

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



Semestral / Vol. 2 / Núm. 2 / septiembre 2023

2

ISSN: 2796-986X

Liliana Helena Sozzi - "Creación" - Técnica: fibra

Una aproximación teórica de los procesos de cuidado en kinesiología hacia una perspectiva de clínica ampliada

A Theoretical Approach to Care Processes in Physical Therapy Towards an Expanded Clinical Practice Perspective

Autores/as

Rodrigo Juárez - rjuarez@ugr.edu.ar -

Licenciado en Kinesiología y Fisiatría, especialista en Kinesiología y Fisioterapia Neurológica. Docente-investigador en la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Virginia Anghilante - vanghilante@ugr.edu.ar -

Lic. en Kinesiología y Fisiatría. Docente-investigadora. Universidad del Gran Rosario

Melina Bufarini - mbufarini@ugr.edu.ar -

Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Docente-investigadora en la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Jorgelina Dellacasa - cora_dellacasa@hotmail.com -

Licenciada en Kinesiología y Fisiatría, especialista en Docencia Universitaria. Área de docencia. Asociación Argentina de Kinesiología en Salud Mental.

Gianfranco Monachesi - gian.monachesi51@gmail.com -

Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Área de investigación. Asociación Argentina de Kinesiología en Salud Mental.

Franco Carlomagno - francocarlomagno19@gmail.com -

Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Área de difusión. Asociación Argentina de Kinesiología en Salud Mental.

RECIBIDO 22/12/2022

ACEPTADO 23/02/2023

Resumen

Introducción: La kinesiología ha sustentado su saber y su práctica en el modelo médico hegemónico (MMH), caracterizado por una mirada biologicista de la salud y un perfil intervencionista que nos acompaña hasta nuestros días. La clínica ampliada puede ofrecer a la kinesiología una perspectiva para explorar otros modos de producción de cuidado en salud. **Objetivo:** Construir un marco conceptual en torno a los procesos de cuidado en salud y a la atención kinésica desde una perspectiva de clínica ampliada. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura y ciclos de discusión entre kinesiólogos/as. **Resultados:** Se ha problematizado en torno al MMH. Se propuso a la clínica ampliada como acercamiento al proceso de atención y la producción de cuidado en kinesiología. Para ello, se desarrollaron las categorías de micropolítica y macropolítica, así como las de trabajo vivo y muerto, tecnologías en salud, interculturalidad en salud y ciudadanía activa en salud. **Conclusiones:** Existen diversos modos de producir cuidado. Desde una perspectiva de la clínica ampliada, el encuentro con el otro permite interpretar múltiples formas de concebir el proceso de salud-enfermedad-atención.

Palabras clave

- Proceso Salud-Enfermedad;
- Especialidad de Fisioterapia;
- Atención integral de salud;
- Atención a la salud

Summary

Physical therapy had sustained its knowledge and practice according to the hegemonic medical model (HMM), mainly marked by a biologic approach to health and an interventionist profile escorting this discipline up to date. Expanded clinical practice can offer physiotherapy a new perspective in order to explore different ways of health care interventions. The goal of this study is to build a benchmarking frame regarding health care processes and physical therapy approaches from a perspective of expanded clinical practice. As a methodology for this study, a narrative overview of literature was conducted along with discussion groups between physical therapists. The results found around HMM problematization suggested that expanded clinical practice can approach attention processes and health care interventions for physical therapy. For that purpose, categories such as micro and macro policies were developed along with living and dead labor, health technologies, interculturality and active citizenship in health. In conclusion, it is highlighted that there are several ways to produce care. From a perspective of expanded clinical

practice, encountering others allows to understand multiple ways to conceive the health-disease-attention process.

