

Colegio de Ciencias y Humanidades

TRABAJO RECEPTACIONAL

“REFLEXIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD, A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON JÓVENES DE IZTACALCO, UTILIZANDO COMO EJE PROBLEMÁTICO LA CATEGORÍA DE AUTONOMÍA”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Promoción de la Salud

PRESENTAN:

América Vázquez Solís y Juan Silverio Contreras Monroy

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Reconocimientos

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por haber implementado el Programa de Becas, en convenio con el Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal, para apoyar la terminación del Trabajo Recepcional, de todos aquéllos estudiantes que no lo habrían terminado por falta de recursos.

No está de más agradecer y mencionar que dicho apoyo, ha sido invaluable para lograr esta importante meta académica. Por lo mismo, me parece necesario invitarlos a que continúen realizando dichos esfuerzos interinstitucionales con el fin de que cada vez más estudiantes logren concluir esa, ó cualquier otra meta profesional.

América Vázquez Solís

Juan Silverio Contreras Monroy

Agosto, 2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1	8
La Salud, un concepto dinámico.....	8
1.1 Referentes conceptuales y metodológicos.....	9
1.2) Cómo se ha construido históricamente el concepto de salud.	19
1.3) El concepto de salud	29
1.4) La promoción de la salud: conceptualización y aplicación.	37
CAPÍTULO 2	43
Derechos, legalidad y legitimidad en la problemática de la salud.	43
2.1) El derecho a la salud	45
2.2) La idea del derecho a la salud en otros países.....	47
2.3) Análisis del concepto derecho a la protección de la salud	48
2.4) El derecho a la protección de la salud en el derecho constitucional mexicano y la realidad mexicana visto desde el Informe de los Derechos Humanos de la ONU.	52
CAPÍTULO 3	61
Cómo se constituyen los sujetos en la realidad.	61
3.1) Construcción histórica de los sujetos: Marx, Freud, Nietzsche	61
3.2) Nuevas formas de subjetivación	72
CAPÍTULO 4	82
Una experiencia de Promoción de la Salud: transición de lo histórico a lo autónomo. De la teoría a la praxis.....	82
4.1) Una experiencia y muchos aprendizajes.	83
4.2) Descripción de la experiencia.....	84
A MANERA DE CONCLUSIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	113

*“Lo que los racionalistas clamando por la objetividad y la racionalidad, intentan vender, es una ideología tribal propia”
P. Fejerabend*

INTRODUCCIÓN

La reflexión de éste trabajo parte de una confrontación entre teoría y práctica, desde la práctica misma, como una breve reflexión en torno a los campos de aplicación de la promoción de la salud, partiendo del concepto mismo de la salud, en relación con los ejes sobre los que se orienta la formación universitaria de la Promoción de la Salud. Y, derivado de la práctica, proponemos como eje transversal una perspectiva ética de la autonomía del sujeto, desde el punto de vista kantiano, en que el sujeto ha llegado al grado de madurez en que es capaz de autonormarse.

En un primer momento nos propusimos revisar los supuestos teórico-metodológicos de los que parte nuestra formación profesional, con la intuición antes de todo y señalando de principio la necesidad de volver la mirada hacia los saberes populares, comunitarios y del sentido común que han sido dejados de lado por la visión de la ciencia mecanicista actual. Además de la insoslayable remodelación del sistema de construcción del conocimiento.

Fundamentados en el marco teórico general de la dialéctica, que concibe los procesos sociales como partes de un todo en permanente cambio, los cuales, no solamente se relacionan entre si, sino que se influyen mutuamente. Tales procesos son explicables a partir de las fuerzas opuestas y contradictorias, que están en juego permanentemente en dicho proceso. Es decir la ley de los contrarios; la ley de los cambios de cantidad y calidad. Vinculados a esta perspectiva dialéctica están los supuestos del materialismo

histórico, en los que se concibe al hombre como un ser que construye la historia dando sentido y significado a sus acciones y sus productos.

Es en este apartado en el que la visión constructivista social juega un papel fundamental para la comprensión del individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial. Ésta corriente iniciada con Vigotsky, y desarrollada por algunos de sus seguidores como Brunner.

En esta reflexión intentamos mirar más allá de la postura organicista y tecnocrática que se ha manejado de la salud, desde los organismos rectores internacionales y que a su vez orientan las acciones en salud a nivel global, permeando así el pensamiento y la acción de las sociedades actuales, que en gran parte han creído y continuado el discurso en ese sentido.

Otro elemento metodológico presente en éste trabajo es el que plantea Foucault: el método arqueológico, que nos ayuda a revisar cómo han sido constituidos los sujetos de nuestro estudio, desde las redes significantes del discurso, él nos invita a mirar la singularidad de los acontecimientos atravesados por las prácticas discursivas de los saberes y ciencias que articulan las verdades internas de los sujetos. Nos plantea la necesidad de analizar los “dispositivos” como la familia, el trabajo, la sexualidad, etc. para entender cómo el sujeto es el producto de un entramado de relaciones históricas.

Entender cómo los tipos de saber son el soporte mediante los cuales estos dispositivos representan el poder, como relaciones de fuerza que se ejercen y generan resistencia, y son los que “sujetan” al individuo a través del lenguaje.

Es desde esta postura, que abrimos la discusión sobre cómo la recuperación y construcción de conocimiento permea la percepción del sujeto sobre sus propios conocimientos e intuición, y como se explica en el primer capítulo, intentamos “*encontrar el sentido mediante el cual, a través del discurso racional ha sido posible la pretensión de construir un mundo más humano, a partir de modelos de perfección, creados desde el mundo de lo inteligible, el mundo de la razón, de las ideas y del Ser...*” y cómo ello tiene resonancia en la toma de decisiones programáticas gubernamentales en la implementación de las estrategias, planes y programas de salud.

Nuestro planteamiento gira en torno a cómo la capacidad de autonomía del sujeto se ve maniatada a través de imaginarios implantados desde los discursos del poder, y termina atrapada entre publicidades mercantilistas de lo que es la salud y sus posibilidades de mantenimiento, punto desde el cual la prevención y promoción de la salud toman un giro de consumismo en torno a la salud a la vez que, desde los altos niveles de decisiones político-económicas, se implementan marcos legales que ubican el derecho a la salud ya no como un bien a proteger, como lo establecen la Carta de la ONU de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales; sino como la oportunidad de depositarla en manos de la población aludiendo a una supuesta corresponsabilidad de las partes, en la que el obligado a protegerla es el directamente afectado, cueste lo que cueste.

Para ello, hacemos un breve análisis de las leyes que rigen desde el marco internacional las estrategias de atención para la salud, dictadas por la Organización Mundial de la Salud, y su impacto en la aplicación de medidas internas en el mismo renglón. Al mismo tiempo las cotejamos con las observaciones del diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México, de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, mostrando una vez más las diferencias entre la palabra escrita y los hechos en la realidad. Baste de muestra decir que la primera recomendación de carácter general que hace, es: reformar la Constitución a fin de incluir el concepto de Derechos Humanos *“como eje fundamental de la misma y reconocer a los tratados de derechos humanos una jerarquía superior a los órdenes normativos federal y locales, con el señalamiento expreso de que todos los poderes públicos se someterán a dicho orden internacional cuando éste confiera mayor protección a las personas que la Constitución o los ordenamientos derivados de ella”*¹. Amén de los señalamientos específicos en materia de salud.

Otro aspecto de este trabajo se orienta a analizar cómo el ser humano construye su subjetividad a partir de las actuales relaciones de dominio, como sujeto involuntario, alienado, de la reproducción social hasta que ésta no se hace evidente por medio de la identidad, identidad que produce imaginarios por medio de la acción social. Proponemos que ello es posible a través de la educación, la educación humanizadora que nos conduce a la interacción, que crea vínculos, que potencia nuestras capacidades, que nos unifica e identifica en el reconocimiento del otro, propiciando con ello la posibilidad de pensar en un sujeto armónico, en la medida de lo posible, con su realidad social: un sujeto saludable.

¹ Aclaratoria: la Promulgación de Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos se llevó a cabo el 9 de junio de 2011. Mencionada en esta reflexión desde 2007, como una antigua deuda legal con la sociedad mexicana.

En el trabajo de comprender la forma de reproducción de la cultura, se retoman los conceptos de “habitus”, “campo” y “capital” de Bourdieu, quien toma de las fuentes marxistas y del pensamiento de Michel Foucault, el aspecto social y la antropología social (genealogía del poder), con las que realiza una “radiografía” de la exclusión social de los desheredados de la modernización, del progreso tecnológico y de la globalización.

De su trabajo se destaca especialmente, la labor de crítica de la cultura, mostrando que la distinción cultural no es más que una forma encubierta de dominación, a la que llamó complicidad ontológica entre el campo y el hábitus.

Es en este contexto en el que destacamos la importancia de la autonomía como la posibilidad de elegir, de decidir con libertad y conocimiento.

Por último, de forma coloquial o contextual, el desarrollo que tuvieron los encuentros (las prácticas), repensándolos desde la mirada teórica freiriana con su método pedagógico que busca rehacer el proceso dialéctico de la Historia, hacer que los Hombres comprendan su mundo, como sujetos que lo transforman dándole un sentido más humano. Método en el que pensar y hacer son elementos del mismo proceso, en el que uno sin el otro no tiene sentido. En resumen, nos posicionamos junto a Freire en el sentido de que teoría es método y método es teoría.

Todo ello, ubicado en su contexto de violencia, tanto física como simbólica, y en condiciones económicas y de vida empobrecidas. Sin dejar de pensar en el planteamiento nietzscheano acerca de la voluntad de poder que nos provoca un deseo de no ser dominado por nadie.

*“a mi me encanta dios, ha puesto orden en las galaxias
y distribuye bien el tránsito en el camino de las hormigas.
Y es tan juguetón y travieso que el otro día descubrí que ha hecho
-frente al ataque de los antibióticos-
ibacterias mutantes!
Jaime Sabines*

CAPÍTULO 1

La Salud, un concepto dinámico

Se comprenderá que el interés por hacer una revisión de los conceptos en torno a la salud está íntimamente ligado con el qué hacer por ella y para ella. Y de cómo la entendamos, depende la filosofía para alcanzarla.

La presente reflexión busca problematizar los procesos de salud-enfermedad, para lo cual creemos necesario hacer:

a) Una revisión epistemológica de las formas mediante las cuales los sujetos construyen el conocimiento, para darle al sentido común el lugar que le corresponde como parte del proceso de aprendizaje en la vida de los individuos y de los pueblos. Pero, será imposible esta tarea si seguimos pensando que el modelo de la ciencia positivista, hoy vigente, es la única forma de acceder a una visión más abierta de cómo se construyen los discursos que inciden en la vida de los hombres, independientemente de cuán rigurosos y certificados sean los procedimientos que se han utilizado o realizado en la búsqueda de la construcción del conocimiento.

b) También haremos, una reflexión en torno al concepto de salud, tratando de ubicarla no en el plano de lo ideal, sino en su cotidianidad, es decir, a través de las formas mediante

las cuales los individuos tienen percepciones y representaciones de ella en el mundo de lo real.

c) Por último, queremos mostrar cómo la sociedad contemporánea abre o cierra los caminos hacia la salud y sigue teniendo el control sobre los dispositivos concretos que hacen posible la existencia o no de la salud, por último, haremos una breve reflexión en torno a los campos de aplicación de la promoción de la salud.

1.1 Referentes conceptuales y metodológicos

Cuando nos acercamos a los discursos científico- positivistas y pretendemos encontrar en ellos verdades que orienten nuestro actuar en la vida cotidiana, nos enfrentamos con un conjunto de situaciones, que juntas y cada una en particular, nos hacen dudar si en verdad tales discursos se refieren a las mismas cosas que nosotros conocemos como objetos, seres, fenómenos, eventos y procesos. Esta duda se presenta porque la mayoría de esos discursos son, como diría Foucault, estructuras simbólicas del poder, parte de un todo, con sus rituales, sus ministros, sus templos, sus tiempos, sus símbolos, y sus objetos todos, igual sacralizados. Discursos que en la sociedad contemporánea son discursos de poder, que no pueden estar en manos de cualquiera, sólo de los iniciados.

Al mismo tiempo, en convivencia, en alternancia y entremezclado, encontramos otro tipo de discurso, el de la cultura popular, el más común, el más vulgar (el discurso del vulgo), es el discurso del sentido común, que según Descartes es producto del más común de los sentidos y del cual nadie reniega y todos a la vez, creen tenerlo a manos llenas. Sólo que cuando se trata de compararlo con otro tipo de discursos, es el más vilipendiado, incluso se afirma que tal discurso es el de las apariencias, de las representaciones, el de las opiniones pero nunca el de las “verdades y los conceptos”. Evidentemente, este tipo de

análisis, que Platón inaugura en la antigüedad, deriva de una forma de concebir la realidad de manera dual. Para él, la realidad es de una manera pero aparece de otra. Hay dos mundos: el inteligible (sólo captado por medio de la razón) que es el del verdadero ser y el de la materia (captado por los sentidos) que es el del ser de la apariencia, éste aparente, engañoso. El primero, contemplable por el entendimiento, el segundo, percibido por los sentidos. Pero estos nos engañan y de esta percepción engañosa resulta la opinión.

El planteamiento de Platón, que se explicita con mucha claridad en la metáfora del Mito de la caverna (Diálogos de Platón), nos permite tratar de entender en qué consiste el conocimiento, cómo se desarrolla y cuál es el sustrato del mismo. Pero además, encontrar el sentido mediante el cual a través del discurso ha sido posible la pretensión de construir un mundo más humano, a partir de modelos de perfección, creados desde el mundo de lo inteligible, el mundo de la razón, de las ideas y del Ser. En la metáfora, el mundo material, el de los sentidos, en donde está inmerso lo humano, es semejante a esa horrible cueva, en donde los humanos encadenados, estamos condenados a vivir como esclavos, y en el que lo único que percibimos son puras sombras, copias imperfectas de lo que es real y verdadero. Este mundo cambiante, en permanente devenir, es un engaño, de ahí que lo que de él opinemos será necesariamente falso, de modo que vivimos envueltos en las tinieblas y la ignorancia respecto a la verdad de las cosas. Podemos percatarnos entonces del origen teórico del menosprecio al discurso apoyado en los sentidos, llamado de la opinión o del sentido común.

Es claro que el mundo de Platón es bello y seductor pero imposible e inalcanzable. Este modelo de pensamiento, dominante en la sociedad occidental que plantea cómo es percibida la realidad, descalifica el conjunto de experiencias de la práctica humana cotidiana y sus productos, las explicaciones del sentido común; pero no sólo eso, sino que

introduce, controla, oprime y obliga a los sujetos a pensar la realidad, con un conjunto de reglas, a partir de dualidades: ser-apariencia, verdad-falsedad, si quiere que su discurso pueda ser aceptado como verdadero. Nietzsche nos mostrará como Kant fue incapaz de cuestionar el valor fundamental que le dio sustento a esta mirada metafísica, el valor de verdad. Fue incapaz de encontrar el sentido de este concepto, impuesto por las fuerzas que conservan el poder, al precio de restringir la "Voluntad de crear" (Abbate, pp 39). La verdad "pura" de Kant, objetiva, sin restos de subjetividad, se ha vuelto inofensiva para el poder.

Frente a este modelo explicativo de la realidad, es necesario rescatar todo el conjunto de experiencias de los diferentes pueblos, mismas que han permitido no sólo la sobrevivencia de la especie, sino fundamentalmente su desarrollo evolutivo a través de los procesos culturales. Pero fundamentalmente necesario es romper con el modelo dualista que atraviesa el discurso de poder, y ejerce dominación sobre los sujetos, y proponer discursos que permitan armar horizontes claros que tengan efectos liberadores sobre los procesos de lo real y en la salud de los seres humanos. O sea, tratar de explicar el mundo de lo real sin recurrir a los modelos ideales platónicos o a los principios "evidentes" del racionalismo cartesiano, o sin recurrir a las dualidades dialécticas Hegelianas o más aún sin recurrir al mecanicismo fisicalista del siglo pasado. Ello sólo es posible integrando los procesos de las experiencias, diversas, plurales, irrepetibles, tal como las planteaba el empirismo de Hume, donde el sujeto se construye, solamente a partir de sus múltiples experiencias, recuperándolas y haciendo posible su narración, ellas nos permitirán reconocer no sólo la unicidad de su proceso sino también las posibilidades de libertad que implica su reconocimiento, tal como lo cita en la Introducción de su Tratado de la naturaleza humana: "como la ciencia del hombre es la única fundamentación sólida de

todas las demás, es claro que la única fundamentación sólida que podemos dar a esa misma ciencia deberá estar en la experiencia y la observación”. (1977)

Esta es la riqueza que contiene el discurso del sentido común, que podría significar la síntesis en la percepción de los demás sentidos, en tanto no se identifican con ninguno de ellos pero que participa de todos, y que además contiene la experiencia acumulada de los sujetos y las comunidades, que es y ha sido el sustento de las civilizaciones que hoy tanto admiramos, civilizaciones que han usado el conocimiento producido por él.

Pocos pensadores le otorgan al discurso del sentido común -que es producto de la experiencia- el beneficio de la duda en su cuestionada capacidad por reconstruir el mundo de lo real a través de los símbolos. Sin embargo Tomas Reid desde el siglo XVIII pretendió fundar todo conocimiento en el sentido común. Éste, toma como fundamento “la Razón y los Sentidos” y afirma que: “ha de ser muy tonto quien busque sacarme de ellos”. Aún la filosofía que es el pensamiento más abstracto, no tiene más raíces que los principios del sentido común. ¿Pero cuáles son estos principios? Creer en lo que me dicen mis sentidos, creer en mi razón, fe en el vulgo y en mis capacidades humanas, pues gobiernan las creencias y las conductas de la humanidad, que no es poco decir. Es importante señalar que el punto de partida y de retorno a la experiencia es lo fundamental que los empiristas y centralmente Hume anteponen a los principios fundadores del conocimiento que proponían. De modo tal que la experiencia se funda en la relación del sujeto con el mundo pero el conocimiento no es sólo la simple percepción sensorial sino fundamentalmente las relaciones que la imaginación construye de lo dado.

