

Aproximación a una experiencia de formación y abordajes en clínica comunitaria en un programa de extensión universitaria en Uruguay

Andrés Techera | andres.techera@apex.edu.uy | Universidad de la República, Uruguay

Débora Gribov | debora.gribov@apex.edu.uy | Universidad de la República, Uruguay

Recepción: 14/06/2021

Aceptación final: 17/01/2022

Resumen

El desarrollo de la salud comunitaria desde una perspectiva de derechos humanos e integridad universitaria, exige una serie de transformaciones de los espacios de formación y en las estrategias de abordaje de las problemáticas con las que se trabaja. Asimismo, es necesaria la construcción de un corpus teórico y deontológico que dé sostén a este nuevo posicionamiento. En este sentido, el lugar y rol de los actores comunitarios se vuelve protagónico en los procesos desarrollados en conjunto con docentes y estudiantes de la universidad, apelando al diálogo de saberes, la interinstitucionalidad y la interdisciplina. El artículo pretende reflexionar sobre diferentes aspectos vinculados a la salud comunitaria, teniendo en cuenta la experiencia de trabajo desarrollada por los autores. Se busca articular una serie de conceptos y perspectivas hacia la construcción de nuevas formas de ver y operar con la realidad.

Palabras clave: salud comunitaria, espacios de formación, integralidad, determinación social, derechos humanos

Resumo

O desenvolvimento da saúde comunitária na perspectiva dos direitos humanos e da integralidade universitária requer uma série de transformações nos espaços de formação e nas estratégias de enfrentamento dos problemas com os quais trabalhamos. Da mesma forma, é necessário construir um corpus teórico e deontológico para sustentar esta nova posição. Nesse sentido, o lugar e o papel dos atores comunitários passam a ser protagonistas nos processos desenvolvidos em conjunto com professores e alunos universitários, apelando para o diálogo do saber, a interinstitucionalidade e a interdisciplina. O artigo tem como objetivo refletir sobre diferentes aspectos relacionados à saúde coletiva, levando em consideração a experiência de trabalho desenvolvida pelos autores. Busca articular uma série de conceitos e perspectivas para a construção de novas formas de ver e operar a realidade.

Palavras-chave: saúde comunitária, espaços de treinamento, abrangência, determinação social, direitos humanos

El siguiente artículo busca registrar y analizar diferentes aspectos de la salud comunitaria, desarrollados en el marco del Programa Aprendizaje y Extensión (APEX) de la Universidad de la República de Uruguay (UdelaR). Este Programa funciona desde el año 1993, en la zona oeste de la ciudad de Montevideo y tiene como cometido aportar una perspectiva comunitaria, interdisciplinaria e interinstitucional a la enseñanza de grado y posgrado. Dentro de los objetivos, se destaca la formación y el desarrollo de equipos de trabajo para el abordaje de diversas problemáticas que se construyen y definen en diálogo entre estudiantes, docentes, actores sociales e instituciones en el territorio.

El campo de la salud comunitaria aparece como una alternativa contrahegemónica ante los procesos de patologización y medicalización de la sociedad que simplifican y fragmentan la realidad, universalizando los procesos singulares. Es imprescindible contextualizar al sujeto y atender los múltiples factores (socio-histórico-políticos) que lo constituyen y determinan.

El dispositivo incluye espacios de discusión teóricos con énfasis en el estudio de autores latinoamericanos, privilegiando el desarrollo de las epistemologías del sur y espacios de prácticas que se desarrollan en instituciones y organizaciones de la zona de influencia del Programa APEX. En estos espacios se “ensayan” diversas estrategias de abordaje (singulares y originales) para los problemas que enfrenta la comunidad, incluyendo estrategias de trabajo: institucional, grupal, familiar y/o individual.

La extensión universitaria en Uruguay

Desde su fundación, el Programa desarrolla su actividad académica en estrecha relación con la comunidad de la zona oeste de Montevideo. Considera, como principio que transversaliza todo su accionar, la relación entre las condiciones materiales de vida y las circunstancias económicas, políticas, sociales y culturales. En este devenir, acompaña y contribuye a las distintas etapas de la extensión universitaria en nuestro país.

La extensión como función universitaria, se entiende como un proceso en permanente revisión y en relación con el acontecer socio-político. En nuestro país, se nutre de diferentes vertientes en donde se destacan: el *Movimiento de Córdoba* de 1918, que irradia su influencia en todo el continente y las *Misiones Socio Pedagógicas* uruguayas (1945-1959) que recorrían vastas zonas del país, con el objetivo principal de alfabetizar; integrándose estudiantes de diferentes disciplinas en espacios comunitarios de debate y análisis sobre las condiciones de vida y los procesos de salud-enfermedad (Bralich, J. 2007).

