

Extensión, salud y discapacidad.

Aportes para su abordaje en extensión crítica con perspectiva decolonial

María Analía Valera | avalera@uncu.edu.ar | Universidad Nacional de Cuyo, Argentina¹

Andrea Cotar | admDOC13@gmail.com | Universidad Nacional de Cuyo, Argentina²

Recepción: 01/03/21

Aceptación final: 11/09/21

Resumen

El presente trabajo pretende contribuir en el abordaje de la discapacidad en el campo de la salud desde la extensión crítica, a partir de una perspectiva contra-hegemónica, asumiendo la salud en su dimensión social y entendiéndose como una construcción y un campo en disputa. Hablamos de disputa, en tanto se pone en juego la tensión entre diversas prácticas sociales que buscan la ampliación de derechos y la reducción de desigualdades frente a la omnipotencia del mercado y la medicalización de la vida, traducida en una dinámica en donde interactúa lo político, lo económico, lo social y también lo académico³. En este sentido Basile (2018) define al proceso de salud-enfermedad como un objeto históricamente

1 Lic. Trabajo Social. Esp. en Políticas para la Igualdad para AL. Diplomada en PSE. Estudiante del Profesorado y Referente de Prácticas Socioeducativas e Internacionalización en el Colegio Universitario Central. (UNCuyo). avalera@uncu.edu.ar

2 Prof. Terapeuta en Ortopedagogía y Maestranda en Lenguaje y Cognición. Nodocente del Colegio Universitario Central (UNCuyo), Docente de Apoyo a la Inclusión y Referente de PSE en la Escuela Carmen Vera Arenas. (UNCuyo). admDOC13@gmail.com

3 Tal como se esboza en la presentación del Dossier de la Revista E + E para esta publicación.

construido y determinado en cada sociedad, y atribuye al concepto mismo de enfermedad como dependiente también de la construcción sociocultural. Este artículo ha sido elaborado con los aportes de modelos latinoamericanos que marcan un horizonte en la praxis social, sanitaria y académica, desde una mirada sociocrítica e integral en la concepción y abordaje de la salud, y donde sus contenidos, metodología y ámbitos de aplicación, pueden considerarse convergentes y complementarios para una Agenda Latinoamericana Decolonial en el abordaje de la Salud hacia la Soberanía Sanitaria, y donde la extensión puede encuadrarse y nutrirse como proceso político (Cano, 2014), y no sólo como función sustantiva. La perspectiva propuesta abordará la discapacidad como “algo que se construye a diario en las relaciones sociales entre las personas, en las decisiones que tomamos, en las actitudes que asumimos, en la manera que pensamos, construimos y estructuramos el entorno físico, social, cultural e ideológico en el que nos desenvolvemos” (Joly, 2007:1) y será presentada desde el análisis de una experiencia en extensión crítica realizada en los años 2018/19 entre dos escuelas y un instituto dedicado al abordaje del Trastorno del Espectro Autista (TEA), en Mendoza.

Palabras clave: extensión crítica, modelo social de la salud, decolonialidad, discapacidad

Summary

The present work aims to contribute to the approach to disability in the field of health from the critical extension, from a counter-hegemonic perspective, assuming health in its social dimension and understanding it as a construction and a field in dispute. We are talking about a dispute, as the tension between various social practices that seek the expansion of rights and the reduction of inequalities in the face of the omnipotence of the market and the medicalization of life is put into play, translated into a dynamic where the political interacts, the economic, the social and also the academic. In this sense, Basile (2018) defines the health-disease process as a historically constructed and determined object in each society, and attributes the concept of disease itself as also dependent on the sociocultural construction. This article has been prepared with the contributions of Latin American models that mark a horizon in social, health and academic praxis, from a socio-critical and integral perspective in the conception and approach of health, and where its contents, methodology and areas of application, They can be considered convergent and complementary for a Decolonial Latin American Agenda in the approach of Health towards Sanitary Sovereignty, and where Extension can be framed and nurtured as a political process (Cano, 2014), and not only as a substantive function. The proposed perspective will address disability as “something that is

built daily in the social relationships between people, in the decisions we make, in the attitudes we assume, in the way we think, construct and structure the physical, social, and cultural environment. and ideological in which we develop (Joly, 2007: 1) ”and will be presented from the analysis of an experience in critical extension carried out in 2018/19 between two schools and an institute dedicated to addressing ASD, in Mendoza.

Keywords: critical extension, social model of health, decoloniality, disability.

El presente trabajo pretende contribuir en el abordaje del campo de la salud en la extensión crítica, y específicamente en la discapacidad, desde una perspectiva decolonial y contra-hegemónica, asumiendo la salud en su dimensión social y entendiéndose como construcción y campo en disputa. Hablamos de disputa, en tanto se pone en juego la tensión entre diversas prácticas sociales que buscan la ampliación de derechos y la reducción de desigualdades frente a la omnipotencia del mercado y la medicalización de la vida, traducido en una dinámica donde interactúa lo político- económico-social y también lo académico.

En tanto construcción social, como dice Leila Guido (2014),⁴ la salud no está determinada solamente por la condición física de las personas, sino que es el resultado de las circunstancias en que viven y de las políticas públicas que promueve el estado. Por ello, estas últimas no sólo deben estar referidas a la atención de las enfermedades, sino al acceso a la educación, a los servicios básicos, a la cultura, entre otros. La dimensión social interpreta a la salud como un proceso, y define el proceso de salud-enfermedad como un objeto históricamente construido y determinado en cada sociedad, considerando al concepto mismo de enfermedad como dependiente también de la construcción sociocultural (Basile, 2018).

