

Título: “Una mirada integral de la salud”

Eje 2: Incorporación Curricular de la Extensión.

Autores: Lic. Cardozo Dulcinea; Lic. Meerhoff Gabriela; Lic. Pereira Pablo; Br. Ruétalo Rosario.

Uruguay. Universidad de la República. Unidades de extensión de:

Apex-Cerro; Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología.

saludextension@gmail.com

Resumen

Las Unidades de Extensión del Área de Salud de la Universidad de la República de Uruguay, integrada por docentes de: Educación Física, Enfermería, Medicina, Nutrición, Odontología, Psicología, y Programa APEX- Cerro; hemos visualizado la necesidad de promover un espacio de intercambio y de producción de conocimientos sobre “salud integral”. Esto se da en el marco del proceso de la segunda reforma Universitaria, donde se impulsa la curricularización de la extensión y la renovación de la enseñanza, más particularmente la construcción de Espacios de Formación Integral¹

Este equipo docente interdisciplinario elige 4 ejes en torno a los cuales trabajar: **Relaciones saber-poder; Territorio – Territorialidades - abordaje territorial; Asistencia – Asistencialismo - Extensión; Interdisciplina - Trabajo en equipo.**

Los mismos surgen de intercambios de experiencias de cada Facultad y Programa, de las necesidades de los diferentes equipos de trabajo y de las dificultades que se visualizan en la formación de los estudiantes y los docentes para la construcción de espacios de formación integral, donde realmente haya una integración de funciones, de disciplinas y de saberes y por ende trabajo integral en la salud.

Es así que surge la realización del primer curso “Hacia la integralidad de la salud” durante el periodo octubre 2010–agosto 2011, como espacio de intercambio y producción que involucre la mayor cantidad de actores posibles de la Universidad.

La segunda reforma universitaria, y el posicionamiento de la extensión permiten la generación de estos espacios, donde las diferentes disciplinas se posicionan en un plano horizontal para discutir la salud desde lo relacional y desde un posicionamiento crítico- ético-político.

Nos parece fundamental compartir e intercambiar sobre las diferentes reflexiones y discusiones que se han dado en torno a estos 4 ejes de trabajo, tanto desde el equipo docente como de lo que fue surgiendo en los diferentes encuentros realizados entre estudiantes, docentes, egresados e invitados de diferentes disciplinas y ámbitos, como también nuestro posicionamiento ético-político en la temática, para contribuir en la construcción de experiencias integrales en la salud.

¹ “Para la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión y las actividades en el medio” Documento elaborado en la Red de Extensión de la UdelaR aprobado por el CDC el 27 de octubre de 2009

1. Contextualización universitaria

La Universidad de la República del Uruguay, se encuentra en un proceso de transición hacia una segunda reforma Universitaria, donde se impulsa la curricularización de la extensión y la renovación de la enseñanza. Uno de los grandes cambios que se plantean son la generalización de las prácticas integrales entendidas como procesos de aprendizaje que involucren la extensión, la enseñanza y la investigación, que articulen el saber científico y el saber popular, desde un abordaje interdisciplinario. Esto se sustenta en tres ideas fuerza: 1. *“La revitalización del ideal latinoamericano, forjado por el Movimiento de la Reforma Universitaria desencadenado desde Córdoba en 1918, de Universidad democráticamente cogobernada y socialmente comprometida, que ofrece formación integral y contribuye a la solución de los problemas de interés general, priorizando a los sectores más postergados. 2. La contribución a generalizar la enseñanza avanzada, activa y de calidad, dentro y fuera de las aulas, combinada a lo largo de toda la vida activa con el trabajo creativo, el ejercicio de la ciudadanía, el acceso a la cultura y la mejora de la calidad de vida individual y colectiva. 3. La construcción de una Universidad para el Desarrollo, caracterizada por la práctica integrada y al más alto nivel posible de las funciones universitarias de enseñanza, investigación y extensión con prioridad al desarrollo humano sustentable, basado en el uso socialmente valioso del conocimiento y la conjunción de esfuerzos entre diversos actores colectivos”.* (Arocena, R.; 2011, 12)

En el año 2008 la Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM) realiza un llamado para la creación de Unidades Académicas de Extensión en todos los Servicios de la UdelaR, con el objetivo de dinamizar, catalizar, fortalecer y promover actividades de extensión.

En el año 2010 las Unidades de Extensión del Área de Salud, integrada por docentes de: Educación Física, Enfermería, Medicina, Nutrición, Odontología, Psicología, y Programa APEX-Cerro; visualizaron la necesidad de promover un espacio de intercambio y de producción de conocimientos sobre la integralidad en la salud y la salud integral. Esto se enmarca en el proceso de concepción de Espacios de Formación Integral² y su implementación en los diferentes servicios. De manera insipiente surge la necesidad de generar un espacio que acompañe y que acompañe este momento de cambio y renovación, a través de un proceso formativo.

2. Sobre el curso

Para comenzar este proceso se conforma un equipo docente, interdisciplinario, que define trabajar en torno a 4 ejes: **Relaciones saber-poder; Territorio – Territorialidades - abordaje territorial; Asistencia – Asistencialismo - Extensión; Interdisciplina - Trabajo en equipo.**

Los mismos surgen de intercambios de experiencias de cada Facultad y Programa, de las necesidades de los diferentes equipos de trabajo y de las dificultades que se visualizan en la

² “Para la renovación de la enseñanza y la curricularización de la extensión y las actividades en el medio” Documento elaborado en la Red de Extensión de la UdelaR aprobado por el CDC el 27 de octubre de 2009

formación de los estudiantes y los docentes para la construcción de espacios de formación integral, donde realmente haya una integración de funciones, de disciplinas y de saberes y por ende trabajo integral en la salud.

