

Promoción de la salud comunitaria y relaciones de poder*

*Gabriel Araujo Paullada***

Introducción

El presente trabajo, forma parte de los resultados parciales de una investigación que sobre el poder y su relación con el sometimiento en el plano de las relaciones intersubjetivas venimos realizando, desde el año de 1989, un grupo de investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Se trata de una investigación comunitaria, de carácter participativo, que llevamos a cabo en la zona centro de la ciudad de México, en los barrios de Tepito, Tlatelolco y zonas aledañas.

Nuestro punto de partida fue el sismo de 1985. El terremoto como acontecimiento que en el orden social subvierte las relaciones intersubjetivas. Un movimiento de tierra que hace posible la presencia de múltiples prácticas de diversa validez y construye organizaciones sociales distintas, tanto en sus modos de funcionamiento como en su estructura formal.

Como hipótesis de trabajo, suponemos que un suceso de esta magnitud, sacude, fractura y reorganiza las formas instituidas de relación que hasta entonces prevalecían. De otro modo, podemos decir que se alteran las tácticas (rituales, representaciones, meca-

* Avance de investigación presentado en el Primer Congreso Iberoamericano de Psicología en Madrid, julio 1992.

** Profesor Investigador del Depto. de Educación y Comunicación de la UAM Xochimilco.

nismos, procedimientos, etcétera.) para el ejercicio del poder entre los diferentes sujetos sociales. Asimismo, se instituyen (crean) nuevas formas en las relaciones humanas.

Sin embargo, el denso entramado que entre otros elementos, reúne la pérdida de la memoria y el paso del tiempo, hace posible la reaparición de las pautas de relación intersubjetiva, ya superadas, mismas que se sostienen en el vínculo poder-sometimiento que se suponía transformado total o parcialmente.

Esta ponencia, resulta de una reflexión personal acerca de la articulación entre los lugares sociales representados por el médico y la promotora de salud, en la práctica profesional conocida como "medicina comunitaria". En ella estos actores sociales ubicados en el "escenario" denominado "Comisión de Salud", reproduce poco a poco las formas tradicionales propias de la jerarquía de la institución médica, misma que se había modificado cuando recién se organizaron las diversas comisiones de servicio a la comunidad (salud, vivienda, problemas juveniles, etcétera.) a raíz del terremoto de septiembre de 1985.

Breve descripción del proceso de intervención comunitaria

Hacia fines del año 1989, acuden a la Universidad Autónoma Metropolitana, en su Unidad Xochimilco, un grupo de personas que representan (a decir de ellos) una de las comisiones que labora en la zona centro de la ciudad de México. Su demanda es la de "atención psicológica" y la comisión a la que representan es la de salud. Se trata de ampliar el servicio de salud al campo de la llamada "Salud Mental" a través de la inclusión en su grupo de trabajo de "especialistas" de esta rama, es decir, psicólogos clínicos y/o psicoterapeutas.

Nuestro equipo de investigación, compuesto entonces por seis personas (Lidia Fernández, Lilia Esther Vargas, Martha Elba López, Juan Carlos Hernández, el que esto escribe y nuestra querida compañera, Graciela Rahman, recientemente desaparecida), toma esta demanda como punto de partida y acude a la zona en un lugar denominado "Centro Morelos", que es la sede de la organización social del mismo nombre.

La comisión que mayoritariamente está presente en esta primera reunión con los habitantes de la comunidad es la de salud. En ella, colaboran profesores de la carrera de medicina de nuestra propia universidad y llevan trabajando en programas de servicio,

investigación y docencia en medicina comunitaria, desde el terremoto de 1985.

En estas condiciones, escuchamos la solicitud de quienes reclaman nuestra presencia y atención profesional. Sin embargo, de conformidad con nuestros procedimientos de trabajo, pensamos que el proceso de construcción de lo que llamamos demanda, lleva más tiempo debido a que hay que dar lugar a la generación de formas de explicitación de necesidades y clarificación de expectativas. Por ello, proponemos una primera fase de entrevistas colectivas, a fin de detectar el o los problemas más importantes.