Entendiendo la salud como concepto polisémico, el artículo ha sido elaborado con los aportes de modelos autóctonos latinoamericanos, como es el caso de la “Medicina Social/Salud Colectiva” junto a la propuesta “Emancipadora Sur-Sur” correspondiente al Grupo de Trabajo de CLACSO, los que juntos marcan un horizonte en la praxis social y académica, desde una mirada sociocrítica e integral en la concepción y abordaje de la salud, y donde sus marcos y ámbitos de aplicación, pueden considerarse convergentes y complementarios, uno desde un tratamiento más territorial, y el otro, desde una dimensión de cooperación internacional.

En esa línea de trabajo, primeramente se caracterizará y analizará cada uno de los modelos de referencia y sus principales diferencias con otros de corte biologicista, para en un momento posterior, adentrarnos al tema de discapacidad. Finalmente se identificarán aportes para la construcción de una Agenda Latinoamericana en el abordaje de la Salud, donde la extensión crítica puede encuadrarse y nutrirse.

4 Ex ministra de salud de Nicaragua, especialista en salud pública, entrevistada por Lelia Jarquin para el Nuevo Diario de Managua, a raíz de su participación en el conversatorio “Determinantes Sociales de la Salud, Retos para su abordaje desde las Ciencias Sociales” realizado en la Universidad Centroamericana (UCA).

Acerca del Modelo latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva (MS/SC)

El modo de organización de una sociedad impacta en la salud y la enfermedad. Por eso, la salud es un construcción social, porque si no tengo comida, no tengo acceso a bienes, a la educación, si estoy sin trabajo, si soy vendedora ambulante, si vivo en un ambiente deteriorado donde las aguas negras circulan, si soy discriminada por mi color, porque soy indígena, porque soy mujer o discapacitada.....esas condiciones de vida constituyen mi salud (Guido, 2014).

La dimensión social de la salud ha surgido en nuestro continente hacia fines del siglo XX a partir de la corriente denominada “Medicina Social o Salud Colectiva” (MS/SC)⁵ delineada por académicos de distintos países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Venezuela y México) con trayectoria y militancia social (tal es el caso de Franco, Breilh, Nunes, Laurell y García, entre otros)⁶ en donde actores como la universidad, movimientos sociales y líderes políticos aportaron para visibilizar la desigual distribución de la enfermedad y los padecimientos según la posición que estos ocupaban en la estructura de la sociedad, oponiéndose a los modelos desarrollistas imperantes, al revertir éstos la tendencia redistributiva. Dicha perspectiva surge como respuesta a los contrastes hirientes entre los grandes avances y desarrollos de la ciencia, la acumulación económica y de poder, frente a situaciones cada vez más desiguales en los padecimientos y los deterioros de la salud en general, y del ecosistema (Breilh, 1999). La medicina social latinoamericana es considerada como un campo de conocimiento y práctica muy importante, pero poco conocida por quienes ejercen la medicina y la salud pública, y sobre todo para quienes no pueden acceder a las publicaciones escritas en español y/o portugués.

5 En casi todos los países de América Latina es conocida por Medicina Social salvo en Brasil donde se la denomina Salud Colectiva.

6 Jaime Breilh es un médico ecuatoriano con trayectoria en esta temática en numerosas universidades latinoamericanas, con más de 20 textos publicados. Saúl Franco, médico colombiano exiliado en México, reconocido por su tesis laureada, cuenta con más de cien columnas publicadas en el periódico El Espectador. Autor del libro “Por la salud social”. Otros referentes son Nunes de Brasil y Laurell de origen sueco con trayectoria académica- militante en México. Juan César García fue otro importante impulsor de este movimiento, coordinador de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., este médico argentino, formado en sociología en Chile, desarrolló desde 1966 hasta su muerte en 1984, importantes investigaciones y análisis sobre las ciencias sociales en medicina, los determinantes de clase social en los resultados de salud-enfermedad y las bases ideológicas de la discriminación contra los hispanos entre otras. García, junto con María Isabel Rodríguez, médica salvadoreña y exiliada después de ser decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, y Miguel Márquez, médico ecuatoriano, ambos funcionarios también de la OPS, dieron impulso a la medicina social latinoamericana con sus trabajos, y lograron el apoyo financiero de ese organismo para el desarrollo de investigaciones, reuniones científicas, publicación de libros y concesión de becas de formación.

La crítica a los modelos sanitaristas positivistas que se esgrimieron para explicar la salud humana y las condiciones saludables o destructivas del ambiente construido por el ser humano está presente en este movimiento latinoamericano de la Salud Colectiva. Según Franco (2016) la salud del pueblo es un objeto incuestionable de responsabilidad social; donde las condiciones económicas y sociales tienen un efecto importante.