Keywords

- Health-Disease Process;
- Physical Therapy Specialty;
- Comprehensive Health Care;
- Delivery of Health Care

Introducción

Tradicionalmente, la práctica de la kinesiología ha sustentado su saber y su quehacer en el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2009), caracterizado por poner el énfasis en los aspectos biológicos del cuerpo y la enfermedad. Los cambios epidemiológicos, culturales, económicos, geopolíticos, entre otros, ponen constantemente en tensión la concepción de salud y enfermedad. Sin embargo, la concepción de un cuerpo fragmentado y una mirada biologicista de la salud, así como un perfil intervencionista, nos acompaña hasta nuestros días. Esto explica, por una parte, los enormes avances en el campo de la teoría y la técnica kinésica y, por otra parte, el rol de sumisión y dependencia de las personas que reciben atención.

La kinesiología ha debido reconfigurar su forma de concebir el cuerpo, el movimiento y el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA). Para ello, precisó incorporar las influencias del entorno físico y social a la dimensión biológica-estructural, así como las condiciones culturales e históricas, y de este modo dio lugar a una mixtura de representaciones y saberes disciplinares que dan un marco de referencia para la práctica kinésica (Bispo Júnior, 2021).

De Sousa Campos (2009) propone el concepto de clínica ampliada, para superar la fragmentación biomédica, ampliar la mirada más allá del síntoma y fortalecer la dimensión vincular entre terapeuta y usuario/a. El problema con el que nos encontramos es que, hasta nuestro conocimiento, no existen construcciones teóricas que exploren y pongan en diálogo categorías vinculadas con el cuidado en salud, desde una perspectiva de clínica ampliada en el contexto de la kinesiología.

Por lo tanto, a lo largo de este texto, nos proponemos construir un marco conceptual en torno a los procesos de cuidado en salud y a la atención kinésica desde una perspectiva de clínica ampliada. Como objetivos secundarios nos hemos propuesto problematizar los diversos procesos de cuidado en salud en el contexto de la kinesiología; indagar acerca de las conceptualizaciones y fundamentos que sustentan el modelo de práctica de clínica ampliada; y reflexionar en torno a los posibles aportes del modelo de clínica ampliada a la kinesiología.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. Para ello, se revisaron bases de datos de manera no sistemática, tales como Medline, IBECs y

Lilacs a través de Pubmed y de la Biblioteca Virtual en Salud. Asimismo, se tuvieron en consideración motores de búsqueda tales como Google Académico y Dialnet. Se seleccionaron los textos con la premisa de que aborden las categorías teóricas troncales para responder al objetivo del estudio.

En simultáneo a la revisión de la literatura, se realizaron reuniones semanales entre los y las participantes del equipo de investigación, con el fin de discutir, analizar y sintetizar la información recuperada en pos de desarrollar los objetivos planteados. Todas las reuniones fueron grabadas para su posterior análisis. El proceso de búsqueda bibliográfica y los encuentros se estructuraron de manera interactiva e iterativa hasta alcanzar la saturación teórica.

El material producido en las reuniones y los textos recuperados fueron analizados en etapas de codificación con el fin de identificar categorías teóricas sobre las cuales integrar el tema de estudio. De dichas categorías se realizaron descripciones, y se establecieron relaciones.

Modelos de atención en salud

Desde una perspectiva antropológica, Menéndez (2009) expone que existen múltiples formas y saberes que intencionalmente buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. La construcción metodológica de estas formas y saberes determina los modelos de atención en salud y, a su vez, tiene que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico-políticas, técnicas y científicas que han dado lugar a su desarrollo.

Los procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo

de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes sujetos y conjuntos sociales. De esta manera, ante situaciones de enfermedad y/o padecimientos, las comunidades pueden utilizar saberes y formas de atención de tipo biomédico (implementados por médicos/as y profesionales en los tres niveles de atención), los de tipo “popular o tradicional” (expresados a través de curadores y curadoras tradicionales), aquellos denominados “alternativos” (que incluyen bioenergéticos o corrientes de medicina oriental) y los saberes y formas de autoatención (representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, aliviar, aguantar o curar los procesos que afectan su salud) (Menéndez, 2009).