La referencia a la creación del APEX la encontramos en 1972 en el *Seminario de Políticas de Extensión Universitaria*, realizado en la Facultad de Arquitectura (UdelaR), donde se presentaron los fundamentos de la propuesta. Dentro de los mismos, se esgrimía la necesidad de incorporar la extensión de forma constitutiva e intrínseca a la formación de los estudiantes del área de la salud. Asimismo, se hacía mención a la bidireccionalidad del vínculo de aprendizaje, en donde tanto estudiantes y docentes se enriquecen en el intercambio con la comunidad. Por otro lado, se hacía referencia a la importancia de los abordajes multidisciplinares y la integralidad de las acciones. El proceso de desarrollo del APEX se vio obturado por el comienzo de la dictadura cívico-militar y la consiguiente intervención de la UdelaR (Bralich, J. 2007).

Desde principios de los años 90 se retoma el proyecto de desarrollo del Programa. En 1992, por iniciativa de Facultad de Medicina (UdelaR) se revitaliza y concreta el proyecto, de la mano de la constitución de un grupo multiprofesional de apoyo y con la financiación obtenida de la Fundación Kellogg. Según sus fundadores, el Programa se sostiene desde tres aspectos: integrar las funciones universitarias, conjuntar las diferentes facultades y la proyección universitaria al ámbito comunitario. Asimismo, se explicita desde el comienzo la necesidad de cooperar y generar alianzas de trabajo con otros organismos públicos. Finalmente, se destaca la intención de integrar a la comunidad activa y protagónicamente en los procesos que se desarrollen en el territorio por parte de la UdelaR (APEX-Cerro, 1998).

El profesor Pablo Carlevaro (Carlevaro, P. 2019:20) quien fue un importante referente de la extensión universitaria y propulsor del APEX, decía que “somos hijos devotos de la Universidad de la República, pero sobre todo lo somos de la Universidad Pública Latinoamericana”. La extensión debe estar ligada al resto de las funciones universitarias y proyectarla al medio social, no se trata de compartir o repetir lo aprendido en las aulas, sino que se trata de un proceso dialéctico, donde no hay superioridad sino interrelación. Esto implica que nuestra Universidad, está indisolublemente ligada a la sociedad y comprometida con su desarrollo.

Este posicionamiento universitario exige avanzar en una nueva metodología de trabajo sustentada en el diálogo de todos los involucrados. Existe un enorme potencial cuando la comunidad se organiza; el trabajo en la comunidad incorpora aspectos que son dejados de lado en las aulas. Los estudiantes tienen un rol fundamental, son agentes activos en el proceso. Todos los actores tienen un saber que es necesario tener en cuenta, en lo que respecta a los universitarios, debemos aprender a oír y a colaborar para construir lo nuevo. Según Carlevaro, muchos de estos principios se plasman en el artículo 2 de la Ley Orgánica de la UdelaR. La experiencia de APEX en este sentido es inédita en nuestro medio y en la región, el trabajo conjunto con la comunidad ha dado inmensas posibilidades de transformar nuestros espacios de aprendizaje. Se suman a las aulas, nuevos ámbitos de formación, el espacio público,

los centros vecinales y las organizaciones barriales. No es la Universidad la que cambia la sociedad, la sociedad se cambia a sí misma con las herramientas con las que dispone, en este caso la UdelaR (Carlevaro, P. 2019).

Actualmente, la acción universitaria que desarrollamos se enmarca en lo que fue dado en llamar: “*La Segunda Reforma Universitaria*”, proceso que aún se continúa discutiendo, iniciado durante el rectorado del profesor Rodrigo Arocena (período rectoral 2006-2010). Destacamos de este proyecto la iniciativa de *curricularización de la extensión*, la *transversalización* entre las áreas del conocimiento y el concepto de *integralidad* que incluye, a las funciones históricas de la Universidad: enseñanza, investigación, extensión y asistencia, incorporando el diálogo de saberes y la interdisciplinariedad.

La integralidad es un concepto polisémico que puede ser pensado desde diferentes aristas. Siguiendo lo planteado por Antonio Romano (2011), se pueden distinguir tres aspectos: el primero de ellos hace alusión a la concepción integral del sujeto, el cual debe ser considerado en sus diferentes facetas: estudiante, docente, trabajador, madre, etc. El segundo se refiere a la articulación de las funciones universitarias, y el tercer aspecto a considerar, es reconocer y analizar al objeto de estudio en su complejidad.

