

El reconocimiento de la propia subjetividad como dimensión de la formación de profesionales de la salud

Por Carla Angelini

Carla Angelini. Licenciada en Trabajo Social - Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (UNC). Magíster en Género, Feminismos y Ciudadanía - Universidad Internacional de Andalucía, España (UNIA). Doctoranda en Ciencias de la Salud - Instituto Universitario Hospital Italiano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (IUHIBA). Integrante del Servicio de Trabajo Social del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. José Penna”, Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

En los escenarios cotidianos de actuación los/as profesionales de la salud acompañamos situaciones en las que el padecimiento, la desigualdad, la vulnerabilidad se expresan en cada sujeto, inscribiéndose en los cuerpos (Carballeda; 2008); es así que nuestras prácticas se orientan al cuidado de la salud de los/as usuarios/as de los servicios de los que formamos parte. La relación intersubjetiva entre los equipos de salud y los/as sujetos/as con quienes trabajamos van configurando representaciones y prácticas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención. Nuestro posicionamiento epistémico puede generar condiciones para fundar tanto procesos expulsivos como genuinos procesos de apropiación en términos de ampliación de autonomía y empoderamiento de los/as sujetos/as.

El posicionamiento epistémico referido debe acompañarse con espacios de reflexividad que permitan identificar las propias dimensiones subjetivas que se ponen en juego en ese encuentro, aunque en ocasiones pareciera que reconocerlas deslegitimaría la científicidad de las prácticas. Esta noción heredada de la ciencia positivista intenta reforzar aquellas ideas -que aún hoy circulan- acerca de la supuesta neutralidad y la “distancia óptima” que los/as profesionales deberíamos mantener en el ejercicio cotidiano.

De esta manera resulta imprescindible reflexionar acerca de la formación profesional y la necesidad de adoptar una perspectiva desde la integralidad que permita reconocer la interrelación entre las interacciones que tenemos con los/as sujetos/as que atendemos y los propios procesos subjetivos -como emociones y sensaciones- que se generan antes, durante y a partir de ellas. En este sentido, ¿cómo contribuir a la formación de profesionales que se habiliten a reconocer la dimensión subjetiva como constitutiva de su práctica profesional?, ¿cómo propiciar encuentros de saberes y sentires que permitan espacios construidos desde la flexibilidad, resignificando esas asimetrías de poder heredadas?

Desarrollo

Para comenzar a pensar el tema de la formación de los/as profesionales de la salud es necesario

introducir la discusión acerca del poder en el campo de la salud, debiendo considerar las relaciones asimétricas que históricamente han asumido formas desiguales en la distribución del poder. Acosta (2014) trae a consideración los aportes foucaultianos acerca de la microfísica del poder y del conocimiento que revela las conexiones que se trazan entre el discurso médico y el poder sobre el cuerpo y sobre la vida. Esas relaciones se constituyen como dispositivos que tienden a garantizar una hegemonía científico-ideológica en dispositivos, servicios e instituciones de salud. La objetividad de las prácticas, entendida como neutralidad o “negación” de la subjetividad de la ciencia -y por lo tanto de la práctica profesional-, emerge como una de las cristalizaciones de esa hegemonía.

Históricamente, y en consonancia con el modelo biomédico como hegemonía en el campo de la salud, se han construido una serie de representaciones simbólicas que han distorsionado lo que significa la salud como una de las dimensiones de la vida. Se puso énfasis en los costos de la atención de salud con una visión de productividad y eficiencia, con un claro posicionamiento ideológico centrado en lo utilitarista - individualista (González y Sosa; 2010). Este recrudescimiento médico centrista refuerza el uso de la tecnología como la gran panacea a los problemas socio sanitarios, fortaleciéndose los modelos curativistas, los cuales sientan las bases para un determinado modelo en torno al posicionamiento del equipo de salud.