En relación con el modelo biomédico, encuentra su fundamento en la medicina científica moderna, resultado de la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico, y se caracteriza por una concepción biológica y mecanicista del cuerpo. De esta concepción del cuerpo humano deviene la idea de que la enfermedad consiste en un defecto meramente mecánico o material. Así, se entiende el concepto de salud como ausencia de enfermedad (Seixas *et al.*, 2016). Asimismo, Menéndez (2009) describe el modo en que esta biomedicina ejerce su poder y hegemonía sobre el resto de las formas de atención, fenómeno al que describe como *Modelo Médico Hegemónico* (MMH).

Al igual que muchas otras disciplinas de la salud, la kinesiología ha surgido en el contexto de un paradigma biomédico. Como ciencia de la rehabilitación y el movimiento, desarrolló su praxis como un medio para arreglar la maquinaria del cuerpo averiada (Bispo Júnior, 2021). Desde esta perspectiva, la atención kinésica se ha basado en la acumulación de protocolos y dispositivos tecnológicos, así como en la valorización de la especialización extrema en el intento de retornar un

cuerpo a su condición de “normalidad”. Esto ha conducido inevitablemente a un abordaje técnico y organicista con foco en la enfermedad y a la fragmentación y reduccionismo de la atención de los problemas de salud (Seixas *et al.*, 2016).

El concepto de MMH propuesto por Menéndez (2009) puede describirse a través de las características con las cuales el autor lo presenta. En sí mismo, constituye el núcleo del problema que este trabajo pretende desarrollar en torno a los modelos de atención en salud: biologicista, a-histórico, asimétrico, patriarcal, autoritario, medicalizante y mercantilista.

Una clínica reformulada y ampliada

La clínica como expresión de la práctica en salud cobra significado en las formas y saberes de atención. De hecho, existe un gran número de clínicas. De Sousa Campos (2009) expone las tres caras principales de cómo puede presentarse la clínica: la Clínica Oficial o clínica-clínica (expresión del modelo biomédico de Menéndez), la Clínica del Sujeto y la Clínica Degradada. Así como Menéndez (2009) introduce el concepto de hegemonía biomédica para referirse al dominio de un modelo de salud por sobre otros, De Sousa Campos (2009) introduce el concepto de degradación de la clínica como resultado de una política de salud inadecuada, alienada y protocolizada. Esta última se debe a intereses económicos o desequilibrios pronunciados de poder que alejan al personal de salud del reconocimiento de las verdaderas necesidades de las personas.

En relación con esto, Silberman y Buedo (2020) añaden que la Clínica Oficial (clínica-clínica) muestra ciertas limitaciones al planificar sus estrategias terapéuticas en torno a la patología por sobre el sujeto, con lo

cual promueve un enfoque biologicista y excluye las dimensiones sociales y subjetivas de las personas. Estas nociones, con énfasis en la búsqueda de una cura, dejan en un segundo plano las posibilidades de promoción y prevención de la salud, e incluso aquellas vinculadas a una posible rehabilitación. Por el contrario, en la búsqueda de superar la fragmentación biomédica y fortalecer la dimensión vincular terapeuta-usuario/a, De Sousa Campos (2009) expone la idea de una *Clínica ampliada o Clínica del Sujeto*. Este posicionamiento pretende reconstruir un modelo de atención centrado en la persona como ser cambiante, que sufre de diferentes maneras y en diferentes contextos. Asimismo, implica el reconocimiento de los límites en el conocimiento disciplinar como primera medida, al dar lugar al diálogo con otras disciplinas y con otros saberes (Silberman y Buedo, 2020).

Sobre el proceso de salud-enfermedad

Desde su constitución, la kinesiología, como campo de saber, ha tenido que configurarse en su forma de concebir el cuerpo, el movimiento y la salud. En este sentido, la kinesiología, como parte del campo de la salud, no queda exenta de interpretar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad. En este aspecto, es necesario hacer visible dicha complejidad en sus conceptos, ideas y prácticas concretas.