Terminando esta fase, estamos en condiciones de diseñar una propuesta de trabajo donde se reconozcan y replanteen los problemas detectados reconociendo sus orígenes, causas, magnitudes, efectos, etcétera. Esta primera fase nos llevó tres reuniones en distintos centros de la zona. Del resultado de esta etapa preliminar surgen los problemas que a continuación relacionamos:

- a) falta de comunicación
 - la comunicación no circula (información)
 - no se entienden (malos entendidos)

- b) violencia contra mujeres
 - violaciones
 - golpes, maltratos
 - alcoholismo (en este caso, del hombre)
 - exceso de trabajo (remunerado, doméstico, de atención a los hijos, etcétera.)

- c) violencia contra menores (adolescentes y niños)
 - drogadicción
 - alcoholismo (hombres y mujeres)
 - violencia sexual
 - violencia física (golpes, malos tratos)

- d) falta de información especializada para
 - orientación a los hijos
 - educación sexual
 - problemas escolares

- e) falta de participación en las organizaciones que se traduce en el debilitamiento y/o disolución de los equipos de trabajo.

Del listado anterior reconocemos dos planos de la problemática. Por una parte, el de la atención psicológica a la comunidad (violencia familiar, drogadicción, etcétera.), y por la otra el de las dificultades para la consolidación de las distintas organizaciones que la propia comunidad ha gestado. Dificultades que se presentan en la comunicación y la participación.

De ahí nuestra propuesta de trabajo toma como eje la falta de participación y los obstáculos en la comunicación. Para abordar estos conflictos sugerimos la formación de un grupo abierto, quien a través de un recorrido histórico por los distintos momentos de las organizaciones, reconozca las causas que han incidido en la desestabilización y/o disolución de las organizaciones.

Tratamos de abrir un espacio donde se juntaran voluntariamente miembros tanto de las distintas comisiones, como de las varias organizaciones que estuvieran interesados en abordar el tema. Se trataba de una propuesta dirigida a desenmarañar la red de mecanismos que habían bloqueado la gestión colectiva que se intentó después de la catástrofe del 85.

Acordamos un método de trabajo y un tiempo determinado para esta segunda fase. Para efectos de este breve ensayo no entraré en mayor detalle.

De esta manera, se presentó nuestra propuesta y con ello se llevó a cabo lo que reconocemos como segunda etapa de trabajo. Esta fase terminó con la entrega de un documento donde tematizamos los distintos problemas escuchados en todas y cada una de las reuniones que llevamos a cabo. Destacamos como problemática principal la importancia de los intereses políticos de los distintos sectores involucrados en el quehacer de servicio comunitario y que tenían raíces más allá de la propia comunidad. Entregamos el mes de julio de 1990 un documento donde detallamos lo que habíamos registrado en las distintas reuniones de trabajo, y anexamos nuestros comentarios. Solicitamos la lectura atenta del documento y dejamos abierta la posibilidad de discutir con ellos el contenido del mismo. A la fecha no se ha propuesto nada al respecto, lo que nos lleva a reflexionar sobre su escritura, nuestro propio método de trabajo, nuestra relación de externos a la comunidad, etcétera.

Como tercera etapa, solicitaron nuestra participación directa en las actividades de la comisión de Salud, trabajando en torno al papel de los distintos miembros de dicha comisión (médicos, pasantes de medicina y promotoras de salud), y de la relación médico-promotora, en lo que hace al perfil de esta última.

El proceso nos llevó 10 sesiones de trabajo, mismas que terminamos en noviembre de 1991.

Herramientas para pensar las relaciones de poder¹ (hipótesis, conceptos, etcétera.)

La práctica social en tanto práctica política, está estrechamente vinculada al problema del poder, entendido éste como una relación, un ejercicio y una actividad que son constitutivas de la subjetividad colectiva; vale decir de la sociedad.

