

## GT 5: “*Cultura, Educación y Salud: Aportes a pensar la intervención profesional*”

<sup>1</sup>Lic. Sofía Almeida

<sup>2</sup>Lic. Vanesa Rodríguez Sosa.

### **Introducción:**

La siguiente ponencia tiene por finalidad pensar la intervención profesional teniendo en cuenta a la educación como herramienta disciplinar. En este sentido, consideramos importante señalar que la Educación es entendida aquí, como una acción intencional de un sujeto que se propone producir en otros algunos aprendizajes<sup>3</sup>. Que de acuerdo a cuál fuera su perspectiva teórico- política dependerá si esa intervención se orientará a modificar o ratificar el orden social establecido.

Que la educación, en palabras de Freire, puede llevarse a cabo en cualquier espacio- tiempo determinado, no necesariamente debe pensarse desde una institución escolar propiamente dicha. Que para que una situación educativa pueda considerarse como tal es necesaria la presencia de sujetos partícipes de ese hecho social: el educador y el educando. Que estos roles, también tendrán su impronta de acuerdo a la perspectiva del educador. Que a esta perspectiva Freire la llamará direccionalidad política de la situación educativa y está relacionada con la propia visión de mundo del educador, el horizonte que moviliza su quehacer profesional. Que para que una situación educativa pueda llevarse a cabo es necesaria la existencia de elementos cognoscibles, contenidos a ser trabajados. Argumedo por su parte, agregará que toda situación educativa se lleva a cabo en una situación de comunicación y que es en esta situación donde se ponen en juego representaciones y/o lugares sociales que condicionan el encuentro educativo. La categoría necesidad, también es central para pensar la experiencia, en tanto el trabajo social interviene en aquellas situaciones que emergen de la conflictividad entre capital y trabajo, en las dificultades que se le presentan a las personas para la reproducción de su vida cotidiana. Pero, siguiendo la categorización realizada por Agnes Helles, en relación con las necesidades, nos interesa recuperar para la realización de este trabajo, la

- 
- 1 Lic. en Trabajo Social (UNLP), docente de la Cátedra “Teoría de la Educación y Metodología del Aprendizaje” de la UNLP, JTP interino; con antecedentes de trabajo en el CAPS del barrio “El Parque” de la municipalidad de Fcio. Varela, donde trabajó durante 8 años en el Servicio Social y fue Referente seleccionada por concurso interno municipal. Actualmente se desempeña como Perito Asistente Social en la Delegación de Sanidad del Poder Judicial, Departamento Judicial de Lomas de Zamora.
  - 2 Lic. en Trabajo Social (UNLP), docente de la Cátedra “Teoría de la Educación y Metodología del Aprendizaje”, con antecedentes de inserción laboral en un CAPS del barrio “Carolina II” de la Municipalidad de Fcio. Varela, a cargo del Servicio Social, seleccionada Referente del Centro de Salud por concurso interno municipal y Jefe por concurso provincial, cargo en cual continúa.
  - 3 Argumedo, Manuel. El trabajador social como educador. Cap. I, II y IV. Tesis de Maestría

dimensión no material de las necesidades, ya que nos permite encuadrar a las representaciones como el espacio en donde la educación va a intervenir. Estas representaciones operan como organizadoras de la vida cotidiana de los sujetos, dando sentido a sus prácticas y formas de mirar el mundo.

José Luis Rebelatto, nos aporta el concepto de choque cultural, para identificar esa sensación de contradicción con la que nos encontramos en el momento de nuestra práctica profesional. Contradicción mediada por las formas de mirar el mundo, consciencia de clase, historias personales diferentes a los sujetos de nuestra práctica. Del ocultamiento de esta contradicción, alerta el autor, devienen necesariamente prácticas, que ubican al trabajador social como colonizador o no directivo. En el primer caso, la intervención profesional se “disfraza” de omnipotencia, negando la potencialidad de los sectores subalternos y sus saberes sobre la realidad particular que transitan cotidianamente. El trabajador social, en este sentido, argumentando que las visión de mundo de los sujetos de las clases subalternas está únicamente teñida por la ideología de la clase dominante, se atribuye la capacidad de develar la realidad ya digerida. En contrapartida, el trabajador social no-directivo, desde una mirada romántica de la profesión, supone que los sectores subalternos poseen el saber absoluto acerca de la realidad vivida cotidianamente, tomando esta mirada como una verdad incuestionable. Estas dos maneras, de concebir la profesión distorsionadamente, no hacen más que profundizar y reproducir el orden social dominante, la desigualdad y la exclusión característicos del sistema capitalista.