En relación con esto, Laurell (1982) describe la visión de la salud concebida como un hecho dinámico, distinto a la concepción estática de interpretar la salud o la enfermedad como términos absolutos e independientes. Es decir, que un sujeto esté sano o enfermo es parte de un proceso dinámico en el que influyen múltiples factores sociales, del ambiente, biológicos, del sistema de salud, de las creencias, de la cultu-

ra, de los modos de producción y de la comunidad, por mencionar algunos aspectos. Por ello, la salud-enfermedad es reconocida como parte de un proceso, como parte de una construcción colectiva en la cual se manifiestan aspectos tanto simbólicos como materiales que se relacionan con la persona y su propia vida.

En relación con la visibilización de esta complejidad, la “historia natural de la enfermedad” de Leavell y Clark (1965) es discutida por muchos autores y autoras por tratarse de una postura centrada en aspectos puramente biologicistas. Breilh (2013) sostiene, por su parte, que los fenómenos sociales, más que con la naturaleza, están relacionados con dimensiones como la economía o la política, ya que las relaciones productivas de la sociedad determinan cómo se enferma cada grupo social. Para Laurell (1982), el carácter histórico de la enfermedad no se comprueba empíricamente en el caso clínico, sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos.

Sobre el proceso de atención-cuidado

El proceso de atención y cuidado se vincula directamente con la relación que el sistema de salud establece con el proceso de salud-enfermedad, o bien, con cómo los conceptualiza y/o interpreta. En este sentido, los servicios de salud a lo largo de la historia han sido mayoritariamente curativos y han ofrecido un modo de trabajar la asistencia predominantemente marcada por la producción de procedimientos a partir de un saber estructurado. En consecuencia, el trabajo profesional se aísla de otros trabajos en salud, de la interdisciplina y se aliena de la relación usuario/a-trabajador/a. Esto implica una pérdida de responsabilización,

resulta costosa para el sistema y de forma ocasional puede ser resolutoria. En virtud de esto último, el problema no radica en la asistencia en sí misma, sino en el modo de realizarla, puesto que, desde una perspectiva que se oriente al compromiso con el/la usuario/a, centrada en la persona, podría enriquecerse el modo de trabajar la asistencia, es decir, pensar un nuevo modo de producir la clínica. En este aspecto, el profesional o la profesional se verá comprometido/a con una gestión más colectiva de los procesos de trabajo hacia el interior de los equipos de salud, de una manera multiprofesional e interdisciplinar y pautada por resultados en términos de beneficios para sus usuarios y usuarias.

En este proceso, según Merhy, Feuerwerker y Ceccim (2006), entre profesional y usuario/a se abre un espacio intercesor, es decir, que la relación mutua entre ellos/as es, al mismo tiempo, un espacio de construcción común, lo que propicia el proceso de cuidado en salud. El/la trabajador/a actuará de una forma o de otra a partir de su subjetividad, de su historia de vida, de sus experiencias y de sus valores. Estos elementos van a determinar la manera en la cual el/la profesional pueda intervenir, contribuir e implicarse en el problema de salud del usuario o usuaria con quien se relaciona. En este sentido, la subjetividad y la implicancia, si bien no aparecen en gran medida en la teoría de nuestros aprendizajes o enseñanzas universitarias, sí están presentes en todo proceso asistencial, de producción pedagógica y de salud, y son parte del proceso de producción de cuidados.

Micropolítica

Los/as trabajadores/as de la salud, aunque estén bajo las mismas direc-

trices, actúan de un modo singular en la producción de cuidado. Por lo tanto, los niveles gestores influyen de manera limitada sobre las prácticas de cuidado. Es en el ámbito de la micropolítica donde el kinesiólogo o kinesióloga, en relación con el usuario o usuaria, y en acto, define cómo se realiza el cuidado. La *micropolítica* es lo instituyente y creativo, y por ende, está en constante producción por parte de los trabajadores y las trabajadoras de la salud y los/as usuarios/as (Franco y Merhy, 2011). Los kinesiólogos y kinesiólogas pueden reproducir sus prácticas según lo instituido o bien construir prácticas de acuerdo a su forma de habitar el mundo. Es decir, cada terapeuta y usuario/a tienen cierto margen de gobernabilidad sobre sus acciones. Por lo tanto, en función de cómo se articulen las acciones en el plano macro y micropolítico, las personas pueden actuar como sujetos poseedores de saberes y acciones, que protagonicen nuevos procesos, o bien ser reproductores de situaciones ya dadas (Merhy y De Vega, 2006).