Avanzar en esta dirección exige una ruptura epistemológica que implica deconstruir la perspectiva positivista basada en el método de las ciencias naturales, como única fórmula válida de explicar los fenómenos de la naturaleza. Este planteo analiza la realidad desde una concepción lineal, fragmentada y mecánica, en esta dirección el cientista se encuentra por fuera del problema. Su mirada busca la objetividad y la asepsia en su abordaje, en este esfuerzo se puede distorsionar la realidad, viendo finalmente lo que el científico pretende ver. Pensamos que este método no alcanza para explicar la complejidad del problema, dejando por fuera un sinnúmero de factores que lo constituyen.

Asimismo, merece mencionarse la preocupación y el riesgo que implican ciertas lógicas de validar el conocimiento, basadas en términos de productividad definidos por organismos de financiación que privilegian determinados intereses: empresariales, industriales y/o corporativos que jerarquizan las ganancias por sobre los intereses mayores de la sociedad. Esta concepción, requiere del montaje de un “aparato” académico/político que avala y construye ciertas verdades sobre otras.

Según R. Arocena (2004), es imprescindible comprender a nuestra Universidad dentro del contexto Latinoamericano, en este sentido existe una importante interacción entre las reformas de la Educación Superior y las llamadas Políticas para el Desarrollo en todo el continente.

El manifiesto de Córdoba de 1918, marcó un hito y una serie de principios que tienen plena vigencia hasta el día de hoy. Es el caso de la autonomía universitaria, el cogobierno, la relevancia de la extensión universitaria, el acceso irrestricto a la educación superior, la libertad de cátedra, el cuestionamiento a la inamovilidad de los docentes y el relacionamiento con los sectores sociales postergados. Estos postulados han sido fuertemente cuestionados y hasta en cierta medida revertidos por los llamados procesos de contra-reforma, impulsados hasta la actualidad y que nacen de la mano de la imposición de las políticas neoliberales de los años 80 y 90.

Estos cambios incluyeron, entre otros, un nuevo y más estrecho relacionamiento de las universidades con el sector productivo, modificaciones en su forma de financiación y cambios en los perfiles profesionales y en los sistemas de ingreso y evaluación. Estos cambios que se comenzaron a producir, fueron impulsados sobre todo por el Banco Mundial, coincidiendo con el impulso general de las reformas de los Estados. Esto estimuló la mercantilización del trabajo académico y la privatización del conocimiento.

Algunas de las consecuencias de estas transformaciones, fueron el debilitamiento de la autonomía universitaria, la disminución en la participación efectiva de los órdenes, sobre todo de los estudiantes en el cogobierno. Además se evidencia un aumento en el número de universidades privadas, con poca o ninguna relación con los principios de Córdoba.

A pesar de las tendencias regionales de debilitamiento del sistema de educación pública, se observa que las universidades públicas, siguen siendo el principal foco de creación de conocimiento, registrando el 75% de la matrícula y la oferta de la mejor enseñanza de grado disponible. Asimismo, se destaca que son las responsables de la mayor difusión y aplicación del conocimiento, a través del desarrollo de investigaciones con pertinencia social y la función de extensión hacia los sectores sociales más postergados.

En un contexto regional de fragilización de las democracias y la participación ciudadana, las estructuras democráticas de la Universidad se vuelven reservorios y escuelas de democracia para millones de personas en la región.

El aumento de la cobertura en la educación superior es una contribución directa al desarrollo de una sociedad más equitativa. Esto debe estar ligado a una profunda conciencia, por parte del demos universitario por desarrollar contrapartidas sociales, incrementando entre otros aspectos la misión de la extensión. Los postulados de la Reforma de Córdoba podrían tener un nuevo auge en la medida que se reivindique la democratización del conocimiento (Arocena R. 2004).

Salud y educación

El territorio donde desarrollamos nuestra actividad es el Municipio A de la ciudad de Montevideo, donde viven y trabajan unas 300 mil personas según el último censo poblacional (INE, 2011). Se caracteriza por la heterogeneidad en cuanto a sus características sociodemográficas, según la Intendencia de Montevideo (2020), se registra un 40% de la población con al menos una necesidad básica insatisfecha (comparado con un 25% del promedio nacional), predominan las familias monoparentales y extendidas, madres adolescentes (9 % en comparación con un 2% en la zona centro de la ciudad), 45% de la población mayor de 22 años presenta un nivel educativo bajo (menos de 9 años de educación aprobado), 14 % de desempleo y de inserción laboral informal en relación al promedio general de un 10%.