Específicamente, en la década de los 70 se cristaliza la crisis del modelo tradicional de salud pública al no lograr definir un objeto epistemológico, reflejado en la dificultad para abordar los nuevos problemas según necesidades de cada sector social. Como respuesta a estos déficits, Breilh (2014) define a la MS/SC como un campo disciplinar complejo donde los objetos, saberes y prácticas son abordados desde distintas perspectivas epistémicas, lo cual permite incorporar las necesidades sociales de salud, de los grupos poblacionales y no simplemente los problemas de salud limitados a riesgos, agravios, enfermedades y muertes (Bertolozzi y Delatorre, 2012). Así “la presencia de las ciencias sociales y humanas (antropología, sociología, economía, política, historia, filosofía, ética, estética) se consolidó y se considera fundamental para la comprensión de los procesos de la vida, el trabajo, la enfermedad y la muerte, así como la atención y las relaciones profesionales con el paciente” (Nunes, 2006: 82).

La MS/SC se ha esforzado por delimitar y develar el componente ideológico contenido en el discurso determinista, reduccionista y mecanicista de la salud pública tradicional, y en sus prácticas sanitarias concretas, lo que ha significado una re-conceptualización de la medicina en la sociedad y una revisión del campo de la salud pública desafiando el movimiento hegemónico, al plantear la relación salud-enfermedad-sociedad como proceso complejo, histórico social y particular, determinado dialécticamente por la estructura social, económica y política del territorio donde se produce y se reproduce su conocimiento y su práctica (Casallas, 2017).

Por su parte Paim (2006)⁷, plantea que la Salud Colectiva enfrenta unos desafíos en el tránsito hacia el nuevo milenio, en función del redimensionamiento de su objeto, sus instrumentos y las actividades de trabajo, articulado con la totalidad social. Para Tajer (2003),⁸ el principal desafío de la corriente de la medicina social latinoamericana en el siglo XXI es la difusión de sus aportes a través del debate abierto de los nuevos y viejos problemas de salud, y la profundización del estudio, la movilización y la práctica de los temas históricos que ha promovido bajo el eje de la determinación social y económica de la salud de nuestros pueblos.

7 Médico brasileño experto en planificación y política de salud, referente del modelo de MS/SC.

8 Psicóloga y psicoanalista argentina. Profesora e investigadora de estudios de género de la Universidad de Buenos Aires, ex coordinadora General de ALAMES, miembro fundacional de la red de género y salud colectiva.

Finalmente y tal como se ha descrito en este capítulo acerca del origen de la MS/SC en América Latina, se ha configurado como campo de conocimiento y práctica contra-hegemónica y se mantiene en disputa con el paradigma dominante de la salud pública.

Análisis de la propuesta emancipadora de salud Sur-Sur en perspectiva decolonial

Este modelo⁹ se sustenta en una nueva epistemología de la salud internacional en clave geopolítica Sur Sur, el que va a servir como guía tanto a nivel regional latinoamericano y en las acciones de cooperación entre países, como a nivel nacional y local. Basado en un marco conceptual, metodológico y pragmático decolonial, se visualizan con claridad los aportes del modelo MS/SC, y se refuerza la distancia irreconciliable con los principios y prácticas eurocéntricas presentes en los modelos antecesores, como el panamericano denominado Salud Internacional Panamericana (SIP) y el liberal, llamado Salud Liberal Global (SLG).

La propuesta emancipadora Sur-Sur considera a la salud como bien público y derecho individual y social, posicionándose así, distante de posturas mercantilistas y de servicios. Su desarrollo se diferencia al tener en cuenta los intereses particulares de la región con base en las características de nuestro continente, alejándose de miradas ingenuas y acríticas, en lo concerniente al surgimiento y perpetuación de las desigualdades.

La salud internacional Sur-Sur busca problematizar las dimensiones presentes en los modelos SIP y SLG, a fin de construir nuevas bases de una geopolítica sanitaria emancipatoria. Para ello, sus tesis se basan sobre tres dimensiones que serán definidas por su contrario: la colonialidad del poder (Quijano, 1999); la teorización del desarrollo y su carácter reproductor de dependencia; y, la geopolítica Norte-Sur.

9 El análisis de este modelo se ha hecho en base al II Dossiers Salud Internacional Sur-Sur sobre “La Salud Internacional Sur- Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico”, cuyo autor es Gonzalo Basile, perteneciente al Grupo regional de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria – CLACSO.

Los 5 principios del modelo Sur-Sur

En el dossier de CLACSO, el autor puntualiza y describe cinco principios estructurantes de su propuesta como primera aproximación a la Salud Internacional Sur-Sur (SISS):

- **Soberanía Sanitaria:** este principio, pilar fundamental de la propuesta, constituye tanto un fundamento como un objetivo. Con aportes de la teoría de la dependencia a los desafíos del siglo XXI y de la teoría de la autonomía de Helio Jaguaribe (2009), se define que “buscar la máxima capacidad de decisión en el contexto global imperante y contrarrestar las lógicas hegemónicas de la SIP y SLG es quizás una premisa sustancial que permita una genuina capacidad de formular políticas, metas y estrategias emancipatorias basadas en nuestros propios actores y decisiones” (Basile, 2018, p. 32).
- **Decolonialidad / Giro descolonial:** constituye la perspectiva ideológica, teórica y epistemológica desde donde se hace la propuesta basada principalmente en el pensamiento de autores como Maldonado Torres, Arturo Escobar y Chandra Mohanty, definida como “la dinamización de un cambio en las coordenadas del pensamiento emancipador a partir de los cuales se concibe a la modernidad liberal del Centro y se subvierten sus estructuraciones y reproducciones” (Basile, 2018, p.32).
- **Interculturalidad:** lo sustantivo y relevante de la interculturalidad en este modelo, está relacionado en que excede la perspectiva cultural, posicionándose desde una mirada principalmente política. En esta línea reflexiona sobre las situaciones epidemiológicas de nuestros pueblos, las que define particulares, como el proceso de salud-enfermedad en tanto objeto históricamente construido y determinado en cada sociedad, al igual que el concepto de enfermedad, al considerarlo dependiente de la construcción sociocultural, y concluye preguntándose por qué nuestros modelos, servicios y sistemas de salud siguen siendo casi copiados y estandarizados. Por ello, asume la interculturalidad “no tan sólo como medida instrumental comunicativa o de lenguaje o multiculturalismo asimétrico de creencias, sino desde una dimensión política de desoccidentalización, ecología de saberes y distribución de poder” (Basile, 2018, p.32).
- **Sur Sur:** uno de los grandes aportes de este modelo lo constituye el surgimiento de un nuevo sujeto epistemológico que implica pensar y actuar como