Las formas de actuar en el plano micropolítico definen las prácticas de cuidado en salud y constituyen un punto de partida interesante para pensar la clínica ampliada en el marco del trabajo en kinesiología. A continuación, se abordan conceptos relacionados sobre la naturaleza del trabajo en kinesiología y las tecnologías implicadas en su producción.

Trabajo en kinesiología

En el trabajo en kinesiología se llevan adelante acciones para producir actos de cuidado. El trabajo en la salud puede ser *trabajo vivo* o *trabajo muerto* (Merhy, 2008; Merhy y De Vega, 2006). El trabajo vivo sucede cuando el/la kinesiólogo/a utiliza instrumentos o saberes para producir

algo. Por ejemplo, una técnica de higiene bronquial por sí sola es trabajo muerto, pero utilizada por el/la profesional para que un niño/a pueda alimentarse con mayor comodidad, se convierte en trabajo vivo.

Para producir algo se requiere de tecnologías o herramientas a las cuales les damos una lógica instrumental. Para producir actos de cuidado, el/la profesional ofrece una serie de *tecnologías en salud*. Existen tecnologías duras (como los equipamientos, aparatos, protocolos y técnicas), blandas-duras (conocimiento disciplinar) y blandas (habilidades vinculares como el respeto y la escucha) (Merhy y De Vega, 2006). En el trabajo vivo, las tecnologías blandas orientan el uso de las otras tecnologías. A modo de ejemplo, el/la kinesiólogo/a puede convertir un resultado de una resonancia magnética (dura), y su interpretación (blanda-dura), en un acto significativo a través de su capacidad para comunicar el resultado (blanda).

A diferencia de los trabajos que buscan la producción de objetos (donde hay una relación entre sujeto y objeto), como kinesiólogos/as trabajamos con sujetos, es decir, establecemos relaciones sujeto-sujeto. A su vez, la producción no antecede al consumo, como en el caso de fabricar un objeto, sino que la producción y el consumo del acto de cuidado se dan en simultáneo. Por lo tanto, es en este encuentro con el otro sujeto que, al implementar tecnologías blandas, se genera el *espacio intercesor* (Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006), es decir, una relación intersubjetiva entre terapeuta y usuario/a que le da un sentido a las tecnologías duras y blandas-duras en el marco del trabajo vivo en acto (Silberman y Buedo, 2020). Sin la relación intersubjetiva que propicie un espacio de construcción conjunta, los aparatos, las mediciones, las técnicas kinésicas y los algoritmos terapéuticos pierden sentido y son capturados por el trabajo muerto.

La clínica-clínica, con énfasis en lo biológico, corre el peligro de produ-

cir relaciones intersubjetivas captadas por el trabajo muerto (Silberman y Buedo, 2020). Si nos guiamos solo por protocolos (a pesar de reconocer su necesidad para la organización de los trabajos), corremos el riesgo de eliminar la espontaneidad y la creatividad. Los protocolos quitan incertidumbre al encuentro pero, al mismo tiempo, nos permiten escondernos del otro y producir una *parálisis en el cuidado* (Seixas *et al.*, 2016). En este sentido, la producción del cuidado en el marco del trabajo vivo en acto se vincula con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro sujeto en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo. Se parte de la comprensión de que todos hacen clínica, ya que, desde esta concepción, la clínica no se limita al trabajo de diagnosticar, curar y hacer pronósticos, sino que también se configura como un espacio de intercambio, un diálogo de saberes.