Según el Informe del Consejo de Educación Inicial y Primaria (ANEP, 2018), los niños/as que provienen de los sectores de menores ingresos, registran tres veces más repetición que los de sectores de mayores ingresos. Asimismo, se destaca el aumento del ausentismo y/o la deserción escolar en los sectores más vulnerados. Esta realidad contribuye al aumento de la brecha educativa y la desigualdad social.

Con respecto a los múltiples problemas, consecuencia de esta situación, el sistema educativo como dispositivo homogeneizador, característica histórica que persiste desde hace 150 años, no logra dar respuesta y/o adaptarse a las singularidades y necesidades socio-culturales actuales. Por lo tanto, apela al sistema sanitario para dar respuestas a las problemáticas que enfrenta.

Según Giselle Untoiglich (2014), esto se enmarca en el proceso de medicalización y patologización de la vida, en donde las manifestaciones singulares por fuera de lo esperado son descontextualizadas, diagnosticadas y medicadas. Imprimiendo una etiqueta en los niños y sus familias que pasa a ser parte de su subjetividad. Cuestiones inherentes a la vida cotidiana son llevadas al campo de lo asistencial, este proceso da como resultado la fragmentación y simplificación de la singularidad humana. Se desarrollan procedimientos universales, expresados en protocolos donde el sujeto es sacado de su contexto y globalizado, pasando a ser considerado objeto aséptico de consumo e intervención.

En este sentido, en Uruguay, el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) representó un importante avance hacia la consolidación de un modelo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), garantizando un derecho humano fundamental. Aún teniendo en cuenta los avances que se han logrado, debido a las representaciones sociales y lo

consolidado del sistema hegemónico, con sus significaciones sobre salud y enfermedad, se continúa fortaleciendo la mirada biomédica.

Reconocemos que la APS, es un paso hacia el cambio de paradigma desde lo hospitalocéntrico a lo comunitario. Sin embargo, para la construcción de un concepto de salud integral se deben incluir otras dimensiones además de la sanitaria. Entre ellas, las condiciones materiales de vida, la distribución de la riqueza y el acceso a los bienes culturales.

En la misma dirección, la crisis producida por el Covid 19, ha servido de catalizador de procesos de fragmentación del campo social, donde se imponen con mayor crueldad las lógicas neoliberales sobre los avances en la equidad y distribución de la riqueza. Esta crisis global, en nuestro país, aumenta su impacto en el marco de un cambio de gobierno¹ que desarrolla acciones que favorecen la precarización del trabajo, el aumento de políticas represivas y de control social que implican el repliegue del Estado, en tanto protector y garante de los derechos de los ciudadanos/as. Pasando a cumplir un rol de gestión, des-comprometido con el desarrollo integral de la sociedad.

La salud en general y los procesos de patologización y medicalización en particular, están estrechamente ligados al devenir del contexto socio-histórico-político. Es por esto, que se hace necesario contextualizar las políticas del Estado para comprender el impacto en la vida cotidiana de las personas y sus consecuencias en la calidad de vida.

Podemos ver que en las sociedades actuales los grupos de poder hegemónico, se solapan en las estructuras del Estado o de organizaciones no gubernamentales, prevaleciendo al momento de la toma de decisiones e incluso en la metodología aplicada. Por eso insistimos que en un proceso de transformación se debe introducir la polisemia del concepto de salud, que exige metodológicamente, incorporar la dialéctica entre los elementos que componen la realidad, contextualizando dicho proceso. En este sentido, el concepto de *determinantes sociales* en la salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) si bien implica un avance en superar la fragmentación de la realidad, resulta insuficiente.

En acuerdo con Luz Carmona (2020) el concepto de *determinación social*:

“Es un esfuerzo latinoamericano por construir una corriente de pensamiento que aborda la salud como un proceso, con lo cual de entrada lo coloca como producción, con contenido histórico y dinámico, es decir el

¹ El 1 de marzo de 2020 asume como presidente de la República Luis Lacalle Pou (Partido Nacional, Herrerismo).

proceso salud enfermedad en el marco de las relaciones entre acumulación-producción-poder”, (Carmona, L. 2020:3).

Esta concepción nos parece más adecuada a una perspectiva contrahegemónica, ya que introduce diferentes aspectos que dan cuenta de la complejidad y la estrecha relación entre los factores que constituyen el concepto de salud integral.

