

# “Extensión, investigación y enseñanza en la materia Extensión Universitaria”<sup>1</sup>

## **Autores:**

Alba Eguilior (albaegui@gmail.com)

Leonardo Zabala (leozuy@gmail.com)

## **Resumen**

La presente ponencia rescata algunas reflexiones y análisis teóricos de estudiantes que participaron de una experiencia de taller en el marco de la materia Extensión Universitaria, desarrollada durante el primer semestre del año 2015 en la Facultad de Ciencias Sociales. En ella entendemos se articularon los tres pilares de la Universidad de la República (extensión, investigación y enseñanza), a partir de la realización del proyecto de investigación: “Sala de espera de emergencia del Hospital de Clínicas”.

Nos interesa analizar la experiencia aportando una mirada desde nuestro rol de estudiantes en el curso vinculada a los siguientes aspectos: incentivar mayores instancias de articulación entre investigación y extensión entre la Universidad y el medio; resaltar la pertinencia del taller como dispositivo pedagógico, el cual no termina en el aula o finalizado el semestre, sino que posee una potencialidad reflexiva luego de finalizar la materia; explicitar las posibilidades de intercambio entre teoría y práctica ya que los resultados obtenidos en la investigación tienen fuerte vinculación con los fundamentos teóricos estudiados en el aula; proponer dimensiones de análisis que permitirían la continuidad del Proyecto de Investigación mencionado.

**Palabras claves:** Extensión. Taller. Sala de espera Hospital de Clínicas

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en las XV Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR.Montevideo, 14, 15, 16 de septiembre de 2016.

## **Introducción**

La ponencia que desarrollaremos a continuación intenta desatar algunas reflexiones y análisis teóricos de estudiantes que participaron de una experiencia de taller en el marco de la materia Extensión Universitaria, a partir de la realización del proyecto de investigación: “Sala de espera de emergencia del Hospital de Clínicas”.

La Materia Extensión Universitaria, en la cual desarrollamos nuestra experiencia, fué dictada en el segundo semestre del año 2015, y es una materia optativa dentro de la oferta de cursos existentes en la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República.

Dicha materia propuso como metodología pedagógica la exposición teórica, los talleres y el trabajo de campo. Durante el curso se conceptualizó, se problematizó y se sensibilizó a los estudiantes acerca de qué es la Extensión Universitaria, y se adoptaron los ejes conceptuales que articulados con los talleres y con el trabajo de campo se trabajaron en torno al Proyecto “Sala de espera de emergencia del Hospital de Clínicas”<sup>2</sup>

Nos planteamos como objetivo general de la investigación estudiar como es el vínculo, la relación entre el Hospital de Clínicas y los usuarios de los servicios ambulatorios que brinda la institución. Se trató de una investigación cualitativa, donde elegimos como técnicas de recolección de datos (basándonos para ello en los aportes de Valles (2000)) la observación y la encuesta semi estructurada. Se realizaron para ello unas 383 encuestas a usuarios y acompañantes (familiares o amigos, no personal contratado), y junto con las observaciones en campo, implicó unas 20 horas de trabajo de campo por alumno.

Las dimensiones de análisis que nos planteamos para la investigación fueron; 1) Conocer el perfil de la población objeto de estudio (edad, sexo, lugar de procedencia). 2) Saber acerca del conocimiento que esta población posee sobre el sistema de

---

<sup>2</sup> El proyecto es producto del acuerdo alcanzado entre la Coordinación de la Actividad Ambulatoria del Hospital de Clínicas y el equipo docente de la materia Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Sociales, a fines del año 2014.

asistencia (formas de acceso, conocimiento sobre reglamentaciones, consentimiento informado). 3) Valoración del servicio por parte de la población (asignaciones del sentido recuperado desde el discurso y del comportamiento de los usuarios de la emergencia de Hospital de Clínicas).

Durante el curso entendemos que se logró articular los tres pilares de la Universidad de la República (extensión, investigación y enseñanza), a partir de la realización del proyecto de investigación: “Sala de espera de emergencia del Hospital de Clínicas”. Dicho curso tuvo como modalidad de enseñanza; teóricos, taller. Y es justamente en la modalidad de taller donde vamos a situar nuestra atención y poner énfasis por considerarla una instancia que enriquece profundamente el proceso de aprendizaje.

En adelante nuestro artículo se dividirá en dos partes. La primera fase resaltaré la pertinencia de la modalidad taller como instancia de aprendizaje y se hará hincapié en incentivar mayores instancias de articulación entre investigación y extensión entre la universidad y el medio. La segunda fase se centrará principalmente en explicitar las categorías analíticas utilizadas como marco teórico para realizar la investigación en el Hospital de Clínicas se propondrán otras categorías analíticas, y se planteará la posibilidad de articular la teoría y la práctica, presentando dimensiones de análisis que permitan dar continuidad al Proyecto de investigación mencionado.

### **Conceptos preliminares**

Para comenzar a desarrollar nuestra ponencia es necesario definir algunos términos tales como “Extensión”, “taller” e “investigación” que serán centrales en el desarrollo de la misma.