Este reduccionismo ha obviado otras dimensiones de la producción social de la salud: los/as sujetos/as (usuarios/as y profesionales) y su mundo de acción y significados, por lo que en ese contexto, el espacio de encuentro entre equipo y usuarios/as se limita al examen físico y el desarrollo de un interrogatorio en términos de recuperar dolencias orgánicas. En algún punto esto reproduce la atención fragmentada de una misma situación, inclusive en algunas ocasiones aparece cierto temor a hacer preguntas si se comprende que la respuesta excede el campo disciplinar al que se pertenece o al saber especializado que se tiene. Por ejemplo, en situaciones de violencia de género atendidas por el Servicio de Traumatología, algunos profesionales explícitamente han manifestado que “no se animan a preguntar por miedo a lo que digan las pacientes”. Ese “no saber qué hacer” responde únicamente a un hacer ligado a un conocimiento científico totalmente desligado de la espontaneidad (o al campo de la subjetividad).

Esto plantea un desafío en términos de formación en la medida en que, en palabras de Almeida Filho (2006),

“la estrategia metodológica capaz de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos de salud no se resume a miradas múltiples cohabitando o coexistiendo en un campo científico dado, sino que es preciso descubrir la unidad en esa inmensa diversidad compleja de objetos, miradores y miradas” (p.137).

La formación de profesionales en esta perspectiva conlleva el desafío de comprender la integralidad de la realidad y, por lo tanto, la necesidad del trabajo transdisciplinario, que no sólo se orienta a abordar situaciones de manera más integral sino también reconoce el trabajo intersubjetivo entre compañeros/as, que resulta fundamental como sostén para “aliviar” aquello que moviliza en cada uno/a estas situaciones que se trabajan en conjunto.

Personas con situaciones de salud-enfermedad crónica que vemos todos los días pueden provocar cansancio; acompañar a familiares de personas en situación de últimos días puede generar angustia... el punto está en reconocer que las situaciones que trabajamos movilizan, sensibilizan y que esos sentires son parte constitutiva de la actuación profesional en la medida en que condicionan el encuentro con ese/a otro/a.

Entre esos sentires también podemos identificar algunos malestares que suelen generar las consultas indebidas -“que no son de salud”- a las guardias o las consultas. Es habitual escuchar que las personas concurren a la consulta médica bajo lo que suele denominarse “excusa somática” (Coppolillo, 2013), dado que el verdadero motivo por el que concurren es un malestar relacionado con otras dimensiones de su vida (espirituales, psicológicas, familiares, laborales, etc.) y no estrictamente orgánicas, como se esperaría desde visiones tradicionales de salud.

¿Será por eso que Francisco Maglio (1996) planteaba:

“herederos del dualismo cartesiano mente y cuerpo, nos constituimos en “plomeros del cuerpo” antes que médicos de la persona; ésta necesita algo más que remedios y aparatos, nos necesita a nosotros como persona-médico y en esta relación la palabra es fundamental”?

Y es aquí que las prácticas y discursos dominantes en este campo, más que abrir espacios de encuentro con los/as sujetos/as, obturan procesos de salud-enfermedad-atención. En este punto, comprender las diferentes dimensiones que constituyen esos procesos sólo sería posible si se comienza a incorporar la lógica de la complejidad como base de la formación de los/as profesionales.

La Medicina Social ha logrado ir haciendo algunas rupturas con estas lógicas hegemónicas, proponiéndose recuperar una redefinición de la subjetividad en torno a una concepción dialéctica e intersubjetiva que integre el carácter coconstitutivo de los otros en la definición de las identidades individuales y colectivas (Di Leo, 2009). En un proceso que necesariamente es tanto teórico como práctico, epistémico como político, se propone desplazar los sentidos actualmente hegemónicos hacia -según Francisco Di Leo (2009)- una *(re)conceptualización de la subjetividad como un proceso de identificación, nunca cerrado, en el que ocupan un lugar fundamental las relaciones cotidianas del sí mismo con los/as otros/as* (p.386).

Cuando consideramos los procesos educativos de profesionales de la salud podríamos pensar en aportes claves de Paulo Freire (1975) para dimensionar el diálogo y sus alcances, refiriéndose a ese encuentro que solidariza la reflexión y la acción de sus sujetos/as orientado a transformar la realidad. Parafraseando a Matías Mattalini (2013) -quien analiza el pensamiento del educador brasileño-, el diálogo es una invitación para poner en juego saberes y sentires revisando creencias y posiciones para poder buscar horizontal y fraternalmente nuevos caminos para transitar. Dichos encuentros dialógicos, por lo tanto, están signados necesariamente por dimensiones senti-pensantes que no pueden fragmentarse.