sujeto del sur, teniendo en cuenta una orientación geopolítica, una cartografía y una praxis contra-hegemónica, aspectos que aporta la perspectiva gramsciana.

- **Horizontalidad:** este principio constituye un elemento fundamental de la concepción y praxis del modelo SISS al proponer el establecimiento de relaciones de reciprocidad, cooperación y asociatividad solidaria basadas en el reconocimiento del otro en tanto diferente pero en condiciones de igualdad. Horizontalidad basada en el diálogo intercultural y en una ecología de saberes que busca configurar relaciones no asimétricas entre personas, grupos y/o representaciones colectivas, consagrando la limitación de relaciones jerárquicas y de los condicionantes que obstaculizan el accionar.

Estudio comparativo entre modelos

El análisis comparativo entre los tres modelos existentes en el continente -el panamericano, el liberal y el emancipador-, se realiza referenciado en ciertos desarrollos del trabajo sobre Salud Internacional Sur Sur de Basile (2018). A partir de los cuadros que elabora el autor para cada uno, con sus contenidos y descripciones, se los ha integrado en este *paper* en una sola gráfica, a fin de poder visualizar mejor las diferencias y semejanzas.

Cuadro 1 – Cuadro comparativo conceptual entre Modelos de Salud presentes en LA

Campo	Modelo Panamericano (SIP)	Modelo Liberal Global (SGL)	Modelo Internacional Sur-Sur (ISS)
Bases epistemológicas y conceptuales	-Colonialidad -Teoría del desarrollo y panamericanismo.	-Globalización -Mundialización neoliberal -Postmodernidad occidental	-Giro decolonial -Teoría dependencia y autonomía -Epistemologías del Sur
Enfoque	-Trópicos ¹ -Control sanitario -Enfermología pública -Técnicas biomédicas clínicas y poblacionales	-Asociaciones público-privado (PPP; Public Private Partnerships) -Derechos humanos -Género -Factores de Riesgo -Técnica Biomédica tecnológica por cada enfermedad	-Horizontalidad -Interculturalidad -Soberanía Sanitaria -Esfera pública universal
Actores	-Metrópolis/Países centrales -Receptores: Estados periféricos y Ministerios de Salud -OMS/OPS -Fundación Rockefeller	-Estados donantes del Norte, agencias de cooperación bilaterales. -Organismos internacionales (BM, UNICEF, OMC, etc). -Corporaciones, Big Pharma y fundaciones filantrópicas. -ONGs y opinión pública del Norte (ONGN).	-Movimientos y actores sociedades del Sur. -Organismos de integración regional y mundial del Sur. -Movimiento feminista y decolonial. -Naciones indígenas-origenarias y Afros. -Universidades y Escuelas de gobierno.
Financiamiento	-Metrópolis colonizadoras. -Estados centrales -Nacientes Agencias de cooperación y OMS(OPS). -Fundación Rockefeller.	-PPP (Estados/Agencias ONU Mercado) -Corporaciones transnacionales. -Fundaciones filantrópicas	-Cooperación técnica y social Sur Sur. -Iniciativas de solidaridad entre pueblos. -Asociaciones triangulares con actores contrahegemónicos del Norte
Cooperación Internacional	-Vertical -Preeminencia Norte-Sur.	-Vertical. -Triangular, Norte-Sur, y Sur Sur.	-Radicalidad de lo Sur Sur.

1 “El trópico o los trópicos son categorías relacionadas con distintos elementos culturales, sociales, históricos, anatómicos y geográficos. Su base parte de la denominación climática, pero su carga simbólica se refiere a la experiencia eurocéntrica en el proceso de colonización y explotación de las regiones periféricas al centro mundial que representaba Europa” (Basile, 2018, p.10).