Interculturalidad

El concepto de cultura se conoce como un tejido social que abarca las distintas formas y expresiones de una comunidad. Isabel Kelly (2016) aporta a este concepto la característica de dinamismo, es decir, que la cultura siempre está sujeta al cambio. La autora indica que pueden ser procesos lentos o rápidos, pero en permanente modificación. Asimismo, aporta la noción de integralidad, al afirmar que los elementos culturales de una sociedad se encuentran relacionados entre sí. Esto implica comprender la inexistencia de un rasgo verdaderamente independiente donde un solo cambio cultural desencadena una reacción escalonada.

Cuando dos personas o grupos de culturas diferentes se encuentran, se produce el fenómeno de *interculturalidad*. Refiere no solo a los rasgos o

productos culturales emergentes, sino también a aquellas actitudes y modos de vincularse que surgen en el marco de dicho intercambio (Albó, 2009).

Dentro del campo de salud, la interculturalidad emerge como oportunidad de espacio de diálogo, intercambio y complementariedad ante escenarios de diversidad cultural entre el personal de salud, quienes asisten a los diferentes servicios y sus familias. Sin embargo, el paso de la teoría a la praxis implica necesariamente el desarrollo de prácticas concretas y no su mera conceptualización. Desde esta perspectiva, Ruiz-Llanos (2007) presenta un aspecto relevante de la interculturalidad, al mencionar que no solo “reconoce” la diversidad cultural, sino que también actúa frente a ella y, por tanto, la propone como una meta por alcanzar. La autora expone este paso de la teoría a la praxis como un acto ético que significa uno de los episodios vitales más valiosos y a la vez más difíciles de construir.

Por su parte, Campos Navarro (2016) sugiere que la interculturalidad requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados de dicho intercambio sean satisfactorios para las dos partes. La reciprocidad de la que habla el autor señala el supuesto de que hay algo para escuchar, entender y, sobre todo, aprender de los/as usuarios/as. El entendimiento recíproco implica una igualdad de posiciones, una apertura a nuevas formas de interpretar los procesos de salud-enfermedad y la certeza de que el acto de cuidado en salud comienza allí, en el encuentro.

Ciudadanía activa en salud

De Sousa Campos (2009) propone ampliar el objeto de estudio y práctica de la Clínica. Sugiere el pasaje de la enfermedad al sujeto y su contex-

to, es decir, correr el foco de la enfermedad para abordar al sujeto (social y subjetivamente constituido). El PSEA está atravesado no solo por la patología de la persona, sino por su contexto: deseos, barrio, género, edad, ideologías, sexualidad, etnia, herencia, entre otros factores. Toda esta mixtura hace que cada trayectoria sea única.

En este sentido, es necesario reconocer que el/la usuario/a tiene una vida más allá de su enfermedad. Por ejemplo, no por tener una amputación, alguien deja de ser arquitecto/a, trans, de ser pobre o de vivir en el campo. Una clínica enfocada en el sujeto debería integrar, entonces, dimensiones políticas, económicas y sociales con el fin de evitar la reproducción de situaciones que generan sumisión y dependencia.

Formar parte del PSEA de las personas nos invita a pensar estrategias creativas e inciertas para que cada sujeto pueda alcanzar el mayor grado de autonomía e iniciativa posible. Correr el foco de la enfermedad para ponerlo en la persona y su contexto parte del reconocimiento del usuario o de la usuaria como sujeto de derechos y, a su vez, de la necesidad de acompañar y preparar a ese individuo para hacer valer esos derechos. Por lo tanto, pone a usuarios y usuarias como protagonistas y les otorga un lugar de ciudadanos y ciudadanas activos y activas respecto al PSEA (De Sousa Campos, 2009). La satisfacción de necesidades y concreción de los derechos de las personas serán, entonces, producto de los actos de cuidado. En dicha producción, deberá ponerse en juego una multiplicidad de saberes y prácticas que se singularizan en el sujeto y se articulan según las situaciones y oportunidades (Silberman y Buedo, 2020).