Hoy, 250 años después, la ciencia se sigue preguntando si el conjunto de las capacidades humanas siguen siendo confiables o si hay que creer sólo en el discurso de la razón. Hoy, después de Kant (quien nos revela los límites de la mente humana para conocer), con un

discurso científico galardonando con muchos éxitos en su haber, nos seguimos preguntando si los discursos que los hombres construyen sobre sus representaciones de la realidad, tienen que ver con la misma y si es verdad que sólo los discursos de la ciencia están en íntima relación de exclusividad con la verdad.

El positivismo mecanicista, discurso hegemónico en la sociedad contemporánea, vinculado a posiciones ideológicas de los grupos en el poder, ha hecho de la metodología, el guardián del recinto sagrado de los discursos de la ciencia: nada que no sea experimentable, nada que no permita la predicción, puede ser galardonado con las guirnaldas de la ciencia.

Desde nuestro punto de vista, el positivismo mecanicista es la teoría epistemológica que afirma que el conocimiento positivo es el único verdadero y científico, a diferencia del conocimiento metafísico; en tanto es validado por la experimentación, y al mismo tiempo concibe el universo como determinado por la relación causa-efecto como una relación establecida y determinante.

Éste, desde su visión desintegradora, ha dejado de lado la otra interpretación, la de la experiencia humana subjetiva. Por tanto, cuando nos ofrece su versión parcial, nos entrega una visión trunca que no contiene su correlato con el ser social y dinámico que somos, con sus imaginarios y en su diversidad biológica y cultural.

La complejidad que entraña el estudio de la salud, por la multiplicidad de eventos que intervienen en su caracterización, constitución y comprensión, hace que el estudio de la salud humana sea delicado, y esto, en tanto que los fenómenos de la naturaleza tienen múltiples sentidos, si por ello entendemos lo que dice Nietzsche: "Sentido es la fuerza que se apodera o se expresa en la cosa". Esta multiplicidad de sentidos, es construida a partir de la diversidad de significados atribuidos a las interpretaciones que hacemos de los

fenómenos. Ya desde finales del siglo XIX, Nietzsche, nos describe con claridad como la invención del valor de verdad, fue el paradigma que obstaculizó durante siglos la posibilidad de pensar de otra manera la relación entre el hombre y su mundo.

Y desde las teorías de la revolución cognitiva, que Vigostky inaugura a principios del siglo XIX (continuadas más tarde por Lurya y Brunner), propone que el conocimiento no es algo fijo y objetivo, sino algo que se construye y, por consiguiente, es una elaboración individual relativa y cambiante. Propone que, el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido social y culturalmente, no solamente físico. Argumenta que la interacción social del ser humano con otros (humanos) es fuente de aprendizaje y promueve el desarrollo, por lo que, aplicado como herramienta educativa puede utilizarse para estimular el desarrollo. Y va más allá al plantear reiteradamente que dado el hecho que el desarrollo orgánico se realiza en un medio cultural, dicho desarrollo se transforma en un proceso biológico condicionado históricamente. Por ello, su teoría también es llamada "teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas".

Ya en el siglo XX, Brunner (2010), nos relata cómo el enfoque predominante en la epistemología, afirma que el conocimiento es sólo interpretación y se realiza a través de la construcción de significados. Esta propuesta epistemológica nos permite entender el comportamiento humano. Su propuesta es fundamentalmente antropológica. Afirma que la cultura es quien moldea o forma al Sujeto y lo hace, pues es dentro de ella que desarrolla sus potencialidades, es dentro de ella donde le es posible construirse. Pero lo que conecta al hombre con la cultura es la forma como construye y utiliza los significados. Estos son públicos y compartidos y todos participamos en la formación de los significados, en su interpretación y negociación.

Tratar de entender el comportamiento humano nos introduce de lleno en la subjetividad, tanto del discurso como de la acción humana, entendida aquélla como la forma en que se expresan las fuerzas vitales a través del cuerpo, moldeadas y conducidas por las instituciones en la interacción, negociación y formas de pensar a partir de sus experiencias. En ambas, en el discurso y la acción, está inmersa la intencionalidad, en forma de creencias, deseos, compromisos y nos muestran lo que hace la gente, qué dice, qué dice que hace, por qué dice que hace lo que hace y cómo dice que es su mundo.

La intención de presentar por qué el discurso del sentido común es tan importante en el rescate de las experiencias, está fundado en la explicación que Brunner hace en torno a cómo el pensamiento se manifiesta bajo dos modalidades en su funcionamiento cognoscitivo, a través de argumentos o a través del relato (Brunner, pp. 23). Este último, busca convencernos de la semejanza y verosimilitud del discurso con la vida. Esta forma discursiva pretende darle significado a la experiencia. El relato se preocupa por la condición humana, mundo lleno de emociones pero inexplicable desde la modalidad argumentativa.

La narrativa describe la acción pero simultáneamente, la “realidad psíquica”. El mundo de lo real sólo es escenario usado para crear un efecto dramático, solo como suposición, como presupuesto. Pero en ambas formas la especulación es fundamental, Quine, nos va a mostrar, dice Brunner, cómo aún en la física el 99% es especulación y el 1% es observable. Lo importante es, como dice Bergson, cómo reconstruir la cosa con operaciones prácticas sobre elementos simbólicos únicamente, “a nadie se le ocurriría si se diese cuenta que no hay que habérselas con fragmentos de la cosa, sino, en cierto sentido, con fragmentos de símbolos” (Bergson, 2004. pp 15).

Todos estos elementos son los que hacen posible el rescate de las experiencias humanas, pero lo fundamental, es el sentido y el significado que ello plantea. Por un lado, significa que es posible salirse del cerco ideológico planteado por el positivismo, al querer enmarcar todo discurso desde la mirada formalista y mecánica del conocimiento, por el otro, permite reconstruir la historia del sujeto, permite la posibilidad de reconocer la forma como se ha ido construyendo su sujeción, a partir de la producción y validación de sus saberes, en tanto nos muestran cómo esos saberes derivan en objetividades. Y sus sentidos serían explícitos en tanto nos muestren las fuerzas que se apoderan de la mente y la voluntad de ese sujeto.

El problema del conocimiento así planteado nos permite afirmar la necesidad de la reconstrucción permanente del concepto de salud a partir de los actores mismos que la construyen. Si el concepto de salud ha sido definido de diversas maneras, es porque la historicidad del concepto está en su práctica misma, en la cotidianidad de los sujetos, es decir, cuando dichas prácticas se constituyen en una recuperación del contenido de esos saberes desde el conocimiento del sentido común.

Sin embargo la pregunta que invade la mente después de saber si la gente tiene salud o no; si la adquiere y la cuida o se la lamenta pues de alguna manera sabe o percibe qué es la salud, entonces nos preguntamos: ¿Qué es la salud? ¿Cuál es el status ontológico de la salud y la enfermedad? Cuando la Dra. Chapela nos dice que la salud o la enfermedad son representaciones que el ser humano hace de la realidad (Chapela, 2001) (tomamos como referencia esta definición de la Dra. Chapela porque es la investigadora del sector salud que más influencia tiene con sus tesis en la carrera de Promoción de la Salud de la UACM, las cuales proponen el “Modelo Emancipatorio” como propuesta de trabajo) hay que preguntarse si esa representación es vacía o tiene contenido. La representación es la

imagen o abstracción de la cosa en el pensamiento desde la percepción y desde la subjetividad, por lo cual no es un concepto, pero nos habla de las cosas mismas, esto es: son una re-presentación y por ello hablar de salud-enfermedad es hablar de fenómenos que pueden ser representados, o sea, con status ontológicos de realidad física, de tal modo, que los hombres pueden intervenir ya sea en su construcción, destrucción y/o reconstrucción. Esto nos hace pensar que la enfermedad no es la ausencia de salud o la salud no es ausencia de enfermedad, sino que salud y enfermedad se presentan como fenómenos naturales y sociales en la naturaleza natural y social como hechos que pueden ser identificados y diferenciados como tales, como existentes. En otras palabras, hablar de la relación salud-enfermedad es hablar de los diferentes modelos de representación a partir de los procesos históricos que los han constituido, y que han sido explicados pero no corroborados de acuerdo a las diferentes metodologías.

Si aceptamos que tales fenómenos están presentes en la naturaleza y en la vida social, es necesario reconocer que los discursos que tratan de explicar en qué consisten tales procesos también pueden propiciar que se obstaculice o se promuevan todas aquellas condiciones que las hacen posibles. Pero lo más importante es tratar de encontrar las razones que están ocultas, pero que permiten que aparezcan como naturales todos aquellos elementos que la limitan.

Ahora bien, si la salud es algo, no sólo ideal o mental, tenemos que saber cuáles son los procesos naturales mediante los cuales los hombres han ido transformado esa naturaleza en una realidad humana y social, que les ha permitido que la salud o la enfermedad estén presentes en sus vidas.

El materialismo histórico, nos plantea que el fundamento mismo de lo humano, no es el pensamiento sino su "praxis", su actividad práctica, ello significa que el proceso del trabajo

es el factor fundamental que ha permitido los procesos de desarrollo del hombre mismo y la transformación de la naturaleza en un mundo más humano, es decir, nos plantea que cuando el hombre trabaja, pone en juego todas sus capacidades y gracias a ello, transforma, crea, y recrea su realidad y a sí mismo. Cuando el hombre trabaja se parece a los dioses, porque se convierte en un ser creativo, va haciendo de sí, de su pensamiento, de sus deseos, de sus sueños, de su cuerpo, el creador de su propio destino. Esto es lo que significa para nosotros la autonomía.

Pero entonces, esta realidad social existente, llena de miseria, de violencia, de irracionalidad y de enfermedad ¿Cómo se explica? ¿Cómo siendo poseedor de una capacidad transformadora tan poderosa como “la praxis”, el hombre puede vivir en las condiciones en que vive? ¿Cómo se construye esta realidad social que pareciera enemiga de los mismos sujetos que la han construido? Hay discursos como el de Hobbes, que dice que “el hombre es el lobo del hombre” (Hobbes, 1651) o discursos como el Freudiano, que dice que los procesos represivos de la sociedad en contra de los individuos son con el fin de que los hombres aprendan a retardar el principio del placer en aras del principio de realidad, lo cual se exige para la sobrevivencia de la especie, o la tesis marxista, de que los procesos de reproducción social a través de toda la historia del hombre, han estado inmersos en procesos de dominio y explotación, de parte de grupos minoritarios, propietarios de los medios de producción sobre un grupo mayoritario, desposeído de todo bien, excepto de su fuerza de trabajo, en síntesis: *procesos de lucha de clases*.

En el siglo XXI, se dice que las tesis del materialismo histórico han muerto, de igual modo que ha caído el muro de Berlín. Que la Historia, como la historia de lucha de clases ha terminado y sólo resta a los hombres contemporáneos disfrutar de las mieles de la democracia que la sociedad actual, a través del neoliberalismo, ha propiciado.

Cualesquiera de las ideas planteadas nos indican cómo hay un conjunto de condiciones objetivas que no permiten que los seres humanos desarrollen el conjunto de capacidades que les haría posible una vida digna y con autonomía.

Una vida digna en la que el ser humano no sea tratado como cosa o mercancía y él sea el máximo valor y que la sociedad lo reconozca no como un medio para, sino como un fin en sí mismo, y esto es posible si este sujeto es constituido como un ser capaz de elegir sus formas de reproducción social.

1.2) Cómo se ha construido históricamente el concepto de salud.

Desde su más remota aparición en la mitología griega, la visión de la salud y la medicina se planteaban como dos aspectos diferentes y complementarios de la conservación de la vida. Hygeia (higiene, preservadora de la salud) y Panaqueia (panacea, la que todo lo cura, farmacéutica), es decir la que atiende al enfermo, a las dolencias. (Frías, A., 2006).

Desde ese momento, y a través del desarrollo histórico de las sociedades, los sistemas de salud pública han privilegiado por épocas, a la práctica de una o de la otra.

Si pensamos sobre las condiciones que limitan al ser humano para ser “saludable”, tendríamos que considerar a la capacidad volitiva como una de las cualidades básicas del ser humano que le posibilitan el hacer, el crear, emprender, resolver, decidir el relacionarse, etc., pero aunado a ello, y antes que ello, se encuentra la base ética ó moral ideológica sobre la que esta capacidad volitiva estará desarrollando sus creaciones, sus haceres, sus decisiones, sus resoluciones. Entonces, resulta que la salud tendría que ser pensada como un entramado complejo de diversos hilos entretejidos, como nos propone Petralanda: “una manifestación del grado de autoposición, armónico y equilibrado de cuerpo y mente que cada persona posea...así como su capacidad de decidir,

autónomamente, aquellas posibilidades de vida que le permiten ser cada vez más dueña de sí misma, y subraya que éste grado de salud individual, tendrá su grado de correspondencia social, “que conlleve al reconocimiento, respeto y valoración del otro(a) en toda su diversidad biológica y cultural, a su reconocimiento como un igual humano y a su no negación o alienación” (Petralanda, 2000).

La salud ha sido definida hasta muy avanzado el siglo XX en términos negativos como la ausencia de enfermedad e invalidez.

Esta postura aparece inoperante y ya ha sido cuestionada y superada al menos por tres razones:

1. Para definir la salud en términos negativos, se requiere trazar límites entre lo normal y lo patológico, es decir, reducir a rangos numéricos las posibilidades de un ser humano en concreto, para el logro y desarrollo de sus potencialidades.
2. Los conceptos de normalidad varían con el tiempo y lo que ha sido considerado como normal en un periodo, en otro momento ya no lo es.
3. Las definiciones negativas no son útiles para las ciencias sociales.

Hasta la década de los 40's del siglo XX, se empezó a hablar en términos positivos de la misma, cuando Stampar (1945) propone la siguiente definición: “La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad” y es aceptada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (Piédrola, G., 1992, pp 3). Esta definición fue criticada por equiparar bienestar con salud, además de aclarar que nunca se logrará el estado “completo” de bienestar físico, mental y social, porque esas condiciones tampoco son estáticas. Además, la comprensión de bienestar es variable en contextos y épocas.

En los años setentas del siglo XX, el epidemiólogo Milton Terris propuso cambiar la definición de la OMS por la siguiente: “Un estado de bienestar físico, mental y social con

capacidad de funcionamiento y no, únicamente la ausencia de enfermedad” (Piédrola, G. 1992) sugiriendo que existen varios grados de salud, entre dos polos: uno subjetivo: la sensación de bienestar, y el otro objetivo: medible (la capacidad de funcionamiento). De esta forma establece un continuo entre salud-enfermedad, eliminando la estaticidad.

Este concepto resultó más operativo, pues elimina el término “completo” que resulta utópico, e incluye la capacidad de funcionamiento, como la capacidad de trabajar, estudiar, disfrutar de la vida, etc.

La definición de Salleras propone que la salud es: “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (Piédrola, G. ,1992).

Ya desde 1941, Sigerist (Piédrola, G., 1992), uno de los primeros que hizo referencia al concepto de promoción de la salud, enfatizaba que “la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una adaptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” , incluso afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso” (1946).

Por otra parte, tenemos los modelos explicativos acerca de “la salud” contruidos desde la visión de la ciencia médica, reconociendo que éstos, son construcciones que reflejan formas específicas de relación entre el sujeto, la naturaleza y la sociedad. Consideramos que una visión global de algunas explicaciones sobre la salud y la enfermedad nos ayudarán a detectar las limitaciones que poseen dichas teorías de modo que podamos comprender cómo y por qué se han construido diferentes conceptos de salud-

enfermedad. Y por otro lado, una de las bases teóricas que fundamentan ésta reflexión. Además, son una especie de referencia obligada para tratar de comprender las medidas sanitarias o políticas aplicadas a partir de ellos. Al analizarlos, observaremos que éstos no funcionan en forma aislada, sino por el contrario, todos están en constante rejuego mezclándose en la práctica, por lo cual, adquieren validez en la medida que los entendamos como una práctica social surgida durante el proceso histórico en el que los seres humanos han requerido dar respuesta a una necesidad: la de restituir o conservar la salud.

Modelo Mágico-Religioso

Esta visión atribuye la enfermedad a fuerzas ó espíritus desconocidos (malignos o benignos) y representa un castigo divino. Considera que la obediencia de normas y tabúes previene los males y la curación se realiza por medio de ritos. Por consecuencia, sólo permite a los elegidos (que se conectan con los dioses) la capacidad de manejar la salud individual y colectiva. Estas prácticas se implementaron principalmente en las sociedades caracterizadas por discursos míticos, aunque en la actualidad encontramos prácticas similares, tanto en el medio rural como en las grandes ciudades, en menor proporción. Sus principales representantes son personajes destacados en sus comunidades por su conocimiento empírico de la naturaleza y las propiedades medicinales de plantas y otros elementos, Piña, 1990. (citado en Arredondo, 1992).

Modelo hipocrático

El concepto comúnmente aceptado de que el proceso salud-enfermedad está determinado por el equilibrio bio-psico-social en interacción con el ambiente fue postulado en forma

incipiente por Hipócrates en el siglo V a.C.; sin embargo, el pensamiento mágico y humoral predominó en la construcción del conocimiento de las enfermedades durante muchos siglos. (Lazcano, 1996).

Modelo Sanitarista

Como lo estipula su nombre, concede a las condiciones insalubres el principio de todo proceso de enfermedad, por lo tanto, las condiciones ambientales son los determinantes primarios. En consecuencia, se proponen medidas de saneamiento como factor de prevención. Como es notorio, al no contemplar los factores sociales del proceso, queda limitado a acciones de corte administrativo y de decisiones del sector público. Éste surge en la época de la revolución industrial europea. Smith y Pettenkofer son los principales promotores de esta visión. Piña, 1990. (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Social

El punto central de análisis de este modelo se refiere a las condiciones de trabajo y de vida del hombre como generadoras del proceso de salud-enfermedad.

Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Considera el aspecto social como el factor más importante, lo que explicaría la aparición y el rol de otros factores participantes. Según nuestra opinión, al utilizar este modelo como herramienta de análisis es importante no caer en el reduccionismo de la complejidad real del proceso, dejando todo el peso a las relaciones sociales de producción sino incluyendo también los factores culturales específicos. Se consideran impulsores de este modelo a Peter Frank, Virchow y Ramazzini (siglo XIX) (Piña, 1990) (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Unicausal (biologicista)

Este planteamiento explica el proceso de salud-enfermedad como respuesta a la presencia activa de agentes externos. Construye el modelo de triada ecológica de agente-huésped-medio ambiente, el cual depende de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, es decir, lo mira como proceso mecánico (unicausal). Por lo que al encontrar el agente patógeno o factor causal de cada enfermedad y atacándolo se obtendría la ansiada salud. Este modelo dio paso al desarrollo de fármacos y a la práctica de algunas medidas de control higiénico-preventivas que revolucionaron el tratamiento individual y colectivo del enfermo. Surge así el sistema de medicalización que perdura y se impone hasta nuestros días en los sistemas occidentales de salud. Sin embargo, el mismo no puede explicar por qué el mismo agente no siempre produce enfermedad, por lo cual surgen las críticas y la necesidad de tomar en cuenta la importancia de otros aspectos o factores. El surgimiento de este modelo se dio en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX, teniendo como máximos representantes a Pasteur y a Koch (Pasteur, 1946). (citado en Arredondo, 1992).

Modelo multicausal o de la historia natural de la enfermedad

Este modelo se basa en la descripción del comportamiento de la enfermedad, ya que la plantea como proceso natural con un inicio, un desarrollo y una etapa final o de resolución. Sobre la base de esta explicación se han podido establecer diferentes niveles de enfermedad y por tanto diferentes niveles de atención a la etapas reconocidas. Esta propuesta nace en los años 50's del siglo XX. Sus representantes pudieran ser Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1953; Noble, 1988) (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Epidemiológico

Introduce la perspectiva de análisis poblacional de la enfermedad, de red de causalidad, partiendo del modelo multicausal, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Su limitación fundamental, el valor que asigna a cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo XX (60s) y sus representantes fueron MacMahon y Pugh (1975). (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Ecológico

Para el modelo ecológico, teniendo como principal representante a Susser (70s), la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente, en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien es cierto, este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio. Pero esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad, ya que carece de conceptos y métodos para abordar lo social (Susser, 1972). (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Histórico-Social

Para esta propuesta existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales.

Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad si se mantienen intactas las relaciones de explotación que la generan. Al igual que en el modelo social, se deberá cuidar de no caer en el reduccionismo de la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica.

Sus representantes son: Berlinguer, Laurell y Breilh (70s) (Breilh & Grand, 1988; Laurell, 1985; Bloch, 1985; Laurell & Noriega, 1987; Martins et al., 1987; Ciari & Siqueira, 1976) (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Geográfico

Designa como factor determinante a la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico llamándolos factores geógenos. Aunque contempla el factor social como parte de los factores geógenos, no le concede suficiente importancia como determinante del proceso. Sus principales representantes son Jaques May y Vóronov. (May, 1977) (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Económico

Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los

estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión más amplia del determinante social. Esta perspectiva conduce hacia una posición economicista, por el alto grado de racionalidad en el análisis de los determinantes. Esta propuesta de análisis es paralela al surgimiento de la economía de la salud en años recientes (1970-80). Se pueden mencionar como representantes a Anne Mills, Gilson y Mushkin (Mills & Gilson, 1988; Mushkin, 1962, (citado en Arredondo, 1992).

Modelo Interdisciplinario

El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.), y a nivel individual el propio estado de salud. La principal ventaja de esta propuesta es que intenta proponer un enfoque integral para el estudio de los determinantes del proceso de estudio (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos, etc.); pero no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante. Este modelo surgió a principio de los 90s y sus representantes son Julio Frenk y Col. (Frenk, J., 1991) (citado en Arredondo, 1992).

Estos modelos de enfermedad son las ideas más destacadas en el desarrollo del pensamiento médico y sus consecuentes medidas en Salud Pública. Es de subrayarse que algunas propuestas han planteado las relaciones entre enfermedad y las condiciones político-sociales-económicas, como la obra “Política Sanitaria” de Johann Peter Frank, de fines del siglo XVIII en la que describe una serie de determinantes, entre los que afirma “la miseria del pueblo es la causa de la enfermedad” y destaca el papel de la pobreza como causa principal de enfermar.

En el siglo pasado, se ha venido reforzando la visión de la relación que existe entre la salud y el desarrollo social, así como con las decisiones políticas y económicas de los gobiernos. En 1969, Abraham Horowitz durante la Asamblea de la OMS, al describir el círculo de pobreza-enfermedad señaló que la incultura y la pobreza son las principales causas de enfermedad.

Y es en este sentido que señalamos nuevamente, que desde la visión occidental, basada en una racionalidad mecánica, se deja fuera la visión de la totalidad o la conexión de las partes con el todo (si se quiere desde una cosmovisión más oriental, o como la de las culturas indígenas mesoamericanas, entre otras), desde el orden natural hasta el social, en donde soma y psique son aspectos de un proceso continuo, que está en constante fluir y cambio.

Ello nos hace volver la mirada hacia la necesidad de integrar las medidas preventivas y correctivas basadas no sólo en medidas cuantificadoras (número de enfermos atendidos por el sector, número de vacunas suministradas, que sólo sirven de justificación financiera a las instituciones), sino humanistas o sociales, como suelen llamarse hoy, (el trabajo

directo en las comunidades para que junto a ellas se determinen sus necesidades sanitarias y de salud, y más allá, (qué presupuestos serán designados específicamente para erradicar el hambre, las malas condiciones de vida de la gente, etc.), en la atención de los problemas de salud. Esto es, cuando desde un modelo integral, desde cada instancia de gobierno, hasta el más humilde gobierno local, cuenten con un sistema integral de salud nacional vinculado y supervisado de tal manera que no se continúen las inercias de simulación. Cuando se prepare a profesionales técnicos y humanistas para la atención de los problemas sociales (humanos). Todo esto, también nos habla de la necesidad de admitir la urgencia de una mejor distribución de la riqueza.

Así es como arribamos en las dos últimas décadas del anterior siglo, con una visión más completa y compleja del ámbito de la salud, que intenta abordar los problemas abordando la totalidad completa que los integra, pero que ceñida por las inercias de las políticas en salud, dependientes de las políticas económicas, se encuentra en un laberinto de Minos, en donde encontrarse con la bestia (enfermedad) es tan fatal como quedarse vagando por los caminos sin salida del mismo (medidas de maquillaje).

En el actual contexto histórico emerge nuevamente la necesidad de las acciones de salud pública por sobre las acciones medicalizadas, esto es, la propuesta de la previsión y la promoción de la salud.

1.3) El concepto de salud

El concepto de salud en la sociedad contemporánea es motivo de reflexión y discusión permanente, no sólo por los profesionales de la salud, sino por filósofos, físicos,

sociólogos y de muchas otras disciplinas, además de un sector mayoritario de la población y con interés cada vez más creciente, dado que las personas y el medio ambiente están siendo afectados por diversos elementos que inciden en la salud de la población. El concepto, en la medida que se presenta como un valor fundamental para las personas y los grupos sociales, tiene múltiples connotaciones que se han venido acuñando a través de la historia por las diferentes culturas, pueblos y grupos humanos. Esto implica que la palabra salud tiene significados distintos en función de su contexto histórico social. De forma sintética podríamos agrupar las diferentes concepciones bajo tres enfoques, principalmente: el sanitarista, el sociologista y el economicista, (ya explicados de modo general, anteriormente), entendiendo que estas agrupaciones se utilizan con el fin de enmarcarlas en una tendencia, pero de ninguna manera tienen límites definidos en la práctica. Las intersecciones que se dan entre ellas impiden su distinción en los procesos de la realidad, debido a la multiplicidad de fenómenos que se presentan en torno al proceso salud-enfermedad, es por ello que cuando se intenta explicar desde un enfoque la presencia de salud o enfermedad, regresamos al punto de partida. ¿Cuándo podemos considerarnos saludables? Cuando se cuenta con todos los elementos que componen un cuerpo humano, o aun cuando no tengo piernas o brazos pero continúo siendo creativo, autosuficiente, productivo económicamente, autónomo, etc.

Debemos admitir que al ser interdependientes socialmente, existen componentes o situaciones que condicionan la salud. Como el ambiente social, incluyendo en éste las relaciones de familia, de vecindad, de trabajo y todas aquellas derivadas de la actividad en sociedad. El otro ambiente sería el ecológico, que es producto de la actividad transformadora del hombre sobre el medio. Estos dos condicionantes, aparte del biológico

y los servicios de “salud”, según la OMS, están íntimamente relacionados con la conservación de la salud.

Desde el punto de vista conceptual, el término “salud” como imaginario de algo valioso y algo a lo que se puede acceder; podría definirse en términos sistémicos como: “el equilibrio y armonía de todas las posibilidades del ser humano; biológicas, psicológicas, sociales”, según Bertalanfy, (1945) y agregaríamos espirituales, recuperando la concepción de H. Spencer (1872).

Hoy, las ciencias de la salud se acercan cada día más a las ciencias sociales, tratando de incorporar teorías psicológicas, sociológicas, antropológicas y de las ciencias de la comunicación, que orienten y den razón de este tipo de procesos inexplicables desde la medicina.

Este tipo de interrelaciones han llevado a la búsqueda de modelos explicativos que den cuenta de los procesos de salud-enfermedad, en los individuos y comunidades.

De entre los modelos mencionados, debemos subrayar que para nuestra reflexión el MODELO HISTORICO SOCIAL nos permitió una base de partida, ya que nos orienta a buscar la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad en relación al contexto histórico, al modo de producción y a las clases sociales. Reconoce cómo los diferentes niveles de organización de la materia (biológico, psicológico, ecológico) son atravesados por lo social, adquiriendo características específicas que deben entenderse contextualmente. Bajo esta concepción, encontramos categorías que nos permiten observar la práctica de los hombres bajo la cual han podido asegurar no solo la existencia de la especie, sino el desarrollo de capacidades que le han conducido a construir un mundo fundamentalmente humano. Estas categorías son: procesos de reproducción

social, trabajo-consumo, relaciones sociales de producción, clases sociales, contexto histórico y otras.

Dichos conceptos nos hablan fundamentalmente de cómo en el desarrollo de las sociedades, en el proceso de la historia, en su relación con la naturaleza, el hombre ha buscado primeramente su sobrevivencia, tratando de construir equilibrios (homeostásis) con ella y en él mismo; esto ha conducido que a partir de sus diferentes espacios ambientales, no sólo se ha ido adaptando al mundo según la teoría de la evolución, sino que además, de acuerdo a la teoría de sistemas, “el hombre, como sistema de autoorganización, así como todos los organismos vivos, hace un esfuerzo para crear ese equilibrio, es decir, a través de un juego entre adaptación y creación” (Bertalanffy, 1945). Esta perspectiva nos habla que los esfuerzos de los hombres están en relación al lugar, a su tiempo y a su desarrollo. Este es el concepto de momento histórico (contexto) en el cual es posible contemplar y comprender las diferentes creaciones humanas.

El modelo histórico social, fundamentado en la teoría marxista construye las siguientes categorías:

Reproducción social

Por otro lado, estas relaciones nos hablan de un conjunto de procesos a los cuales Marx llama “procesos de reproducción social”, que consisten fundamentalmente en ese juego en que el hombre para vivir, para poder darle continuidad a su existencia, ha desarrollado procesos en los que transforma a la naturaleza y de ella consigue los medios que le permiten desarrollarse, crecer y autotransformarse, lo que los marxistas llaman el proceso de “humanización de la naturaleza” , pues en él, el hombre va dejando huella de su

subjetividad, de su creatividad y de su poder transformador. Cuando este concepto está presente, da cuenta de cuáles son las formas en las que los individuos y las comunidades, interactúan con el medio ambiente, su entorno social y cómo lo transforman. Dos son los momentos básicos del proceso: por un lado, la producción de bienes y por el otro, el consumo.

Trabajo

Otro concepto fundamental que explica las bases del proceso de desarrollo humano, es el de “trabajo”, o proceso de producción. En él, los hombres “ponen en juego todas sus capacidades físicas, emocionales y mentales para la creación de bienes de consumo y satisfacción de necesidades” (Marx, 1978 pp 130). Bienes que en su conjunto, son la producción social o riqueza social, bienes que hablan del poder creativo y transformador del hombre, de modo que cuando el hombre observa los objetos de su creación y se pregunta el motivo de su miseria, pregunta y reflexión que se hace constantemente, sólo la teoría marxista da cuenta de este fenómeno, y le llama “proceso de explotación”. Explica que en las sociedades capitalistas, como la nuestra, los procesos de reproducción están enajenados, en la medida en que una parte del grupo social (el burgués), se apodera de la gran mayoría de la riqueza social producida por la otra parte (los trabajadores), a cambio de un precio pagado a la fuerza de trabajo de los mismos, en un tiempo determinado (salario). Este proceso de enajenación, nos dirá Marx, abarca todo el proceso de reproducción, pues hace a los trabajadores ajenos a su propio proceso laboral ajeno a los productos de su trabajo (bienes), ajeno a sí mismo (al venderse como mercancía por un salario). Este concepto nos permite comprender las posibilidades de

bienestar que adquieren los individuos y los grupos sociales, partiendo de la idea de cual es su papel en el proceso productivo.

Consumo

El proceso del consumo no sólo significa la posibilidad de disfrute de bienes producidos por la sociedad, también y fundamentalmente, implica el proceso en el que los trabajadores consumen sus propias energías para poder producir, para poder tener los satisfactores que le permitan vivir, para que al otro día pueda seguir produciendo y en ese proceso se da el desgaste de su propia corporeidad. Cuando los teóricos economistas intentan cuantificar el nivel de bienestar que disfruta un grupo social, utilizan el concepto de “ingresos económicos” , tratando de neutralizar la íntima relación que existe entre el trabajo y el consumo, al utilizar para el intercambio un vinculo llamado “dinero” , pues con ello se pretende ocultar que en el capitalismo el fin último del proceso productivo no es satisfacer las necesidades humanas, sino el proceso de reproducción del capital y su adicional ganancia (plusvalor). Aparece entonces el consumo, bajo la forma de premio al que más dinero tiene y no al que más produce. Además, siguiendo la lógica del capital de producción de mercancías con fines de lucro, se desarrolla una forma diferente de consumo, al que se le llama “consumismo”, en donde los productos son de vida efímera y desechable, de modo que surge la necesidad de consumirlos constantemente, con su respectivo impacto en la economía y la salud. Podríamos citar como pequeño ejemplo, la producción de alimentos con nulo poder nutricional (que en proporción son de altísimo costo, con respecto a su igual natural: ej. papas sabritas, cuyo costo es de 187 pesos por kilo, comparado con un costo de 18 pesos, máximo en un mercado tradicional y así podríamos enumerar, la oferta tecnológica, ropa, alimentos, servicios médicos y todo

aquello que implica este modo de producción y de consumo. Este concepto muestra la importancia que tienen los procesos de consumo-producción no sólo en el control de la riqueza, sino también en la determinación de los “estilos de vida” de las comunidades. Pero esto se determina socialmente en tanto se promueven aspiraciones, deseos y necesidades a través de la seducción con imágenes de formas de vida, es decir, los procesos de la construcción de los individuos atomizados como tendencias y necesidades del capital, se fortalecen por la seducción de una vida de confort y de placer.

Clases sociales

Desde el punto de vista de la economía, hay una enorme dificultad para clasificar de manera clara a los individuos en grupos sociales específicos, sin embargo se usan criterios que nos permiten agruparlos de un modo que da cierta flexibilidad y determinación. Uno de los criterios, es el de la posesión de los medios de producción y entonces se agrupan en poseedores y desposeídos; pero si el criterio tiene que ver con su relación con el trabajo, se definen como trabajadores o no trabajadores; en cambio si el criterio es la relación con el salario, se dice que son asalariados o no asalariados. Cualquiera que pudiera ser la resultante de dicha clasificación, lo central es que los grupos sociales con determinado tipo de trabajo, de salario o determinado lugar en la producción, tienen también determinado tipo de desgaste y determinado tipo de consumo y determinada forma de vida de acuerdo a la clase social perteneciente. También conlleva el surgimiento de una ideología de competencia y triunfalismo de los que “logran” superar ciertos estándares de vida por encima de los que no han sido tan “afortunados”. De la cual derivan el desprecio y la marginación de unos grupos sociales sobre otros, con sus respectivas justificaciones ideológicas con fundamentaciones biologicistas, basadas en la

genética, según la cual la agresividad (que deriva en delincuencia), la maldad, la “mala cabeza”, el déficit de atención e hiperactividad (TDHA) y un sinnúmero de malestares que aquejan a la población mundial actual, son originadas por genes “malignos” desatados en esos sujetos. Sin considerar mínimamente que en el fondo de esas diferencias, subyacen también las diferencias de clase, que están propiciadas por un sistema fincado con esa orientación, la de promover niveles sociales, que serán premiados o castigados, según se apeguen a las normas de control por medio de los diferentes dispositivos encargados de ello.

Una implicación de esto, según Foucault, es la construcción de las sociedades disciplinarias que pretenden crear subjetividades funcionales para el sistema a través de prácticas disciplinarias en las que se observa cómo las sociedades modernas han edificado un sistema “legal” (desde las instituciones o dispositivos) para encausar conductas o para aplicar sanciones a todos los “infractores” o disidentes con el sistema ideológico establecido, desde los primeros años de vida. Por ejemplificar, tenemos que los niños “latosos” son los regañados, hostigados, etiquetados y nunca se les reconoce como los que tienen hambre, los que carecen de orientación en un ambiente familiar nuclear, etc., y generalmente son los “malos estudiantes” y en muchos casos, desertores. No son admitidos como buenos, ni como inteligentes sino los “que no hacen caso”. Y muy probablemente, serán los que en edades productivas no consigan empleos con los cuales puedan llevar una vida digna, porque el sistema los aleja cada vez más de esa meta, y tal vez, en algún momento de sus azarosas vidas, sean clasificados como los “malosos”.