Campo	Modelo Panamericano (SIP)	Modelo Liberal Global (SGL)	Modelo Internacional Sur-Sur (ISS)
Agenda de Prioridades	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades tropicales/ infecciosas. -Transferencia técnica científica a Organismos públicos del Sur. -Campañas de vacunación. -Desarrollo de Servicios de Salud Pública Salud(CUS) 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades no transmisibles. -Emergencias globales de salud APDIC (TRIPS) -GAVI (Alianza de la Vacunación) -Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición -Fondo Global Malaria/ VIH/TB -Cobertura Universal de de Salud(CUS) 	<ul style="list-style-type: none"> -Feminismo decolonial -Sistemas Universales de Salud Pública y SS -Economía política del CMIFF -Modelo de Desarrollo, Emergencias y Desastres socioambientales -Militarización y Salud -Migraciones y Salud de las Fronteras -Otras dimensiones
Formación profesional diplomacias	<ul style="list-style-type: none"> -Residencia de Programa de Líderes de Salud Internacional OPS. 	<ul style="list-style-type: none"> -ALASAG (Asociación Latinoamericana de Salud Global) -Programas de Salud Global EE.UU Canadá Europa 	<ul style="list-style-type: none"> -ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) / Grupo de Salud Internacional -CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales)
Participación civil	<ul style="list-style-type: none"> No considera 	<ul style="list-style-type: none"> Incorpora a ONGs, especialmente ONG del Norte 	<ul style="list-style-type: none"> -Basada en movimientos sociales sanitarios con participación en debates y decisiones

Fuente: Gonzalo Basile para CLACSO

Desde sus inicios, la Salud Internacional Panamericana -la que puede ser entendida como “campo” desde la noción de Bourdieu (1989)- estuvo condicionada por los intereses económicos y geopolíticos de los países autodefinidos como centrales o desarrollados (Aragón, 2006), lo que implica de alguna manera visibilizar o invisibilizar en la agenda global, según el caso, los procesos de salud-enfermedad que genera el propio sistema social imperante en el mundo y las determinaciones globales de la salud, entre otros temas.

En este sentido, el modelo de Salud Panamericano (SIP) tiene su raigambre en el colonialismo, mientras que el modelo de Salud Liberal Global (SGL) está basado en la primacía que tiene el mercado en la globalización, y ambos expresan intereses dominantes y hegemonías contemporáneas, por lo que resulta imperioso deconstruir las tensiones epistémicas (Samaja, 2004) y sus bases teóricas para comprender sus influencias en el sistema del mundo y de la salud.

Paralelamente, sin contradecir lo anterior y a partir de la gráfica, se observa que el modelo Panamericano en relación al Emancipador, estaría ubicado en las antípodas desde los diferentes tópicos analizados; mientras que el Liberal Global muestra una transición hacia el Internacional Sur- Sur, al incluir algunos elementos típicos del modelo Emancipador -aunque con diferentes connotaciones ideológicas y de poder-, tales como la participación civil a través de ONGs y de actores sociales diversos, la incorporación de una triangulación en las alianzas, la existencia de acuerdos específicos Sur-Sur y la introducción de temáticas de derechos humanos y de género.

Basile (2018, p.35) considera que unos de los grandes legados quizás menos problematizados de la hegemonía neoliberal en sus vasos comunicantes con la Salud Global Liberal en las décadas del ochenta y noventa, y a partir del año dos mil, es la imposición de un cuerpo teórico-práctico sobre el análisis de los asuntos internacionales de la salud y sus dimensiones. Entre los componentes dilemáticos del marco político-conceptual encontramos su focalización en lo que se denomina “la tecnificación” acrítica y sus desarrollos mínimos como generador de una homogeneización teórica con la preeminencia de un punto de vista cándido de abordajes, prioridades y agendas en el cual nadie puede estar en desacuerdo. Por ello va a afirmar el autor que los resabios de la colonialidad del poder y del conocimiento jugaron aquí un papel fundamental.

Es justamente desde este núcleo crítico donde surge “la necesidad de impulsar procesos y espacios de construcción de conocimientos (organicidad intelectual), que resultan esenciales para la generación de otra Salud Internacional de hegemonía Sur Sur, decolonial, intercultural y transformadora capaz de comprender las coordenadas del debate, de la lucha de ideas y conocimientos sanitarios para la acción política regional y global emancipatoria”

(Basile, 2019, p. 35). Por ello, uno de los aspectos clave del modelo Emancipador de Salud Sur-Sur está cristalizado por el empoderamiento de capacidades de diversos actores sociales y públicos como así también, de los propios movimientos sociales, ejemplificados por: feminismos, universidades, sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, esferas de instituciones públicas, entre otros; los que pueden constituir una base operacional desde donde dinamizar una nueva acción política emancipatoria de la salud colectiva y el vivir bien de los pueblos a nivel internacional, regional, nacional y local.

Acerca de la discapacidad: del modelo médico al modelo social

Desde la mirada del modelo médico (biologicista) el gran desafío ha sido “normalizar” a las personas con discapacidad en el área de salud, a partir del restablecimiento de su condición, con la expectativa de superar sus trastornos o déficits y convertirlos en personas normales y comunes. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad, no pueden acceder por sus limitaciones a diversas actividades, tornando así su vida improductiva, dependiendo de la medicina, o de cualquier otro tratamiento afín. Esto lleva a un pronóstico negativo, que parte del diagnóstico inicial, que lo predispone a una dependencia médica y terapéutica exclusiva, negando otras necesidades como la interacción social, laboral y comunitaria. Dicho determinismo se configura en un pronóstico poco alentador, cuando no, demoledor. Por ello, el autor afirma que “a los médicos, formados para curar, la discapacidad los frustra y desarma” (Joly, 2007).