Silberman y Buedo (2020) sugieren que una forma de operativizar los conceptos de la clínica ampliada es a través de los *Proyectos Terapéuticos Singulares* (PTS). Un PTS es un conjunto de actos asistenciales pen-

sados para resolver problemas de salud a partir de una evaluación no solo del riesgo clínico, sino también del riesgo social, económico, ambiental y afectivo. Con ello, se pretende una mirada ampliada de los problemas de salud, que integre los núcleos disciplinares (por ejemplo, el recorte disciplinar de los problemas de salud que puede hacer la kinesiología), que se estructure a partir de la singularidad de la persona y la interacción subjetiva que surge del encuentro. El PTS se organiza en función de una línea de cuidados organizada en base a las necesidades del/de la usuario/a y no de la oferta asistencial vigente.

Tras desarrollar elementos para comprender la micropolítica del encuentro con el otro, así como recursos y metas que podemos perseguir e implementar como terapeutas, buscaremos repensar aspectos de la macropolítica, lo que nos permitirá expandir aún más la clínica, al reconocer otros espacios de trabajo.

Más allá del encuentro: macropolítica

Sumar al proceso de la micropolítica aspectos que van más allá del encuentro implica poner en juego la integración al proceso de discusión la mirada de lo político, la política y la disputa por el poder, que transcurren entre los espacios intermediarios o limítrofes entre la macropolítica y la micropolítica, en la cual se funden o confunden distintos aspectos que impactan en las prácticas de salud (Spinelli, Arakaki y Federico, 2019).

En el proceso del trabajo en salud, como refieren Franco y Merhy (2011), es común observar en las discusiones y talleres de planificación la afirmación de que la gestión estratégica de la organización debe darse

por proyectos y su conducción por determinados actores de la gestión. En este sentido, este acuerdo organizacional parte de la ineficacia de las estructuras del organigrama y del reconocimiento de que la producción del trabajo se organiza a través de las relaciones sociales, en las cuales se ponen en tensión aspectos de lo político, las disputas por el poder, el manejo de los recursos y las reglas del juego propias de cada organización. La forma de conducción de procesos de trabajo en salud, se repite en todos los niveles de producción, es social y subjetivamente determinada y configura su micropolítica, entendida como el actuar cotidiano de los sujetos a partir del campo relacional y con el escenario en el que se encuentran. Esta relación del campo de la micropolítica es construida no solo a partir de las subjetividades propias de quienes forman parte de la organización, como puede ser un equipo interdisciplinario de salud de un efector sanitario, sino que también estas redes de producción de trabajo, que operan en el interior desde la micropolítica, son influenciadas por las formaciones estructurales propias de la organización, de las instituciones, de sus marcos normativos y de la arena política de los diferentes sectores de gobierno.

En este sentido, los y las profesionales de la kinesiología eventualmente podrían imaginar que su saber y hacer se superponen y confluyen con los de otros trabajadores y trabajadoras de salud y construyen interdisciplina, coordinación asistencial, derivaciones, referencias y contrarreferencias, como elementos que se reconocen en la práctica habitual y que marcan las relaciones profesionales en este campo. En esos encuentros, además del saber y el hacer, confluyen la cultura construida en la tradición de las corporaciones y su forma de ver la producción en salud, las redes de trabajo, los imaginarios colectivos en relación con la salud, así como los discursos hegemónicos.

Reflexiones finales

Los modelos que sustentan el saber, las representaciones y las prácticas de cuidado en salud han construido las diferentes formas de atención en la kinesiología. Fue necesario hacer un proceso de historicidad para conocer cuál ha sido el punto de partida, desde qué paradigmas ha crecido la disciplina y cuáles han sido las principales líneas de formación que se expresan en las perspectivas disciplinares actuales.

Como primera medida, reconocer que existen límites en el conocimiento disciplinar permitió poner en diálogo a la kinesiología con otros saberes (con autores y autoras del campo de la antropología, la sociología, la salud colectiva, entre otros), no como un mero acto interdisciplinar sino como la búsqueda de un respeto y una ética profesional en el marco de políticas integrales en salud.

