcleo de apreciación de corte genérico en cuanto a la elección del personal, entroncado con la idea de que la docencia era considerada como la extensión de rol maternal.

También se ha trabajado con el menú escolar que les brindaban a los niños en las escuelas para mejorar las condiciones de los organismos perimidos, interactuando con los conocimientos que los alumnos/as han adquirido en la carrera.

Figura 8. Enrique Olivieri, "El problema de la alimentación escolar: La merienda al aire libre".⁹



Figura 9. Enrique Olivieri, "El problema de la alimentación escolar".¹⁰



Ahora bien, las actividades reseñadas siempre implican un desafío para el desarrollo de las clases. Y esto se debe a que la disciplina tiene sus problemáticas puntuales a las que hay que enfrentar en el espacio áulico. Por un lado, hay que tener en cuenta una definición de la historia como campo de investigación y de producción de conocimiento y, por el otro lado, como una historia solo para la enseñanza. En esta lógica binaria los alumnos/as se ven interpelados a pensar la realidad del presente y la praxis de su carrera apelando a la historicidad. A su vez, deben abonar su formación en la lógica de las ciencias sociales como constructo de una realidad que, por fuera de los muros universitarios, se manifiesta de modo complejo y nutrido de conflictividad social. El trabajo de campo que nuestros estudiantes realizan les permite ver estas cuestiones señaladas.

Representaciones y trabajo de campo

En el plano de la intervención comunitaria –como han demostrado los estudios sobre el Estado y las políticas sociales– los estudiantes deben batallar con fuertes representaciones arraigadas en las subjetividades de los individuos marcadas por fuertes imaginarios que construyen nociones no solo de salud y enfermedad sino también de relaciones de género. Dichas representaciones funcionan como un sistema de interpretación de la realidad que rigen las relaciones de los individuos con su entorno físico y moral erigiéndose como una guía para la acción (Abric, 2004). Por ejemplo, ¿cuánto del tratamiento del embarazo, la maternidad o la discusión en torno al aborto no siguen bajo el paraguas de una serie de discursos biomédicos médicos atravesados, inevitablemente, por construcciones socioculturales genéricas?

En vistas de estas consideraciones, uno de los ejes abordados en clase está entroncado con las cuestiones de género, la salud y las representaciones sociales. A partir de los contenidos disciplinares desarrollados en clase con las ideas/experiencias que los alumnos/as acarrean de su ambiente o con los trabajos de extensión universitaria, como el programa “Ellas Hacen”. Este programa estaba destinado a mujeres en situación de vulnerabilidad priorizando a madres de familias numerosas. Una parte del programa contemplaba la inserción de los estudiantes de diversas carreras de salud de la Universidad de La Matanza para que dicten talleres de prevención de la violencia patriarcal, la salud sexual y reproductiva y brindar nociones sobre hábitos alimenticios. Así, los alumnos/as incidían en estas realidades como forma de insertar sus conocimientos adquiridos en una realidad social más amplia que los márgenes institucionales de la universidad. El programa dependía del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Durante el año 2015 los estudiantes realizaron una interesante actividad con el programa “Ellas Hacen” en articulación con la asignatura que dictamos. Por ejemplo, brindaron una serie de charlas en relación a género, la salud y el trabajo. Los alumnos/as encontraron que la unidad patriarcal, el machismo y la asignación de roles sexualmente asignados; seguían imperando en las representaciones de las mujeres de dos barrios populares en el partido de La Matanza. Un dato interesante que nos transmitieron los alumnos/as es la organización que manifestaron algunas de ellas ante la violencia masculina, mediante el contacto por teléfono celular para la protección mutua. En cuanto a la sexualidad, otro grupo manifestó que las mujeres participantes del programa seguían reproduciendo una serie de imaginarios trabajados en clase desde la historicidad, como la “mujer ama de casa” y la “mujer sumisa” reproduciendo la “teoría de la domesticidad”. Como sostiene Marcela Nari, las ideas de “fragilidad” y “debilidad” femeninas, como rasgos componentes de su naturaleza, justificaban y legitimaban otro tipo de debilidades y fragilidades sociales, políticas y económicas (Nari, 2004).