Así, el modelo biologicista de la discapacidad queda de este modo limitado e inoperante, encerrado en su propia lógica, requiriendo de un cambio paradigmático, de un salto cualitativo que permita dar respuesta a las problemáticas históricas. En este punto vienen a sumar y a zanjar las diferencias, la miradas y las vivencias de las personas con discapacidad como lo es el caso del propio autor citado, haciendo evidente sus necesidades desatendidas y no reconocidas. Perspectiva necesaria que fue alimentando, delineando y construyendo el modelo social de la discapacidad.

En esta línea, y a partir de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006, se reconocen los derechos ciudadanos y se entiende la discapacidad desde un modelo bio psico social, concepto dinámico que supone que la discapacidad tiene que ver con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales de la persona en relación con las barreras culturales, actitudinales, comunicacionales y arquitectónicas que le ofrece la comunidad y que le impide la plena participación y desarrollo en igualdad de condiciones

que los demás ciudadanos. Nuestro país adhiere a esta Convención por la Ley Nacional 26.378 y le otorga jerarquía constitucional mediante la Ley Nacional 27.044. Como Estado parte, se compromete a realizar los ajustes y las adaptaciones necesarias para garantizar el ejercicio pleno de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión efectiva en igualdad de condiciones.

Específicamente en el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es importante destacar los avances médicos en el acceso a los tratamientos adecuados según las problemáticas específicas, donde además de la medicación, se incluyen otras, como las fonoaudiológicas, kinesiológicas, ocupacionales, etc. En el área de la educación, se crearon programas de estudio que contemplaron objetivos como el autovalimiento, actividades de la vida diaria adecuadas a sus capacidades. Pero no es suficiente, resulta esencial su inclusión en actividades sociales.

Aportes para una agenda latinoamericana de salud desde la extensión crítica

En este ítem, se expresa nuestra propuesta. Aquí incluimos aspectos provenientes de la corriente de MS/SC, de la perspectiva emancipadora Sur-Sur, de la extensión crítica, como así también, aportes propios, los que se han nutrido y delineado desde diversas praxis, en las que se participa desde diferentes roles. En este sentido, parece pertinente y relevante replantear y reorganizar los ejes propuestos por Basile (2018)¹⁰ en la Agenda Latinoamericana, a través de las siguientes categorías:

Marco referencial: considerando a la salud como proceso dialéctico y superando posiciones binarias de salud o enfermedad desde metodologías de investigación-acción con encuadre colectivo de la praxis, el que considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades con características que trascienden las de los individuos que la integran, configurando así, verdaderos colectivos que luchan y pujan por sus derechos.

Áreas o bloques a abordar: pudiéndose incluir aquí, la discapacidad como área fundamental junto a otras temáticas tales como, la salud sexual y/o reproductiva, la salud mental,

10 Basile (2018) en su propuesta sobre “Aproximaciones para una Agenda de Salud Internacional Emancipatoria” define un temario poco común y atípico al plantear problemas e intereses que exceden los presentados por los modelos eurocéntricos precedentes a los que estábamos acostumbrados o familiarizados. Este temario resulta necesario, como lo es su tratamiento, discusión, análisis, visibilización, abordaje y desarrollo. Así, posiciona ejes como: integración, cooperación, feminismos, migraciones, movimientos sociales, interculturalidad, extractivismo socioambiental, catástrofes, entre otros.

salud ambiental, consumo problemático de sustancias, migraciones, economía y salud, seguridad social, entre otros. Temas en los que se ve la disputa de sentido y la lucha por una perspectiva de derechos, más humana e integral, que abra las posibilidades de desarrollo de cada cual teniendo en cuenta su condición y potencialidades, superando miradas limitantes, reduccionistas y patologicistas.

Criterios o perspectivas, entendidos como principios transversales de la intervención: interculturalidad, decolonialidad, interdisciplinariedad, horizontalidad con preeminencia de la participación de movimientos sociales e intersectorialidad. Geopolítica, alianzas estratégicas sur-sur, diálogo de saberes, la cuestión de género, derechos humanos, diversidad, importancia de lo territorial y de lo comunitario. Todas estas perspectivas integradas en la salud como construcción social e histórica.

Metas: soberanía sanitaria, desarrollo de la salud en la región. Inclusión, reparación y restitución de desigualdades y vulnerabilidades. Efectivización de derechos.

Contexto/coyuntura: Emergencias, catástrofes, epidemias/pandemias, normalidad.

Niveles de atención de la salud: promoción, prevención, asistencia y rehabilitación teniendo en cuenta características poblacionales, culturales y grupos destinatarios.

Proyecto de extensión crítica: JUNTOS por los DERECHOS

A continuación se analizan las variables o ejes propuestos para el abordaje de la salud desde la extensión crítica, en un proyecto concreto realizado entre dos colegios junto a una organización social vinculada a la temática de salud y circunscrita en el eje de discapacidad.

• Características generales de la propuesta y encuadre

Se trata de prácticas socioeducativas que se construyeron a partir del interés inicial de un grupo de estudiantes pertenecientes a una organización estudiantil -JUnTOS- del Colegio Universitario Central (CUC) de la UNCuyo, que se articula con otra escuela, el Colegio Claret (cuya población padece vulnerabilidades de diverso tipo), con el fin de profundizar, concientizar y sensibilizar sobre el TEA, a partir de la vinculación y trabajo conjunto con el Centro Terapéutico (CET) Alas que aborda el Trastorno de Espectro Autista (TEA) en niños y jóvenes. El proyecto se nutrió del intercambio de saberes y quehaceres, desde lo propio

y específico de cada organización, potenciando e interpelando mutuamente sus prácticas, concepciones, percepciones, vivencias, conceptualizaciones.