En este sentido, recupero el planteo de Mercedes Nieto (2017), quien propone hablar de “cercanía óptima”, resignificando esa asimetría de poder. Para ello, nos dice que el equipo debe presentar cierta *“disponibilidad para construir cercanías distintas, móviles, sin aferrarse a un modo de relacionarse, consciente de la permeabilidad que genera el encuentro”* (p.3). Esa “permeabilidad” de la que habla Nieto (2017) nos invita a pensar en, al menos, dos cuestiones articuladas: cuestionar la hegemonía del saber científico, con lo que esto implica (en términos de flexibilizar las metodologías de actuación e investigación -categorías estancas, sin resignificación práxica- y en consecuencia, o paralelamente, reconocer la existencia de saberes, creencias y sentires que dan cuenta de comprender de otras formas el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Entonces, ese posicionamiento fundaría las bases para que el equipo de salud pueda propiciar procesos de apropiación de los espacios y lógicas de atención por parte de los/as sujetos/as de apoderamiento, de ampliación de la autonomía.

Podríamos plantear, siguiendo a Di Leo (2009), que estamos hablando de la necesidad de generar un proceso dialéctico y político en el que los/as sujetos/as van apropiándose reflexivamente de saberes -y sentires- y con ellos resignificando y/o transformando sus condiciones objetivas y subjetivas de vida. En lo cotidiano, asistimos a situaciones en los que una palabra e inclusive algún gesto o mirada habilita el espacio para contar alguna historia o hacer algún comentario que, de otra manera, no hubiera sucedido.

Conclusiones

El desafío está en comprender las subjetividades desde la lógica de la complejidad, de manera tal de superar las definiciones esencialistas y dualistas de los/as sujetos/as, abriéndola a la dinámica entre las condiciones socio-estructurales y personales. La habilitación epistémica de la que hablamos tiene que ver con reconocernos seres complejos y en constante interacción con otros/as que tienen sus propias complejidades. Registrar saberes y sentires como dimensiones constitutivas de las actuaciones profesionales propicia la resignificación de las relaciones de poder históricamente heredadas, ligadas a la idea de neutralidad y superioridad del conocimiento científico. La intención es poder pensar en las condiciones necesarias para generar una genuina *ecología de saberes y sentires*, siguiendo a de Sousa Santos (2010), que implique un ejercicio epistemológico que reconozca la pluralidad de saberes y sentires heterogéneos y la articulación dinámica entre ellos.

Bibliografía

ACOSTA MARÍA CECILIA. 2014. Procesos de asimetría y salud mental: contribuciones acerca de lógicas en tensión. De prácticas y Discursos. Biblioteca CLACSO. Buenos Aires.

ALMEIDA-FILHO NAOMAR. 2006. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Revista de Salud Colectiva. Lanús.

CARBALLEDA ALFREDO. 2008. Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de exclusión y desencanto. Paidós. Buenos Aires.

COPPOLILLO FERNANDO. 2013. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar y General. UBA. Buenos Aires.

DE SOUSA SANTOS BOAVENTURA. 2010. Descolonizar el saber, reinventar el poder. Trilce Extensión Universitaria. Montevideo.

DI LEO FRANCISCO. 2009. La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. Revista de Salud Colectiva. Lanús.

FREIRE PAULO. 1975. Pedagogía del Oprimido. 14° ed. Siglo XXI. Buenos Aires.

GONZÁLEZ MARÍA CRISTINA Y SOSA GUILLERMO. 2010. Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate. Revista Salus. Bárbula.

MAGLIO FRANCISCO. 1996. Ética frente al paciente crítico. Alcegaon.

MATTALINI MATÍAS. 2013. Revolución, diálogo y liberación: Una pedagogía de la libertad y la esperanza que aún hoy puede decir su palabra. Revista FAIA. Buenos Aires.

NIETO MERCEDES. 2017. Sobre el concepto de cercanía óptima. Revista Margen