De esta forma se proyecta la realización del primer curso *“Hacia la integralidad de la salud”* durante el periodo octubre 2010–agosto 2011, como espacio de intercambio y producción que involucre la mayor cantidad de actores posibles de la Universidad.

La metodología utilizada durante el curso fue participativa con modalidad de taller, favoreciendo el intercambio de saberes con la intención de llegar a producciones colectivas. En cada taller se abordó un eje temático, revisando los conceptos que hemos aprendidos a la luz de una mirada emergente del trabajo en colectivo. Esta manera facilitó la de-construcción y re-construcción de saberes, desde la perspectiva de una formación profesional comprometida con la realidad social.

Se utilizaron diferentes estrategias didácticas. Contamos con la participación de docentes con trayectoria en las distintas temáticas de los ejes, que jugaron diferentes roles, desde observadores para luego ser discutidores, como expositores. A su vez, se llevaron a cabo dinámicas en las cuales se priorizaron las experiencias y el conocimiento de los participantes, reflexionando desde sus prácticas.

En adelante se buscará compartir e intercambiar sobre las diferentes reflexiones y discusiones que se han dado en torno a estos 4 ejes de trabajo, tanto desde el equipo docente como de lo que fue surgiendo en los diferentes encuentros realizados entre estudiantes, docentes, egresados e invitados de diferentes disciplinas y ámbitos, como también nuestro posicionamiento ético-político en la temática, para contribuir en la construcción de experiencias integrales en la salud.

3. Contexto nacional: Reforma del sistema de salud

El camino hacia la Reforma Universitaria se da en una coyuntura de cambio generada por el primer triunfo de un Gobierno de la izquierda en el Uruguay, en donde en su Programa se encontraba reformar el Sistema de Salud.

El modelo de salud en el Uruguay se ha caracterizado por ser hospitalocéntrico, con un predominio en el tercer nivel de atención. Con la implementación de la reforma se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud con énfasis en el primer nivel de atención, lo cual constituye un hito en lo que se refiere a repensar la salud en nuestro país. Desde el 2005 los principales objetivos fueron cambiar el modelo de financiamiento de la atención en salud, el modelo de atención y el modelo de administración de los recursos.

El porcentaje de personas sin cobertura ha disminuido y la descentralización de los servicios ha aumentado junto con el fortalecimiento del primer nivel de atención.

La Ley 18.211 es un primer avance que ha generado resistencias y cambios en la forma de entender la salud. Se han expresado retos vinculados a la lucha de intereses. Se han vistos perjudicados los posicionamientos más neoliberales predominantes en la región en la década del

90. Un claro ejemplo de esto es la defensa corporativista de profesionales con un enfoque mercantil de la salud. Estas resistencias y luchas de intereses complotan contra la posibilidad de desarrollo de una salud integral. Las especialidades son un ejemplo de lo antes mencionado, basadas en el prestigio del saber “exclusivo”, generado por un empoderamiento legitimado por la sociedad, que hace de las mismas un “negocio” a futuro muy lucrativo, dejando de lado la visión integral del ser humano.

La visión capitalista y mercantil de la salud generadora de políticas asociadas a la asistencia y asistencialismo donde se trabaja desde un “rol clásico”, con relacionamientos asimétricos (profesionales de la salud/ paciente, médicos /no médicos), nos deja sin la búsqueda de soluciones y abordajes definitivos a las problemáticas.

El sistema de salud es un intento de plasmar una voluntad política de cambio que ha venido teniendo diferentes impactos, pero no ha logrado aún modificar ciertas lógicas que requieren de otros procesos. Los tiempos para procesar cambios reales en las prácticas, son mayores a los necesarios para reformar la administración de un sistema. Los cambios que se dan en la redes de poder siguen generando lucha de interés entre las diferentes profesiones, que pese a los cambios en los planes de estudios siguen formándose en las mismas concepciones. La parcelación de los saberes en disciplinas, con escaso diálogo entre ellas, es una gran contradicción para un sistema integrado de salud donde lo que se integra son funciones administrativas pero no recursos humanos y eso es lo que como universitarios nos preocupa.

Desde la Universidad no se ha acompasado esta serie de cambios en el modelo de atención. Si bien se puede detectar una voluntad de cambio, plasmado en la modificación del plan de estudios de la carrera de Medicina en el año 2009 (que no era modificado desde el año 1968, manteniendo una formación basada en la curación, con poco énfasis preventivo) y que ahora plantea un mayor énfasis en la promoción y la prevención, entre otras cosas. Pero que los cambios de plan de estudio se hayan dado sólo en la carrera de medicina no es una casualidad; si analizamos los actores políticos que desencadenaron esta reforma son mayoritariamente médicos. Esto genera discordancia entre la formación de recursos y el cambio de modelo, si bien se cuenta con un sistema de Atención Primaria de Salud (APS) fortalecido, el enfoque de los profesionales y trabajadores del sistema sigue siendo curativo. Esto denota un conflicto desatado por diversos intereses donde las relaciones de saber-poder, que pueden darse de forma latente o solapada, siguen influyendo en el tipo de modelo de salud, donde la prevención (como ya lo sabemos) no es negocio para las multinacionales. En este sentido, es necesario generar mayor profundización en la discusión de la formación de recursos para el sector salud, apostando a una visión integral y crítica de la realidad.

