

Educación interprofesional en salud: atravesando el contexto neoliberal

Interprofessional health education: going through the neoliberal context

Educação interprofissional em saúde: passando pelo contexto neoliberal

Margarida Pla^(a)

<m.pla@ub.edu> 

^(a) Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación Gènere, Identitat i Diversitat (GENI), Universidad de Barcelona. Feixa Llarga, s/n. L'Hospitalet de Llobregat, España. 08907.

Introducción

He construido mi aportación en tres apartados. El primero, es destacar aquellos aspectos que me parecen más interesantes, pero que al mismo tiempo cuestiono a favor de una mirada más explícitamente decolonial. El segundo, es debatir el planteamiento dicotómico que propone el artículo: sujeto emprendedor y sujeto colaborativo. Y el tercero, es compartir algunas experiencias en marcha, recogiendo lo que creo que es una invitación de las autoras para construir nuevos territorios y subjetividades de prácticas colaborativas.

Algunos giros decoloniales

La constatación de las dificultades de implementación del modelo EIPC en Latinoamérica, puede dar la impresión de que, por el contrario, se ha desarrollado en los países del norte global porque están fuera de la influencia neoliberal. Algunos autores críticos, nos recuerdan que,

en la década de los ochenta en Latinoamérica se importaron modelos y problemas de investigación occidentales¹ y la agenda sanitaria se entregó a las agencias multilaterales de cooperación². Así pues, me gustaría pensar, que quizás las epistemologías del sur, resisten y se incomodan ante la hegemonía del pensamiento eurocéntrico en sus sistemas de salud.

También creo, que hay que asumir la definición de la EIPC con precaución. Los términos “efectividad” y “eficacia” en su definición, nos remiten a los conceptos economicistas del Informe sobre la salud en el mundo 2010 de la OMS, dedicado a la financiación de los sistemas de salud, donde se identifican áreas de “ineficiencia” específica, principalmente la de los recursos humanos³. Llegados a este punto, y de ahí la desconfianza con la propuesta, estoy de acuerdo con las aportaciones que hace el ecofeminismo, cuando plantea, que hay que “descolonizar el imaginario económico” y no invisibilizar los cuidados del sostenimiento de la vida, perpetuando el orden social basado en la explotación de las mujeres⁴.

Por último, me gustaría señalar un aspecto más general. Las autoras presentan sus reflexiones como fruto de los debates realizados entre los años 2020-21 en asignaturas interprofesionales e interdisciplinarias. Pienso que a la reflexión le faltaría una orientación praxeológica. ¿Cuáles fueron los debates, en que contextos, con que profesionales/estudiantes, qué temas no abarca la literatura? Sobre todo, porque la política de la OMS-OPS, se está dirimiendo en el marco de la implementación de políticas y con encuadres participativos. Atribuir las causas de la incongruencia de las políticas a la matriz estructural, puede introducir un gap semántico que no ayuda al debate con los propios profesionales.

Romper la mirada dicotómica

Quizás la cuestión que me aleja más de las autoras, a pesar de compartir muchos de sus argumentos, es que su punto de partida es básicamente dicotómico: modelo biomédico y modelo colaborativo.

¿Podemos pensar que solo es una contradicción aparente? En diciembre del 2016, se presenta el Informe del encuentro en Bogotá (Colombia), publicado por la OPS-OMS, con la participación de expertos y asesores de la OMS. En la primera parte del Informe se explica la estrategia llevada a cabo por la Universidad de Washington con amplia experiencia en la EIPC, creo que hablan de más de 30 años. Al final, cada país de Latinoamérica, presenta un plan de acción a la OPS para los próximos años⁵. Lo que me gustaría destacar es que, en ningún momento, a partir del informe, se puede hacer una lectura de que haya una contradicción entre los dos modelos.

Lo que intento poner de relieve, es la paradoja de un encuentro, que mostró como modelo-guía la experiencia de EEUU, único país desarrollado carente de un sistema de salud universal. En este punto no puedo evitar citar a Foucault que, en su discurso inaugural en el Collège de France, nos invita a preguntarnos ¿cuál es la verdad sostenida por todo un sistema de instituciones que la imponen y acompañan en su vigencia? ¿Cómo se pone en práctica ese saber, como es valorado, distribuido, repartido y atribuido?⁶ (p. 22-3).