Como hemos señalado en la primera parte del trabajo, en las clases se plantean casos-problemas de la práctica cotidiana y profesional, de manera individual y grupal para articular con otras materias como Atención Primaria de la Salud (APS). Esta tiene el objetivo de vincular el abordaje territorial y práctica situada con aspectos teóricos trabajados en el recorrido curricular y problematizar sobre el proceso salud/ enfermedad de una comunidad e identificar grupos de población con mayor riesgo. Allí hacen un diagnóstico de la situación y un diagrama del servicio, los obstáculos, debilidades y fortalezas para el desarrollo de la práctica.

Una de las cuestiones que surgieron en torno a la intervención que realizan los alumnos/as a partir nuestra asignatura y en articulación con APS y su experiencia en los barrios; es el rol que juega el Estado en las políticas nutricionales de la población y las medidas aplicadas a partir del denominado programa “precios cuidados”. Hay que señalar que la nutrición pública es una prioridad de Estado en muchos países, incluyendo el conocimiento de cómo comer saludablemente. Como ha señalado Parales Quenza, para el caso de Colombia, el comer saludablemente es tema apropiado para el estudio de las representaciones sociales: ¿cómo la gente transforma conocimiento científico en heurísticas sociales? La aparición de productos y palabras, por ejemplo, fibra, colesterol, libre de grasa, light, vegetarianos, omega tres; lleva a los individuos a familiarizarse con lo desconocido para tener control sobre lo que sucede en el ambiente. Por lo tanto, para el autor, el comer es entonces un asunto histórico y cultural que acarrea transformaciones en sistemas de conocimientos y prácticas (Parales Quenza, 2006). Esta observación se liga con lo señalado por María Andreatta, en cuanto a que en la construcción de las representaciones sociales de la salud intervienen una serie de factores tales como la cultura alimentaria, las condiciones materiales de existencia y las relaciones de poder. En rigor de verdad, la alimentación es objeto de representación en tanto generadora de opiniones, creencias y significados que circulan socialmente y que tienen impacto en la producción, la distribución, la selección, la preparación y el consumo de alimentos (Andreatta, 2013).

Las dos observaciones nos condujeron a debatir sobre el rol del Estado, la aplicación de las políticas de salud y las intervenciones en los barrios populares planteando en clase el siguiente interrogante: ¿hasta qué punto el Estado no se guía por una serie de representaciones teñidas de una cultura comercial contraproducente a las expectativas alimenticias de los especialistas a la hora de diseñar y aplicar sus políticas públicas? Un ejemplo práctico fue expuesto por los estudiantes a partir de su participación en las prácticas de APS, cuando señalaban las contradicciones de un Estado que “cuida los precios de la *Coca-Cola*”, pero no de los productos o alimentos esenciales para mantener una dieta equilibrada. Esto se debe a que la cultura del consumo es un sistema de significación que comprende a los consumidores y las empresas, agentes publicitarios y funcionarios estatales. Desde esta visión presentamos la cuestión de la alimentación como un problema histórico y cultural.

En resumen, las prácticas de los estudiantes en programas de extensión o en materias que apuntan al trabajo territorial, se ven alimentadas por los insumos teóricos y los conocimientos del campo de las Ciencias Sociales adquiridos en la carrera. Estos conocimientos y métodos se ponen al servicio de una mejor formación del futuro profesional incentivándolos a la participación en equipos interdisciplinarios de salud, para la planificación, el desarrollo y evaluación de programas, entre otras cosas, a nivel central, local y regional.

Conclusiones

El desarrollo de los estudios sobre salud/ enfermedad han potenciado el llamado de atención sobre la importancia de las Ciencias Sociales en las profesiones médico-sanitarias. El trabajo interdisciplinario tantas veces invocado por los científicos sociales, ha permeado la formación de los futuros profesionales de la salud. Dicho trabajo amerita la constitución y transmisión de los conocimientos históricos y las herramientas propias de construcción de las Ciencias Sociales y, especialmente, de la Historia.