La resolución del CDC (2010; 15-16)<sup>3</sup> entiende por extensión:

“- Proceso educativo transformador donde no hay roles estereotipados de educador y educando, donde todos pueden aprender y enseñar. (...)

---

<sup>3</sup> Disponible en: [http://www.extension.edu.uy/que\\_es\\_extension](http://www.extension.edu.uy/que_es_extension) Ultimo acceso: 30/08/2016

- Proceso que contribuye a la producción de conocimiento nuevo, que vincula críticamente el saber académico con el saber popular.
- Proceso que tiende a promover formas asociativas y grupales que aporten a superar problemáticas significativas a nivel social.
- Es una función que permite orientar líneas de investigación y planes de enseñanza, generando compromiso universitario con la sociedad y con la resolución de sus problemas.
- En su dimensión pedagógica, constituye una metodología de aprendizaje integral y humanizadora.”

Por Extensión el consejo de Facultad de Ciencias Sociales define: “...*la función a través de la cual se implementan actividades con soporte institucional, que se realicen en el medio, en interacción con el resto de la sociedad, mediante prácticas presenciales.*”(FCS;2009a).

Cecilia Etchebehere en su artículo *La extensión en Ciencias Sociales: trayectorias, debates y desafíos* analizando dicho concepto señala que “...*en Uruguay el movimiento estudiantil es quien históricamente ha colocado el lugar central de la extensión y ha avanzado en sus significados y alcances*” (Etchebehere 2014; 16), dicha autora plantea la dificultad dentro de la Facultad de Ciencias Sociales para dar centralidad a la extensión debido a que las prioridades son otras como la generación de conocimiento y la enseñanza-aprendizaje.

La definición de taller la tomamos de Dora García (2003; 20-21),

*”El taller se constituye en una experiencia social en la medida que los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica. Dicha experiencia modifica el rol del educando, de un rol pasivo a un rol protagónico en el aprendizaje.”*

Para la autora el taller es concebido como un tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización donde se van produciendo diferentes aprendizajes.

Respecto a la investigación, de acuerdo a las definiciones que presenta la Real Academia Española (RAE) sobre la palabra investigar (vocablo que tiene su origen en el latín *investigare*), este verbo se refiere al acto de llevar a cabo estrategias para descubrir

algo. También permite hacer mención al conjunto de actividades de índole intelectual y experimental de carácter sistemático, con la intención de incrementar los conocimientos sobre un determinado asunto.

Presentadas las diferentes definiciones nos introduciremos en el tema comenzando a resaltar la importancia de la modalidad taller como instancia de aprendizaje la cual supera el ciclo lectivo de enseñanza, sin dejar de lado el grupo, desarrollando nuestra experiencia dentro de la materia Extensión Universitaria.

### **Análisis de la experiencia en el taller**

En la experiencia del grupo, durante todo el curso, primó la construcción grupal del rol del alumno. No asistimos a un seminario ni a un monólogo, donde un docente expone sus conocimientos sobre una temática particular y los alumnos toman apuntes, aprehenden, y al final de la exposición realizan o no aportes o consultas. Una impronta particular – para sorpresa nuestra – en la modalidad de enseñanza implicó una construcción grupal de los conceptos, como por ejemplo, cuando en conjunto, docentes y alumnos, arribamos a una conceptualización de lo que se entiende por Extensión Universitaria. Así mismo, y como otro ejemplo, cuando construimos en conjunto el marco teórico (Michel Foucault y José Pedro Barrán) para la investigación en el Hospital de Clínicas; así como los objetivos de la misma, la metodología, la recolección de datos en campo y la sistematización de la información. Durante éstas y otras instancias lo que se destacó fue el trabajo grupal, el aprendizaje en equipos, el intercambio de opiniones, la participación y reflexión individual y grupal, el relacionamiento y la cooperación entre pares. En palabras de Ander-Egg (1999): “En el grupo o equipo de taller hay docentes y alumnos, pero el docente no existe como el único que sabe y enseña, ni los alumnos como los que no saben y tienen que aprender.”

La invitación al aprendizaje no se plasmó de modo autoritario sino desde la “competencia profesional” como forma de coordinar el proceso, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos. El rol de los docentes no se percibió como poseedores de un cierto *discurso de verdad* que pretende ser impuesto, sino como guía o coordinadores en la construcción de una experiencia práctica de un trabajo a realizar por los alumnos, con

la guía pertinente del equipo docente: “el conocimiento de cada uno y de todos confluye en el trabajo colectivo.” (Ander-Egg 1999).

El trabajo en campo con un compañero, para desarrollar las observaciones y las entrevistas, así como el intercambio de experiencias entre los equipos en clase, permitió tener contacto con una realidad institucional (Hospital de Clínicas) y una realidad social enfocada en los usuarios del servicio. Esta práctica nos permitió asumir cierta sensibilidad ante una realidad diferente (en distintas aristas) a la que vivimos a diario cada uno de nosotros; realidad que no es uniforme y que es percibida de diversas maneras por cada una de las personas entrevistadas. Lo que nos hace problematizar o por lo menos cuestionarnos acerca de las diferentes formas de percibir, por parte de los usuarios, una misma oferta de servicios: la que brinda el servicio de emergencia del Hospital de Clínicas. En el proyecto teníamos una tarea en común donde fueron planteados intenciones, desafíos y metas a lograr.