Desde este lugar, pensamos que las relaciones de poder constituyen a diferentes sujetos. En otras palabras, se trata de una construcción recíproca, la posibilidad de construcción, mantenimiento y transformación del ejercicio y las relaciones de poder a partir de las relaciones subjetivas.

Como hipótesis, retomo la desarrollada en un trabajo sobre la relación subjetividad y poder² que postula que "la subjetividad política se construye y se mantiene en un plano imaginario, entendido en sus dimensiones psíquica y colectiva (social y política). A la inversa, decimos que toda práctica política está sostenida por un imaginario social que puede servir como soporte privilegiado de la construcción de las relaciones de sometimiento y alienación que, (en ocasiones)³ están más allá de la voluntad de los sujetos."

Ahora bien de la hipótesis arriba enunciada surgen varias interrogantes en torno a la noción de imaginario. Este término alude a un tiempo dos planos, el psíquico y el social. Para dar cuenta del primero los desarrollos del psicoanálisis estructuralista francés son fundamentales. Para el segundo los trabajos de la filosofía política, de la antropología y de sociología son indispensables.

¹ Forma poco original para enunciar el carácter utilitario y relativo de los conceptos y las teorías (Teoría como caja de herramientas. Ver Foucault, Deleuze, etcétera.) En lo personal, me parece cada vez más cómodo, por práctico y antidogmático.

² Araujo, Gabriel: *Aproximación a la Relación Subjetividad y Poder*, Colección Cuadernos de Investigación, UAM Xochimilco, 1992 (en prensa).

³ Agregado actual, no aparece de esta forma en el escrito original, ya que la noción de voluntad no estaba suficientemente trabajada. Ahora tampoco lo está, pero al menos no se descarta la idea definitiva de que toda práctica de sometimiento es voluntaria o es involuntaria (casi en paralelo a la idea de inconsciente). Puede haber servidumbre voluntaria ignorando los mecanismos o servidumbre involuntaria por desconocimiento o voluntad de someterse por un acto de "muerte" psíquica y otras tantas combinaciones con sus respectivas explicaciones.

Por ahora, a reserva de continuar trabajando estas nociones, me apoyo en aquello que se ha producido alrededor del concepto de "imaginario psíquico", definiéndolo como aquel que surge a raíz de la llamada "fase (estudio) del espejo". Del mítico momento en el que se da una supuesta integración y una posible unificación del sujeto, lo cual se logra por la vía de la mirada del otro (imagen especular, mirada de la mirada y reconocimiento de un reconocimiento) y que permite la construcción, identificación mediante, de un yo frente a un tú que lo confirma y lo consagra en una imagen del espejo donde uno no está, ni es. Desde este discurso se habla de la constitución del sujeto como un proceso paradójico de desconocimiento (no es al sujeto a quien se mira sino a la ilusión de completud de ese quien lo mira) y de reconocimiento (te reconozco en tanto "creo" que eres ese que me hace falta para estar completo) del llamado Yo (registro imaginario). El Yo es el registro donde el sujeto se reconoce a si mismo desconociendo su "alienación" original.

En cuanto a la noción de imaginario social, Castoriadis confronta (parcialmente) la teoría psicoanalítica y dice que este "es una creación y no un reflejo como lo es para el psicoanálisis. Lo imaginario del que hablo no es imagen de, es creación incesante y esencialmente indeterminada (social, histórico, psíquico) de figuras, formas e imágenes a partir de las cuales sólo puede tratarse de alguna cosa. Lo que llamamos realidad y racionalidad son obras de ello."⁴