Retomando el modelo, este enfoque sociohistórico, desde nuestro punto de vista, nos permite partir de bases conceptuales más profundas para tener una visión teórica más

cercana a la realidad, en tanto plantea las condiciones materiales de vida que dan sustento a la construcción de la subjetividad; sin embargo, hay aspectos ideológicos que han sido superados por el movimiento social, que retomando conceptos como: libertad, derechos humanos, ecología, paz, etc., han ido construyendo otro horizonte ideológico con el que se fundamenta otro modelo de salud-enfermedad, el social reformista, que basado en estos principios está encausando la inconformidad social, por caminos donde la legalidad y la estructura ideológica de la sociedad, impulsados por las ONG'S, plantean formas de lucha basadas en los principios de la revolución francesa: igualdad, libertad y fraternidad.

1.4) La promoción de la salud: conceptualización y aplicación.

Desde sus primeras apariciones (siglo XX), el concepto promoción de la salud fue utilizado para determinar un nivel de atención de la medicina preventiva, y lo encontramos en los tratados sobre salud pública como el “esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y el avance de la salud (Winslow,1920-1923). Con el paso del tiempo, éste se ha ido modificando hasta devenir en un enfoque político.

Uno de sus antecedentes nos remiten a la década de los 40's, cuando Sigerist, destacado historiador de la medicina, propone a la promoción de la salud como una de las cuatro grandes tareas de la medicina: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento del enfermo y 4) la rehabilitación.

Luego, en su modelo de la historia natural de la enfermedad, Leavell & Clarck (1965) la mencionan como un primer nivel de prevención, por lo cual sus medidas no están dirigidas a una determinada enfermedad, sino para fortalecer el estado de buena salud. Estos autores destacan factores como la educación, la buena nutrición, la educación sexual, además de condiciones agradables en el hogar y el trabajo, entre otros, como componentes de la promoción de la salud (Marchiori, 1996).

La variedad de conceptos sobre la promoción de la salud, pueden agruparse en dos vertientes: una, enfocada a la transformación de los comportamientos individuales, y sus acciones se dirigen principalmente a componentes “educativos”, que son más de carácter informativo sobre los riesgos, y no formativo, especialmente relacionados con los que están dentro del control de los individuos, como la dieta, hábitos adictivos, el ejercicio, prácticas sexuales seguras, etc.; la otra, está enfocada primordialmente en los determinantes generales de la salud, que relacionan a los factores como la calidad de vida, patrones adecuados de alimentación, condiciones de trabajo, oportunidades de educación, entornos limpios, etc., y sus acciones están dirigidas a la comunidad y los entornos favorables que la rodean, por medio del esfuerzo de las comunidades.

El discurso de la Promoción de la Salud se inserta como una rama de la Salud Pública, pero también es necesario ubicarla en su contexto histórico, como un eslabón en el desarrollo de la atención médica, que corresponde a una necesidad histórica por “abastecer” a la cada vez mayor demanda de atención médica y por ende la necesidad de orientar y “educar” (dictar medidas) para la salud a la población, con fines tanto políticos como económicos, más allá de la mera preocupación por el buen estado de salud de las

poblaciones, sino para conservar en cierto grado su capacidad productiva, tanto a nivel planetario como a nivel de cada país.

En este sentido, las conferencias y reuniones mundiales en torno a la salud y la promoción de la salud han marcado lineamientos importantes para el desarrollo de estrategias y posibles acciones, adaptándolos a las necesidades de cada época.

Desde el Informe Lalonde en 1974, pasando por 30ª Asamblea Mundial de la Salud (1977), “Salud para todos en el año 2000” destacando la Declaración de Alma Atá en 1978; hasta las Conferencias Internacionales que dieron como primer resultado la Carta de Ottawa (1986), y que como última presentación tuvo la V Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en México, 2000). Todas han enunciado que las condiciones requeridas para el logro del mejor nivel de salud no están dentro de las posibilidades que pueda brindar el Sector Salud exclusivamente, por lo que propone acciones coordinadas entre los sectores gubernamental, económico y otros sectores sociales, así como con organizaciones no gubernamentales y los medios de comunicación, sumados los grupos sociales organizados en conjunto con dicho sector, es decir, la conformación de una red de todas las partes implicadas en lograr las condiciones requeridas para el objetivo de mejorar la salud de la población.

Debido a esta corresponsabilidad intersectorial se reconocerá que toda decisión en materia de políticas públicas, tiene un impacto favorable o desfavorable sobre la salud.

De esta premisa se deriva la importancia que tienen las acciones en materia legislativa y gubernamental, y da un nuevo giro hacia la responsabilidad conjunta, y supera la idea en la que se identificaba al sujeto como único responsable de su salud.

Este discurso toma mayor relevancia en los años 70's y 80's, oficialmente a partir de la Carta de Ottawa, que propone las cinco acciones estratégicas para el logro de la

promoción de la salud, 1) elaboración e implementación de políticas públicas saludables, 2) creación de ambientes favorables para la salud, 3) refuerzo de la acción colectiva, 4) desarrollo de habilidades personales y 5) reorientación de los sistemas de salud. Estos puntos estratégicos, que pretenden ser la respuesta al creciente número de enfermos que deben atender los “sistemas de salud” y a la mayor demanda de distribución de medicamentos para intentar controlar las enfermedades surgidas en contextos sociales desprovistos de las más elementales condiciones de las que habla la calidad de vida, no resuelven la problemática.

Dichas estrategias se han implementado en mayor y menor grado en las diferentes latitudes del planeta; así, en nuestro país, durante la época postrevolucionaria, el Estado se convirtió en proveedor de los servicios médicos y de protección social, hasta que los cambios de la geopolítica internacional del poder (neoliberalismo) le han dado un viraje hacia la privatización de todos los servicios, entre ellos los de la salud.

De esta forma, el discurso de la salud se ha traducido en políticas tendentes a la reducción de los presupuestos destinados al sector, en sus diferentes áreas como la atención médica, la capacidad hospitalaria, el suministro de medicinas, sin mencionar la calidad y calidez humana, que sin requerir de un pago adicional no están incluidas en los servicios, a pesar de la creciente población y el mayor surgimiento de enfermedades de tipo crónico degenerativas, producto de las formas “modernas” de vida.

Otro impacto, todavía poco evaluado, es el recrudecimiento de las enfermedades de tipo nervioso o psicológico que pone a las sociedades contemporáneas con otro porcentaje de ciudadanos fuera del ámbito laboral y social, y mirado desde el punto de vista economicista, sólo representan un gasto sin recuperación, lo que los deja en situación más

vulnerable, sin atención del “sistema de salud” y con menores posibilidades de ser creativos o productivos.

Por ello reconocer que cada uno de los campos de acción de la promoción de la salud tiene relevancia, es igual de importante que el cumplimiento de dichos compromisos por los diferentes sectores, y es en este sentido que subrayamos la importancia de que los gobiernos, en sus diferentes niveles, orienten sus esfuerzos y estén preparados para brindar respuestas efectivas y de calidad ante las demandas y esfuerzos que de la acción comunitaria organizada se desprendan.

Por otro lado, tanto el incremento del poder de las colectividades (empowerment), que según Marchiori (1996) es: “la adquisición de poder técnico y conciencia política para actuar en defensa de su salud”, así como el desarrollo de habilidades y actitudes personales, están ligados de forma inseparable, dado que una estrategia no tiene posibilidades de éxito sin la otra y por lo tanto es necesario que la instancia gubernamental pertinente cumpla con su responsabilidad; de otra manera ¿qué objeto tendría la organización, la preparación, la adquisición de habilidades si los responsables de formular y aprobar las políticas públicas no están a la altura de esas demandas? Por lo tanto, esta afirmación nos lleva a otra pregunta: ¿desde dónde pueden ser impulsadas o detenidas estas políticas?, puede haber sectores interesados en elaborar teorías, políticas, programas, estrategias, etc., plasmadas en diversos manifiestos, pero ello no puede quedarse sólo en el discurso. Por eso creemos que el promotor de la salud también tendrá que velar por esa formación de la conciencia, la de exigir junto a sus comunidades, que los compromisos sean cumplidos. Dicho de otro modo, trabajar en el empoderamiento de las comunidades.

Por último, la promoción de la salud, estaría llamada a ser la precursora de una nueva salud pública, pero ¿acaso deberá adecuar su acción a la lógica del mercado? ¿O a la reducción del papel financiero del Estado? O tendremos que exigir la corresponsabilidad de las todas las partes involucradas en una auténtica promoción de la salud.

Una idea clara que nos deja esta reflexión es que las comunidades tienen la necesidad de recuperar, reconstruir y fortalecer su identidad cultural puesto que el discurso hegemónico de la cientificidad ha desmontado ese conjunto de saberes milenarios, a partir de un aparato mercantil que bajo el pretexto de controlar los procesos patógenos, promueve toda una gama de productos elaborados con la más avanzada “técnica científica”, dejándolos en condición de presa fácil de la moda medicalista, de los apetitos de las grandes corporaciones farmacéuticas y del discurso mercantil.

“La legitimidad sólo puede salvarse si el Estado puede presentarse con visos de credibilidad como estado social, capaz de dominar las secuelas disfuncionales del proceso económico y de hacerlas inocuas para el individuo” (Habermas)

CAPÍTULO 2

DERECHOS, LEGALIDAD Y LEGITIMIDAD EN LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD.

En este capítulo hay una reflexión acerca del fundamento mismo del discurso del Derecho, cuya racionalidad se funda en la ley. Esta intensión de cuestionar el fundamento mismo de la racionalidad occidental en el discurso de la ley se hace necesaria, en tanto que la promoción de la salud fundamenta sus acciones en las políticas orientadas por la misma. Nos planteamos analizar el marco jurídico, las Leyes nacionales e internacionales que sustentan los programas y acciones de la promoción de la salud desde fuera y dentro de México, y analizar las aplicaciones prácticas que en nuestro país se desarrollan, con la intención de verificar la legitimidad de las mismas. Es decir, que deriven de su consenso entre los sujetos de la comunidad en la cual se aplican, o como propone Habermas: “la legitimidad del poder presupone la justicia de las normas emanadas de aquel poder: poder legítimo es, en última instancia, el que produce normas justas” citado en (Carrillo Puerto). Este enfoque de la legitimidad nos remite necesariamente a las cualidades de consenso, justicia y razón de dichos mandatos.

Para ello, nos hemos auxiliado con los análisis del discurso, que constituye hoy en día un campo propicio para el desarrollo del análisis no sólo de conversaciones orales y textos escritos, sino de una gama de expresiones comunicativas amplias y permite el desarrollo de enfoques inter y multi-disciplinarios, en la medida en que el análisis del discurso se

ocupa de la materia prima con la que trabajan los científicos sociales, *el discurso* en cualesquiera de sus manifestaciones.

“Los estudios críticos del discurso (ECD) se interesan en los discursos de poder, pero en particular, en el abuso de poder, como forma de dominación que termina provocando la desigualdad y la injusticia. Los ECD no se limitan meramente a estudiar los problemas sociales o las formas de desigualdad porque sean materia “interesante” de estudio sino que además lo hacen explícitamente con el objeto de contribuir a producir un cambio social a favor de los grupos dominados (Van Dijk, 2009, pp27).

Consideramos que este enfoque nos proporciona las herramientas analíticas básicas, para implementar un trabajo sistemático con el discurso, en términos de su reconstrucción y deconstrucción en su base y funcionamiento empíricos y en su vinculación con procesos socioculturales y de poder más amplios. Además de brindarnos condiciones para articular elementos teórico-metodológicos y de investigación empírica para abordar de manera sistemática nuestra materia primordial de trabajo, el discurso.

Además de la teoría lingüística, una línea de este enfoque tiene su base en las teorías sociales y la producción intelectual de Marx, Gramsci, Althusser, Habermas, Gadamer, Foucault, Stuart Hall y Bourdieu, entre otros, de modo que se examina la ideología y las relaciones de poder puestas en juego en el discurso.

En la línea de la teoría lingüística, Van Dijk, holandés analista del discurso, ubica en su trabajo de Estudios Críticos del Discurso, como nociones clave a la ideología, el contexto y el conocimiento, y con su aproximación socio-cognitiva establece las relaciones discurso-sociedad-conocimiento.

En los ECD se aprecia que el "contexto" juega un rol fundamental en la descripción y explicación de los textos escritos y orales. Éste puede definirse como "la estructura que

involucra todas las propiedades o atributos de la situación social que son relevantes en la producción y comprensión del discurso"; así, los rasgos del contexto no sólo pueden influir en el discurso (escrito y oral) sino que también es posible lo contrario: pueden modificar las características del contexto.

Así como pueden distinguirse en el discurso estructuras locales y globales, igualmente las encontramos en el contexto, éstas serían, según Van Dijk, el "ambiente" (tiempo, ubicación, circunstancias, etc.), los "participantes" (élites simbólicas) y sus "roles socio-comunicativos" (locutor, amigo, presidente, etc.), intenciones, metas o propósitos.

En el presente trabajo, hay tres reflexiones que se intersectan, la primera nos plantea la necesidad de cuestionar los conceptos básicos que orientan las acciones del sector salud, como el concepto de salud, el concepto del derecho a la salud, para tratar de modificar las políticas y programas que permitan un cambio en la percepción del sujeto social. La segunda intenta clarificar la relación conceptual entre legalidad y legitimidad y la tercera la situación real del derecho a la salud, visto desde el informe de los derechos humanos.

2.1) El derecho a la salud

Hablar del derecho a la protección de la salud es tratar de entender por qué en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en el sexenio de Miguel de la Madrid, el derecho a la salud se convierte en derecho a la protección de la salud. El derecho a la protección de la salud es un concepto diferente al derecho a la salud, y está fundado, desde nuestro punto de vista, en una nueva visión del Estado: el moderno, el Estado neoliberal, rompiendo con la visión del Estado social de derecho. Esta visión moderna se caracteriza por el cambio de sentido en torno a que: los derechos se convierten en servicios, la obligatoriedad del estado se convierte en corresponsabilidad social y, por tanto, en el correspondiente cobro del servicio y en el adelgazamiento del presupuesto del

Estado en todo aquello que implique gasto social. En esta reflexión vamos a revisar si estos dos conceptos, derecho a la salud y derecho a la protección a la salud, son equivalentes.

El derecho a la salud, como un derecho fundamental del grupo de los llamados derechos humanos, promovidos por la Organización de las Naciones Unidas en la Carta de la ONU de 1948, en el artículo 25 declara: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud...” donde es necesario tener claro, cuál es el contenido de “asegurar la salud” para después compararla con la idea de “protección a la salud”.

También en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económico, Sociales y Culturales (PIDESC), en donde se afirma en el párrafo primero lo siguiente: “Se reconoce el derecho de toda persona, al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y en el párrafo segundo se proponen las medidas que deberán tomarse para asegurar el derecho a la salud.

En la Observación General 14 (OG-14), integrada en el mismo pacto (PIDESC), se tratan las cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto; expresamente indica en el párrafo primero “que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

Por otro lado, en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, llamada “Declaración de Alma Ata” de 1978, en el artículo primero, la Conferencia reitera que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental”.

De acuerdo con estas citas, es notorio que para el derecho internacional, el derecho a la salud no es solamente un derecho a la protección a la salud, este último es sólo un derecho a la sanidad, tal como lo plantea la Ley General de Salud.

2.2) La idea del derecho a la salud en otros países.

En Bélgica, la Constitución reformada en 1994, el artículo 23 inciso 2 dice: “Con este fin las leyes...garantizarán...los derechos económicos, sociales y culturales...estos derechos comprenderán en particular: el derecho a la seguridad social, a la protección de la salud y a la ayuda social, médica y jurídica) (Enciclopedia Jurídica Mexicana, pp 24)

En Finlandia, la Constitución de 1919, en el artículo 15-A: “El estado asegurará a todos, mediante normas...servicios sociales y sanitarios suficientes y garantizará asimismo la salud de la población”. (EJM, pp 24) En Francia, la Constitución de la Cuarta República dice que el pueblo francés garantizará a todos...la protección de la salud, la seguridad material, el reposo y el esparcimiento”. (EJM, pp 25)

En Italia, su Constitución de 1947, en el numeral 2 dice: “La República, protegerá la salud como un derecho fundamental del individuo e interés básico de la colectividad...” (EJM; pp 25):

La Constitución de Portugal de 1976, en el artículo 64 indica:

“1.- Todos tendrán derecho a la *protección de la salud*, el deber de defenderla y promoverla.

2.- Se hará efectivo el derecho de *protección de la salud*...

3.- Incumbe prioritariamente al Estado, con el fin de asegurar el *derecho a la protección de la salud*...” (EJM, pp 26) y enumera una serie de condiciones que tienen que ver con la protección de la salud.

Es interesante notar que para los estados europeos, la protección de la salud está vinculada a la obligatoriedad del Estado, no sólo al derecho del servicio de sanidad, está también vinculada a la obligatoriedad de crear las condiciones que hacen posible que sea garantizada la salud y no sólo la protección a la salud.

2.3) Análisis del concepto derecho a la protección de la salud

Lo primero que debemos preguntarnos en torno al concepto del derecho humano fundamental, “el derecho a la salud”, es si el Estado Mexicano lo entiende como equivalente al concepto de “derecho a la protección a la salud”. Cuando la reforma al artículo cuarto constitucional mexicano es realizada por el gobierno de Miguel de la Madrid, define el derecho a la salud, desde el punto de vista jurídico, como una obligación de preservar el bien jurídico que es la salud; lo que significa una obligación negativa para el Estado, o sea: “abstenerse de dañar la salud”, pero también una obligación positiva de evitar que los particulares, grupos o empresas la dañen, tal como nos lo explica Carbonell (2004, pp 813).

Es claro, que el concepto protección a la salud, está limitado para cumplir con el contenido del concepto “derecho a la salud”, ya que por un lado, el Estado sólo se ve obligado a realizar una serie de acciones positivas que le impone la Ley General de Salud (LGS) expresamente: “la de prestar servicios de atención sanitaria, una vez que la salud, por cualquier causa haya sido afectada” (Carbonell, 2004).