Al momento de ir a la práctica y encontrarnos con la situación y el contexto antes analizado en el espacio del taller, varios fueron los impactos recibidos, porque una cosa es lo teórico y otra muy diferente la realidad.

El estar en contacto con el ambiente nos hizo concebir cuán compleja es la realidad que muchas veces sólo con analizarla y estudiarla en el aula no es suficiente para lograr entender algunas actitudes y fenómenos que se dan en la sociedad. Solamente allí logramos unificar las ideas con la práctica, lo imaginario con lo real.

Aquí también cabe hacer mención a la posibilidad de hacer efectivos nuevos descubrimientos durante la práctica, como cuando un mismo hecho es percibido de dos formas diferentes por los dos miembros del equipo, y luego al comentarlo y compartir perspectivas en ocasiones nos decidimos por una de ellas y las plasmamos en el informe de sistematización, en un intento de asumir una “responsabilidad compartida”, no sólo dentro del equipo, sino entre equipo-grupo y equipo-grupo-docentes. Responsabilidad no sólo dentro del grupo (equipo-alumnos-docentes) sino también con las instituciones (Udelar – FCS y Udelar – Hospital de Clínicas). Responsabilidad que también intentamos plasmar en clase, en la puesta en común de dudas o sugerencias con los textos, y en las propuestas de ajuste a la metodología. Lo cual creemos aquí que habla de un compromiso con los docentes y con el trabajo práctico propuesto a desarrollar. En

este sentido, se da en el Taller una instancia de negociación donde se dejan de lado posturas particulares, y se llega a una resolución por consenso, asumiendo una posición en común entre docentes y estudiantes.

El poder participar en instancias donde se hace efectiva la operacionalización de cierta metodología (encuestas, observación) permite asumir, con facilidad, que no siempre hay resultados óptimos con cien por ciento de efectividad, sea por los motivos que sea (vimos en clase por ejemplo que algunas respuestas no eran apropiadas para la sistematización de los datos); si bien se debe aspirar a mayores niveles de eficacia. Esto creemos que debe ser tomado como parte del proceso de aprendizaje en clave de solidaridad entre pares.

Creemos en fin que la descripción desarrollada anteriormente nos ha permitido plasmar brevemente lo que ha sido nuestro pasaje por esta experiencia de aprendizaje en modo taller, dicho curso fue propuesto, ajustado, coordinado y guiado por el equipo docente en conjunto con los alumnos.

Por tal motivo creemos pertinente incentivar mayores instancias de dicha modalidad de aprendizaje a destacar por encima de la mera exposición de conceptos teóricos en aula. Hemos visto articuladas en la materia Extensión Universitaria los tres pilares de la Universidad de la República (extensión, investigación y enseñanza), los cuales trabajados de forma conjunta han puesto en escena la integralidad de la extensión universitaria.

El hecho de estar presentando nuestra ponencia es un reflejo de nuestra satisfacción con respecto a lo antes mencionado y de nuestra disconformidad respecto al recorte presupuestario por el cual nuestra casa, la Universidad de la República, está atravesando actualmente. Situación que afecta especialmente al área de Extensión.

Incentivar, esa es la palabra clave para que continúe esa tan valorada articulación entre la Universidad y el medio, entre la investigación y la extensión.

## Marco teórico para la investigación

La segunda fase del análisis se centra principalmente en explicitar las posibilidades de intercambio entre la teoría y la práctica. Siguiendo los aportes de Margarita Rozas, la relación teoría-práctica es fundante de toda intervención profesional. En palabras de la autora: *la práctica como encuentro con los hechos empíricos y la teoría como posibilidad de comprensión de dichos hechos sociales* (Rozas 1998; 56). El proyecto de investigación en el que participamos se estableció en base al análisis de un campo específico; el campo de la medicina. Para estudiar el campo<sup>4</sup> médico utilizamos dos autores tratados en el curso y que hablan acerca del tema, ellos son: José pedro Barrán y Michel Foucault.

En relación a estos autores algunas de las categorías analíticas con las que trabajamos para el análisis de la percepción de los usuarios son: la relación poder-saber, los dispositivos disciplinarios, el poder médico, los discursos de verdad, la biopolítica, la medicalización de la sociedad.

Según Barrán, en la sociedad del novecientos se dio un triple proceso por el cual culminó en la sociedad medicalizada;

*“el nivel de la atención, o sea, el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la de la conversión de la salud en unos de los valores supremos de la sociedad ; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas , valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico”* (Barrán 2002; 153)

Dicha medicalización incrementó el poder del médico hacia la población y en especial la vulnerable que se ve obligada a tratar su enfermedad y buscar la preservación de la salud.

Según Barrán (1990; 51), parafraseando a Foucault, las clases altas pasaron del descubrimiento del propio cuerpo al descubrimiento del cuerpo de los demás (...) la protección de su cuerpo requería también de la protección del cuerpo de los demás (...)