Retomando lo planteado por M. A. Moyses (2013), el concepto de salud sostenido desde el poder hegemónico, ofrece un modo de vida ideal, de felicidad plena y bienestar absoluto donde la sociedad termina siendo rehén de esa promesa. La concepción que predomina en la medicina actual, se vale de una serie de artilugios técnicos y discursivos para sostener esa posición de poder. En la misma línea, los medios de comunicación amplifican determinados discursos que refuerzan la posición del sistema, generando opinión sobre diversos temas, invisibilizando otros.

En el actual escenario, los profesionales tienen un rol protagónico en este proceso, en tanto por medio de su saber y sus prácticas pueden favorecer el desarrollo del modelo positivista biomédico, inhibiendo el avance de perspectivas dialógicas e interdisciplinarias.

Derivaciones

Los servicios de atención en salud se organizan para dar respuestas a las problemáticas derivadas desde la institución educativa. El dispositivo se organiza en base a la consulta individual, el diagnóstico, la medicación y la derivación. Las prácticas de derivación son habituales, existen protocolos que confunden lo interdisciplinario con la suma de disciplinas.

Generalmente, el profesional que deriva pierde toda referencia de la persona, se realizan informes sobre su vida sin tener en cuenta las consecuencias sobre su identidad y subjetividad. Por otra parte, en esta lógica priman criterios economicistas sobre los mejores intereses de la persona, sucede habitualmente que se deriva a los recursos disponibles y/o con criterios preestablecidos, sin una justificación clínica o terapéutica ajustada a la realidad del sujeto.

El avance de los tratamientos farmacológicos significa un importante logro para mejorar la calidad de vida de las personas, sin embargo, su extendido uso y el sobrediagnóstico en las problemáticas de las infancias, representa un gran desafío para no afectar negativamente su

desarrollo. Uno de los elementos centrales para garantizar su adecuado empleo, es el análisis de los datos estadísticos y epidemiológicos.

En este sentido, Uruguay ha sido reiteradamente observado por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Informes: 2005, 2010, 2015), por la falta de información sobre cifras relacionadas a la prescripción de psicofármacos, tanto en el ámbito público como privado, (INDDHH, 2019).

Si bien no se cuenta con un sistema de datos sistematizados, se puede concluir por diversas investigaciones y publicaciones, el aumento en los diagnósticos por problemas de conducta y aprendizaje y la consecuente prescripción de psicofármacos. Según un estudio, donde se consultaron a 608 familiares de niños/as atendidos en el Hospital Pereyra Rossel (principal centro pediátrico de referencia) el 8% de los niñas/os estaba siendo medicado con 74 psicofármacos distintos (Mastroianni et al., 2017). Según María Noel Miguez (2011) la medicalización de niños/as de escuelas de contexto crítico se estima entre un 15% y un 20% y se destaca el incremento de las derivaciones a la educación especial. Por otra parte, menciona que los niños/as cada día son medicados más tempranamente y con dosis más altas, lo que lleva a que pasen buena parte del horario escolar somnolientos y desganados. Otra de las estrategias es la reducción horaria, lo que redundará en que estén cada vez menos horas en la institución escolar, esta situación atenta contra el derecho a la educación y el desarrollo integral de los niños/as.

Recreando la clínica

El desarrollo de una clínica con perspectiva comunitaria implica adherir a un nuevo paradigma basado en los derechos humanos y en el reconocimiento de la complejidad de los procesos. Se reconoce al sujeto como parte del entramado social, actor protagónico y activo en la dialéctica salud-enfermedad. Con esta premisa y para poder actuar desde esta perspectiva, es imprescindible la creación de espacios de formación integrales donde los estudiantes, docentes, vecinos y organizaciones construyan las condiciones para el cuidado de la salud y un buen vivir.

Tal como plantea Sonnia Romero Gorski (1997) se busca un corrimiento del modelo médico, paternalista, autoritario que prescinde de la voz de los pacientes, a una posición dialógica, basada en el reconocimiento de los diferentes saberes, en donde las personas no dudan en cuestionar el saber médico. En este sentido, es condición sine qua non el establecimiento de

un vínculo de confianza, que no se apoya en la verdad del profesional, sino que se sostiene en el respeto por el saber del otro.

En la misma dirección surge el concepto de *derivación responsable* que según Paulo Amarante (2017), implica un acto clínico, donde el profesional se apoya en diferentes miradas de acompañamiento y reconocimiento del sujeto, en tanto asume la complejidad de la trama que constituye la relación clínica. En el caso de ser necesaria una derivación y mientras se consolida el nuevo vínculo terapéutico, el profesional tratante no pierde la referencia con la persona.