Pero además, el derecho a la salud es depreciado. Si vemos la contradicción en la que cae el Artículo 4º, párrafo III, de la Constitución, en el que se reconoce el Derecho a la Protección a la Salud, pero en la ley correspondiente la limita, en el sentido de que sólo se concreta a “definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud” y todavía más, cuando realiza el proceso de descentralización del Estado, en donde se

reparte la obligatoriedad del derecho, “el derecho a la protección de la salud”, con las entidades federativas, cuando todos sabemos bien que en nuestro país hay entidades federativas, con poblaciones sumamente empobrecidas, cuyos ingresos tanto de la comunidad como del gobierno estatal son sumamente bajos y con imposibilidad real de cumplir con ese mandato.

En efecto, los Artículos 34 y 35 de la LGS hablan de las modalidades de los prestadores de servicios que garantizarían el acceso y lo que formalizan son sólo las modalidades de acceso a la atención sanitaria que tiene la población. En tanto que sólo hay tres tipos de prestadores de servicios de salud: servicios públicos, servicios a derechohabientes y servicios sociales y privados. Estas modalidades existentes para el acceso, que determina la ley y fundamentalmente el acceso a los servicios públicos, que el Artículo 35 de la LGS, define como “...los que se prestan a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y gratuidad, en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socio-económicas de los usuarios”, nos orientan a ver como “garantiza” el Estado Mexicano el “derecho a los servicios sanitarios” como uno de los elementos mínimos de los que pudiera contener el derecho a la salud y que aparentan cumplir con el derecho de protección de la salud. Y decimos que son los que aparentan, como los que más cumplen con el derecho a la salud, porque en realidad no cumplen con los dos criterios básicos de todo el derecho: el de la universalidad y la gratuidad, que aunque aparecen como criterios de inclusión, sin embargo, al fundarlos en las condiciones socio económicas de los usuarios, lo que hacen en realidad es marcar los lineamientos de pago, que impiden la gratuidad. Tal como lo muestra el Artículo 36 de la LGS, en la práctica, las tres formas de prestación de servicio, cobran dichos servicios de diferente

manera, salvo los servicios públicos que son gratuitos pero exclusivamente a la población que no tiene recursos para pagar, ya que todos los demás tienen que pagar cuotas.

Con relación a la universalidad, la mayoría de los analistas opinan que, con los avances de la ciencia médica contemporánea, del siglo pasado a la fecha, sería posible que el servicio llegara a todos, pero dado que la viabilidad técnica no implica viabilidad económica, ni viabilidad política, estas últimas no han coincidido para hacerla realidad. De igual manera, observamos que el Artículo 4° Constitucional se orienta a que la cualidad de universalidad del derecho a la salud sea un derecho para todos, y por lo tanto se aplique constitucionalmente para todo mexicano, pero en la realidad, para que esta característica sea posible se requieren de varias condiciones que en el país no están presentes: La disponibilidad, que presupone la existencia de suficientes instalaciones que garanticen su accesibilidad, pero no sólo la accesibilidad física, aspecto que no se cumple por falta de infraestructura sanitaria, sino también la accesibilidad que impida la discriminación étnica y económica y de clase social.

La limitación que existe en la mayoría de los elementos aquí descritos nos permite afirmar que la universalidad no es una característica que se contemple siquiera en el derecho a la protección sanitaria. Es claro que ni los avances ni los conocimientos teóricos y técnicos durante en estas últimas décadas han hecho posible eliminar una serie de condiciones y/o enfermedades que han afectado la salud de los mexicanos en los últimos años. Y es exactamente, desde el sexenio de Miguel de la Madrid, cuando se impuso el modelo económico liberal, que el Sistema Nacional de Salud, no sólo no ha avanzado, sino que ha retrocedido en cuanto a sus objetivos.

Si el Artículo 4° de la Constitución, cuando nos plantea que el derecho a la protección de la salud es un derecho para todos los mexicanos y en la carta de exposición de motivos

correspondiente a la iniciativa de adición al Artículo 4º Constitucional, el presidente Miguel de la Madrid lo eleva a rango constitucional, indica que sería una nueva garantía social, no sólo como un derecho individual, sino también como un bien social, colectivo.

En este sentido el derecho a la salud como el derecho a la protección de la salud, no son ni tienen equivalencia. Y no la tienen, desde el momento en que el concepto de salud, en el discurso oficial, es unívoco o denotativo, desde la concepción misma del concepto de derecho, es decir, desde una racionalidad abstracta que se protege a sí misma. En efecto, el concepto de derecho a la salud como un derecho humano, fundamentalmente necesario para el ejercicio de los demás derechos, pareciera denotar, no sólo que es algo inherente a la naturaleza humana, como algo propio de ella, como individuos parte de la naturaleza. También denota que tiene un sentido y un significado para la especie. Un significado que no es otro que el de la inmanencia, un sentido que se construye a través de la trascendencia. Así, el derecho a la salud como derecho humano tiene un contenido que rebasa en mucho el concepto de derecho a la protección de la salud, éste, lo más que llega a implicar, según la LGS, es el derecho a la salud sanitaria.

Pero entonces, ¿De qué hablamos cuando hablamos de las enormes limitaciones de los individuos o los grupos sociales o comunidades, que no han podido impulsar el desarrollo de sus múltiples capacidades humanas, que han sido o están siendo limitadas por ejemplo, en la toma de decisiones de lo que les conviene en torno a su salud, que a fin de cuentas significa la posibilidad del empoderamiento social?

Entender el concepto de salud como protección a la salud, tal como lo establece el Artículo 4º Constitucional, no satisface el contenido del concepto “derecho humano a la salud”, y menos el concepto de “derecho a la salud” como lo define la misma OMS como “el completo bienestar tanto físico como mental y social”, y todavía satisface muchísimo

menos el concepto de derecho a la salud, si pensamos la salud como el desarrollo integral de las capacidades humanas, utilizado por Chapela (2001) y Amartya Sen (2004).

La protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas sustanciales, es una de las tareas principales en términos políticos y económicos.

La equidad implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y no por el pago de cuotas de sus usuarios, salvo de aquellos que quieran y tengan la capacidad suficiente para pagar un servicio privado.

El derecho a la protección de la salud es uno de los derechos humanos de segunda generación, de tipo social y estacional, cuyo objeto es señalar un conjunto de obligaciones al aparato gubernamental que le permitan proporcionar y garantizar las condiciones necesarias para obtener una mejor condición de vida de todas las comunidades.

2.4) El derecho a la protección de la salud en el derecho constitucional mexicano y la realidad mexicana visto desde el Informe de los Derechos Humanos de la ONU.

En 1982 el presidente Miguel de la Madrid Hurtado presentó una iniciativa de adición del párrafo tercero al Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), por la que sería elevado al más alto nivel normativo el derecho a la protección de la salud y determinaría el sistema de distribución de competencias entre la Federación los Estados en materia de salubridad general, esto se expresaba sustancialmente en dicha iniciativa (EJM, pp 21, 32, 33, 34, 35).

Pero cuando observamos en el Diagnóstico de la Comisión de Derechos humanos de la ONU (2003) la situación real que vive el país en relación a los derechos humanos y más

específicamente en torno a la salud, nos preguntamos si el mecanismo de la norma es el mejor camino para propiciar que los derechos humanos se cumplan y si no es más bien un subterfugio mediante el cual se pospone la posibilidad, el ejercicio y la exigencia de los mismos.

Nos percatamos también, cómo el manejo de las relaciones binarias de oposición (bueno-malo, verdad-falsedad) que se construyen en los discursos que pretenden la legitimación del poder, propicia no sólo la reproducción del poder y el abuso del mismo, también la posibilidad de justificarle desde el derecho o sea desde la legalidad, y la pretensión de darle legitimidad desde su actuar. Sobre todo cuando se observa cómo a través del derecho internacional se busca dar legitimidad a los poderes e instituciones con normas pretendidamente justas.

Por un lado, la creación de los derechos humanos y su implementación en los diferentes países de acuerdo a su nivel de desarrollo económico cultural, nos presenta una cara de la moneda en la que se observa el planteamiento del deber ser (La Ley) en torno a lo que se consideran los derechos constituyentes de lo que debería poseer el ser humano, pero por otro lado, hace posible la percepción de las condiciones reales en las que está sumergido el conjunto de países, comunidades e individuos en general.

Pero hablar de la Ley como norma que regula las relaciones humanas, supone la validez de la misma, la cual le es dada por la legitimidad del poder que la dicta. Y éste se legitima si su actuación hace realidad la justicia. Pero la ley es sólo el aspecto formal que busca regular, lo que ya está regulado realmente. ¿Pero quién es el que busca regular, qué intereses están atrás de la norma?, ¿qué es lo que regula la ley, qué frena, qué limita? Los que buscan regular son los grupos de poder, porque desean que el estado de cosas tal como existen, permanezca. Según Freud lo que se regula, lo que se frena, lo que se

limita es el deseo. Las leyes más antiguas que se registran en las comunidades primitivas, son las referidas al incesto: prohibido meterse con las mujeres del tótem y matar al animal del tótem. De modo que el simple deseo del incesto, según el modelo edípico de Freud, causa culpa y es así como se constituyen los sujetos, como culposos, los cuales van por la vida librando su batalla en el campo de lo familiar. Podemos ver que tales sujetos así constituidos, inmersos y/o ensimismados, en un ámbito familiar restringido, son incapaces de percatarse que es en el mundo social, donde se construye la ley que busca controlar el deseo. Control que se ejerce en el cuerpo mismo del sujeto, que es el espacio donde las fuerzas de la naturaleza se manifiestan, fuerzas que hemos llamado deseo: potencia infinita que empuja al sujeto a la acción, a la transformación, a la creación. (Abbate, 2001). Deleuze (citado en Abbate, 2001), nos dirá que la lucha contra el poder usurpador de la autonomía del sujeto, no se da al interior de las familias, ésta es sólo una distracción que permite la reproducción del poder en tanto no se clarifica la forma de cómo, dónde se ejerce y se reproduce. En otras palabras lo que está en discusión es determinar los mecanismos que el poder utiliza para controlar ese impulso vigoroso llamado deseo, que le impiden al hombre ejercer su voluntad para poder cambiar las estructuras de explotación, dominio y jerarquía, y nosotros pensamos que uno de esos mecanismos es la construcción del discurso de la ley.

Hablar de la ley, es hablar de la necesidad de descubrir si ella es el mecanismo mediante el cual se castra a los sujetos y/o cuándo y cómo la ley puede constituirse en un mecanismo de mediación que permita ubicar a los grupos sociales en el lugar que les corresponde según las clases sociales. Se trata, pues, de encontrar el fundamento mismo de la ley, con el fin de poder explicar por qué los derechos humanos que fundamentan el derecho a la salud y que son leyes reconocidas formalmente a nivel internacional no se

cumplen. ¿Cuáles son los motivos por los que no se implementan?, si el objetivo del poder es controlar el objeto del deseo, lo es porque el deseo vinculado a su objeto hacen del hombre, un ser deseante, no un dios, no una máquina, sino algo sumamente poderoso, parecido al poder de los dioses, capaz de cambiar aquello que les oprime.

Si la posibilidad de fundamentar la ley se encuentra en el conjunto de valores que los grupos sociales eligen para poder superar los obstáculos de la naturaleza y de otros hombres, la Ley entonces se convierte en un instrumento de doble filo. Por un lado hará posible que los hombres se reúnan en grupos que de acuerdo a sus intereses priorizarán ciertos valores con los que buscarán convencer a esto le podremos llamar de consenso. Por otro lado están los que busquen imponerlos a los otros grupos. Esto es lo que Marx ha mostrado que ha pasado en toda la historia; los grupos de poder han impuesto su control, su dominio, su orden y sus valores, en detrimento de los otros grupos, históricamente mayoritarios. Este aspecto, lo podríamos llamar de opresión.

Por otro lado, la ley podría fundamentarse y legitimarse si los grupos en el poder crearan las condiciones para que desaparezcan las desigualdades sociales, ello sería la posibilidad y necesidad de reconocerse a mí mismo a través del otro.

“Las prácticas judiciales —la manera en que, entre los hombres, se arbitran daños y las responsabilidades, el modo en que, en la historia de Occidente, se concibió, definió la manera en que podían ser juzgados los hombres en función de los errores que habían cometido, la manera en que se impone a determinados individuos la reparación de algunas de sus acciones y el castigo de otras, todas esas reglas o, si se quiere, todas esas prácticas regulares modificadas sin cesar a lo largo de la historia— creo que son algunas de las formas empleadas por nuestra sociedad para definir tipos de subjetividad,

formas de saber y, en consecuencia, relaciones entre el hombre y la verdad que merecen ser estudiadas” (Foucault, 1973).

Pero es importante hacer notar cómo, aparentemente, la ley, como orden instaurador, busca que los derechos humanos sean efectivos para todos y reducir las desigualdades sociales, y sin embargo, en los hechos, la misma ley las propicia; aparentemente, la ley garantiza que los sujetos pueden hacer lo que afirma la norma, y pueden elegir cómo y dónde ejercer el derecho que se afirma, pero en realidad no se propician las condiciones para que esto suceda.

El discurso de la Ley afirma que todos tenemos derecho a la salud pero no existen condiciones sociales para que ello suceda, millones de mexicanos no tienen acceso a la red de agua potable, millones no tienen acceso a un trabajo digno, millones no tienen acceso a una alimentación adecuada, millones no tienen acceso a una educación que los capacite para tener una vida digna, y así, muchas condiciones más que no están presentes en la vida de las comunidades y de los individuos. Todo ello nos conduce a preguntarnos si esos discursos de la ley están fundamentados y legitimados, pero el carácter justo de los mismos no se encuentra en los hechos. ¿Qué es lo que hace que esos discursos tan racionales y ordenadores de lo social no sean cuestionados ni sancionados como inútiles e inservibles a la sociedad a pesar que son permisivos a la violación de las normas y valores sociales?.

Desde el punto de vista de Foucault “todas las normas tanto jurídicas como judiciales están en conexión directa con controles políticos y sociales, en los inicios de la sociedad capitalista a final del siglo XIX (Foucault, 1973)

Y lo que hoy podemos observar es que tanto la norma como la ley, las hacen los grupos del poder y las hacen para proteger el status quo, porque no hay modo ni candados que

los obliguen a cumplirlas. Pero además, los grupos constructores de cambio de la sociedad calcan los modelos de organización que reproducen los modelos de desigualdad, con lo que se consigue que las estructuras jerárquicas y de explotación sean deseadas por los explotados. Ello es, cuando los explotados buscan reproducir dichas estructura porque el orden y la racionalidad aceptadas han sido rotas.

En otras palabras, lo que nos indica el informe de la comisión de Derechos Humanos de la ONU, es un ejemplo de cómo las élites del poder violentan y violan las normas y valores sociales, y de su propio discurso, lo que lo vuelve ilegítimo. El informe de las Naciones Unidas del 2010, nos describe la situación acerca de las violaciones que realiza el Estado Mexicano en torno a los derechos humanos. En relación a la salud, aunque la describe como “el disfrute al nivel más alto, físico y mental”, cuando hace su evaluación sobre ella, la reduce a los aspectos sanitaristas elementales, ¿será porque es lo único que hay?; es decir: la atención primaria, la universalidad de los servicios, la inmunización total, la prevención, la educación para prevenir problemas de salud y el apoyo preferencial a los grupos de alto riesgo.

Además, justo cuando relata las violaciones al derecho a la salud, nos habla precisamente de las deficiencias estructurales, tal como antes lo afirmábamos: geográficas, organizativas de sustentabilidad legal y justiciabilidad. Estas violaciones son básicamente por falta de disponibilidad, no accesibilidad, falta de calidad y aceptabilidad; o sea, hay discriminación y exclusión en el acceso, hay negación o postergación de la atención, hay falta de insumos y medicinas necesarios, y una calidad muy deficiente en el servicio. El cobro de cuotas es un mecanismo de exclusión que atenta contra la gratuidad. Además, el sistema sanitario es un sistema altamente fraccionado y con presupuestos insuficientes y

saqueados; hay prácticamente un desmantelamiento del servicio público y una lenta actualización.

Si observamos los indicadores, que el Diagnóstico (2003) presenta, indican que el número de médicos por cada mil habitantes se ha estancado desde 1995, el número de camas censables en hospitales por cada mil habitantes ha disminuido, la baja presupuestal del 30% al 50% a programas como IMSS Oportunidades ha reducido el servicio, lo ha vuelto muy precario o el proceso de descentralización en 14 estados, de plano lo ha desaparecido. En el aspecto de las enfermedades infecto-contagiosas, en las diarreicas han vuelto los repuntes, básicamente por carencia de agua con calidad bacteriológica.

La transición epidemiológica en salud tiene rezagos y traslapes. Hay cambios de enfermedades transmisibles a enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, diabetes, etc. Pero también persisten las enfermedades tradicionales infecto-contagiosas, y nutricionales, asociadas a la pobreza y la desigualdad, estas se concentran en las poblaciones más pobres y lo peor se presenta en el medio rural. Hoy persiste la desnutrición en las zonas urbanas y rurales en niños menores de cinco años, de la misma forma que la mortalidad infantil. Hoy problemas emergentes complican más el panorama, como el crecimiento de las adicciones tanto de tabaco como de alcohol, por ejemplo hay 32 millones que consumen alcohol. Del informe de la ONU se podría concluir que las posibles causas de dichas violaciones a los derechos humanos serían fundamentalmente problemas de falta de disposición política y falta de presupuesto; al sector salud se le otorga solo el 2.44% del PIB, y a este presupuesto raquítico se suma la no regulación de los servicios de salud tanto públicos como privados.

La primera conclusión que podemos extraer de estas reflexiones es que, la forma en que ha sido orientado el derecho a la salud, como derecho a la protección de la salud ha seguido un sentido impuesto por una visión neoliberal del Estado, que ha conducido al país a que el derecho a la salud sea un servicio que tiene que ser pagado por la mayoría de la población y no sea un bien cuya obligatoriedad corresponda al Estado Mexicano, lo cual podemos corroborar con el nuevo programa del Seguro Popular, en el que las clases más desprotegidas tienen que pagar por adelantado la protección a la salud, sin la garantía de que sea realmente satisfecha la demanda del servicio.