---

<sup>4</sup> Bourdieu define los campos como: espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu 1987c: 108)



la salud había demostrado su condición social (...) todavía quedaban enfermedades que transgreden las barreras de clase y saltaban de una condición social a otra.

En *La vida de los hombres infames* cuando Foucault aborda el tema de la medicalización de la sociedad, el autor identifica tres etapas en el desarrollo de la medicina: primero como medicina de Estado (cuyo objeto será proteger a la población), luego como medicina urbana (cuyo objeto será la salubridad) y por último como medicina laboral -cuyo objeto será la constitución de una fuerza productiva útil y disponible para trabajar y menos peligrosa para las clases adineradas - (Foucault 1992; 85-105)

Para Foucault la medicina es una disciplina, una tecnología de poder disciplinaria. La disciplina: *“fabrica cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos dóciles [...] La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos de utilidad económica) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos de obediencia política): disocia el poder del cuerpo.* (Foucault 2008; 160)

Estas nuevas tecnologías de poder, que se desarrollan en el período de auge del capitalismo y al cual responden, permitieron expandir múltiples micropoderes solidarios y relacionados entre sí que permitían construir y obtener procedimientos o técnicas de saber: a través de “cuadros”, “maniobras”, “ejercicios” y “tácticas”, se constituyen saberes. *“El éxito del poder disciplinario se debe al uso de instrumentos simples: la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y el examen”* (Foucault 2009; 199) Se trata de maximizar la utilidad de los espacios y del tiempo; *“se trata de construir una fuerza productiva cuyo efecto deba ser superior a la suma de las fuerzas elementales que la componen”* (Foucault 2009; 190).

Según Foucault, nuevos saberes implican nuevos dispositivos de control social; existe una perpetua articulación del poder sobre el saber y del saber sobre el poder, ejercer el poder crea objetos de saber los hace emerger; el ejercicio del poder crea perpetuamente saber e inversamente el saber conlleva efectos de poder. El saber produce poder, el poder produce saber. Esta es la relación saber-poder o poder-saber. Lo importante de esta relación es, según Foucault, que la actuación política de un saber se hace posible, visible, en lo que hace posible.

Las relaciones poder-saber, si es que tanto fascinan a Foucault es porque “producen”: producen realidad, producen ámbitos de objetos y rituales de verdad (Foucault nunca dijo que el poder era algo negativo u opresor meramente) Y, al analizar el examen como técnica disciplinaria Foucault nos entrega una guía metodológica: “*no es simplemente en el nivel de la conciencia, de las representaciones y en lo que se cree saber, sino en el nivel de lo que hace posible un saber donde se realiza la actuación política*” (Foucault 2009; 216); entendemos que Foucault nos dice que para comprender la relación política medicina-poder debemos mirar lo que ésta hace posible como saber.

En este sentido cabe plantearse la pregunta ¿Qué hace posible, a nivel político, la medicina o el poder médico?

Para Foucault la medicina se instituye como *discurso de verdad*, entendiendo por tal *aquel discurso que tiene un status científico, que es formulado por personas calificadas dentro de una institución científica*. (Foucault 2011; 19). A su vez, *la medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos: que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores*. (Foucault 2014; 228)

### **Análisis de la investigación**

A continuación pretendemos proponer dimensiones de análisis que exceden los objetivos iniciales de la investigación mencionada y permiten dar continuidad al proyecto, al plantear nuevos interrogantes. En ese sentido, intentaremos aquí asentar algunas hipótesis acerca del vínculo entre médico-paciente y usuarios-instituciones médicas.

Se trata de articular la teoría y la práctica, pues como hemos visto más arriba los autores destacaron el rol de la medicina como mecanismo de poder disciplinario.

Por tanto en lo que sigue nos basaremos en las observaciones realizadas en campo como también en las sistematizaciones obtenidas de las respuestas a las encuestas realizadas durante el mes de Junio de 2015, en el marco del Proyecto de Investigación: “Sala de

espera de emergencias del Hospital de Clínicas”; y en las categorías analíticas de los autores vistos durante el curso. Las propuestas de análisis que presentaremos a continuación no pretenden ser resultados de la investigación realizada sino sólo reflexiones, problematizaciones o propuestas analíticas que se desarrollan a efectos de esta ponencia.

En los tiempos actuales, los saberes que más se han desarrollado son aquellos que han aumentado las fuerzas aplicadas a mejorar las condiciones de vida de la gente, en un contexto donde el poder político se legitima en este sentido como “biopoder”. Esta sería nuestra primera dimensión de análisis. Por tanto, debemos entender el espacio médico, no en su singularidad, sino dentro de una perspectiva de totalidad social (la sociedad capitalista), y de esta forma se constata la solidaridad de la institución médica con otras instituciones y disciplinas en el conjunto social. Dentro de la sociedad capitalista la medicina es solidaria con toda una serie de otros controles: militares, administrativos, fiscales, etc.