A través de este proyecto se logró idear y llevar a la práctica una serie de actividades con el objetivo de visualizar al sujeto con TEA, desde su rutina escolar y social. Se planteó desde el inicio la forma más adecuada de lograr un vínculo, sabiendo que sus habilidades cognitivas, comunicacionales y sociales suelen estar muy comprometidas. Para ello fue necesario preparar a los estudiantes con capacitaciones, donde la creatividad, el entusiasmo y el quiebre de barreras sociales se puso de manifiesto en la confección de recursos apropiados para el uso didáctico y de juego vincular, todo realizado con material reciclado.

Discapacidad como construcción social

Desde este encuadre, resultan esenciales los procesos participativos en la construcción de la demanda de colectivos muchas veces invisibilizados. Así fue cómo trabajaron los estudiantes al ponerse en contacto con la organización, para sondear acerca de sus necesidades y de este modo definir juntos la problemática a abordar: el escaso conocimiento y conciencia de la sociedad mendocina acerca del TEA como condición. En este sentido, contribuyeron de manera especial las campañas de concientización de derechos y de sensibilización que realizaron en diferentes espacios sociales a través de folletería explicativa, elaborada por ellos, con la finalidad de contribuir a derribar barreras culturales y actitudinales aún presentes en la sociedad sobre la discapacidad, desde estereotipos y rótulos estigmatizadores.

Experiencia en territorio

Aquí podemos mencionar como territorio, diferentes espacios atravesados por relaciones sociales y de poder, intentando modificarlo y revertirlo, dándole voz a los que no tienen y haciendo suyos los reclamos de las minorías, restituyendo aunque sea en parte, sus derechos vulnerados, a partir de las siguientes actividades:

- Las visitas realizadas por estudiantes de ambos colegios en la sede del CET Alas con la finalidad de interactuar con cada uno de los niños y jóvenes de dicha institución a través de los juguetes realizados en distintos espacios curriculares.
- La salida conjunta llevada a cabo en las afueras de la ciudad, entre los estudiantes de las tres instituciones participantes, enmarcada en una jornada recreativa, como actividad de cierre de año.
- Participación en los diversos eventos y actividades correspondientes a la Se-

mana Provincial de la Inclusión, al favorecer el posicionamiento y visibilización de sus demandas y necesidades. Protagonismo grupal en la Charla-conferencia sobre el TEA llevada a cabo durante la Feria del Libro Provincial (Mendoza, 2019).

- Asistencia de estudiantes y docentes de los colegios intervinientes en la CRES 2018 en Córdoba; y en calidad de ponentes en dos encuentros nacionales, el 8avo. Congreso de Extensión en la provincia de San Juan, con presentación de un póster elaborado por ellos, y en el Encuentro Nacional de Universidades Públicas (EuNA, 2019), socializando esta práctica y exponiendo a la par de referentes nacionales, las experiencias vividas en este proceso de extensión.¹¹

- Ponencia de docentes del Proyecto en la JEMU 2018 en Rosario.

Abordaje del TEA desde la perspectiva de derechos

El derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales, concebidos como aquellos que existen con anterioridad a la sociedad y al Estado, correspondiente a la persona humana por su condición y por el sólo hecho de serlo. Además de su reconocimiento, los ciudadanos tienen derecho a su protección, no sólo por el Estado nacional sino también, en el ámbito internacional, tal como reza el Modelo Sur-Sur.¹²

Participación de diversos actores sociales y alianzas estratégicas

En lo concerniente a la dimensión institucional, participaron colegios de jurisdicción nacional como provincial pública de gestión particular, además de un instituto dependiente de una organización social, como así también, entes gubernamentales municipales y provinciales; y una emisora radial -Radio Abierta-, entre otros. En cuanto a la dimensión organizacional, debemos mencionar la participación plena de diversos actores: docentes, nodocentes, preceptores, estudiantes, agrupación estudiantil, profesionales terapeutas y orientadores.

11 Los objetivos fueron: propiciar el desarrollo de competencias ciudadanas a partir del reconocimiento y análisis de derechos vulnerados en distintas comunidades/instituciones; fomentar actitudes proactivas del alumnado en las temáticas de actualidad (TEA); y reflexionar sobre el rol social de la universidad y de la educación en general.

12 La protección de la vida y de la integridad psicofísica de la persona humana ha sido desplazada de la órbita de los derechos individuales al marco de los derechos sociales y colectivos, al otorgar jerarquía constitucional a los tratados internacionales sobre derechos humanos (Galdós, Jorge Mario, La Ley, 2008). En efecto y conforme lo dicho por el autor citado, la salud es un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, anclado en el artículo 42 de la Constitución Nacional.

En cuanto a lo estratégico de esta vinculación puede mencionarse la alianza entre lo terapéutico y lo educacional.

Horizontalidad y diálogo de saberes

La comunidad del CUC y el Claret, se nutrieron de los saberes del CET Alas a través de talleres dictados por ellos, sobre características, manifestaciones, abordaje y trato adecuado a una persona con autismo, intentando desterrar la discriminación social que pesa sobre el mismo. Por su parte, los colegios aportaron desde diversos espacios curriculares (tales como tecnología, comunicación, formación ética y ciudadana, psicología y plástica) en la difusión y concientización del TEA. Todo esto se hizo sin la preeminencia de un saber sobre otro y desde diferentes epistemes.