Otra idea importante de rescatar es que el concepto de salud que se maneja en el Artículo 4º de la Constitución se deriva de una visión sanitarista de la salud que orienta las acciones del sector salud desde una visión positivista y pragmática, que aunada a las condiciones sociales en las que los estilos de vida, como una vida sedentaria, una nutrición deficiente y desequilibrada, una actitud de permanente estrés, así como una serie de condiciones sociales limitantes, impiden la solución de los problemas de enfermedad y peor aún, impiden la creación de condiciones elementales de salud.

Por lo tanto, resulta evidente que es necesario promover el cambio de sentido del concepto derecho a la salud, rescatando que es un derecho humano y social, lo que significa que es un derecho fundamental para la existencia del individuo y de la sociedad y con obligatoriedad para el Estado, para que no sólo se promueva la universalidad y gratuidad de la atención sanitaria, sino que además y fundamentalmente, sea posible otra mirada en torno al concepto de salud que permita nuevas acciones, con creatividad diferente y tratando de eliminar aquellos obstáculos y limitaciones que impiden que los

sujetos sociales asuman la salud como su máximo valor, un valor vital, un valor en donde el sujeto no sea tratado como mercancía intercambiable o que se vende.

“El sacerdote, ese verdadero artista del sentimiento de culpa”

Deleuze, G. (Nietzsche y la Filosofía)

CAPÍTULO 3

Cómo se constituyen los sujetos en la realidad.

3.1) Construcción histórica de los sujetos: Marx, Freud, Nietzsche

La multiplicidad de eventos que tienen que ver con el comportamiento humano y su tendencia a aparecer como únicos e irrepetibles, hacen complicado interpretar y construir explicaciones que puedan tener cierto grado de generalidad, de modo que puedan constituirse en teorías que den cuenta de ese tipo de fenómenos. En las ciencias modernas, las ciencias del hombre pugnan porque sus modelos explicativos sean aceptados dentro del ámbito científico, que con excesivo rigor metodológico creen que es posible detectar los discursos que sí pueden gozar de tal título nobiliario y poder así llamarse “científicos”.

Dentro de la psicología social, como en el ámbito de la salud, existe una pugna ideológica enorme, para guardar con celo increíble este respetable y sacrosanto lugar y por ello, discursos que no usen conceptos definibles, demostrables con estadísticas o en experimento, o que por lo menos no tengan tintes de ideas metafísicas, no son aceptados. Tal situación se presenta con conceptos como SUJETO, SUBJETIVIDAD, INTERSUBJETIVIDAD, IMAGINARIO SOCIAL Y GRUPO. Pero es todavía peor cuando a estos conceptos se les vincula con otros, que inmersos en ciencias nuevas no han logrado construir definiciones que tengan consenso dentro de ese ámbito cognoscitivo, tal como sucede con el

concepto de SALUD y el de PROMOCION DE LA SALUD. Aunque sí haya ciertas corrientes que tienen mayor peso en las instituciones tanto gubernamentales como académicas, influenciadas sobre todo por los modelos hegemónicos en las ciencias, como por los apoyos económicos de empresas que sí son favorecidas por esas políticas. La idea básica es observar cómo se han ido construyendo estos conceptos y cómo juegan en la constitución de los sujetos en la vida social.

a) Sujeto, subjetividad e intersubjetividad.

Cuando en pleno siglo XXI, después de observar los conflictos que viven los individuos, los grupos y los pueblos en la búsqueda por su sobrevivencia, uno se pregunta, qué es lo que impide que ellos puedan realizar acciones que les liberen de esas situaciones en las que la vida pareciera constreñida, disminuida o en vías de desaparición. Entonces surgen palabras que iluminan u oscurecen el panorama que la realidad plantea. Entre ellas encontramos las de sujeto, subjetividad e Intersubjetividad y a la par de ellas las de individuo, individualidad, sociedad, que nos hablan de un tipo o manera específica de percibir a los seres humanos, personas y sus relaciones. Pero la pregunta que surge es ¿acaso es posible ver los mismos objetos de la realidad con diferente mirada y a pesar de ello poder decir que hablamos del mismo objeto? ¿O es posible que con palabras distintas hablemos del mismo objeto y nos refiramos a sentidos y significados diferentes?.

Decir “individuo” es marcar un horizonte en donde los seres son únicos, singulares, indivisibles. Es ubicar al mundo con la ingenuidad y frescura con la que los griegos empezaron a construir la forma de racionalidad, hoy dominante. Es construir un tipo de subjetividad impuesta durante varios siglos. Michel

Foucault, refiriéndose a ello dirá “existencia individual” o simplemente “individualidad” (Martirena, O., pp 11). Que hoy tiende a conducir los procesos de construcción del sujeto por caminos de atomización social. Hablar de individuo es hablar de un proyecto social, un imaginario colectivo que pretende explicar la posibilidad de construcción de los seres humanos a partir de sólo dos ejes, conciencia y libertad y con ello lograr el desarrollo de sus capacidades humanas. Frente a este horizonte surge el concepto de sujeto como crítica y alternativo. El término “sujeto” viene de sub-iectum “lo que subyace debajo de” y se opone al término objeto, “ob-iectum”, “lo que está fuera”. Es usado en disciplinas antiquísimas, como la lógica y la gramática, en ambas, como formas estructurales del pensamiento o del lenguaje. En la lógica, como parte constitutiva del juicio, como operación que juzga las relaciones existentes o no, entre el poseedor de una propiedad y la propiedad poseída. En la gramática como parte de la estructura lingüística que indica las relaciones del ser y sus partes.

Es en el Renacimiento cuando este concepto se convierte en el parteaguas de la lucha ideológica entre los nuevos pensadores contra los grupos escolásticos defensores de la antigua cosmovisión y del orden social existente. En efecto, esta lucha se da en términos epistemológicos y donde el término *SUJETO* se ubica como el elemento a partir del cual se contrapone una relación específica con el mundo. Y así, vemos que ese concepto tendrá diferentes lugares de importancia dependiendo de si se piensa como racionalista, empirista, kantiano o materialista. Pero lo que destaca de este proceso, es la importancia que adquiere el ser humano en la construcción del conocimiento y del mundo, su objeto.

Pero es con el materialismo que se define la importancia del pensamiento del sujeto en el quehacer de la vida de los hombres.

Durante el siglo XIX surgen dos modelos teóricos que cuestionan los modelos existentes que explican el ser y el comportamiento de los hombres, el modelo del materialismo histórico y el modelo Freudiano. Ambos permiten una nueva concepción del sujeto. El primero, habla de determinaciones económicas y políticas sobre el sujeto, el segundo, a partir de la construcción del concepto de “subconsciente”, que rompe con la certeza y la ilusión de un sujeto racional y dueño absoluto de su destino. Foucault en el siglo XX, se plantea igual que Kant, la misma pregunta que sigue siendo válida para nosotros: ¿qué somos hoy? Esta pregunta exige ubicarnos con claridad en el tiempo y el espacio. En el tiempo, porque habla de nuestra existencia individual y colectiva, de su proceso, del pasado y el devenir, y del espacio porque habla del aquí y del ahora, y es de donde surge otra pregunta: ¿de qué forma se constituyen hoy los sujetos? Pero además, plantea la idea de que “el sujeto (existencia individual) está sujeto a la historia, lo que significa, la existencia de condiciones y estructuras objetivas que permiten u obstaculizan el despliegue de la existencia individual” (Martirena, O.), Foucault busca responder con tres ideas básicas: ¿qué es el sujeto? ¿cuál es su relación con la historia? y ¿es posible y necesario promover nuevas formas de subjetividad, mediante el rechazo al tipo de individualidad que se nos ha impuesto durante varios siglos?

Para Foucault, ser sujeto, es estar “sometido” “sujetado” a otros, “mediante el control y la dependencia y sometido a sí mismo por la conciencia y por el conocimiento de sí”, (Martirena, O. pp 11). Dos modos de sujeción diferentes,

sujeto al otro y sujeto a sí mismo. Nos plantea que el yo del sujeto se construye en diferentes épocas de acuerdo a distintas tecnologías que tienen el mismo fundamento: “el cuidado de sí” (Martirena, O. pp 83). Afirma que el problema básico de la construcción del sujeto es, no el proceso del trabajo, que aparece como “esencial” en la sociedad capitalista, sino esa red en la que se mezclan las técnicas políticas, las técnicas de poder y las técnicas de funcionamiento del saber (Foucault, M., Estrategias del poder, vol 2 pp 16), que están más atrás y más profundo de donde se construye el proceso de relaciones de producción. Es en ese lugar donde Foucault entra, aparentemente, en contradicción con una idea básica del materialismo histórico, la idea de que es en el trabajo, en donde se realiza el proceso en el que los hombres ponen en juego todas sus capacidades para la construcción de sus proyectos y al mismo tiempo, de la sociedad y de sí mismos. Es decir, que es a partir de este proceso donde los hombres ponen el fundamento de la subjetividad humana, y que en la sociedad capitalista, es donde esa subjetividad es determinada por relaciones de dominio y explotación, las cuales regulan todos los procesos de reproducción social. Aquí Foucault entra en conflicto, porque para poder pensar nuevas formas de subjetividad, “debemos cambiar de vida, debemos pensar de otra manera” (Martirena, O. pp 11), dice. Para él la subjetividad “es la forma nuestra de ser, de nuestras verdades, de lo que hacemos con nosotros mismos y con los otros, es la forma de ser de nosotros, en cuanto sujetos del presente” (Foucault, vol 2, pp 16). ¿Pero sujetos a qué?. A ciertas formas de pensar (nuestra relación con la verdad), sujetos a ciertas relaciones de poder (nuestra relación con el poder), sujetos a una forma de ser interna de nuestro yo (nuestra relación con la moral). Pareciera que

Foucault, para explicar los procesos de producción, recurre a la estrategia de pensar en las “tecnologías del yo”; donde ubica al sujeto frente a las cosas, frente a los signos, frente al poder o frente a sí mismo, pero jamás frente o junto al otro que le violenta y domina, o se solidariza con él, por ello para Foucault “no se ha podido dar cuenta de la inteligibilidad intrínseca de los enfrentamientos” (Foucault, Verdad y poder, pp 45).

b) Concepto de grupo

Para poder entender la intersubjetividad, es necesario pensar en el otro, como parte integrante de mí. Freud nos dirá que “en la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo”, (Freud, 1947, pp 67). Yo me puedo constituir como sujeto, en tanto construyo una cierta identidad y diferencia con respecto a los otros yos; a este tipo de relación Freud la llama fenómenos sociales, pero en la medida que han sido internalizados, son vínculos internos de las relaciones grupales que construyen lo que Pichón-Reviere llamará grupo interno. (pp 42).

Pero Manero reconstruye todo el proceso que va desde la formación de la imaginación colectiva, en el que recupera los procesos de identidad colectiva, hasta el concepto de imaginario social, en donde nos muestra la compleja dinámica de los procesos subjetivos, que para él no son otra cosa que subjetividad colectiva, la cual pasa por el imaginario grupal y el institucional. Manero en este trabajo nos muestra que el concepto de grupo, institución, colectivo o socialidad, son productos imaginarios a partir de un mito unificador polisémico, que recupera la memoria colectiva de sus integrantes. El grupo

produce imágenes de sí mismo (un discurso ausente, según Bion), y lo que le da posibilidad al grupo es su capacidad colectiva del imaginario, que se expresa en un lenguaje lleno de significados que a diferencia del individuo evoca solo imágenes.

Para Bauleo, el grupo real o la experiencia grupal es algo diferente del concepto grupo, es un mito entrecruzado de aspiraciones individuales y sociales, identidades cruzadas cuya organización es posibilitada por lo social que marca un espacio y que exigen un nombre propio, que es el paso obligado de lo social a lo individual y que en el grupo aparece invertido por el juego proyectivo y se hablará del yo al nosotros: es el pasaje del narcisismo a la intersubjetividad. Bauleo nos plantea, entonces, que “la intersubjetividad es ese espacio estructurado, imaginario que responde a una ideología determinada y dominante y donde se desenvuelven una serie de escenas diálogos y movimientos provocados y armados por el grupo real”. Es decir, los integrantes en su interaccionar creen en un proceso de identificación y de proyección, una estructura que luego los determinará (Bauleo, pp 67). Bauleo nos mostrará que sólo a través del grupo, es posible contestar la pregunta de Foucault: ¿cómo es posible pensar de manera diferente? Si toda la estructura social es una red de significados, de sentidos determinados por el imaginario social, “contemplar, reproducir o repetir” los esquemas será confrontado por “transformar, crear y cambiar” a partir de la praxis social. No es sólo con la toma de conciencia, mirando la genealogía del poder o del sujeto, como se puede pensar de manera diferente, ni es solo porque hay un *magma* de producción imaginaria social, como diría Manero, sino porque a través de la acción social es posible el intercambio de valores en las relaciones

interpersonales; es a través del grupo como está en juego constantemente la posibilidad o impedimento de la participación social de los sujetos.

Pichón-Rivière explica que si en verdad la psicología social es la ciencia del hombre, en la praxis ella adquiere un carácter operativo, en el sentido de que la teoría sólo se retroalimenta a través de la práctica; por ello propone que la construcción de una ciencia o interciencia, con una epistemología convergente de manera que se reconozcan tanto al objeto de conocimiento como la multiplicidad de técnicas que de ella se deriven. Además propone el trabajo en grupos de diferentes especialidades, orientados al aprendizaje a través de la tarea, que sigan la técnica de grupos operativos, y que sean capaces de construir un instrumento teórico al que llama ECRO (esquema conceptual referencial operativo), con el apoyo de una didáctica que él llama de “núcleos básicos”, para que se pueda dar un aprendizaje continuo. Estos grupos organizados en unidades podrán crear redes de información que permitan la convivencia y la tarea común.

Esta técnica de grupos operativos se centra en una tarea bajo la cual subyace la ruptura y esclarecimiento de los elementos que impiden el aprendizaje o la comunicación, para poder romper la resistencia al cambio, producto de las huidas de pérdida y el llamado al ataque. El autor categoriza una escala de evaluación básica con una serie de conceptos que indican la posibilidad o no de avance de los integrantes: la afiliación o identificación, la pertenencia, la cooperación, la comunicación y el aprendizaje. La situación central es la actitud ante el cambio y considera que la adaptación activa a la realidad y el aprendizaje están indisolublemente ligados.

Plantea también una serie de emergentes, como el “secreto grupal”, que entorpece la comunicación, o la emergencia de ideologías que enfrentan a los subgrupos. De modo que un presupuesto fundamental del grupo operativo es el siguiente: “a mayor heterogeneidad en la tarea se logra una productividad mayor”. El juego de roles está dado por tres tipos: el portavoz, el chivo emisario y el líder. Hay también otro principio que es el de complementariedad, que hace al grupo funcional y operativo, pero cuando surge la suplementariedad, surge la competencia y hace estéril la tarea.

c) Sujeto y salud

Pichón-Rivière al hablar del sujeto, lo hace en términos de sistema abierto (de hecho, todas sus categorías: el individuo, los grupos, las instituciones, las sociedades, el ECRO, las plantea en el mismo sentido). Él concibe al sujeto no como un ente armónico con su realidad social, sino en una permanente relación mutante, es decir, piensa la relación sujeto-mundo como una relación de conflicto y contradicción. De ahí que la praxis es lo que permite a su ECRO permanecer como sistema abierto a progresivas ratificaciones y rectificaciones. Sostiene que la praxis es la que valida el modelo teórico, y permite ajustar el esquema conceptual a la realidad.

Si tomamos en cuenta la diversidad de corrientes existentes en el área de promoción de salud, nos podremos percatar de que el núcleo central donde el promotor de la salud desarrollará sus capacidades profesionales será en las comunidades. Por ello, este conjunto de conceptos, sujeto, subjetividad e intersubjetividad, son fundamentales en promoción de la salud.

Aún más, el trabajo de investigación realizado en una comunidad de Iztapalapa para los cursos de Epidemiología 1 y 2, nos mostró la necesidad de cursar durante el mismo periodo la materia de psicología social para poder auxiliarse entre ellas durante el trabajo en las comunidades.

De hecho, durante el periodo de dicha investigación, relacionada con la obtención de información directa con los miembros de la comunidad, ella, fue abordada de manera intuitiva, sin instrumentos teóricos ni metodológicos suficientes que permitieran percatarnos de elementos, características y situaciones que pudieran ser interpretados a la luz de una teoría social o psicológica.

Es decir, a partir del conocimiento de dichos conceptos, hoy tenemos la posibilidad de ir descifrando en la detección de los problemas de salud, por una parte, el desarrollo de los procesos de construcción de la subjetividad de los individuos, y por otra, la posibilidad de restituir al conocimiento de las comunidades, la importancia que le corresponde, dado que los conceptos de subjetividad e intersubjetividad están íntimamente vinculados con los de imaginario social, los cuales nos permiten realizar lecturas plurales para tratar de entender la complejidad de las identidades de las comunidades.

Por otro lado, podremos tener un manejo más claro de cuáles son las teorías que nos permitan participar como promotores de la salud en el cambio que las comunidades buscan para hacer posible que surjan las condiciones de salud. Por ejemplo, ¿cómo se construye hoy la subjetividad de los individuos en la ciudad? ¿Cuáles son los campos de poder que permiten cambiar el régimen político, económico e institucional de producción de la verdad?.

d) Grupo y salud

Las instituciones encargadas de formar este tipo de profesionales: los promotores de la salud, deberán orientar su formación desde dos acciones centrales: El manejo de las relaciones con los individuos, comunidades e instituciones, y la adquisición permanente de los mecanismos que los mismos construyen para lograr el equilibrio en los procesos vitales de salud-enfermedad.