Uno acude al médico cuando los órganos “hablan”, cuando uno se siente enfermo, y se ve, en parte, imposibilitado para proseguir con su vida cotidiana. A este nivel, todos tenemos necesidades de tener contacto con el médico, con el saber médico, porque cuando se lo precisa acudimos a él y este nos permite proseguir con nuestros estudios, nuestro trabajo, nuestros cuidados personales en general, etc. Queremos decir, el médico, en cierta forma, tiene el poder-saber, de prolongar la vida. Y este ¿no es el objetivo de un biopoder?

Al respecto en *Defender la sociedad*, Foucault dirá:

*“La biopolítica tendrá por objeto y objetivo la vida, que se preocupara por fenómenos de población, como los nacimientos, las defunciones, la reproducción, la fecundidad de una población, etc. Intervendrá también sobre los fenómenos relacionados con la vejez de los individuos, los accidentes, la invalidez, las diversas anomalías; el tercer ámbito de intervención de la biopolítica: los efectos del medio - geográfico, hidrográfico, climático”.* (Foucault 2014: 220-222)

En segundo lugar; dentro de la sistematización de los datos, cuando analizamos el sexo del paciente que va al centro hospitalario a consultar podemos ver que hay un predominio del sexo femenino 66,4% sobre masculino 33,6%. Este dato lo podemos

relacionar con algunas de las ideas planteadas por Barrán (2002; 147) *donde concierne el sufrimiento con valores masculinizados, el padecimiento físico para los hombres debía ser un testimonio de su coraje. Los hombres son los que soportan el dolor hasta no poder más y en casos muy extremos y comprometidos van a consultar, de lo contrario prefieren no ir al médico.*

El dato refleja que las mujeres parecen asumir otra sensibilidad respecto al dolor y el auxilio de un profesional. Se puede ver claramente como en nuestra investigación el sexo femenino es predominante en la “Sala de Emergencia del Hospital de Clínicas”

El concepto respecto al padecimiento del dolor ha ido evolucionando y cambiando en nuestros tiempos. Sin embargo, muchos hombres siguen atrapados en esa construcción social que a inicios del siglo XX, en pleno “disciplinamiento” de la sociedad, les impuso la concepción de que ir al médico es una traición a su hombría.

Una tercera dimensión de análisis trata sobre el consentimiento informado. El consentimiento informado se fundamenta en el respeto pleno a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.<sup>5</sup> Es un derecho de los usuarios vigente a nivel internacional en la Declaración Universal de Bioética y DDHH (Artículo 6)<sup>6</sup>; y está vigente en nuestro país en el Decreto N°274/010 (2010) reglamentario de la Ley N° 18335 (Art. 16)<sup>7</sup>. En este sentido, el consentimiento informado no es un trámite burocrático o administrativo, ni sólo una obligación legal para el médico, como habitualmente se lo mal entiende, sino también un derecho de los usuarios.

Asimismo, más allá de las pautas generales que establece el decreto citado (Art. 17)<sup>8</sup>, la posesión de un saber especializado le otorga a los médicos el poder de decidir qué explicar concretamente a los usuarios (y qué no), y en qué términos hacerlo. Muchos se

---

<sup>5</sup> Berro Rovira, Guido (2013) “Consentimiento Informado”. En *Revista Uruguaya de Cardiología*. Vol 28 N°1. Abril, pp 17-31. disponible en: [http://www.suc.org.uy/revista/v28n1/pdf/rcv28n1\\_berro-consentimiento.pdf](http://www.suc.org.uy/revista/v28n1/pdf/rcv28n1_berro-consentimiento.pdf) Ultimo acceso 21/08/2016

<sup>6</sup> “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada.” Ibidem

<sup>7</sup> Decreto N° 274 010 (2010). Artículo N° 16: “El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud.”

<sup>8</sup> Decreto N° 274 010 (2010). Artículo N° 17: “Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.”

apoyan en el encuadre en que se encuentra la institución (la mayoría de los usuarios provienen de los estratos bajos de la población, y no tienen los mismos recursos que los que pueden pagar una mutualista u otro servicio). Por tal motivo, se inclinan en decir o explicar lo mínimo necesario al paciente.

Cabe preguntarse o cuestionarse ¿Qué hace posible, a nivel político, el consentimiento informado? ¿Es posible establecer alguna relación entre el poder médico y el orden jurídico? ¿Cómo es esa relación? ¿Cuáles son los caminos por donde transita?

Es posible plantear como hipótesis cierta indefensión de los usuarios ante un lenguaje médico totalmente hermético que pocos entienden. La alternativa del “consentimiento informado” trata de hacer más perceptible este lenguaje y minimizar los riesgos para los usuarios, aunque quedan planteadas muchas dudas acerca de su viabilidad; aspectos que hoy día son debates cruciales en medicina legal: ¿es válido o no el consentimiento informado?

En la sistematización de los datos se ve claramente como la mayoría de los usuarios no tiene muy claro que es el consentimiento informado; muy pocos lo identifican o lo asocian con una ley. Entre las personas entrevistadas se le preguntó: ¿Escuchó hablar del consentimiento informado?, sólo un 12% respondió que sí escuchó hablar sobre el consentimiento informado, y muy pocos lo destacaron como un derecho.