De la misma forma en que pensamos la noción de imaginario debemos revisar la idea de poder. Para efecto de este artículo recupero algunas de las preguntas que desarrollé en el trabajo sobre subjetividad y poder citado en párrafos anteriores. Me refiero principalmente a la definición que sobre el poder hace Foucault a través de la lectura que de él hace Deleuze ¿Qué es el poder? La definición de Foucault parece muy simple, el poder es una relación de fuerza o más bien, toda relación de fuerza es una relación de poder. Eso quiere decir, en primer lugar, que la relación de poder no se produce entre dos formas, como el saber. En segundo lugar, esto quiere decir que la fuerza nunca está en singular, que su característica fundamental es estar en relación con otras fuerzas, de suerte que toda fuerza ya es relación, es decir poder, la fuerza no tiene otro objeto ni sujeto que la fuerza... "las grandes tesis de Foucault sobre el poder se desarrollan en tres apartados: el poder

⁴ Castoriadis, C.: *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets, Barcelona, 1983. p. 8.

no es esencialmente represivo (es positivo diría Foucault puesto que incita, suscita, produce): se ejerce más que se posee (puesto que sólo se posee bajo una forma determinable: Clase, y determinada: Estado), pasa por los dominados tanto como por los dominantes (puesto que pasa por todas las fuerzas en relación)".⁵

En lo que se refiere a la construcción del sujeto a partir de las nociones de poder, Foucault parte de los lugares difusos y múltiples donde la sociedad, en tanto sociedad política, se construyen relaciones de dominio y resistencia. Para ello, en sus trabajos sobre la genealogía del poder apunta al tipo de sujeto que ha construido y manejado la sociedad moderna. "La modernidad occidental puede ser vista a partir de una mutación en el orden del pensamiento (lo que hizo posible su conocimiento científico) o, en la recomposición de las clases sociales y la aparición de nuevas hegemonías (la burguesía por ejemplo) también hay que analizarla para la conformación de un nuevo tipo de individualidad. Al privilegiar la matriz tecnológica discursiva a partir de la cual los sujetos se constituyen, Foucault detectó un tránsito entre constitución histórico ritual a otro científico disciplinaria."⁶

Así, Foucault considera que los llamados dispositivos (prácticas, teorías, técnicas, arquitecturas, etcétera.) que participan en la construcción del hombre (sujeto-individuo) de la modernidad occidental son, por un lado, aquellos que tienen que ver con el poder disciplinario cuya materia es el cuerpo. Estos dispositivos (máquina disciplinaria) permiten, al ser reapropiados por las distintas instituciones, el desarrollo de saberes diversos: arquitectura, maquinarias, teorías pedagógicas, medicina especializada, etcétera.

A la luz de estas reflexiones (por demás resumidas) sobre las nociones de imaginario y poder, podemos formular algunas preguntas que orienten nuestra mirada en la observación (escucha) de las prácticas discursivas que hablan del quehacer de la medicina comunitaria en el ámbito de la promoción de la salud. De esta forma, proponemos las siguientes interrogantes:

a) ¿se puede pensar el problemas del sometimiento en el origen mismo de la constitución del sujeto psíquico? ¿cómo pensar esta fase en tanto momento fundante?

⁵ Deleuze, G.: *Foucault*. Paidós, México 1987. Citado por Gabriel Araujo en: *Aproximaciones a la relación ... (Op. cit.)*.

⁶ Morales, Isidro: "Una investigación: para pensar el poder sin el Rey ni la Ley. El pensamiento político de Michael Foucault" en *Sociología*, año.3, no. 6, México, UAM-Azcapotzalco, 1988. p. 114.

b) si pensamos en la condición de sometimiento del sujeto, (en tanto singular) a partir de su condición constitutiva, es decir, de la creencia en una "autonomía ilusoria" ¿cuáles son las condiciones y las posibilidades para que una propuesta individual se considere alienante o desalienante?

c) ¿se puede pensar que el sometimiento es una "modalidad de respuesta" cuyas raíces inconscientes, en cada individuo, datan del acto inaugural del Yo?

d) ¿se puede pensar la relación de poder como un modelo de relación entre dos, en el que las funciones de dominio y de sumisión son producidas como formas de relación especular cuya garantía de permanencia se deriva del placer que produce la fascinación de completud?

e) ¿es posible pensar en las condiciones que preexisten al acto inaugural del Yo como relaciones especulares que producen efectos de fascinación?

f) ¿es posible imaginar (o pensar) lugares en los que se produzcan subjetividades (formas nuevas de sujeto) no alienadas?