Si bien Uruguay ha reformado su sistema de salud, hacia un modelo dónde se prioriza la salud sobre la enfermedad, la concepción subyacente sigue siendo el modelo médico hegemónico, faltando un avance en enfoque multidisciplinar y pluridimensional del campo de la salud.

4.) Desarrollo conceptual de los ejes:

4.a) Cuadro

Síntesis

	Asistencia Actividad profesional. Centrado en el Modelo médico hegemónico.	Asistencialismo Actividad voluntarista. Acrítica con las causas de los problemas sociales. Perspectiva más allá de la salud.	Extensión. Actividad educativa. Modelo centrado en la salud integral. Dialogo de saberes. Implica un posicionamiento ético-político de transformación social. Prácticas de autonomía, solidaridad.
Territorio El territorio pensado como rincones que habitamos y nos habita, espacio y tiempo, límites, fronteras, rigideces, movimiento. Historias, singularidades. Posibilidades e imposibilidades de salud. Como productor de salud.	-Vamos al territorio Se lleva la institución al territorio. El territorio es tomado en cuenta cuando se piensa en la accesibilidad de los servicios de salud y en políticas de descentralización territorial de las instituciones.	-Vamos al territorio El territorio es donde se va, a ser cuidado, a dar, a brindar. El territorio como depósito de acciones, es donde se va hacer "para" el otro.	-Trabajamos en el territorio El territorio como posible de ser apropiado, de ser intervenido, de ser modificado, integrando su historia y no como algo dado o como algo que solo nos marca fronteras. Al territorio vamos, lo habitamos. Vamos a hacer "con" el otro.
Relaciones saber poder. Posicionamiento ético-político	Diferencias en los posicionamiento ético-político	Diferencias en los posicionamiento ético-político	Diferencias en los posicionamiento ético-político
Interdisciplina Trabajo interdisciplinario, que se construye en el pensar y en el hacer colectivo. Es más que la sumatoria de las partes, es trabajar en las conexiones.	Poco frecuente. Poder médico / hegemonía médica. Las otras disciplinas al servicio de saber médico. Más trabajo multidisciplinario que interdisciplinario.	Poco frecuente No hay perspectiva de complejidad de la realidad. No se visualiza el problema, sino la solución, que puede ser o no multidisciplinaria.	Pretende desarrollarla La realidad es más compleja que el recorte disciplinar.

4. b), Relaciones saber-poder, territorio, interdisciplina.

Eje Saber-poder

El poder como fenómeno polisémico genera diversidad de análisis en las prácticas vinculadas a la salud. Para aproximarnos a una definición citaremos a Foucault *"...El poder no es un fenómeno de dominación masiva y homogénea de un individuo sobre los otros, de un grupo sobre otros, de una clase sobre otras; el poder contemplado desde cerca no es algo dividido entre quienes lo poseen y los que no lo tienen y lo soportan. El poder tiene que ser analizado como algo que no funciona sino en cadena. No está nunca localizado aquí o allá, no está nunca en manos de algunos. El poder funciona, se ejercita a través de una organización reticular... El poder transita transversalmente, no está quieto en los individuos..."* (Foucault,M;1992)

Los cambios constituyen movimientos en la red del poder, estos generan resistencias lo que se traduce en una gran dificultad para generar modelos alternativos basados en una concepción diferente de salud.

Las asimetrías que se generan entre las diferentes profesiones son un ejemplo del funcionamiento del poder, a su vez el respeto de los saberes empieza por reconocer que lo que está fuera de mi disciplina es importante y lo que el otro puede aportarme es también parte de la solución. El miedo a la pérdida de poder hace a las disciplinas encerrarse en sí mismas, no compartir el saber y eventualmente no reconocerlo en los otros. El primer paso para poder generar un nuevo conocimiento es comprender la complejidad de los individuos como seres integrales con necesidades que van más allá de lo que un especialista puede conocer, sumar pensamientos e integrarlos es el desafío (De Sousa Santos B, 2006)

El saber no es fenómeno singular, es sin duda plural y su riqueza debe sostenerse en eso, vincular el saber técnico de los profesionales de la salud con el saber popular y a su vez esos saberes entre sí es un cuestionamiento imprescindible para analizar nuestras prácticas.

Romper con modelos predominantes basados en una hegemonía que sigue reproduciéndose pese a los intentos de cambio, hace que el intento de cambio se transforme en una tarea desafiante impulsada por un contexto histórico favorable.

Territorio

"La cabeza piensa donde los pies caminan"

Educación Popular

El cómo se pone en juego el territorio en cada eje, tiene íntima relación con la relación saber-poder. ¿Por qué? Porque nos habla de cómo nos posicionamos y como abordamos el territorio.

Incluir el territorio para abordar la salud tiene diferentes vertientes. Por un lado, ¿cómo se produce salud en un determinado territorio? Y por otro, ¿qué del territorio determina e influye en la salud?

Hablar de territorio, en calve del trabajo en salud, no lleva a pensar en los lugares que habitan las personas con las que trabajamos, como también en los lugares de donde venimos, los técnicos, los universitarios. Estos lugares, son lugares cargados de olores, de colores, de historias, de

cambios en el transcurrir del tiempo. De vivencias singulares, repetidas, de historias. El territorio pensado como rincones que habitamos y nos habita, espacio y tiempo, límites, fronteras, rigideces, movimiento.