Creemos aquí que el consentimiento informado, más allá de su “positividad”, legitimada en sus aspectos jurídicos (decretos, leyes), actualiza el saber-poder médico. Por un lado aumentando “la función política de la escritura” (todo debe quedar registrado, cualificado, clasificado, al detalle). Por otro lado, nos ha parecido que le da al poder médico la posibilidad de decirle a un paciente no, usted no tiene razón, no tiene derecho, usted representa un peligro para usted mismo o para la sociedad en su conjunto. Por último, refuerza el vínculo poder-derecho-verdad que legitima y legaliza la medicina, instituyéndola como discurso de verdad.

El “paciente” podrá ejercer su derecho a no saber (Decreto N° 274 010 - Art. 19)<sup>9</sup>, pero incluso este derecho puede ser relevado; y ¿por quien? “a *juicio* del médico u otro

---

<sup>9</sup> Decreto N° 274 010 (2010). Artículo N° 19: “El paciente podrá ejercer el derecho a no saber, manifestando al profesional de la salud su voluntad de otorgar el consentimiento para la realización de los procedimientos de atención en salud sin recibir información, de lo cual se dejará constancia en la historia clínica, firmada por el paciente y el profesional de la salud. Este derecho a no saber puede ser

profesional de la salud actuante”. ¿Cuándo, en qué situaciones? “cuando la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad” ¿Es realmente el juicio del médico u otro profesional de la salud quien puede determinar si conocer o no algo representa un riesgo para la persona o la sociedad?

Como cuarta dimensión de análisis; si la medicalización de la sociedad uruguaya se realizó entre 1900 y 1930 (Barrán 2002; 157), lo cual implicó que la asistencia médica de las enfermedades se convirtiera en la mayor preocupación de la sociedad, en los tiempos actuales estaríamos asistiendo a una ya desarrollada institucionalización de la práctica médica en toda la sociedad.

En la práctica que desarrollamos en el Hospital de Clínicas se ve claramente que muy pocas personas atienden su salud por otros canales no institucionalizados o informales (familia, curanderos, entre otros). Otra pregunta del cuestionario hace referencia a ¿que si había consultado antes por el mismo problema que tiene en otro lugar?, sólo un 3% responde que ha consultado por su salud en otros lugares no institucionalizados (curanderos 0,3%; religiosos 0,9%; homeópata 0,9%; terapias alternativas 0,3%; internet 0,6%). Recordemos a Barrán (2002; 152) cuando menciona que a fines del siglo XIX en Uruguay ni las clases altas ni los sectores populares eran asiduos de consultar al médico. Asimismo, se ha constatado cómo se incrementa la tendencia a invalidar estas formas de prácticas de atención de la salud “informales” (como por ejemplo se está incrementando la prohibición de realizar tareas de obstetricia a domicilio, o la homeopatía que no es reconocida como ejercicio de la medicina legal, de hecho su práctica no está amparada en la Ley 18335 que crea el SNIS). Podríamos concluir este punto diciendo que a medida que el médico fue ganando protagonismo en la sociedad, éste fue sustituyendo “la consulta a otros saberes” (Barrán 2002; 158)

En diálogo con lo anterior la Ley 18.335 (capítulo III, artículo 10º) explícitamente dice: “todas las patologías (...) deben ser tratadas (...) mediante modalidades asistenciales científicamente válidas”. Esto no sólo hace alusión a lo que decíamos más arriba sino que vemos como por vía legal se puede legitimar el poder médico científico al hacerlo

---

relevado cuando, a juicio del médico u otro profesional de la salud actuante, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad, de lo que también el profesional actuante dejará constancia fundada en la historia clínica.”

la única alternativa legalmente avalada para que un individuo se ocupe de su salud; la práctica jurídica está aquí totalmente subordinada al reforzamiento del poder médico como “discurso de verdad”. Por fuera de ésta medicina científica institucionalizada y legitimada no hay derechos, estamos expuestos a la arbitrariedad, a la ilegalidad, al fraude; por dentro de ésta los límites son impuestos desde arriba; el usuario, el paciente, el cliente está totalmente indefenso ya que no tiene poder sobre su salud. En el ejemplo que estamos analizando el poder médico y el poder jurídico van de la mano y son solidarios entre ellos actualizando el “poder corporativo” médico.

En quinto lugar; el Hospital de Clínicas es un Hospital Universitario que pertenece a la Udelar. En el año 2010 se firmó un “convenio de complementación asistencial con ASSE para brindar asistencia médica en diferentes dimensiones a la población usuaria de ASSE (Graciela Martínez, Coordinadora de Actividad ambulatoria en el Hospital de Clínicas - UdelaR). Ahora bien, para la mayoría de los entrevistados el Hospital de Clínicas es un hospital de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado), de Salud Pública. Durante la investigación, al preguntarle a los entrevistados; una vez que lo llamen ¿quien espera que lo atienda?, sólo un 5,6% respondió que espera ser atendido por un estudiante, mientras un 77,7% respondió que espera ser atendido por un médico.(creemos que esto es un claro indicador de que la denominación “hospital universitario” no es conscientemente percibida por los usuarios del Hospital de Clínicas. La mayoría lo percibe como un hospital público y no esperan ser atendidos por estudiantes.