Desde nuestra experiencia, lo que observamos es como los niños/as en el ámbito escolar expresan en sus conductas, conflictos inherentes a una multiplicidad de causas: individuales, familiares y sociales; perspectiva que interpela los modelos de atención y asistencia hegemónicos. En épocas donde se registran crisis y mayores dificultades laborales y económicas, esta relación se hace más evidente.

Esta perspectiva no pretende trasladar las causas de estas problemáticas al ámbito social como única causalidad. Por el contrario, queremos destacar la diversidad de factores que interactúan. Es decir, no se puede desestimar la estructura y el funcionamiento biológico o psíquico, pero deben ser comprendidos en estrecha relación con los factores sociales, económicos, históricos y culturales.

Las problemáticas de aprendizaje en el sistema educativo responden a una diversidad de causas y realidades que limitan las posibilidades de las niñas/os y adolescentes para desarrollar su potencial. Frecuentemente, el sistema educativo y de salud enfrentan estas dificultades en forma compartimentada, depositando en ellos o sus familiares las causas.

Las respuestas del sistema educativo ante las diversas problemáticas, se basan principalmente en medidas disciplinarias. Cuando estas estrategias no logran revertir la situación, se recurre a las consultas externas, principalmente al sistema de salud que aborda la realidad de los niños/as y adolescentes, diagnosticando y medicando los síntomas como principal fórmula “terapéutica”.

El sistema educativo es un importante analizador que revela una trama compleja, donde se evidencian los cambios en nuestras sociedades, los efectos de las desigualdades y la inequidad, el avance de la medicalización de la sociedad, la inoperancia de las instituciones para dar respuesta a las nuevas subjetividades, los problemas en la formación y la elitización de la educación.

En este proceso se visualiza una especie de alianza “conspirativa” epistemológica entre el sistema de educación y de salud con la finalidad de expandir el modelo de patologización de la vida, sostenido uno en el otro a través de mecanismos de universalización de los procedimientos. Instituciones asociadas con el cuidado y en donde se deposita la confianza social para el mejoramiento de la calidad de vida, terminan siendo dinamizadoras del proceso de desigualdad social.

En los últimos años se observa que los mecanismos de respuesta para la mayoría de las problemáticas mencionadas se inician frecuentemente por la derivación al sistema de salud, orientado por un protocolo universal que en la mayoría de los casos no logra atender la singularidad y complejidad de estos procesos. Esta metodología aleja a los sistemas de salud y de educación, produciendo respuestas fragmentadas en la mayoría de las situaciones, (Romano, A. 2009).

En el marco del trabajo que venimos realizando en las escuelas y liceos, nos proponemos continuar el desarrollo e integración de la salud comunitaria con el sistema educativo. Esta propuesta se fundamenta en que los problemas vinculados a los procesos de enseñanza-aprendizaje y conductuales en las infancias, son multicausales y resultan en un entramado complejo de difícil resolución, (Montobbio, A. 2013).

Aprendizaje en territorio

La propuesta de formación de la que damos cuenta en el artículo se vincula al proceso de construcción del Núcleo Interdisciplinario de Clínica Comunitaria en el Programa APEX.

El desafío de la formación en el campo de la clínica en salud comunitaria, implica reconocer la existencia de los múltiples intereses en juego; la deconstrucción de las propias disciplinas, históricamente construidas desde la fragmentación del conocimiento y pensar desde un nuevo campo deontológico en sintonía con una nueva concepción de salud.

Los problemas priorizados por el equipo docente y los estudiantes se construyen y negocian en conjunto con los actores no universitarios con los que se trabaja. La formación incluye espacios de discusión teóricos con énfasis en el estudio de autores latinoamericanos y espacios de prácticas pre-profesionales que se desarrollan en organizaciones de la zona. En estos espacios los estudiantes ensayan diversas estrategias de abordaje (singulares y originales) para los problemas que enfrenta la comunidad, incluyendo estrategias de trabajo, institucional, grupal, familiar y/o individual.

Uno de los temas priorizados por el núcleo refiere al estudio y abordaje de las problemáticas de las infancias y adolescencias en el campo de la educación. Se observa en la actualidad que la clínica tradicional tiende a quedar sujeta a un funcionamiento mercantilizado, donde se limitan los abordajes de las problemáticas a la aplicación de protocolos homogeneizantes que reducen la capacidad del encuentro, irremplazable en la construcción del vínculo terapéutico sanador.