Así pues, la EICP también puede asumirse desde una racionalidad neoliberal. El hecho de que se realicen acciones que favorezcan la integralidad, no indica su direccionalidad. No sabemos la COSA que se integra, “The thing” como dice Curran, teórico de la ciencia de la implementación ahora en auge⁷, ni con que estrategias e instrumentos. La toma de decisiones colaborativa puede no ser opuesta al neoliberalismo. Estamos en un capitalismo de productos y no de producción y en este momento ya hay métodos, instrumentos probados y profesionales líderes, desarrollando innovaciones en el top del co-diseño (metodologías Leen, el patient journey, análisis de activos en salud, etc.). Todo ello, construye subjetividades, ensaya procesos, promueve estudios de efectividad y fabrica evidencia. Y evidentemente, nadie duda que se realice en el marco de la EIPC.

Desafíos

En distintas ocasiones el artículo plantea la posibilidad de subvertir el neoliberalismo, pero el verdadero desafío no es una disputa representacional entre estas dos posiciones, que no planteo de forma opuesta, sino con la invención de estrategias para la constitución de nuevos territorios. Una búsqueda, tal como plantea Rollnik, de salidas hacia afuera de los territorios sin salida. Una tentativa de singularización⁸ (p. 24) o de líneas de fuga⁹.

Una cuestión que puede ayudar a pensar y actuar desde ese propósito, es introducir en nuestras prácticas a las personas usuarias y a sus redes de cuidados y de sostenimiento de la vida. Voy a destacar tres momentos en el trabajo con profesionales y mis redes de investigación, que pueden ser reveladores.

Un primer momento lo relaciono con un estudio etnográfico multisituado, realizado en el 2002, sobre los procesos de aculturación de los médicos internos residentes en las organizaciones sanitarias¹⁰. En este estudio, me llamó la atención, que, a pesar de los procesos de resocialización en las instituciones, los médicos desarrollaron la capacidad de “transgredir” las normas después de conocerlas, con la complicidad de otros profesionales¹¹. Y comprender las normas permitió construir espacios intercesores captando los mundos de los usuarios¹².

Esa cuestión y otras las discutimos en 2003 en el Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud^(b). Guylaine Racine, trabajadora social en Canadá, planteó la convicción, siguiendo a Shön¹³, de que los intervinientes de primera línea, sea cual sea su formación y experiencia, funcionan en situaciones imprevisibles para las cuales no disponen de recetas¹⁴. La paradoja de la práctica, está en la coexistencia de la inteligencia y del silencio, como expresión de una disputa entre la jerarquía de un saber teórico versus un saber práctico, que reduce a los profesionales a ejecutantes pasivos.

En un segundo momento, en el 2006 y hasta la actualidad, conecté con el trabajo que realiza la línea de Micropolítica de Brasil. Emerson Merhy y Mina Silva me contaron una de sus investigaciones, relacionada con el trabajo grupal de profesionales que discutía un caso clínico en salud mental. Ella, la usuaria, se llamaba Magda.

^(b) Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Congreso_Iberoamericano_de_Investigaci%C3%B3n_Cualitativa_en_Salud



Al principio el equipo multiprofesional, iba definiendo lo que pasaba con Magda a partir de una narrativa única: “No hay adherencia al tratamiento”, “M no tiene autonomía”, etc. A medida que se producía la investigación, el equipo decidió dar un paso hacia su red de pertenencia, sus conexiones, y sus múltiples historias. Una red, que antes, en su mayor parte, funcionaba de forma invisible¹⁵.

Finalmente, el equipo pensó en la usuaria como una nómada por las redes de cuidado, protagonista en la producción de su propia vida y conexiones. Así que debieron aceptar la invitación a salir de territorios pre-concebidos, que establecen “repertorios de cuidados” definidos, y atreverse a producir un movimiento de desterritorialización, visualizando la compleja red de afectos y conexiones¹⁵.

Un tercer momento, lo relaciono con Augusta Nicoli¹⁶, ahora una de las coordinadoras de la Rede Unida Internacional, que me facilitó contactar con las prácticas de Open Dialog. Este sistema, en la práctica de los encuentros terapéuticos, se inició en el Hospital de Turku (Finlandia) por el profesor Yrjo Alanen. Se inspira, en el filósofo Mijaíl Batjín, entre otros, y ya lleva más de 20 años invitando a otros países a sumarse^(c).