Si nuestra hipótesis es acertada, cabría cuestionarse sobre la forma en que es operacionalizada la dimensión de Investigación y Extensión de la UDELAR dentro del Hospital de Clínicas. Desde este punto de vista, parecería ser que la misma está concebida herméticamente, plegada sobre sí misma, es decir enfocada en la práctica médica y no tanto en el derecho a acceso a información. Para el caso en cuestión, lo que estamos intentando problematizar es que los usuarios tienen derecho a saber en qué tipo de institución se están atendiendo y quién los está atendiendo. Una de las observaciones que se destacan es que quienes atienden no están identificados como médicos o como practicantes.

Si por extensión entendemos las actividades universitarias que se realizan en vínculo con la comunidad con la finalidad de aportar a la solución de problemáticas de la

sociedad, la extensión también es solidaria con estos propósitos. En este sentido, los aportes que el proyecto de investigación debe proporcionar consisten en ser elementos multiplicadores de la calidad del servicio que se brinda en la institución ya sea con propuestas para mejorar la actividad desarrollada en la institución (Hospital de Clínicas) como a problematizar lo naturalizado por los usuarios del servicio, o la propia institución, y develar haciendo visible nuevas posibilidades de comunicación entre los usuarios y la institución.

¿Qué sentido tiene que el usuario del Hospital de Clínicas esté en pleno conocimiento de las circunstancias en las cuales atiende su salud? ¿No habría que implementar políticas comunicativas que den cuenta de los servicios de Extensión, enseñanza e investigación que se desarrollan en el Hospital de Clínicas?

Por otro lado, cierta dimensión de análisis se plasma en respuestas hacia la pregunta que refiere a lo ¿que se podría mejorar de la emergencia? el 50 % de las respuestas hacían referencia al tiempo de demora en la atención; esto se manifestó en respuestas como “hay que esperar”, “demoran demasiado en atender”, “mejorar el tiempo de atención”, entre otros que también hacen referencia al tema del *tiempo*. Respuestas de este tipo no sólo es indicador de una relación entre pacientes e institución donde hay que tener apego a normas, reglas y procedimientos a seguir para ser atendido (TRIAGE reconocido por la mayoría de los usuarios) sino que marca cierta indefensión del usuario ante la patología a tratar; es decir, designa que el usuario o paciente no puede decir nada de su dolencia sino que tiene que “esperar” la palabra del médico como *portador de un saber que tiene efectos de poder y efectos de verdad*. Podríamos recordar aquí a Foucault (2007; 19) cuando nos señala que “discurso de verdad es aquel discurso que tiene un status científico, que es formulado por personas calificadas dentro de una institución científica”.

Cabría, asimismo, preguntarse por la concepción o el sentido del tiempo en la modernidad, como han sido analizados por Bauman, Berman, Giddens o Beck, entre otros. Pero entendemos que aquí la cuestión es otra; hay una situación de emergencia que actúa como mediadora y que introduce cierto nivel de “ansiedad”, ya sea por lo incómodo, por el propio malestar, por la enfermedad misma; que se impone como sobredimensión de la subjetividad.



Durante el trabajo de campo, no se observaron, ni existían disposiciones, prácticas o dispositivos asistenciales específicos pensados desde la institución para acompañar el tránsito por la sala de espera de emergencia del Hospital de Clínicas. Cuando uno está en ese lugar, en situación de vulnerabilidad, el personal de contacto con los usuarios es exclusivamente administrativo o de vigilancia. Lo que devela la situación es el aspecto de subjetivante, deshumanizante, de la institución que trata impersonalmente a los usuarios casi como anónimos que están destinados a esperar. ¿Es reflejo esta situación de escasez de recursos? ¿Es falta de políticas específicas de cuidados? ¿Es consecuencia del enfoque en el saber médico, y su hermetismo intrínseco, en el que se desarrollan las prácticas investigativas y extensionistas en el Hospital de Clínicas? ¿Es consecuencia de la ausencia de una mirada interdisciplinaria en la concepción de las prácticas extensionistas que se desarrollan en esa institución? ¿Es compatible la existencia de políticas de cuidados que consideren la subjetividad del usuario en esas circunstancias con el discurso médico y su saber-poder?

El carácter deshumanizante y desubjetivador al que hacemos referencia fue abordado por Marc Augé en su conceptualización de los *no lugares*, entendidos estos como espacios de anonimato, ahistóricos e impersonales, *espacios que no son en sí lugares antropológicos* (Augé 1992; 84) en el sentido de lugares con sentido inscripto y simbolizados. Desde este punto de vista, es posible utilizar la categoría de *no lugar* para entender el espacio de la sala de espera de emergencia del Hospital de Clínicas, que ante la ausencia de políticas de cuidados para los usuarios, realza su carácter deshumanizante y desubjetivante, justamente, en el preciso momento en el que la persona experimenta un exceso de subjetividad como explicamos arriba.