Es bajo esta perspectiva, que consideramos necesaria la implementación de cursos en forma de taller, que nos permitan conocer las herramientas necesarias para aprender a relacionarnos con los grupos e interpretar los discursos de lo que se dice y lo que no se dice, pero que está implícito en el mensaje, ya sea individual o grupal. Los objetivos planteados por la OMS reconocen, implícitamente, el trabajo profesional relacionado con los individuos y los grupos de todo tipo, familiares, laborales, institucionales, de empresarios y hasta gubernamentales, por ello es indispensable la adquisición de estos tipos de herramientas teórico-prácticas.

Una idea central que esta reflexión nos deja, es que, para todo proceso humano que se desee comprender, incluyendo nuestra propia existencia, se debe buscar cómo se ha construido esa subjetividad o intersubjetividades, cuál es el imaginario colectivo que permite construir esas identidades y conocer como dice Foucault, las astucias en las que el presente descansa y se justifica.

Otra idea central, es que todo proceso de cambio exige el trabajo con grupos, de modo que las comunidades y los pueblos puedan estar organizados y de esa manera, no sólo sea posible la participación de los integrantes, sino la

transformación de las condiciones que impiden el desarrollo de los individuos, comunidades y pueblos

El promotor de la salud es un profesionalista que requiere de una formación integral, esto significa no sólo el manejo de la información relevante en torno a los procesos de salud-enfermedad, sino también el manejo de metodologías, tanto cuantitativas como cualitativas, para la adquisición e interpretación de fenómenos, objetos, discursos y comportamientos, de modo que todo discurso teórico programático de las instituciones debiera contener las herramientas y estrategias que cada área de conocimiento utiliza para la adquisición de sus contenidos.

3.2) Nuevas formas de subjetivación

Los conceptos como intervención, vínculo, institución junto con las anteriores, como sujeto, subjetividad e intersubjetividad, nos permiten también la posibilidad de explicar los elementos que están presentes cuando los individuos aparecen juntos, como grupos y tejen sus relaciones, y además, responder a las preguntas: ¿Cómo se tejen las subjetividades, cómo se constituyen las subjetividades en los grupos, como se constituyen los grupos? La finalidad es tratar de comprender la complejidad que se presenta ante nosotros, como promotores de la salud, cuando se realiza alguna actividad con grupos de cualquier naturaleza.

Para comenzar la tarea, Pichón-Riviére plantea la idea de vínculo como noción central de su psicología social, inspirada en el psicoanálisis freudo-kleiniano, como la trama social

necesaria o lazos sociales que permiten el surgimiento de la(s) agrupación(es) social(es), que a su vez, dan paso a la subjetividad.

Es decir, el vínculo está planteado como una estructura compleja multidimensional que abarca sistemas de pensamientos, afectos, modelos de acción, maneras de pensar, sentir y hacer con “el otro”, que constituyen las primeras estructuras de identificación que dan comienzo a la realidad psíquica desde la infancia.

La idea inmediata, entonces, es reconocer cuál es el límite y la función del Promotor de la Salud en este tipo de situaciones. Estamos convencidos que al vincularnos a los grupos, una de las funciones del promotor, según las diferentes teorías, no es la del terapeuta, ni la del médico, ni del maestro, ni del consejero, ni del cura, aunque sea necesario conocer lo fundamental de ellas, sino la de descifrar a través del análisis del discurso y de las actividades realizadas en la cotidianidad, las posibilidades de encontrar las potencialidades y limitaciones a las capacidades humanas que propician o impiden la salud.

Aunque es difícil saber los límites que existen entre estas teorías, sobre todo cuando en promoción de la salud se nos dice que una función importante es hacer visible lo invisible en el discurso y mostrar cómo los mecanismos del poder, que están presentes en toda relación, se expresan a través de la violencia simbólica, que significa no otra cosa que aceptar voluntariamente la imposición de significados, (según Bourdieu).

Sobre este aspecto, Van Dijk plantea que los discursos son el mecanismo por medio del cual se ejerce el control y la reproducción del poder, y ello es posible a través de tres mecanismos: la manipulación del discurso, el control al acceso de quienes difunden el discurso y el acceso a la producción, es decir los medios que lo reproducen.

Por tanto, desentrañar dichos discursos debiera ser una tarea vital de la promoción de la salud, planteada con la perspectiva liberadora del sujeto respecto a esos discursos.

Van Dijk habla de cómo el discurso permite la dominación o control de los grupos a través de reproducir discursos que propician la desigualdad social e incluso la confrontación estos grupos.

Un ejemplo que mostró la complejidad de los grupos y de cómo es posible percatarnos de la forma como se constituyen los sujetos, desde el punto de vista Histórico, que no es más que el conjunto de condiciones que limitan las capacidades de encontrar alternativas que permitan la realización humana, fue la experiencia que adquirimos cuando asistimos a la Casa de la Cultura “Las Jarillas” de la Delegación Iztacalco, al vincularnos con un grupo de jóvenes entre 14 y 20 años que participaban en un programa del Gobierno del Distrito Federal llamado “Programa de Atención a Jóvenes en Situación de Riesgo”. Para nosotros fue de suma importancia tratar de desarrollar un vínculo, tanto desde el punto de vista formativo como en términos teóricos y empíricos. Pues desde ambas miradas, lo que intentamos fue aprender a observar a los grupos, con los conceptos, que desde diferentes disciplinas, fuimos adquiriendo durante nuestra formación profesional, aunque sabemos de antemano que esta forma de observar la realidad nos limita a aprender a mirarla con una mirada fenomenológica. Al mismo tiempo percatarnos de la posibilidad de hacer promoción de la salud, desde una mirada diferente a la mecanicista, fuese ésta cual fuese, pero en búsqueda de una realidad desconocida, una realidad presente que se difumina por los discursos hegemónicos de salud. Nuestra intención era hacer visible esa realidad, una realidad que se escapa por la misma manera de narrarse, que se diluye en el discurso al ocultar las relaciones de poder, de discriminación, pero sobre todo niega la propia potencialidad de los jóvenes para interpelar su realidad y construir proyectos donde ellos

sean responsables de su propio ser. Creemos que es importante en este sentido recobrar las palabras de Ortega y Gasset “yo soy yo y mis circunstancias; si no las salvo a ellas, no me salvo yo”, (1914).

Para ello organizamos un encuentro cuya pretensión era la de no hacer una intervención. Conscientes de que toda intervención es violencia hacia el otro, al grupo, a su cotidianidad. Partimos de la idea materialista que afirma que los hombres construyen relaciones independientemente de su voluntad, y por ello intentamos construir una relación de vínculo entre iguales, como seres humanos, lo que implica una relación interna, no de simple exterioridad, como entre cosas, sino con una actitud ética, de profundo respeto, que fuera cálida y que no es fácil de realizar.

Compramos refrescos, vasos y ordenamos el espacio con sillas en forma circular, tratando de estar todos dispuestos a la mirada y a la palabra del otro. Conforme iban llegando, los invitamos a sentarse y tomar refresco, y les servimos. En tanto, entre nosotros, dialogábamos sobre qué tema hablaríamos.

Iniciamos con una estrategia de presentación por parejas de diferente género, primero se presentaron entre ellos y luego los presentaban ante los demás. Lo hicimos en 15 minutos, todos presentamos y fuimos presentados, tratando de romper la formalidad de este tipo de reuniones. En esta parte observamos que entre ellos no se conocen o sólo se conocen de vista y no sabían sus nombres, sólo los que llegaban juntos porque eran amigos o vecinos. Pasamos a una segunda fase de la reunión en la que les pedimos nos explicaran por qué estaban ellos en ese programa de “Jóvenes en Situación de Riesgo”. La idea era que ellos nos describieran cómo se miraban a ellos mismos al participar en ese programa. Nuestra expectativa inicial era crear un vínculo, que por lo menos fuera de Intercambio (Mier, 2003. pp 129), pues desconocíamos totalmente las características del grupo sólo

que pertenecían a un programa. Pero después de manifestarse a través de la palabra, nos percatamos que la mirada que de sí mismos tenían, estaba relacionada íntimamente en cómo la sociedad y la institución gubernamental los mira. Una mirada que esconde una profunda violencia simbólica, que apoyada en conceptos epidemiológicos, donde se presenta el concepto de riesgo, y a través de él, se les focaliza como anormales, a un paso de la delincuencia. Pero, ¿riesgo de qué?, ¿de caer en adicciones?, ¿de caer en drogas? (Voces de los jóvenes, Cuaderno de Notas, 2005-2006) ¿de no integrarse a la vida útil, social y productiva? Por eso para que ello no suceda les facilitan el ingreso a los CECATIS, para que adquieran una formación técnica y puedan tener empleo posteriormente. Ello implica, que la mirada institucional busca reproducir los mismos esquemas de dominación a través de los procesos laborales de adiestramiento. Sin embargo ellos manifiestan sus expectativas para sí mismos con otra perspectiva, con una mirada más vinculada a la sensibilidad (poiesis), a una forma de vida integral, donde la imaginación y la creatividad juegan un papel fundamental, donde la emoción y la intuición hacen de la vida un placer.

Hoy la institución gubernamental los mira con la mirada del poder, como jóvenes que no hacen algo, ni estudian ni trabajan, pertenecientes a familias pobres, algunas desintegradas o con problemas y violencia familiar. Esta es la mirada de toda una perspectiva judeo-cristiana racionalista que ha dominado a la cultura occidental desde hace dos siglos y medio, la mirada de la institución, de la ley, de la norma, del orden, de la razón, una mirada paternalista al fin. Les da una ayuda económica de \$600.00 a cambio de participar en apoyo a actividades de índole social. Pero esa mirada del otro es la que se reproduce en su propia percepción, así se miran a sí mismos. Se miran, como diría Freud, como repetidores del conflicto, padeciendo “la compulsión a la repetición”,

sujetados al saber y al deseo del otro (la institución), deseo que produce realidades, intentando cuestionarla pero frecuentemente sujetados (Redosh, Silvia, pp 1). Aquí vemos quién habla cuando los jóvenes hablan, aquí vemos el proceso de Intervención gubernamental. ¿Quién dice ese discurso?, ¿por qué lo dice?, ¿qué es lo que calla?, ¿por qué lo calla?. Aquí vemos como la institución te marca con la palabra, te marca con su intervención, te marca con sus programas. Éstos, armados a través de la legalidad, de la imposición y del sometimiento. Los jóvenes saben que sin ese vínculo no tienen nada, ni una “moneda de cambio” que les permita seguir en el juego de la reproducción. Sin ese vínculo no son nada, “deben” aprender a ser útiles, “deben” aprender que se es sujeto y se está sujeto y entonces se es alguien, sólo así tienen la posibilidad de entrar a las relaciones de producción. Sólo se es alguien, si es capaz de crear relaciones que le permitan la sobrevivencia y la reproducción de esta realidad y no de otra, y ellos lo aceptan, lo asumen, lo viven y posiblemente hasta lo agradecen.

Este es un primer problema que se detecta en el grupo de jóvenes de Iztacalco. Se miran a través de la mirada de las instituciones, una mirada que los transgrede, que diferencia, que señala, que somete pero al mismo tiempo que crea la culpa, mirada a la que deben agradecer que se les redima, que se les permita “ser alguien” aquí vemos lo que plantea Dostoievsky en su novela “Crimen y castigo”, el motor de las actuaciones del ser humano es la culpa, esa deuda originaria con el padre, pero no la Edípica, sino la de Sísifo, la del hombre rebelde. Ésta es la que nos hace sujetos de cultura y sociedad. Pero de qué son culpables, ¿De rebelarse contra las instituciones, de rebelarse contra el padre, el padre como ser cultural, social, simbólico, que impone la ley, la norma y el orden. Un orden que no es orden, pues privilegia a unos cuantos y la mayoría recibe sólo migajas para

sobrevivir. ¿Son culpables por rebelarse contra el padre, por soñar matar al padre, que no sólo impone la norma, sino también castra sus sueños e impide la realización del deseo? ¿De qué tienen que arrepentirse?, ¿de ser los desechos de la sociedad que ella misma no quiere ver?, pero que reproduce compulsivamente la institución familiar y no por casualidad, sino que hay toda una historia que muestra la perversidad con la que se agrupan señalan y confinan a esas clases sociales y a los individuos que a ellas pertenecen y que son marginados generación tras generación?. Esta mirada desde las instituciones y que la hacemos nuestra porque los sujetos la reproducimos, sin percatarnos de ella, no es nociva por la violencia que contiene o por los castigos a los que hay que temer, sino por lo que afirma Susana Horschberger, “el autoritarismo es profundamente seductor” (Horschberger, pp 1)

¿Pero en dónde está su seducción? En la necesidad misma de la estructura del pensamiento racional. El pensamiento quiere la verdad, la busca, la construye y la dice. Pero cuando la piensa cree en verdad que es una verdad indiscutible, se puede constatar permanentemente en todo tipo de discursos. Hasta el discurso cotidiano del sentido común cree que tiene la razón, pues es el sentido mejor distribuido, como diría Descartes, pues nadie se queja de tener poco o nada. Pero nosotros vemos que es desde las instituciones donde este discurso racional se difunde, se proyecta y se impone, y es a través de los representantes de las instituciones que ese discurso se justifica como ordenador de la vida social, pues la mente es la que ordena, la razón es la que juzga y justifica y esta razón ordenadora del poder muestra su eficacia al convencernos que no hay nada mejor ni superior que esta razón “natural” que los hombres tienen por naturaleza. Y que por lo tanto todos sus productos, centralmente la ley, inscrita en el corazón mismo de los hombres, es lo mejor que nos puede suceder y no nos queda otra que obedecer.

Esta pretensión de que los procesos de la naturaleza y de los hombres son naturales, es el fundamento de este modo de ver a la razón de modo unidireccional, que se desarrolla a partir del Renacimiento. La negación actual de la historia, como la memoria de la especie, de su cambio y desarrollo, se expresa claramente en todos los procesos productivos de la sociedad: La negación de la permanencia laboral por ley, la liquidación de los trabajadores con mayor antigüedad y la contratación sólo por servicios o por horas que impide que los trabajadores hagan historia o antigüedad en las empresas, todo ello está orientado por este proceso justificador, seductor de la razón, seducción que convence de su racionalidad a partir del concepto de eficacia en los procesos humanos.

En un tercer momento, una vez explicitada la identificación del grupo, el equipo de promotores facilitadores no tuvo otro mecanismo para darle continuidad al diálogo más que planteando la posibilidad de abordar uno de tres temas que pudiera ser interesante para los jóvenes, cuando en verdad, ya nos habían dado información suficiente para profundizar en lo expuesto. Pero la falta de experiencia en el juego horizontal del equipo con los grupos, nos empujó a tratar de dar fluidez a ese primer encuentro, pues empezó a gestarse un silencio que nadie se atrevía a romper para dar continuidad a lo ya expuesto, ni a los temas planteados. Pusimos a votación los temas y nadie levantó la mano. Los temas fueron sexualidad, adicciones y aborto. La coordinadora del grupo de jóvenes propuso el tema Proyecto de Vida. Volvimos a poner a votación los temas y en esta ocasión la mayoría de los jóvenes votaron a favor de éste último.

Planteamos una forma de abordar dicho tema, el instrumento pedagógico llamado “lluvia de ideas” y lo que los coordinadores hacíamos era sólo evidenciar lo que se decía, como

resaltando el significado y encontrando el sentido de la palabra dicha. Era hacer evidente lo expresado, pero revalorizando la palabra y a su creador.

Hablar de proyecto de vida es hablar de: “Metas a lograr”, “metas de la vida en el futuro”, “ser algo para salir adelante”, pero no sólo proponiéndoselo, es hacerlo con ganas y entusiasmo, poco a poco, “con disciplina”, “pero no impuesto sino voluntario”, “lo que uno quiere y le gusta hacer”. “Algo que nos permite ayudar a la familia”, “ayudar a la gente”, “algo que al hacerlo nos alegra: ver a los otros felices” (Voces de los jóvenes, Cuaderno de notas 2005- 2006):

Estos planteamientos que fueron saliendo de la boca de los jóvenes eran ejemplificados con sus propias experiencias y de lo que algunos de ellos estaban haciendo ya en ese momento y les permitía hablar con la seguridad que dan las vivencias. Por ejemplo, el joven Estaban tiene un sonido con el que armoniza las fiestas del barrio, se gana su dinero, hace feliz a la gente pues las hace bailar y él disfruta lo que hace. Todo ello porque desde pequeño le gustó la música, fue armando todo un repertorio y ya tiene por lo menos dos años viviendo de esa manera, aun en contra de la voluntad de sus padres que opinan que eso es cosa de vagos, de viciosos y alcohólicos y que nada bueno le va a traer. Él afirma que ese es y ha sido su proyecto de vida, y cada día se capacita para hacerlo mejor.

Al oír esos relatos uno se pregunta: ¿Quién habla? ¿Quién está detrás de estos relatos y estas vivencias, quién hace hablar a este sujeto que manifiesta estos discursos, quién construye todas esas tramas que hacen que los sujetos hablen y actúen de tal modo,

quién siembra esos campos de ideales, ilusiones, sueños y fantasías? De lo primero que uno se percata es que el sujeto de ese discurso piensa vivir en el futuro lo que sueña y vive hoy. Pero, qué es lo que hace evadir el presente a estos jóvenes soñadores y qué es lo que hizo que algunos estén logrando lo que sueñan? ¿Será acaso lo que Freud dice, que unos han hecho consciente lo inconsciente y otros no?, ¿será que la palabra de unos iguales a los otros, pueda hacer que el “yo” aparezca, a pesar de sus diferencias? ¿Es posible lo que dice Gabriela Rahman, que lo grupal libera la palabra y es fuente de creación porque produce sentidos diferentes? ¿Será posible que este imaginario social que es el proyecto de vida sólo refleja lo que nos gustaría ser, pero que el apego a la madre le impide seguir la norma, la ley y la disciplina? Será verdad que el hombre se alimenta de palabras, como dice Lacan y así va modelando su ser hombre?.

*“Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla,
aunque sea un poquito, es la única manera de probar
que la realidad es transformable”
E. Galeano*

CAPÍTULO 4

Una experiencia de Promoción de la Salud: transición de lo histórico a lo autónomo. De la teoría a la praxis.