La práctica de salud comunitaria y las relaciones de poder: algunas interrogantes

En el inciso 2 quedó resumida la tercera fase de nuestro trabajo en la comunidad. Corresponde ahora explicar en que consistió dicha etapa, cuál fue nuestra mirada (ya quedó anotado el lugar desde donde intentaba "observar") qué problemas fueron destacados y qué interrogantes podemos desprender de este ejercicio.

Podríamos dividir esta tercera etapa en dos partes. La primera orientada a participar como especialistas (psicólogos-docentes) en la tarea de formación de promotor de la salud. La segunda donde se nos demanda nuestra intervención "psicosocial" coordinando al colectivo de salud (La comisión) a fin de que reconozca la dimensión y complejidad de su proyecto de medicina comunitaria y todo aquello que entraña un proyecto de estas dimensiones.

Para la primera parte (formación de promotores), se nos solicitó el diseño y la operación de un programa de salud mental mismo que complementara los aspectos de salud que los programas de "salud física" no cubrirán.

Por nuestra parte, respondimos proponiéndoles nuestra incorporación en el proceso de formación de promotores en una de las

sesiones de cada taller, esto con la intención de trabajar junto con ellos su lugar como promotores de salud dentro del amplio proyecto de salud comunitaria. Además de esta actividad, propusimos un breve taller sobre "salud mental" en el cual se tomara como punto de partida el saber empírico de los propios promotores respecto de la emergencia y atención de los problemas psicológicos que afectan la vida cotidiana de los integrantes de la comunidad.

Aceptada nuestra propuesta nos incorporamos en las prácticas pedagógicas del grupo de promotores. Cabe señalar que se trataba de un grupo de alrededor de 20 personas (19 mujeres y 1 hombre, este último se retiró a poco de iniciado el trabajo al igual que más de la mitad de las mujeres del grupo).

De lo observado en esta subfase, destaco la multiplicidad de prácticas y de sujetos que alternan y se oponen a la idea de unidad del colectivo de promotores.

Como prácticas diversas, podemos citar desde la práctica médica donde se reúnen y separan las concepciones de enfermedad con sus explicaciones socio-históricas de diverso cuño, hasta las prácti-



cas que involucran diversos dispositivos como el consultorio, el aula, el hospital, la universidad, etcétera, lugares todos que privilegian y jerarquizan saberes y quehaceres (por no decir discursos) cuyas legitimidades provienen de diversas fuentes.

Así, podemos decir que la promoción de la salud es una práctica que implica un proceso complejo donde se abarcan y a veces se conjuntan diversos saberes (conocimientos, destrezas, etcétera.) y formas de organización de la población a fin de que esta se involucre en la tarea de prevención, conservación y solución de los problemas de salud tanto individual, como colectiva.

Esta práctica (pedagógica y médica) se sustenta en la práctica política que impregna y matiza un quehacer social con estas características. Lo político es quizá lo que subyace y orienta tanto los fines mediatos e inmediatos de la tarea promocional como las relaciones teóricas y prácticas en las concepciones de salud-enfermedad, médico-paciente, maestro-alumno, médico-promotor, etcétera.

En el proceso de formación de promotores, las relaciones de poder-sometimiento están presentes, de forma manifiesta o no manifiesta, en el conjunto de elementos que constituyen los distintos saberes, quehaceres, prácticas y discursos específicos, los cuales se transmiten junto con las propuestas innovadoras de la modalidad promocional y la enseñanza colectiva pretendidamente autogestiva.