La perspectiva histórica aporta herramientas para problematizar críticamente los diferentes aspectos de la formación y del desempeño profesional de los/as nutricionistas, articulando problemáticas sociosanitarias del presente con las problemáticas analizadas del pasado histórico. Con el aporte de las Ciencias Sociales nos proponemos el desafío de ir más allá de la formación tradicional biomédica y fortalecer la formación a partir de los ejes vectores de la Salud Pública para desarrollar intervenciones holísticas. Por lo tanto, proponemos en la cátedra una mirada crítica sobre los problemas sanitarios que implica recuperar paradigmas y referentes teóricos de las Ciencias Sociales para desarmar/deconstruir la formación biomédica tradicional en las profesiones

de la salud. La edificación de un pensamiento crítico nos involucra a repensar en las diversas formas y las estrategias de intervención profesional en los diferentes ámbitos del campo sociosanitario.

Comprendemos que no se trata de formar un nutricionista con especialidad en Ciencias Sociales e Historia, sino un especialista en salud pública que se nutra del enfoque histórico, sociológico y psicológico. En esta dirección las ciencias sociales aportan al profesional de la salud un vínculo importante que deben comprenderse dentro de las experiencias de las relaciones humanas.

Bibliografía

- Abric, J.-C. (2004).** *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Alonso Tapia, J. (2005).** Motivación para el aprendizaje: perspectiva de los alumnos. En Ministerio de Educación y Ciencia (Ed.). *La orientación en centros educativos (209-242)*. Madrid: MEC.
- Andreatta, M. M. (2013).** La alimentación y sus vínculos con la salud desde la Teoría de las Representaciones Sociales. *Diaeta*, 31(142), 42-49.
- Armus, D. (2007).** *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Armus, D. (2010).** ¿Qué historia de la salud y la enfermedad? *Salud Colectiva*, 6(1), 5-10.
- Cammarota, A. (2010).** El cuidado de la salud de los escolares en la provincia de Buenos Aires durante el primer peronismo (1946-1955). Las libretas sanitarias, las fichas de salud y las cédulas escolares. *Propuesta Educativa*, 35, 113-120.
- Di Liscia, M. S. (2004).** Médicos y maestros. Higiene, eugenesia y educación en la Argentina (1880-1940). En Di Liscia, M. S. & Salto, G. N. (Eds.). *Higienismo, educación y discurso en la Argentina (1870-1940)* (32-45). Santa Rosa: REUN.
- Fiquepron, M. (2015).** Cadáveres, epidemias y funerales en Buenos Aires (1856-1886). En Gayol, S. & Kessler, G. (Eds.). *Muerte, política y sociedad en la Argentina (227-150)*. Buenos Aires: Edhasa.
- Foucault, M. (1978).** Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación Médica y Salud*, 12(1), 20-35.
- Galeano, D. (2009).** Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871). *Salud Colectiva*, 5(1), 107-120.
- Kapelusz-Poppi, A. M. (2011).** José Penna y Salvador Mazza en tiempos del cólera. Salud, inmigración y legitimidad política en Argentina de 1910. *Temas de Historia Argentina y Americana*, 19, 117-155.
- Lionetti, L. (2005).** La función republicana de la escuela pública: la formación del ciudadano en la Argentina a fines del siglo XIX. *Revista Mexicana de Investigación educativa*, 10(27), 1225-1259.
- Nari, M. (2004).** *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- Parales Quenza, J. C. (2006).** Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 613-626.

Notas

¹ Este artículo forma parte de los resultados del Proyecto N A00317 de la Universidad Nacional José C. Paz (UNPAZ). Resolución 200 del 31 de mayo de 2017.

² Fuente: Museo Nacional de Artes Visuales. Disponible en <http://mnav.gub.uy/cms.php?o=77> Fecha de consulta: marzo de 2017.

³ Fuente: <https://www.taringa.net/posts/info/3624053/Ferrocarril-Oeste-de-Buenos-Aires.html> Fecha de consulta: enero de 2017.

⁴ Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospital-ramos-mejia-un-recorrido-historico> Fecha de consulta: junio de 2017.

⁵ Idem.

⁶ Fuente: <http://www.acciontv.com.ar/soca/puey/fotos/duran1.htm> Fecha de consulta: marzo de 2017.

⁷ Fuente: Archivo Escuela Normal de Quilmes (Provincia de Buenos Aires).

⁸ Idem.

⁹ En *El Monitor de la Educación Común*, 791:13, 1938.

¹⁰ Idem.