El territorio como “algo” que nos marca, nos da identidad: soy uruguayo, porque nací en el territorio delimitado como el país República Oriental del Uruguay y eso me da identidad, me da derechos, me da un lenguaje determinado, me marca una determinada cultura, una determinada forma de ser y estar en el mundo. Me sitúa en un contexto social y político. (Reforma de salud)

Pero si vamos más hacia lo micro también lo vemos, la delimitación de los barrios, en que territorio vivimos, también nos dice cosas, no siendo lo mismo vivir en el barrio Buceo que vivir en Colón o en un Asentamiento. Este territorio nos marca en lo cotidiano (cuando llueve se inunda y nos llenamos de barro, se nos corta la luz, las casas son de chapa, etc), como también nos coloca en determinados lugares en la sociedad: la gente que vive en asentamientos es pobre, son chorros, están los menores infractores, los consumidores de pasta base, etc. Esta cargado de significados sociales, y también está cargado de historias singulares, en donde la proximidad, el encuentro, la cercanía nos indica con quienes trabajamos y como podemos trabajar.

Las condiciones de vivienda y las condiciones del barrio, que lugar tiene, que lugar no tiene. Como se llega ahí, como se está ahí, como surge, como sigue. Los lugares están asociados a sensaciones ya sean placenteras o displacenteras. El territorio pasa a ser un lugar cargado de una vivencia, ahí está el tema del espacio-tiempo.

Cuando hablamos de territorio lo hacemos asociado al concepto de poder. En donde podemos diferenciar el poder de dominación, que es funcional y tiene un valor de cambio, el poder como apropiación, donde se incluye lo vivido y tiene un valor de uso. En donde se ponen en juego los diferentes agentes territoriales: individuos, grupos sociales, instituciones, empresas, donde afectan, influyen o controlan. El territorio como campo relacional. (Cánepa, G, 2010)

Ir al territorio nos permite comenzar el camino de respuesta a la pregunta de como vive la gente con la que trabajamos? ¿Cuáles son los lugares que adquieren las personas en el territorio? Nos permite sentir olores, percibir colores, sensaciones, pisar el suelo con barro, con asfalto, mirar las casas desde adentro, sentarse en sillas y mesas donde otros comen. Dejarse permear por esa realidad.

Interdisciplina

Una definición de interdisciplina, que surge más de la práctica que de la teoría, nos permite afirmar que el trabajo interdisciplinario (o la interdisciplinariedad) se construye en el pensar y en el hacer colectivo. Es una tarea de todos los días en la que cada quien pone de sí y en la que hay que resolver situaciones previstas e imprevistas.

Este “poner de sí” al que referimos implica algo más que poner el saber al servicio de la resolución de un problema común y convocante. Implica que cada persona

desarrolle actitudes hacia la tarea, que expresen su disposición a ceder, a negociar y a afrontar nuevos desafíos y depende muchas veces del tiempo que lleve ese desarrollo la calidad del trabajo. Porque, como en cualquier otra experiencia, pero en esta tal vez más, se expresan “dificultades” asociadas al pasado que cada quien trae. Por un lado, vinculado al hacer en conjunto y por otro, a su experiencia con las disciplinas con las que interactúa. Con relación al hacer en conjunto, el hecho de concebirnos como sujetos integrales ya favorece un tipo de interacción que redundará en una mirada multidimensional de la realidad y en consecuencia, bien hará más compleja la intervención bien más conciente. En concreto con relación a la interacción interdisciplinar, es preciso que cada persona pueda hacer una reflexión con relación a la disciplina en la cual se especializó y sobretodo al poder que éste conlleva porque como hemos expresado existe una apropiación diferencial del saber y de su ejercicio como poder en práctica que es producto del contexto y el proceso histórico en el que emerge. Edgard Morin nos facilita vías para “deconstruir” nuestras nociones al respecto y profundizar en la reflexión, cuando dice que una disciplina “*tiende naturalmente a la autonomía: con unas fronteras específicas, un lenguaje y un conjunto de técnicas y teorías propias*” (Morin, 1990:1) Agregando a este ejercicio reflexivo, lo que nos parece más sustantivo a compartir es deconstruir y observar el lugar desde el cual iniciamos el movimiento de acercamiento a otros para andar juntos. Esto revela la necesidad de un trabajo previo al de la acción concreta o de una posible intervención. Revela la necesidad de compartir un mismo tiempo y espacio para así conocernos y sobre la base del “estar-siendo diversidad en unidad” lograr la fuerza que permita una mirada y acción en común que respete la pluralidad de puntos de vista por un lado y la autonomía y libertad de elección, con quienes se trabaja y hacia quienes se trabaja.

5.c) Asistencia desde la perspectiva de los ejes

5.d) Asistencialismo desde la perspectiva de los ejes

5.e) Extensión desde la perspectiva de los ejes

ASISTENCIA

La asistencia a la salud es análoga al asesoramiento técnico en otros campos disciplinares. Es el ejercicio de la práctica profesional y es un proceso centrado en el conocimiento. Implica la resolución de una necesidad y la prestación de un servicio. En base a un diagnóstico/demanda se plantean solución/es a problemas.

Es un proceso unidireccional de respuesta a demandas puntuales³. Dicho proceso está dentro del proceso de atención salud-enfermedad; es un momento precedido por la promoción y la

³ Taller institucional de extensión de la Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay, agosto 2008.

prevención y seguimiento de la rehabilitación.