Lo que me llama la atención de sus prácticas, es como han confrontado la vida cotidiana de las personas usuarias con un sistema profesional compartimentado, que generó “usuarios multiservicios”. Para ellos, el vocabulario profesional da las mínimas oportunidades para la interpretación, así pues, los profesionales deben centrarse en las experiencias y facilitar el diálogo desde la multiplicidad de voces. Lo más importante para dejar de actuar de forma intervencionista, es pasar a ser participantes en un intercambio recíproco con los usuarios y sus redes, en una relación sujeto-sujeto¹⁷ (p. 169). La nueva práctica abrió la puerta a no intentar controlar los procesos terapéuticos, y los profesionales se convencieron que debían aprender como co-evolucionar con los usuarios y sus redes.

Estos tres momentos hablan de nuestras experiencias sin etiquetas, expertos, planes de acción, presentaciones power point y sin el aterrizaje de políticos y técnicos. La pregunta es ¿Cómo desmarcarnos? Como afirman algunos activistas climáticos, quizás nos hemos de apartar de los medios hegemónicos y no dejar que estos se apropien de nuestras prácticas colaborativas.

(c) Disponible en: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2023/l-approccio-dialogico-in-emilia-romagna>

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor de debates

Sérgio Resende Carvalho

Presentado el

09/09/23

Aprobado el

04/10/23

Referencias

1. Juárez Rodríguez M. La colonialidad del saber. Una mirada desde la psicología social [Internet]. Cali: Universidad del Valle; 2012 [citado 7 Sep 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10893/4066>
2. Reyes AH. La refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. Una nueva esperanza desde el Sur. Med Soc [Internet]. 2022 [citado 7 Sep 2023]; 15(1):1-4. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/1419>
3. Cid C, Báscolo E, Morales C. La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas. Salud Publica Mex [Internet]. 2016 [citado 7 Sep 2023]; 58(5):496-503. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000500496&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Herrero Y, Gago V. Ecofeminismos: la sostenibilidad de la vida. Barcelona: Icaria; 2023.



5. Organización Panamericana de la Salud. La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal. Informe de la reunión del 7 al 9 diciembre del 2016 en Bogotá, Colombia - OPS/OMS [Internet]. Bogotá: OPS; 2016 [citado 7 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/educacion-interprofesional-atencion-salud-mejorar-capacidad-recursos-humanos-para-lograr>
6. Foucault M. El orden del discurso. Barcelona: Tusquets; 1999.
7. Curran GM. Implementation science made too simple: a teaching tool. *Implement Sci Commun* [Internet]. 2020 [citado 7 Sep 2023]; 1(1):1-3. Disponible en: <https://implementationsciencecomms.biomedcentral.com/articles/10.1186/s43058-020-00001-z>
8. Rolnik S, Guattari F. Micropolítica : cartografías del deseo. Buenos Aires: Traficantes de Sueños; 2005. (Nociones comunes; 3).
9. Iriart C, Merhy EE. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):1005-16. doi: 10.1590/1807-57622016.0808.
10. Sánchez-Candamio M, Pla M, Albertín P, Rodríguez M. El proceso de socialización del personal médico residente (MIR). Aportaciones de la investigación social cualitativa al análisis de la iniciación profesional en un contexto institucional de la práctica. Barcelona: Monografías IES; 2001.
11. Pla M, Sánchez-Candamio M. La elaboración y formalización de registros de la observación participante en la investigación psicosociológica cualitativa. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, compiladores. *La investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 107-30.
12. Benet M, Cruz KT, Santoro V, Merhy EE, Pla M. Participation in health through the construction of encounters: a micropolitical approach. *Educ Action Res*. 2018; 26(4):550-66.
13. Schön DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Ashgate Publishing; 1991.
14. Racine G. La construction de savoirs d'expérience chez des intervenantes d'organismes communautaires pour femmes sans-abri: un processus participatif, collectif et non planifié. *Nouvelles Pratiques Sociales*. 2002; 13(1):69-84. doi: 10.7202/000006ar.
15. Cerqueira P, Merhy E, Silva E, Abrahão AL, Vianna L, Rocha M, et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. En: Gomes MPC, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental* [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2014 [citado 7 Sep 2023]. p. 25-42. Disponible en: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/pesquisadores-in-mundo-pdf>
16. Nicoli MA, Martino A, Marta BL, Calazans G, Guimãraes CF, Sintoni F, et al. Não é só um problema de “satisfação dos usuários”: considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. *Saude Redes*. 2016; 2(1):23-42
17. Arnkill TE, Seikkula J. *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder Editorial; 2016.