Vulnerabilidad e inclusión

Con esta experiencia se pretendió aportar desde los actores e instituciones participantes a la sociedad toda, en la ampliación de miradas y de perspectivas, y su problematización en materia de discapacidad, considerando que se trata de un área de vulnerabilidad y de vacancia en las formaciones disciplinarias, buscando de este modo fortalecerla y vincularla a la comunidad. En los eventos en los que fuimos convocados, se palpó ese peregrinaje, ese movimiento, ese compromiso de diferentes grupos de la sociedad por el reconocimiento del TEA como una condición y no como una enfermedad, con la necesidad de visibilizar sus derechos, muchas veces vulnerados por el enfoque biologicista y manifestado en la disputa por el sentido desde una perspectiva contrahegemónica.

Comentarios finales

Con este trabajo se ha pretendido coadyuvar en la construcción de una agenda en salud, propia, latinoamericana y decolonial, basada en una concepción de la misma como derecho y construcción social, atravesada por relaciones de poder en los distintos niveles -local, regional y mundial- y desde una perspectiva geopolítica emancipadora. En este marco, la universidad participa de esta agenda -teniendo en cuenta a la salud como un área de intervención estratégica y prioritaria-, en tanto actor social preponderante, y desde su función social, expresada principalmente a través de la extensión crítica, la que, al contemplar la integralidad de sus funciones (Tommasino, 2018) compromete e incluye también a la docencia y la investigación, a partir de la incorporación de contenidos específicos en la formación

de los estudiantes, junto a la orientación y direccionamiento que la agenda imprime en el devenir investigativo de la academia, sin desconocer su autonomía.

Abordar la salud como construcción social y desde una perspectiva contrahegemónica amplía y reorienta la visión desde la cual habitualmente la universidad aborda esta área, al abrirse a la posibilidad de nuevos interrogantes y cuestionamientos; al desnaturalizar cuestiones cerradas en temas de relevancia social, con tramas dilemáticas, incluyendo diversos abordajes, partiendo de las características demográficas, sociales económicas y culturales que las atraviesan; y desde la interacción, la perspectiva crítica, el diálogo de saberes y las diversas epistemologías. Asimismo, abre a la posibilidad de develar lo no dicho, de visibilizar lo oculto, de desmontar lo negado, poniendo de relieve la connotación ideológica de cada modelo. De este modo, cuestiones de discapacidad, de derechos, género, migraciones, geopolítica, emergencias, catástrofes, interculturalidad, economía, medioambiente, horizontalidad, alianzas sur-sur, participación, actores y movimientos sociales, entre otros muchos, son elementos constitutivos de esta propuesta que, a través de diversas categorías, se erigen como aspectos impostergables de la agenda latinoamericana emancipadora de salud, en pos de la tan anhelada soberanía sanitaria de la región.

Esto que se ha declarado de modo general en salud, puede decirse de modo superlativo en el tema de la discapacidad, y en particular en el TEA, donde entre otros aspectos queda de manifiesto el papel relevante que los movimientos y las organizaciones sociales tienen en la puja por el acceso a derechos e igualdad de oportunidades.

Bibliografía

- Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. <https://www.clacso.org/repensar-y-descolonizar-la-teoria-y-politicas-sobre-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-caribe/>
- Basile, G. (2018). Salud internacional sur sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En *II Dossier de Salud Internacional Sur Sur*, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.
- Breilh, J. (noviembre 1999). Nuevos paradigmas en la salud pública. En *Un Enfoque de Ecosistemas para la Salud Humana: Enfermedades Transmisibles y Emergentes*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Ambiente; Organización Panamericana de la Salud; Escuela Nacional de Salud Pública, FIOCRUZ, Río de Janeiro. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3538>
- Cano Menoni, J. A. (2014). *La extensión universitaria en la transformación de la universidad latinoamericana del siglo XXI: disputas y desafíos*. Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO. en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20141202093928/ensayo_cano_premio_pedro_krotsch.pdf
- Casallas Murillo, A. L. (2019). Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana desde una perspectiva histórica. *Tesis Doctoral en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad*. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6828>
- Casallas Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. En *Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Donato, N. (2017). El derecho a la salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). *Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación*. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J. Estrada, A y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. En *Revista Panamericana de Salud*.
- Jarquín, L. (2014). La salud es una construcción social. Entrevista a Lea Guido, Ex Ministra de Salud de Nicaragua. En *El Nuevo Diario*. Managua, Nicaragua. <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/332330-salud-es-construccion-social/>

-Marín, G. (2017). Extensión universitaria: un enfoque desde el campo de la salud. En *Revista Masquedós*, 14(31), 43-52. Secretaría de Extensión UNICEN. Tandil, Argentina.

-Tobar, F. (2008). *Cambios de paradigma en Salud Pública*. XII Congreso del CLAD. Buenos Aires.

-Joly, E (2018). Discapacidad, derechos humanos y salud. <http://www.redi.org.ar/Documentos/Ponencias/Salud/Discapacidad-Derechos-Humanos-y-Salud.pdf>

-Joly, E. (2007). La discapacidad. Una construcción social al servicio de la economía.



Licencia Creative Commons

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