La asistencia a la salud responde al derecho humano “gozar del grado máximo de salud”. Este obliga a los estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Estas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

Asistencia y territorio

El concepto de territorio tiene una doble connotación; por un lado un concepto que implica dominación, ligado al territorio como unidad funcional, con valor de cambio, y por otro el de apropiación ligado a un valor de uso, más simbólico, cargado de “lo vivido”. (Haesbaert, 2005)

En nuestro país cada vez más las personas disponen de centros de salud o policlínicas ubicadas en su propio barrio o localidad. Existe una aproximación física del sistema de salud y la asistencia al territorio donde vive la gente. No obstante la institución policlínica o centro de salud sigue siendo un territorio institucional, muchas veces ajeno a las dinámicas de los distintos lugares en los que están ubicadas.

Si bien hay instituciones de asistencia que funcionan en el territorio, no necesariamente se aborda la salud desde un punto de vista territorial.

¿Dentro de lo asistencial, qué significa trabajar teniendo en cuenta el territorio? La asistencia se plantea desde un territorio que es ajeno a la persona (y muchas veces al agente de salud); el consultorio.

En el curso se narró una experiencia que está siendo llevada a cabo en Asunción del Paraguay; “Clinitaria. Acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias” En la misma se plantea “la búsqueda de trabajar en y desde dónde la gente vive su cotidiano, buscando sintonizarse con su capacidad de producir y reproducir vida. En el territorio se conjugan tiempo y espacio. Empieza a ser significativo lo procesual, lo cotidiano, lo caótico, lo incierto, lo cultural; todo esto demanda una gradualidad: un tiempo para reconocerse y confiar. ”...”Hoy, los abordajes en reducción de daño con personas complicadas con el uso del chepi son la experiencia más gráfica de trabajar en y desde los lugares de encuentro habituales: la calle, en este caso orillas de arroyos, esquinas o aleros de una capilla.” (Barúa, A, 2011, 61). Se trabaja en el tiempo y en el espacio de las personas, buscando entrar en los rituales cotidianos. Se trabaja en la salud como construcción social cotidiana literalmente.

El acto de asistencia como está planteado en la gran mayoría de las prácticas desde las instituciones públicas y privadas en nuestro país implica un territorio neutro, un territorio destinado a tal fin: asistir. Pero nos preguntamos ¿por qué la asistencia no se realiza en y desde el territorio simbólico de la gente? Es claro que en situaciones que requieren una determinada tecnología esto no es posible, pero en las situaciones en que esto no es requerido, ¿qué sucede? ¿Por qué seguimos adentro de los consultorios?

Asistencia y relaciones saber-poder

Tomaremos como paradigma la profesión médica ya que a partir de ésta nace históricamente la asistencia y ha sido la disciplina en torno a la cual se definieron las demás disciplinas.

“La medicina es considerada en todo el mundo como una disciplina científica de gran importancia y como una institución asistencial más importante todavía. Sin embargo en el mundo occidental, se viene produciendo desde hace 20 años un fenómeno curioso. Los resultados y procedimientos de la investigación médica avanzan cada vez más. Al mismo tiempo se desarrolla una discusión científica y pública muy apasionada sobre el rol de la medicina en la sociedad...Las salas de espera de los consultorios están llenas y los hospitales sobrecargados y, sin embargo otras profesiones curativas denominadas “alternativas” gozan de gran afluencia”

“La carrera triunfal de la medicina es una muestra ejemplar de la paradoja de la modernidad: los conocimientos médicos que progresaron en forma independiente, fueron liberando paulatinamente a los individuos y a la sociedad de la tarea de preocuparse diariamente por su existencia corporal, aún a pesar de sufrir fuertes dolores y de la existencia de claros riesgos para el cuerpo y la vida”⁵
Es aquí que con la aclamación y el beneplácito de todos comienza la marcha triunfal de la “racionalización del cuerpo”-como decía Max Weber a comienzos de este siglo- y “la medicalización” - como sostienen Michel Foucault y muchos otros desde principios de los años setenta. (Labisch A., 1993)

La asistencia está basada en un modelo médico y de la clínica; la situación de enfermedad. El acto de asistir está en la idiosincrasia de las personas. Por más que no vaya al médico, si me duele la cabeza, me tomo un analgésico.

Partimos de una visión que deja al saber del que recibe asistencia como algo que debe ser tomado en cuenta en función solamente de lo que implica para la situación por la que está recibiendo asistencia.

“Yo le aporto al paciente, pero ¿qué me aporta él a mí? ¿Sus dudas? ¿Qué tipo de saber aporta el otro en la asistencia? ¿Qué es el saber? ¿Son las necesidades del otro? ¿Son los problemas del otro y las realidades específicas?

Aquí hay que mencionar un problema cotidiano importante. En la práctica, la medicina y las personas que la ejercen, se encuentran frente a personas, en cuyos síntomas corporales confluyen hechos, experiencias e interpretaciones de carácter físico, psíquico, social, cultural, etc. Es evidente que los médicos se encuentran allí con el límite de sus categorías para registrar hechos, interpretarlos en el sentido del paciente y actuar en forma adecuada.

¿Cómo se da la relación entre el que brinda asistencia y el que la recibe? La forma de concebir al sujeto en la asistencia (y más en la asistencia a personas de bajo nivel socioeconómico) va generando una forma de relacionamiento que considera al otro como alguien en cierta manera carente. Ejemplo: en la práctica médica de hospital público muchas veces se toma la siguiente

conducta; un paciente consulta, es necesario que tome antibióticos, que pueden ser ingeridos oralmente, o sea se puede tratar ambulatoriamente, pero no se hace porque se sabe que la persona no lo va a cumplir correctamente entonces el paciente se interna.