Rebelatto, va a exponer que la superación de esta contradicción sólo es posible a través de la autorreflexión y la rigurosidad teórico- metodológica, que permite reconocer la distancia cultural entre los profesionales y los sujetos con los cuales trabajamos. Reconocer saberes diferenciados en cuanto formas de interpretar el mundo e intervenir activamente en él.

Estos planteos teóricos permitien pensar y re- pensar a la cultura y la educación en el desarrollo de actividades artísticas desde una perspectiva integral de la salud en la particularidad de una práctica profesional dentro de un Equipo de Salud de un CAPS del Conubarno Bonaerense.

### **Definiendo algunas categorís centrales**

Partimos de comprender la categoría SALUD como un proceso, como un espacio de lucha permanente por conquistarla, reconociendo que este proceso se encuentra condicionado por atravesamientos económicos, sociales, políticos y culturales que hacen que no todas las personas gocen de buena salud de manera igualitaria. Es decir, que de acuerdo al grupo social de pertenencia una persona enfermará o morirá de manera diferenciada.

De qué manera vincular la categoría CULTURA para pensar la salud? Entendemos por el concepto,

todas aquellas formas de pensar y vivir de las personas en un momento histórico y social determinado que contempla el sentir, pensar y organizar la vida cotidiana, produciendo prácticas particulares. En este análisis no podemos dejar de lado nuestra apropiación con la categoría, producto de trayectorias formativas que permiten comprender y construir mediaciones conceptuales que nos ofrecen miradas sobre la realidad que marcan nuestra intervención profesional.

Por tanto, los aportes de Gramsci, son indispensables desde la perspectiva asumida para comprender de qué manera opera la cultura en la conquista de la salud de las comunidades. El autor mencionado va a plantear que la cultura son aquellas formas de pensar el mundo de los hombres que posee elementos del sentido común y el folclore que son impuestos por un bloque dominante a través de la coerción y el consenso. La hegemonía detentada por los sectores dominantes, se encuentra amenazada permanentemente frente a la organización y construcción de un sentido propio que pone en tensión las ideas dominantes por partes de los sectores subalternos. Es en este sentido, Gramsci plantea que es necesaria la organización de los sectores subalternos a través de la construcción de una pedagogía para la formación de un nuevo bloque histórico, que procure la apropiación del poder y la construcción de una nueva hegemonía. La categoría de **intelectual orgánico**, bien construida por Gramsci, nos permite pensar a aquellos sujetos pertenecientes a la clase, que viabilizan y cooperan en la construcción y organización de un nuevo sentido emancipador y en tal sentido, pensar al trabajador social en esa relación asumiéndose como intelectual orgánico, involucra el desafío de reconocerse orgánico a los sectores hegemónicos o a los sectores subalternos, en un contexto en permanente tensión. Dirección política y dirección cultural son prácticas necesarias y complementarias para pensar la inserción profesional y las contribuciones que desde ella pueden realizarse potenciando u obturando, de acuerdo al horizonte político al que se adscriba, procesos de emancipación.

Son interesantes los aportes de Galende, para pensar de qué manera se construye la subjetividad en relación a la salud, la enfermedad y la representación del propio cuerpo. El Modelo Médico Hegemónico ha imperado desde la Modernidad atribuyendo a la ciencia la necesidad de fragmentar los cuerpos para su estudio y tratamiento, anclar representaciones centradas en lo biológico, des-historizando la producción de la enfermedad alejada de todo condicionamiento: *“Suelen creer algunos médicos que debe des-sujetivarse ese cuerpo para captar en su esencia lo biológico, lo cual consiste en des- historizarlo de sus relaciones múltiples con el otro y con la experiencia existencial del mismo sujeto.”*(pag- 125)

### **Salud, educación y cultura desde las experiencias contrahegemónicas**

Consideramos que existen multiplicidad de experiencias que fueron reveladoras en tanto

aportan y aportaron a la construcción de un **contra- sentido**, que permitieron y permiten pensar la salud y su conquista desde concepciones contrahegemónicas, cuestionando el “deber ser” profesional e institucional, dando lugar a la construcción de sujetos activos y protagónicos de su propia historia.

Esta mirada sobre la salud, no es casual, sino que en la mayor parte de las experiencias, se desarrollan en un contexto social y político de movilización social y cuestionamiento en nuestro país. Es en la década del 70, producto de una realidad mundial que interpelaba el orden capitalista y permitía alimentar la utopía de transformar una realidad librada de opresión y en el proceso post 2001 cuya crisis fue generadora de nuevas propuestas superadoas.