Como docentes de la UdelaR, nos proponemos contribuir desde una visión integral de la salud a la construcción de una clínica comunitaria que atienda en forma contextualizada las problemáticas emergentes de la coyuntura. Como premisa general, entendemos que el desarrollo de una praxis no se despliega por fuera de la concepción y modo de entender el mundo en general y de su realidad concreta en particular. Desde esta convicción, buscamos problematizar la clínica, priorizando los elementos coyunturales e históricos que nos conducen a pensar y construir una clínica que denominamos, contextualizada y subjetivante, (Rodríguez Nebot, J. 2004).

Las acciones a desarrollar se realizan fundamentalmente en el ámbito escolar y liceal, se destaca la instalación de un dispositivo clínico comunitario, con perspectiva de integralidad de las funciones universitarias y defensa de los derechos humanos. Se realizan diagnósticos participativos, se utilizan diversas metodologías lúdicas, artístico-expresivas, corporales, entre otras.

La propuesta metodológica se fundamenta básicamente en las diferentes teorías del aprendizaje y el aporte de la pedagogía crítica. El objetivo que se propone es potenciar la capacidad crítica y de análisis, fomentando la participación comprometida de todos los actores involucrados.

Las actividades se trabajan en forma articuladas entre sí, con el propósito de generar un entretendido de acciones, el cual se nutre de forma germinal a lo largo del desarrollo del proceso. Suponen una estrategia para fortalecer la participación, un proceso continuo de circulación que potencia los intercambios colectivos y favorece la construcción de espacios de encuentro posibilitadores del cambio y la transformación social.

Se promueve un proceso de cooperación para identificar, compartir y lograr que los colectivos involucrados, asuman responsabilidades sobre la base de una ciudadanía activa y organizada en torno a acciones ligadas a actos creativos, basada en la “ética de la autonomía”, (Rebellato, J.L. 1997).

Los dispositivos clínicos comunitarios para abordar las principales problemáticas detectadas, a partir del diálogo, promueven la construcción de nuevas formas de ser/estar con otros, habilitando el reconocimiento del Otro y su diversidad.

En suma, desde este lugar las acciones a desarrollar tienen como encuadre común: el trabajo en red; la articulación de actores y propuestas; la utilización de recursos expresivos y artísticos-creativo, una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial; el trabajo conjunto con la comunidad y el diálogo de saberes, la participación en la toma de decisiones y la integralidad de funciones universitarias.

Reflexión final

Como planteamos al inicio del artículo, se trata de una introducción al desafío y complejidad que implica el desarrollo de una propuesta de formación y abordajes, desde una perspectiva de salud comunitaria en un programa de extensión universitaria. En este mismo sentido, buscamos establecer los primeros nexos teóricos referenciales que van constituyendo una mirada contrahegemónica al sistema imperante.

Estas consideraciones teóricas, tensionan nuestras prácticas en tanto, en el ejercicio de la profesión, surgen dilemas éticos. Nos volvemos rehenes del sistema, necesitamos trabajar y por eso reproducimos las prácticas hegemónicas signadas por el juego del saber/poder. Por otro lado, el factor económico también determina los modos de atención y las posibilidades de acceso a recursos solo accesibles para los que más tienen.

El sistema capitalista en su proceso de mercantilización de la vida, ve en las infancias una nueva oportunidad de extender sus lógicas de control y dominación sobre los cuerpos y la subjetividad. Hace de la salud y la educación productos de comercio, con valor en el mercado, inaccesibles para la mayoría de la población.

Esta lógica, marca la cotidianeidad, limita la autonomía y la libertad de las personas y hace de los eventos de la vida hechos patológicos posibles de ser tratados por la industria médica-farmacológica. Con este objetivo, imprime etiquetas y elabora categorías que se constituyen en verdades incuestionables.

En la práctica, lo que se observa es que hay una supremacía de la perspectiva neoliberal en las organizaciones del Estado y el poder político afín a esta concepción, que influye en la toma de decisiones, la realización de diagnósticos y el análisis de las causas y sus posibles

soluciones. Desestima la dinámica entre los diferentes actores y componentes de la sociedad, haciendo primar los intereses corporativos sobre los colectivos.

Para terminar, destacamos la importante influencia que tienen estas experiencias de formación en salud comunitaria, en la construcción de una subjetividad de los futuros profesionales/trabajadores de las áreas involucradas, donde su sensibilidad y ética se sostiene en la posibilidad de diálogo cierto con la comunidad y en la construcción de una conciencia social basada en los derechos de las personas.