¿Cómo se puede convertir todo esto en un saber que forme parte de un proceso bidireccional?

¿Cómo se puede acercar la asistencia a procesos de extensión?

“La salud es la clave para descubrir las interrelaciones y los efectos recíprocos que existen entre la medicina y la sociedad. Se plantea entonces la pregunta de cuáles son los puntos de referencia que permiten determinar mejor el concepto de salud.” (Labish A, 1993)

Asistencia e interdisciplina

Las conductas mencionadas anteriormente y otras, perpetúan un modelo de salud centrado en el médico y en su actuar. ¿Cómo poder salir de esta mirada desde lo disciplinar? ¿Cómo construir un modelo centrado en la salud?

La práctica nos muestra que necesitamos trabajar en interdisciplina. El mundo complejo en que vivimos nos da cuenta de que ya no alcanza un abordaje disciplinar ni multidisciplinario.

Dentro de la asistencia en los centros de salud y hospitales existen múltiples disciplinas que coexisten en un mismo espacio, incluso que participan de un mismo equipo de trabajo. Pero sin embargo los ejemplos de interdisciplina son muy escasos. Si desde muchos frentes se ve que los abordajes disciplinares no son suficientes y de hecho han fracasado, ¿por qué no avanzamos en ese sentido? Hay sin duda muchas razones pero una es que nos hemos formado con un enfoque disciplinar; los psicólogos forman psicólogos, los médicos forman médicos y en ese contexto nos vamos adquiriendo determinadas conductas y aptitudes. Otro factor es que el trabajo en interdisciplina supone una reciprocidad con tendencia a la horizontalización de las relaciones de poder entre los campos implicados. Esto supone una actitud de humildad y curiosidad que posibilite la transformación de mi cuerpo de saber, en función de los problemas abordados. En este sentido el abordaje real de los problemas en forma interdisciplinaria supone un aprendizaje profundo y único. ¿Hasta qué punto carecemos de herramientas porque no las hemos experimentado o porque éstas implicarían una horizontalización en las relaciones entre enfermeros/as, médicos/as, nutricionistas, psicólogos/as, parteros/as obstetras, trabajadores/as sociales, profesores/as de educación física, odontólogos/as?

La interdisciplinariedad supone una forma de trabajo que identifique una problemática común con un abordaje desde una perspectiva teórica y política básica.

Es una decisión política el hecho de abordar la salud desde lo asistencial de manera interdisciplinaria. Esto supone unir metodologías de trabajo y buscar innovar en cuestión de abordajes y métodos. Deben establecerse mecanismos que permitan entender de forma recíproca diferencias posibles entre conceptos. Esto supone un aprendizaje común por recombinación de elementos internos.

¿Cómo vamos a poder reconocer el saber del otro, no universitario, que quizá nunca fue a la escuela o que tiene una cultura (antropológicamente hablando) muy diferente, sino reconocemos que hay otros saberes universitarios?

ASISTENCIALISMO

El asistencialismo es una actividad y actitud voluntarista de ayudar a un otro, éste “otro” se encuentra en una situación inferior, de pobreza, de vulnerabilidad, de carencia.

No es propio del área de la salud, trasciende este campo, se encuentra cuando el énfasis está puesto en las características de la población, en “población necesitada”.

¿Cuál es entonces, el sujeto de las prácticas asistencialistas? Sujetos con necesidades básicas insatisfechas, sujetos en situación de pobreza.

Las acciones del asistencialismo están enfocadas a situaciones de urgencia, de pobreza estructurales, lo que nos habla de condiciones de desigualdad social que son parte del sistema capitalista que somos parte, condiciones de vida, derechos vulnerados que pretenden ser asistidas sin cuestionar y accionar sobre sus causas.

Asistencialismo y territorio.

El territorio desde la perspectiva de las prácticas asistencialistas es a donde “se va” a dar, a brindar, a ser caritativo, etc. Acá el territorio se reduce a lugar delimitado por el barrio, el nombre del asentamiento, vamos a trabajar al asentamiento tal. El territorio como algo que ya está dado, delimitado, definido, no es “pensado” al territorio, más que como lugar donde desarrollar acciones, pero no interviene en la intervención, ni en el marco de la misma. No entendido el territorio como productor de sentidos, sino como estático, estanco.

El territorio es entendido como depósito de acciones, es donde se va hacer “para” el otro y no campo de acción de transformaciones.

Asistencialismo y relaciones saber-poder.

*“Los caminos de la liberación
son los del mismo oprimido que se libera:
Él no es cosa que se rescata
Sino sujeto que se debe autoconfigurar responsablemente”
Paulo Freire*