El análisis expuesto hasta aquí intentó mostrar la necesidad de generar sinergias interdisciplinarias que apunten a mejorar la calidad de los servicios prestados. El tono crítico que se le pueda atribuir al mismo de ninguna manera es una crítica irrespetuosa, sino que se trata de aportar miradas a lo ya hecho para construir sobre esa base nuevas formas de relacionamiento con los usuarios.

## CONCLUSIONES

La presente ponencia fue concebida como un intento de reflexión de la experiencia vivida durante nuestro pasaje por la materia Extensión Universitaria en el segundo semestre del año 2015. En dicha materia pudimos ver en ejercicio y articulados de forma integral los tres pilares de la Universidad de la República: Investigación, Enseñanza, Extensión.

En el transcurso de dicho semestre logramos problematizar efectivamente el concepto de Extensión Universitaria como también aproximarnos como estudiantes a métodos de relacionamiento con la sociedad.

Destacar la Extensión y su integralidad, es parte de un discurso que compartimos y queremos compartir, una forma de concebir los aportes que la Universidad puede brindar a la sociedad desde el lugar estratégico que ésta ocupa. Cuando manifestamos que queremos compartir ese discurso nos posicionamos en un lugar que excede la tradicional figura del alumno de aula, y tal lugar pretende, aunque sea mínimamente desde nuestro rol de estudiantes, colaborar en los procesos de concebir nuevos conocimientos acerca de la realidad social, y colaborar en la búsqueda de soluciones a los problemas que nos rodean.

Concebimos que como estudiantes podemos aspirar a una formación integral. Es decir, uno puede pasar por la facultad aspirando a recibirse, aprobando materias como si este tránsito fuera un trámite: cuatro años de facultad, aprobar materias, cumplir con los requisitos, créditos, parciales, exámenes, etc; pero, ¿después, qué queda? ¿cuál es el tipo de profesional que una educación así engendra? Hay otro tipo de pasaje por la facultad que es el que concebimos como formación integral, y que trata justamente de *formarse*; es decir, no sólo adquirir conocimientos, sino formarse como profesional y personalmente. La Universidad forma profesionales, pero también forma personas, adquirimos conocimientos, pero también una postura ética y política, una visión del mundo en el que habitamos.

Este tipo de formación integral es a la que como estudiantes debemos aspirar y el curso Extensión Universitaria tuvo su peculiar aporte en nuestra formación como profesionales, ya que nos permitió ampliar nuestros conocimientos y analizar otras realidades que personalmente las teníamos omitidas o simplemente desconocidas.

Mediante la articulación entre teoría y la práctica se hizo real la enseñanza logrando el objetivo deseado; la participación de estudiantes en la presentación de proyectos de extensión.

Dicha participación para nosotros como estudiantes es todo un desafío pero a la vez es parte de la motivación, de la superación como estudiante y principalmente de la participación en la lucha y la discusión política, en decir no al recorte presupuestario, y seguir incentivando propuestas de investigación y extensión entre la Universidad y el medio.

## BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (2014) *Ciencias sociales y extensión universitaria: Aportes para el debate*. Montevideo. F.C.S ISBN 978-9974-0-1154-0.
- Ander-Egg, E. (1999) *El Taller. Una Alternativa de Renovación Pedagógica*. Bs As: Magisterio, Río de La Plata.
- Augé, Marc (1992) *Los no lugares. Espacios del anonimato*. Barcelona: Gedisa
- Barrán J. P. (1990) *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental
- Barrán, J. P. (1993a) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 1. El Poder de Curar*. 2a reimp. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (2002) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan.
- Berro Rovira, Guido (2013) “Consentimiento Informado”. En *Revista Uruguaya de Cardiología*. Vol 28 N°1. Abril, pp 17-31. disponible en:  
[http://www.suc.org.uy/revista/v28n1/pdf/rcv28n1\\_berro-consentimiento.pdf](http://www.suc.org.uy/revista/v28n1/pdf/rcv28n1_berro-consentimiento.pdf)  
Ultimo acceso 21/08/2016
- Bourdieu, P. (1987c/1988) “El interés del sociólogo”, en *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa. pp. 108-114.
- Diccionario de la Real Academia Española. (RAE).
- Facultad de Ciencias Sociales (2009). Perfil del Egresado FCS. Plan de Estudios.
- Foucault, M (2009) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. 2a Ed. 1a reimp. Buenos Aires: Siglo XXI
- Foucault, Michel (1992) *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira
- Foucault, M (2014) *Defender la sociedad*. 1a ed. 6a reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M (2011) *Los anormales*. 1a ed. 7a reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- García, D. (2003) *El grupo. Métodos y Técnicas Participativas*. Buenos Aires: Espacio
- Rozas, M (1998) *Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio
- Valles, M. (2000) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

- Universidad de la República, Rectorado (2010) Fascículo 10. Hacia la Reforma Universitaria. La extensión en la renovación de la enseñanza: Espacios de Formación Integral. Montevideo.