Bibliografía

Amarante, P. (2017). Conferencia en el Programa APEX-UdelaR: *Perspectiva y desarrollo de los nuevos dispositivos de abordaje en el campo de la salud mental*. Disponible en: <http://apex.edu.uy/wordpress/actividades/congresos/documentacion-seminario-internacional-desafios-de-la-salud-mental-en-uruguay-2017> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 25/3/2021

ANEP (2019). Informe por Categoría de Escuela. *En monitor educativo del CEIP*. Disponible en: <http://www.anep.edu.uy/monitorRepo/Documentos%202019/Informe%20Categor%C3%ADa%202019.pdf> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 2/4/2021

Arocena R. (2004). Las reformas de la educación superior y los problemas del desarrollo en América Latina. En *Educ. Soc., Campinas*, vol. 25, n. 88, p. 915-936, Especial - Out. 2004. ISSN 1678-4626. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/es/v25n88/a13v2588.pdf> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 10/11/19

APEX-Cerro (1998). *Resumen informativo con perspectiva evaluativa sobre el programa "Apex-Cerro"*. Disponible en: http://www.documentos.una.ac.cr/bitstream/handle/unadocs/8132/Perspectiva%20evaluativa%20sobre%20el%20programa%20APEX-Cerro_Pablo%20Carlevaro.pdf?sequence=20&isAllowed=y FECHA DE CONSULTA ON-LINE 2/11/2019

Bralich, J. (2007). *La extensión universitaria en el Uruguay*. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el medio.

Carlevaro P. (2019). *La Universidad querida*. Fefmur.

Carmona L. D. (2020). La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. En *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 18, 2020, Universidad del Rosario. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 10/2/2021

INDDHH (2019). Informe final del Grupo de trabajo de Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. Disponible en: *Medicalización de la infancia_ctapa.pdf* FECHA DE CONSULTA ON LINE 25/11/21

INE (2011). *Censo poblacional de Uruguay*. Disponible en: <https://www.ine.gub.uy/censos-2011> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 10/2/2021

Ley Orgánica de la Universidad de la República (1958). Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/12549-1958/60> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 5/4/2021

Ley N° 18211 “Sistema Nacional Integrado de Salud” (2007). Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 10/4/21

Mastroianni, M, Ackermann, C, Speranza, N, y otros “Características del uso de psicofármacos en niños hospitalizados”. *Archivos de Pediatría del Uruguay* [en línea] 2017. Vol.88, no.3, pp.1-10

MIDES (2014). *Caracterización socioeconómica de las zonas de influencia de las Oficinas Territoriales de Montevideo*. Disponible en: <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/61676/1/caracterizacion-socioeconomica-de-las-zonas-de-influencia-de-las-oficinas-territoriales-de-montevideo.-2014.pdf>

Miguez, M.N. (2011). *Patologización de la Infancia en Uruguay*. Editora : Estudios sociológicos. Disponible en: PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA EN URUGUAY - Aportes críticos en clave interdisciplinar FECHA DE CONSULTA ON-LINE 24/4/21

Moyses, M. A.; Collares, C. A. (2013). Control y medicalización de las infancias. En *Desidades*, Año 1, N°1, diciembre 2013. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/v1/es_n1a02.pdf FECHA DE CONSULTA ON-LINE 20/4/21

Observatorio Territorio Uruguay (2021). *Informe Municipio A*. Disponible en: <https://otu.opp.gub.uy/perfiles/montevideo/municipio-a> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 28/4/21

OMS; (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud*. OMS.

Rebellato, José Luis. (2002). Horizontes de un paradigma emancipatorio: Su articulación con la práctica comunitaria. *Psicología para América Latina*. Disponible en :http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2002000100006&lng=pt&tlng=es FECHA DE CONSULTA ON-LINE 08/11/2019

Rebellato, José Luis (1996). Nuevos paradigmas éticos en el marco de una práctica social transformadora. En *Quehacer educativo*, N° 20, junio, separata, pp. 1-15, 1996 d.

Roca; D. (1918). *Manifiesto liminar de Córdoba*. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL004733.pdf> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 12/11/2021

Romano, A. (2011). Sobre los espacios de formación integral en la Universidad. Una perspectiva pedagógica. En *Cuadernos de Extensión 1*, “Integralidad: tensiones y perspectivas”. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio, Udelar.

Romero Gorski, S. (1997). *Cambios en la profesión médica*. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/art5.pdf> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 2/4/2021

Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. En *Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente-SP*, 1 25, n. 1, p. 20-38, jan./abr. 2014. Disponible en: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewFile/2743/2515> FECHA DE CONSULTA ON-LINE 11/3/2021

Licencia Creative Commons

Este artículo se distribuye bajo una Licencia CCReconocimiento SinObraDerivada 4.0 internacional.