Lo mencionado en el apartado anterior nos da indicios de como están en juego las relaciones de poder. El universitario a la hora de trabajar desde una perspectiva asistencialista, se ubica en una posición de superioridad en relación con los “otros”, es una intervención entendida como ayuda a un necesitado. Esto nos permite correr del lugar de la culpa, estamos haciendo algo por el otro, estamos ayudando, estamos dándole lo que no tiene (pensando en políticas sociales que tienen este tipo de perspectiva) “Al intervenir de este modo, la profesión se convertiría en una

herramienta de dominación de masas, que sólo pretende mantener aquel orden necesario para seguir creciendo económicamente y así, mantener una estructura de desigualdad". Cuando hablamos de asistencialismo hablamos de prácticas que contribuyen a la reproducción del orden establecido, a mantener las relaciones de poder, de dominación. "Asistencialismo es una de las actividades sociales que históricamente han implementado las clases dominantes para paliar mínimamente la miseria que generan y para perpetuar el sistema de explotación" (ALAYON:2000) Para poder accionar desde una intención transformadora, es necesario un posicionamiento crítico y reflexivo con quién trabajamos ¿Por qué? ¿para qué? ¿Y cómo? Este posicionamiento es lo que no se encuentra presente en las prácticas asistencialistas, generando relaciones de dependencia técnica. El "otro" es colocado siempre en un lugar de falta, de necesidad de "otros" que tiene formas mágicas de ayuda a la solución de mi problema, problemas urgentes con soluciones permanentes de dependencia y no transformación de la situación de desigualdad. La diferencia de la práctica asistencialista con la práctica asistencial tiene que ver con nuestra posición ideológico-política.

Asistencialismo e interdisciplina

El enfoque interdisciplinario nos habla de una mirada de la realidad de forma compleja. El enfoque asistencialista no reflexiona desde esta perspectiva, no toma en cuenta el problema de forma compleja, sino que pone el énfasis en la solución, donde a veces es desde equipos multidisciplinarios, pero no es pensado el problema de forma interdisciplinaria.

¿Asistencialismo en la Universidad?

El rol de la universidad según su Ley Orgánica es el de transformación social, luchando por un mundo donde no haya opresores ni oprimidos.

Desde este lugar, las prácticas que debe realizar la universidad tienen que tener una base sólida de pensamiento crítico y de trabajo "con" los sectores más vulnerables y no para los sectores más vulnerables, con la intencionalidad política de construir prácticas más solidarias, más autónomas y liberadoras. Podemos decir entonces que las prácticas asistencialistas no deben estar dentro de las prácticas universitarias.

EXTENSIÓN

La multiplicidad de concepciones que engloba extensión es sin duda centro de grandes debates en la Universidad, a tales efectos se ha consensuado una definición:

** Es un proceso educativo transformador donde no hay roles estereotipados de educador y educando, donde todos pueden aprender y enseñar.*

** Es un proceso que contribuye a la producción de conocimiento nuevo, que vincula críticamente el saber científico con el saber popular.*

** Es un proceso que tiende a promover formas asociativas y grupales que aporten a superar problemáticas significativas a nivel social.*

** Es una función que permite orientar líneas de investigación y planes de enseñanza; generando compromiso universitario con la sociedad y la resolución de sus problemas.*

** En su dimensión pedagógica constituye una metodología de aprendizaje integral y humanizadora.*

¿Cómo se lleva a cabo?

** Con participación e involucramiento de los actores sociales y universitarios en las etapas de planificación, ejecución y evaluación.*

** De manera de generar procesos de comunicación dialógica.*

** A partir de abordajes interdisciplinarios.*

** Considerando los tiempos de los actores sociales involucrados.”⁴*

Si bien no es una definición acabada es una base que permite tener términos en común para dialogar.

Extensión Saber -Poder

La extensión como proceso necesario en la formación de los recursos de salud es sin duda una de las claves para apostar a la integralidad, generar conocimiento en interdisciplina apostando al diálogo de los saberes.

Para esto es necesario una horizontalidad en las relaciones entre las disciplinas, pensar la salud desde los equipos, donde cada uno pueda aportar en forma igual es un primer avance hacia concretar prácticas integrales, sin duda una tarea desafiante puesto que desde la academia sigue siendo un tema a resolver, los docentes que forman a los profesionales son sus pares, lo cual indica una reproducción de un modelo asimétrico donde unos tienen/ejercen el poder y otros intentan lograrlo. Para desenredar este entramado es necesario romper estructuras, abrir las cátedras a la interdisciplina, generar nuevas concepciones donde prime la horizontalidad y la búsqueda de integrar conceptos que repercutan en nuestra praxis. Los Espacios de Formación Integral son un avance importante en este sentido, así como la generación de cursos que ofrezcan otras miradas de la salud.

La extensión busca generar empoderamiento en los “otros” para que pueden participar defendiendo sus intereses, siendo parte de la construcción de las soluciones. Un ejemplo de esto son los usuarios de salud agrupados en un movimiento que fomenta la participación a nivel local logrando establecer demandas basadas en los problemas cotidianos. Aquí encontramos un punto

⁴ Resolución del Consejo Directivo Central de la UdelaR, “Para la renovación de la Enseñanza y la curricularización de la Extensión y las Actividades en el Medio”. 2009.

de encuentro para el diálogo de saberes que es sin duda fortalecido por la extensión universitaria, procurando generar más espacios donde se interaccione en una relación de horizontalidad. Por otro lado estos espacios también generan una contienda existiendo diversidad en las concepciones de salud, generando esto incompatibilidades y diversidad de movimientos de usuarios con trasfondos políticos partidarios reproduciendo ciclos de poder clásicos.