Para terminar este punto, tomaré algunos elementos de dos de las últimas reuniones con los miembros de la comisión de salud (me refiero a la segunda parte de esta tercera etapa). En ellas se destacaran nítidamente algunos de los problemas que hemos venido aludiendo y que han dificultado la consecución de la "tarea grupal" del colectivo de salud.

A la primera reunión asistieron 8 personas, representando los diferentes "sectores" de la comisión de salud, cuatro promotoras, tres pasantes de medicina y un médico.

Cito un fragmento: "A mi me parece (dice uno de los pasantes) que "X" (promotora) tiene vocación para trabajar con enfermos. Es muy buena, yo estoy seguro que de haber podido hubiera estudiado medicina y no se hubiera quedado de promotora".

Poco tiempo después de esta intervención, "X" ruborizada (interprete usted) dice: "lo que si me molesta es que nosotras, las promotoras, a veces no sabemos que hacer, les llevamos el cafecito a los "doctores" (se refiere a los pasantes, por esto, y por la inflexión

de la voz, lo encomillo) y nos quedamos ahí en el consultorio esperando a que nos digan lo que hay que hacer. Ellos no le entran a la comunidad, se quedan ahí en el consultorio. Están haciendo un proyecto muy científico, pero..."

En la siguiente reunión, quince días después, sólo asisten promotoras, los pasantes, a decir de ellas, "están muy ocupados con su informe de investigación y no han podido llegar". En ausencia de estos, las promotoras se expresan de manera fluida y dicen, sin temor alguno, lo que les molesta de la relación (asimétrica) con los pasantes de quienes dicen ser sus asistentes. Por otra parte, cuando hablan del médico (ausente también) lo reconocen como un lugar de saber y autoridad. De los pasantes se expresan diciendo que son los "niños del doctor".

Hasta aquí el relato para terminar (provisionalmente) con los siguientes comentarios e interrogantes:

1) Si bien las relaciones de poder pasan alternativa y combinadamente por distintos planos y distintos referentes, como son la relación hombre-mujer, médico-asistente, pasante-promotora, promotor-promotora, médico-promotora, teoría-práctica, saber especializado-saber social, medicina preventiva-medicina curativa, educación-medicina, hospital-comunidad, niño-adulto, etcétera ¿son siempre estas relaciones entre dos? y de ser así, ¿suponen una relación imaginaria o existen mediaciones que las significan de otra forma y les dan un sentido que desborda el plano de la subjetividad intrapsíquica (valga el término).

2) A partir del mismo supuesto ¿podemos pensar el plano de los intrapsíquico como un plano ausente de la dimensión política? De ser así, estamos hablando de una especie de desterritorialización del psiquismo que excluye al mecanismo de fascinación (por no ser una suerte de mecanismo aislable) de su raigambre sociocultural.

3) En sentido opuesto, sobrepolitizando la trama intersubjetiva, podríamos decir ¿es acaso todo acto fascinación un acto de ejercicio del poder?

4) Si los quehaceres valorados (legitimados) desde un lugar social (vale decir una institución) varían, dependiendo de la instancia que los reconozca (signifique) ¿que lugar político y de producción de ideales (imaginarios sociales) tienen estas formas construyen entre varias de ellas espacios tan legitimados que aparentan una naturaleza trascendente?

Como vía de ejemplo, baste pensar la trascendencia de la figura del médico quien por su saber está sobre la vida y la muerte.

5) Si el proyecto político (salud comunitaria en organizaciones sociales) y el proyecto de salud se confunden, ya que la política atraviesa las relaciones profesionales sectorizadas y jerarquizadas y la salud es una actividad política tendiente a reconocer el origen social de la enfermedad y actuar en consecuencia a fin de modificar las condiciones sociopatogénicas: ¿dónde y cómo redefinir las tareas de la comisión y asumir con ello los encargos sociales, sin caer en la recurrencia del discurso vacío que promete la abolición de las diferencias y se sostienen en la diversidad de los enunciados?