Un posible desarrollo de clínica ampliada en kinesiología implica la utilización de un amplio espectro de tecnologías en salud en el marco del trabajo vivo en acto. Estas tecnologías podrían complementarse con la producción de cuidado destinada a la reproducción social del sujeto, dentro de un proyecto terapéutico compartido. Esta idea refleja la necesidad de nuevas líneas de formación a partir de tecnologías blandas y blandas-duras, así como del aporte de otros núcleos teóricos y epistemológicos.

A partir del cuestionamiento hacia el Modelo Médico Hegemónico, los y las profesionales de la kinesiología han comenzado a preguntarse qué estrategias se implementan para que quien acude a un servicio comprenda aquello que se le quiere transmitir. Incluso, ingenuamente (o no), se considera que esta práctica se aleja de aquel posicionamiento de poder y dominio, que se desarrolla a través de un intervencionismo sin un adecuado consentimiento informado. Sin embargo, el concepto de

interculturalidad expuesto en este trabajo ha permitido desarmar dicha idea. Suponer que solo el o la profesional tiene algo para decir o explicar refuerza los principios de un modelo asimétrico. La reciprocidad de la que habla Campos Navarro (2016) imparte el supuesto de que hay algo para escuchar, entender y, sobre todo, aprender de las personas. El entendimiento recíproco implica una igualdad de posiciones, una apertura a nuevas formas de interpretar los procesos de salud-enfermedad y la certeza de que el acto de cuidado en salud comienza allí, en el encuentro.

Conflicto de intereses

No se presenta ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la participación de la estudiante de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría Milagros Amelong por su contribución en la transcripción de las grabaciones de los encuentros. También agradecemos al licenciado Marcos Pravisani, quien colaboró con la traducción del resumen a la lengua inglesa.

Agradecemos al equipo de trabajo del Centro de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Gran Rosario por facilitar el espacio para los encuentros, material bibliográfico y asesoramiento.

Bibliografía

Albó, X. (2009). Interculturalidad, Estado y Pueblos Indígenas. En L. Citarella y A. Zangari (Eds.), *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 145-157). La Paz: Unión Europea. Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base; Cooperación Italiana.

Bispo Júnior, J. P. (2021). La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud colectiva*, 17, e3709. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652021000103709

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, S13-S27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02>

Campos Navarro, R. (2016). *Antropología médica e interculturalidad*. Nueva York: MacGraw Hill.

De Sousa Campos, G. W. (2009). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Franco, T. B., y Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*, 7(1), 9-20.

Kelly, I. (2016). La antropología, la cultura y la salud pública. En R. Campos Navarro (Coord.), *Antropología Médica e Interculturalidad*

(pp. 467-470). México, D. F.: Mc Graw-Hill/UNAM.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.

Leavell, H. R. y Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. New York: McGraw-Hill.

Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merhy, E. E. (2008). En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en salud. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145

Merhy, E. E. y De Vega, L. I. N. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.

Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M. y Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, 2(2), 147-160. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62>

Ruiz-Llanos, A. (2007). La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 10(2), 99-107.

Seixas, C. T.; Merhy, E. E.; Baduy, R. S. y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva*, 12(1), 113-123. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652016000100113

Silberman, P. y Buedo, P. (2020). Clínica ampliada. En P. Silberman y P. Buedo (Eds.), *Manual de seguimiento clínico-familiar* (pp. 77-88). Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur.

Spinelli, H.; Arakaki, J. y Federico, L. (2019). *Gobernantes y gestores: las capacidades de Gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*. Remedios de Escalada: EDUNLa; Universidad Nacional de Lanús.

Rodrigo Juárez, Virginia Anghilante, Melina Bufarini, Jorgelina Dellacasa, Gianfranco Monachesi y Franco Carlomagno, "Una aproximación teórica de los procesos de cuidado en kinesiología hacia una perspectiva de clínica ampliada". Revista *Salud, Educación y Sociedad*. Volumen 2, número 2, septiembre 2023, pp. 18-29.

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



**Universidad
del Gran Rosario**