E la década del 70 parte de los colectivos profesionales, comenzaron a cuestionar los paradigmas que dieron origen a cada disciplina- para el trabajo social este proceso se había iniciado en la década del 60 y dio origen a la Reconceptualización-, construyendo nuevas formas de intervención y abordaje de la enfermedad. Resulta interesante pensar estrategias instituyentes para la atención de enfermedades mentales, donde el silencio era el criterio para su atención. Hace su irrupción la expresión artística desde lo más genuino de la subjetividad en un intento de superación de la catarsis. Es así, que los médicos psiquiatras del Htal Borda, piensan que el arte y, principalmente, la creatividad, permiten avanzar en el proceso terapéutico a medida que se evoluciona, artísticamente, llegando, en algunos casos, a las desmedicalización del paciente psiquiátrico y su tratamiento ambulatorio. Las artes plásticas, en éste sentido, patrimonio casi exclusivo de un determinado grupo social se convierten en medio para el tratamiento del “loco”, aquel sujeto que atemoriza a la sociedad, que hay que aislar, esconder. A comienzos de los años 2000, la experiencia de Cine en Movimiento, también fue clarificadora para pensar el arte como un hecho que permite la transformación. Apropiarse de una forma de “decir” que no es propia de los sectores populares, de expresar, denunciar y resistir a las miradas que los otros ponen sobre los jóvenes, que estigmatizan y excluyen.

Nos parece importante destacar, que todas y cada una de estas estrategias son un medio y no un fin en sí mismo, con un claro horizonte que nos permite pensar hacia donde queremos caminar, que sociedad pretendemos construir y qué práctica profesional queremos realizar, dándonos lugar al cuestionamiento constante que implica la coherencia entre el decir y el hacer, y direccionar la práctica como intervención consciente.

Ahora bien, ¿de qué manera, lo relatado permite pensar la realidad en el CAPS donde nos desempeñamos profesionalmente? En el CAPS de Carolina II, del Municipio de Florencio Varela, desde hace algún tiempo el equipo de salud comenzó a repensar la APS. Se plantea como desafío, el intento de comenzar a construir colectivamente una concepción de salud desde una mirada

integral, contrastando las formas diferentes de pensar la salud desde la propia construcción disciplinar que imprime sentido a nuestras prácticas profesionales. Tarea un tanto compleja que supone la interpelación de nuestras propias representaciones con la cuáles justificamos nuestro quehacer profesional cotidianamente. Entender que la salud no se reduce a comprenderla desde una perspectiva biologicista y mecánica, en tanto, órgano que enferma/ tratamiento; sino que es necesario comprender que lo que se enferma no es un cuerpo sino un sujeto que padece y siente. La salud, entonces, no es sólo No- enfermar, la salud también es re -crearse, construir vínculos que nos potencian y nos generan expectativas, es fortalecer los lazos en la comunidad donde vivo, es decidir, representarme y también involucrarse.

Desde esa perspectiva nos encontramos en la búsqueda por generar nuevos procesos, proyectar formas de intervención ancladas en la prevención y en la potenciación de aspectos positivos que se encuentran invisibilizados en contextos de extrema vulneración de derechos. Así, en articulación con otros equipos profesionales hemos desarrollado una propuesta de intervención integral sobre los pacientes diabéticos que involucraba desde el fortalecimiento de la subjetividad, el reconocimiento en un otro que comparte una realidad similar y la incorporación de los afectos cercanos como red de sostén necesaria para sobrellevar el tratamiento de una enfermedad crónica. Se enmarca esta estrategia en lo que consideramos una propuesta de intervención educativa desde el trabajo social en tanto a los aspectos afectivos y vinculares sumamos el aprendizaje de elementos fundamentales para comprender aspectos médicos de la enfermedad que facilitaron la relación y comunicación entre médico-paciente, como aspectos organizativos que se proponían trabajar estrategias de resolución colectiva a la satisfacción de necesidades materiales (alimentación, acceso a cremas para el cuidado de la piel, espacios para la realización de actividad física). El movimiento respecto de la representación de las personas padecientes de la enfermedad de “pacientes”, inactivos, solitarios, a formar parte de un colectivo tuvo un impacto positivo en la subjetividad de quienes participaron del proceso, así como sobre la mejora de sus condiciones clínicas. Fue el trabajo sobre las representaciones sociales, sobre sus autorepresentaciones y el fortalecimiento de los lazos colectivos que contribuyó en la modificación de hábitos de vida que impactaron de modo positivo sobre el tratamiento.