Extensión- práctica educativa

“Cualquier reflexión sobre la extensión universitaria es siempre una reflexión sobre prácticas concretas, sobre concepciones educativas, y en un modo fundamental, sobre modelos de Universidad y las formas que ésta adopta para vincularse con su realidad social e histórica. Pensar la extensión universitaria implica pensar el papel del conocimiento superior en nuestras sociedades marginadas, así como el rol de las universidades y los universitarios en su producción”

Enseñanza- Extensión, un encuentro necesario. FEUU 2004

“Educar y educarse, en la práctica de la libertad no es extender algo desde la `sede del saber´ hasta la `sede de la ignorancia´ para `salvar´, con este saber, a los que habitan en aquella” (Freire, P)

Extensión y territorio

En la extensión el énfasis está en el cómo trabajar y en el para qué. En generar vínculos y acciones transformadoras de la realidad, en tanto transformadoras de lógicas desiguales, injustas, donde hay (en palabras de Freire) opresores y oprimidos. Es así que el territorio pasa a ser parte y sujeto de intervención, en tanto constituyente de los sujetos. El territorio como posible de ser apropiado, de ser intervenido, de ser modificado y no como algo dado o como algo que solo nos marca fronteras. Al territorio vamos, pero no nos quedamos en el ir, sino que lo habitamos. ¿Cómo? Recorriendo, estando, sintiéndolo, compartiendo, escuchando historias, vivencias, anécdotas. Jugando un partido de fútbol, tomando unos mates en la vereda con los vecinos, plantando con los trabajadores rurales, asistiendo en las casas y no solo en el consultorio, etc. Comprendiendo que el territorio estaba desde antes que nosotros, que ya hay formas de habitarlo, que las cosas que pasan en el territorio marcan formas de vida, estilos de vida, delimitan posibilidades de salud, imposibilidades de salud. Incorporando a nuestro hacer-saber, lo que no pasa ahí, pisando, tocando, oliendo, mirando.....e incluirlo, y ponerlo a dialogar con nuestro saber. Al territorio se va a hacer “con” el otro.

En la salud no siempre asistencia es incompatible con extensión, existen diferentes experiencias universitarias que dan muestra de ello. En el marco de procesos de extensión una de las acciones incluidas en este proceso es la asistencia, pero ésta entendida como una relación horizontal y acompañada con procesos que tiendan a ir más allá del mero acto técnico. La asistencia también puede ser la puerta de entrada a procesos de extensión⁵.

⁵ Taller institucional de extensión de la Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay, agosto

De ahí que sean compatibles pese a que la asistencia puede llevar a veces a concepciones negativas de un modelo de salud de consultorio de “bata blanca” marcando las asimetrías.

Extensión e interdisciplina

El establecer cambios sociales requiere un posicionamiento ético y político que diferencien el rol de la academia, la extensión como proceso que busca generar cambios, transformaciones, en donde el abordaje de un trabajo interdisciplinario no solo es necesario sino es imprescindible. Igualmente esto se ve sumamente dificultado por el como nos formamos, de forma fragmentada, desde perspectivas disciplinares que no nos preparan para el diálogo disciplinar y mucho menos para el dialogo intersaberes. La extensión nos presenta entonces un doble desafío, no solo un trabajo interdisciplinario sino lograr la “Posibilidad que la ciencia entre no como monocultura sino como una ecología más amplia de saberes, donde el saber científico pueda dialogar con el saber laico, con el saber popular, con el saber de los indígenas, de las poblaciones urbanas marginales, con el saber campesino esto no significa que todo vale lo mismo...” (De Sousa Santos, 2006)

Agradecimientos

A los discutidores e invitados convocados quienes fueron de gran ayuda en la conceptualización de los ejes Agustín Barúa, Delia Bianchi, Gustavo Cánepa, Federico Hoffmann, Alicia Rodriguez, Gerardo Sarachu, Alicia Sosa.

Bibliografía

- Alayon Noberto, “Asistencia y asistencialismo: ¿erradicación de la pobreza o pobres controlados?”, Editorial Lumen (3ra. edición), Buenos Aires, 2000.
- Barrán JP., Bayce R., Cheroni A., de Mattos T., Labisch A., Moreira H., Porzecanski T., Portillo J., Romero S., Rodriguez J., Viñar M. “La medicalización de la sociedad.” 229-251. Editorial Nordan. Montevideo, 1993.
- Barúa A. Clinitaria: andando, de a chiquito, con la gente. Acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias. Cruz roja suiza: Asunción; 2011.
- CDC, UdelaR “Para la renovación de la Enseñanza y la curricularización de la Extensión y las Actividades en el Medio”. 2009. En: http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/resolucion_del_CDC_Extension.pdf
- De Sousa Santos B. 2006 “Renovar la teoría y reinventar la emancipación social”. Cap 1. Ed Clacso. Argentina

- FEUU Enseñanza- Extensión, un encuentro necesario.
- Foucault M. "Microfísica del poder". Ed La Piqueta. Madrid, 1992.
- Freire, P. ¿Extensión o comunicación?: la concientización en el Medio Rural.
- Haesbaert R. "Da desterritorializacao a multiterritorialidade" Anais do X encontro de Geógrafos de America Latina. 20-26 de marzo de 2005. Universidade de Sao Paulo.
- Morin, E. 1990 "Sobre la interdisciplinariedad" Boletín N°2 CIRET, Francia. Traducción disponible en: <http://www.pensamientocomplejo.com.ar/>
- Taller institucional de extensión de la Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay, agosto 2008 tomado del documento "Taller sobre renovación de enseñanza y curricularización de la extensión" Definición de la Extensión y actividades en el medio; relaciones de la extensión con enseñanza e investigación. *Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio*

En: http://cexcei.wikispaces.com/file/view/Taller_ensenanza-extension-investigacion.pdf

- OMS. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- UdelaR. (2011). Colección Hacia la Reforma Universitaria N° 12: "Una mirada al camino recorrido, apuntando a redoblar esfuerzos", Montevideo: Universidad de la República.

En: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/28088>.