En la misma línea de trabajo, con posterioridad se desarrolló una experiencia articulada entre 3 Centros de Salud, con adolescentes, usando el arte como medio para el fortalecimiento de una identidad positiva. En articulación con escuelas cercanas a los centros de salud se conformaron grupos con los que se utilizaron la fotografía, la literatura y la plástica como medios para canalizar los intereses y expresiones de los jóvenes.

Transitar esas experiencias no es un proceso sencillo, por las tensiones políticas que se suscitan, las

contradicciones y debates entre los propios equipos profesionales que resisten los cambios y por las dificultades materiales concretas que obstaculizan su continuidad. Además estas prácticas que movilizan a los sujetos, que los posicionan como sujetos activos, producen por parte de estos procesos de interpelación hacia los profesionales y hacia la falta de respuesta de las políticas institucionales. Generan procesos de ruptura y de resistencias como un efecto inevitable del encuentro del individuo con el colectivo.

Producir prácticas transformadoras, superadoras de la alienación imperante implica reconocer también las limitaciones y obstáculos que el Sistema de Salud actual presenta para superar una intervención anclada en la atención de lo urgente. Como Galende muy bien dice, *“cada Gobierno, como parte del problema de la Deuda Externa y las negociaciones financieras a que ésta da lugar, termina acordando con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional, no sólo los recursos económicos que cada país puede destinar a la atención de la salud sino también cuáles son las políticas que deben seguirse.”* (pag 141) Y como este autor bien plantea en su texto la instauración de una concepción mercantilista, lleva a desvalorizar la promoción y prevención de la salud priorizando una jerarquización de la medicina especializada y del alta complejidad.

La realidad que atraviesan los CAPS del Municipio de Florencio Varela no es ajena a la que atraviesa la Salud Pública en cualquier punto de nuestro país. Crisis sanitaria que se traduce, en escasez de recursos imprescindibles para la atención de la salud (vacunas, gasas, vendas, medicación, entre otros.), falta de profesionales, precarización de la planta profesional del municipio, contratos precarios e inestabilidad laboral. Esta realidad particular impacta negativamente en la atención de la salud de la población reduciéndola a la atención de la demanda concreta (atención de la patología) y controles de niños sanos menores de 6 años.

La intervención profesional (desde cualquier disciplina en el marco de la atención de la salud) reduce sus márgenes de acción, dejando de lado en la mayoría de las situaciones, acciones tendientes a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades en la comunidad encuadrada en el área programática establecida.

Cuestionando este instituido, parte del equipo de salud de Carolina II, comienza a pensar formas de intervención, que permitan superar la alienación reinante propia de una práctica rutinaria e inconsciente y potenciar la construcción de sentido, tanto al interior como hacia el afuera del CAPS, a nivel comunitario.

Por lo expuesto y a modo de síntesis, nos parece oportuno señalar que la Cultura es el campo propicio para modificar representaciones que nos ningunean cotidianamente. Representaciones impuestas por sectores que pretenden mantener un determinado orden social, instalando una visión

de mundo que naturaliza las formas de dominación vigentes. En términos concretos de pensar la salud, este modo de ver la realidad, fragmenta, deshumaniza, objetualiza, nos convierte en órganos, nos quita identidad y pertenencia; pero por sobre toda las cosas aliena nuestras prácticas, burocratizandolas, le resta sensibilidad por el sujeto que busca atención.

Por consiguiente, si sabemos que no es esto lo que se busca de la intervención, es necesario ser rigurosos teórica y políticamente, críticos con nuestra forma de ser-en-el-mundo, para acompañar y promover acciones que permitan, a los que padecen, ser protagonistas de su propia historia, en el camino de la emancipación.

### **Bibliografía**

- Argumedo, Manuel. **El trabajador social como educador.(capI, II yIV)** Formación profesional y educación. Tesis de Doctorado presentada al Programa de Estudios Posgraduados em Serviço Social, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, 2001.
- Galende, Emiliano. **“Debate cultural y subjetividad en salud”**
- Heller, Agnes. **Sociología de la vida cotidiana.**
- Freire, Paulo. **El grito manso. “Elementos de la situación educativa”**. Siglo XXI editores
- Freire, Paulo. **Pedagogía del oprimido.** Siglo XXI editores, edición revisada 2008.
- Rebellato, José Luis. **Intelectual radical. “la contradicción en el trabajo de campo” y “Gramsci: transformación cultural y proyecto político”**. Coedición EXTENSIÓN-EPPAL-NORDAN., 2009