Cuando hablamos de lo humano planteamos aquellas circunstancias o condiciones culturales, emocionales y sentimentales desarrolladas a lo largo del proceso evolutivo social, del proceso dialéctico que hace posible el surgimiento de un tipo de relaciones específicas en cada sociedad, en cada comunidad. Si nuestras vidas están regidas por las determinaciones de la naturaleza o del raciocinio, o si ambas participan en la regulación de los seres humanos ¿es posible que cualesquiera de ellas nos permita el uso de la libertad? ¿Qué papel juegan los sentimientos y el espíritu en el momento de decisiones trascendentales de la vida?

Sucede que a quienes solemos considerar jóvenes, les atribuimos las decisiones más impropias o erróneas sobre aspectos que tocan de manera decisiva sus proyectos de vida. Sea en la elección de sus amistades, sea en la elección del momento en que iniciarán sus vidas sexuales, incluso la elección de sus relaciones sociales cotidianas, dentro y fuera del círculo familiar. Esta experiencia de promoción de la salud nos enseña que aprender a entender a los otros exige aprender a verlos sin prejuicios, más todavía si queremos hacer promoción de la salud.

4.1) Una experiencia y muchos aprendizajes.

Esta experiencia está llena de elementos que se presentan en toda acción humana. De entrada, no sólo iluminó una de las rutas posibles por las que puede transitar el promotor de la salud, sino fundamentalmente, nos acercó a un grupo humano, desde la perspectiva de la promoción de la salud, que promueve la autonomía, grupo con el que convivimos un buen número de sesiones, mismas que nos permitieron percatarnos del enorme compromiso ético que significa diseñar “intervenciones” para realizarse en grupos humanos reales.

Este capítulo describe, analiza y reflexiona partes relevantes de las sesiones realizadas con dicho grupo, y refleja la enorme riqueza de experiencias, necesarias de ser pensadas y repensadas si se busca ubicar en su justo valor al trabajo comunitario, además nos lleva a pensar que el promotor de la salud debe ser un sujeto con mente abierta y el corazón sensible.

Respecto a los aprendizajes, estos fueron en diferentes sentidos. El trabajo con la comunidad muestra que en el diálogo con las personas, se adquieren conocimientos profundos “del otro”, y enriquecen nuestra percepción de la diversidad de personas. Nos indica la necesidad de aprender a escuchar “al otro”, y que ello es un proceso de retroalimentación. Que en los grupos humanos hay mucha intolerancia y se requiere hacer un trabajo fino y constante para lograr en las comunidades, los objetivos propuestos. La importancia de trabajar en equipo. Que es necesario preparar más las entrevistas y que es posible aprender a disfrutarlas. Que no es tan malo improvisar en un diálogo o entrevista. Que hay que ver al promotor de la salud con una orientación más social. Que es necesario

ver a la promoción como un trabajo de servicio, pues se trabaja en comunidad por lo que nuestra formación deberá ser como promotores de la comunidad.

4.2) Descripción de la experiencia.

Para hacer promoción de la salud, fuimos invitados, por la encargada del programa “Jóvenes en Situación de Riesgo” en la Casa de la Cultura de las Jarillas de la Delegación Iztacalco, a participar con miembros de dicho programa, y dar unas pláticas sobre tópicos que les interesaran a los jóvenes. Para nosotros, la idea fundamental de este proceso, era realizar un trabajo como promotores de la salud, que nos permitiera entender cómo se constituyen los sujetos, qué condiciones están presentes cuando los sujetos son y actúan de un modo específico, cómo se construyen las relaciones reales entre los seres humanos que se vinculan independientemente de su voluntad y que se consideran saludables en tanto no tienen problemas físicos o enfermedades visibles, pero que la sociedad los clasifica en este caso, como en situación de riesgo, y cómo a partir de todo ello, encontrarle un sentido y un significado adecuado a nuestra actividad: la del promotor de la salud. Además intentamos que fuera una experiencia de la cual se pudieran extraer aprendizajes y explicaciones que iluminaran los procesos de la salud y la enfermedad. Por ello el análisis de esta experiencia atraviesa por contemplar estos procesos desde diversas teorías y métodos que nos pudiesen ayudar a rescatar la riqueza de las acciones humanas, en el aspecto de sus emociones y afectos, sus formas de percibir, pensar, explicar y transformar su realidad, y más que nada, todas aquellas condiciones que hacen posible las vivencias de salud o enfermedad tanto de los participantes como de los promotores de la salud.

Dejamos por sentado que todos los enunciados planteados son producto de la interpretación de las observaciones y percepciones del proceso vivido con los jóvenes del grupo, ya que nada de lo percibido tenía una explicación, tuvo que ser pensada y construida, pues nada de lo que uno percibe se explica por sí mismo; además de que el verdadero aprendizaje sólo puede ser el producto de la construcción de relaciones que la imaginación hace posible.

Se percibían entre nosotros varias emociones, al pensar, que pronto pondríamos en práctica y a prueba todo el conjunto de conocimientos que habíamos venido adquiriendo, y por otro, el enorme gusto, realizar una práctica real y no prefabricada. Esa situación provocaba ansiedad, por el miedo de tener que aprender a desarrollarnos como promotores de la salud, sin afectar negativamente a los jóvenes. Por ello, en la medida en que más y mejor pudiéramos rescatar esta experiencia, mayores probabilidades tendríamos de seguir usando las herramientas teórico metodológicas que pusimos en práctica en esta serie de sesiones.

Desde nuestro punto de vista el proceso de aprendizaje a partir de la experiencia, difiere de la visión que plantea la Doctora Ángela Brew, en tanto que partimos de supuestos diferentes.

Nuestra perspectiva acerca del proceso de aprendizaje a partir de la experiencia difiere de como lo plantea la doctora Ángela Brew (1993), en el punto sobre que el desarrollo del conocimiento sólo es un proceso en espiral, cuantitativa y cualitativamente en ascenso, y en permanente reevaluación, como dice Kuhn, y por lo tanto la experiencia está en constante transformación, y no solamente en ocasiones como lo afirma la doctora Brew. (1993). Esta diferencia surge, a pesar de las muchas coincidencias, ya que la práctica y su

análisis se realizaron tomando en cuenta dos vertientes que ella plantea que existen en torno al conocimiento: el del conocimiento cognitivo y el conocimiento experiencial; y afirma que este es el único no trivial, como el primero, (en lo cual no coincidimos, aunque ello es tema de otra reflexión), pues permite el desarrollo de capacidades transformadoras en tanto que se aprende desaprendiendo porque deshace el conocimiento anterior. Coincidimos con ella cuando afirma que el conocimiento experiencial, es fundamental en tanto permite mostrar la íntima relación, que para ella es de equivalencia, entre el objeto (que en este caso es otro sujeto) y el sujeto cognoscente, (Brew, 1993) pues solamente en la medida que tenemos conocimiento experiencial de nosotros mismos, tenemos la posibilidad de conocer lo otro, lo que no somos, pero que es semejante a nosotros.

De sus criterios metodológicos utilizamos los tres que recomienda cuando se intenta aprender a partir de la experiencia: 1) Tratar todo como relevante, 2) observación constante, o sea, volver una y otra vez al proceso observado y 3) la intención inquebrantable, a partir de la dificultad que el objeto de investigación plantea, estos fueron de mucha utilidad, pues nos permitieron avanzar en la construcción de los análisis. Hay un eje que la doctora plantea y que nos permite que la experiencia sea percibida y planteada de manera integral: observar el proceso no sólo en el aspecto teórico, de modo cognitivo, sino todos los otros elementos que están presentes en cualquier proceso vital, las emociones, la intuición, las actitudes, etc. Además, hay que reconocer que existen diferentes visiones de las formas de aprender y que algunas pueden obstaculizar el proceso de desarrollo del mismo e impedir que uno tenga una visión más integral del proceso en su conjunto.

En la construcción de esta experiencia, y de su aprendizaje, los promotores tuvimos que ponernos de acuerdo en torno al objetivo principal que pretendíamos lograr en este proceso, como ejercicio de promoción de la salud, y coincidimos en que, fundamentalmente, se trataba de poner en práctica las herramientas teórico metodológicas adquiridas en nuestra formación universitaria, de modo tal que nos fuera posible percatarnos de la viabilidad y eficacia de las teorías y métodos aprendidos, y al mismo tiempo poder dar un servicio de apoyo a la comunidad.

Por ello, era fundamental poner a prueba la posibilidad de conformar un grupo, en el que pudiéramos suscitar el interés suficiente, de modo que fuera observable en su asistencia y participación. Poder constituirlo y asumirlo como un elemento central en la construcción de su identidad como sujeto activo en la construcción y en el desarrollo de sus proyectos. En otras palabras, era la estrategia para construir nuestro objeto de estudio.

Analizado de otra forma, la sociedad actual refuerza el interés de grupos e individuos en la búsqueda por obtener un diploma o acreditación de cursos; o bien el interés de aprender una disciplina porque la consideran necesaria para su formación o capacitación para el trabajo y por lo mismo asisten a ellos, pero armar un grupo cuya asistencia a reuniones y trabajos de forma voluntaria, sin coacción alguna, con la única motivación e interés de adquirir un conocimiento que tal vez, a los ojos del común denominador no sirve de nada, en tanto no tiene un aspecto práctico, dado que la sociedad consumista promueve aquellas prácticas que implican mayor comodidad con el menor esfuerzo. Pero este no era el caso y por lo tanto, la meta se vislumbraba difícil de lograr.

Respecto de las prácticas, la idea era poder utilizar cuanto recurso fuera posible, con tal de lograr convencer y/o seducir, y/o motivar a los jóvenes, para iniciar juntos una

búsqueda de situaciones que permitieran realizar un proceso de promoción de la salud, en el que ellos lograran percibir algún beneficio, ya fuera de salud o algo más. En cuanto a las expectativas eran las de aplicar elementos, procesos o condiciones que nos permitieran corroborar o falsear, que hacer promoción de la salud bajo las orientaciones aprendidas, mas nuestra intuición, nos brindarían la posibilidad de percatarnos de los posibles cambios efectuados en ellos por medio de la práctica de la promoción de la salud.

Este objetivo particular fue especialmente importante, porque consideramos que competir con los medios masivos de comunicación, la televisión, cine, espectáculos, etc., por el tiempo libre de los muchachos, después de sus actividades diarias, -entre ellas las de sobrevivencia- para sentarnos a dialogar como grupo, sobre temas manipulados en todos lo medios de socialización, era todo un reto para comenzar a hacer promoción de la salud, pues no es lo mismo tener un público cautivo, que a un grupo voluntario al que hay que convencer de trabajar por su salud, máxime cuando ellos se sienten saludables, de acuerdo a la mirada medicalista, en la que si no sienten malestares, están sanos, o en términos negativos, como dice Foucault, si no obedeces las normas disciplinarias eres anormal, enfermo.

En la primera reunión a pesar de la diferencia de edades, ellos, jóvenes entre 14 y 20 años y nosotros ya adultos, logramos construir un espacio horizontal, con el uso de los instrumentos a la mano, todos sentados alrededor de la mesa, en donde todos nos podríamos ver de frente y cerca, con actitud de respeto y cuidando de no imponer significados ni formas de trabajo. Les explicamos el motivo por el que estábamos ahí y qué era lo que buscábamos. Se expuso igualmente, que no íbamos a dar pláticas o

conferencias, que por lo tanto la forma de trabajo que proponíamos sería el diálogo y la reflexión colectiva y que el método sería el aprendizaje a partir de las necesidades y de las experiencias de cada uno de los participantes y del grupo. Se explicó que esta forma de trabajo, se basa en el sustento de que cada uno de nosotros ha tenido y tiene, un conjunto de vivencias únicas que son las que nos hacen diferentes y que al recordarlas, contarlas y reflexionarlas pueden permitirnos extraer un conjunto de aprendizajes que nos enriquecen a nosotros y a quienes las escuchan.

“presentamos con una pequeña exposición al equipo, la carrera que cursábamos y nuestra visión sobre las prácticas profesionales. Hablamos de que no daríamos pláticas, sino que el método sería un intercambio de ideas, si estaban de acuerdo y se les sugirió poner las sillas en círculo” (Cuaderno de Notas, 2005-2006).

Esa forma de organizar el encuentro y buscar el diálogo, bajo la orientación de un criterio metodológico y un principio ético, vinculados a la teoría social de Bordieu, hizo posible interactuar tratando al otro como sujeto y no como objeto, lo que permitió una respuesta interesante: que se disipara la tensión inicial y el evento se desarrollara con calidez humana. Nosotros nos sentimos más tranquilos porque las herramientas utilizadas estaban dando el resultado deseado. Esa reunión había iniciado con tensión, pues estaba citada a las 18:30 horas y nadie había llegado a esa hora. A las 19:00 horas comenzaron a llegar y a las 19:30 inició la sesión, una hora después de la hora acordada. Hasta entonces se nos quitó el susto, la frustración y el miedo de que no hubiera sesión.

“en el transcurso, habían llegado Miguel, Margarita y Ana Laura. Casi eran las 9 cuando por lluvia de ideas y votación se decidió que hablaríamos de Sexualidad, Aborto, Proyecto de Vida y las Adicciones (en ese orden), para un segundo encuentro” (Cuaderno de Notas, 2005-2006).

Asistimos a esa reunión, sin la idea preconcebida de imponer una agenda de discusión, totalmente abiertos para construir un diálogo que fuera producto de las necesidades del grupo. Así fue planteado, en la presentación ante el grupo, el objetivo de nuestra presencia. Ahora nos damos cuenta, que en aquel momento sin percatarnos de ello, ante el desconocimiento total de lo que fuera a ocurrir, si asistirían o no, cuántos y con qué perspectiva; nos armamos de una actitud como lo dice la doctora Ángela Brew “si se actúa sobre el supuesto de que todo es relevante, encuentra una conexión sorprendente” (Brew, 1993, pp 8).

Adoptamos ese principio porque queríamos probar si era posible -aún contrariando las reglas lógicas de la metodología acerca de sólo atender lo relevante- que sin cercenar a nuestro objeto de estudio (sujetos), sino observándolo en su integridad, junto con subjetividad, con sus emociones y actitudes, como partes fundamentales de cualquier encuentro humano, podríamos descubrir aspectos fundamentales de la salud, en tanto manifestación de la construcción de la subjetividad. Deseábamos poder encontrar todos aquellos elementos que hacen posible la presencia o la ausencia de la salud.

“Al llegar ya estaban 3 muchachas, se integraron Adriana, Juan Manuel, Aldo, Alejandro y Mónica (hermanos), pero nuevamente pasaban los minutos y el grupo no estaba completo, fueron llegando poco a poco, por lo que Juan fue por refrescos y vasos, compramos

galletas, y aprovechamos para acomodar las sillas en círculo y acomodar el “escenario”. Fueron llegando poco a poco, y al final de esta sesión contábamos con 19 jóvenes, algunos de ellos eran invitados por los asistentes anteriores. Además de Lety y la señora Josefina, mamá de Paola y María”. (Cuaderno de Notas, 2005-2006).

Por otro lado, lo que nos motivó a asumir este criterio metodológico fue que lo vinculamos a un criterio ético, en el sentido de no ejercer violencia bajo ninguna forma, basándonos en las ideas de Bordieu en lo relativo a la violencia simbólica, como aquella que se ejerce con la imposición de significados o de estrategias metodológicas, criterio que muchas veces con el afán “de obtener” el conocimiento o de lograr los fines de investigación, no se toma en cuenta, como si el conocimiento fuera más importante que los seres humanos o estuviese separado del mismo.

“Cada uno hablaba del otro como si lo conociera y agregaba datos agradables o graciosos de su presentado, surgidos al calor del momento... “a ella le gustan los besos” o “dice que sale al pan a las 7”, “dice que no tiene novio”. Se rompieron algunas barreras y se hicieron bromas entre ellos, en las que también se deslizaba el doble sentido...” (Cuaderno de Notas, 2005-2006)

De esa primera reunión obtuvimos varios aprendizajes. Uno, basado en la percepción de que los jóvenes hacían un enorme esfuerzo para asistir, pues sacrificaban parte de su tiempo de descanso, y por lo mismo, lo más importante era tratar de que esas reuniones no sólo pudieran brindarles posibilidades de desarrollo, sino que también fueran lo más disfrutable posible. En consecuencia, tampoco podíamos permitirnos demasiada exigencia

respecto de la asistencia estricta y puntual pues era prioritario entablar una relación de mutuo acuerdo, no de imposición y violencia. A partir de ello hicimos hincapié en el sentido de que si empezábamos a la hora acordada tendríamos mejores oportunidades de abordar y agotar los temas propuestos, buscábamos que estuvieran de acuerdo en la forma de trabajo y por ello tratábamos de ser lo más flexibles posible, lo cuál significaba, adecuarnos a sus necesidades. Pero no todo fue concesión de parte nuestra, ellos también accedieron a asistir los días que teníamos asignados para asistir a las prácticas. Además de que, para lograr el propósito de abordar más temas coincidieron en que todos debíamos llegar a tiempo.

Una vez planteados la presentación, el objetivo y las formas de trabajo, los jóvenes ya estaban inquietos y querían irse pues eran las 20:30 horas y tenían más cosas que hacer. Nos despedimos con el acuerdo de que pensarían para la próxima semana de qué les gustaría platicar.

Previo a la segunda reunión, estábamos ansiosos por saber si asistirían los 13 jóvenes que habían asistido a la primera. Pensábamos así porque sabíamos que los jóvenes sólo eran invitados a reunirse sin la obligatoriedad o compromiso que se presenta cuando hay otro tipo de intereses. Pero fue mayor cuando la misma coordinadora nos comentó que su grupo era muy apático y no le interesaba nada, que en ocasiones tenía que ir por ellos a su casa para los eventos que tenían compromiso de asistir, todo ello nos hacía pensar que el número de asistentes era incierto. Grande fue nuestro alivio cuando vimos que iban llegando en pequeños grupos hasta completar los que habían asistido por primera vez, además algunos de ellos, habían invitado a otros amigos por lo que llegaron 19.

Este conjunto de hechos y de emociones vividas fueron alicientes que influyeron acrecentando el interés para imaginar nuevas estrategias que enriquecieran el trabajo del grupo, lo que propicio mayor fluidez del diálogo y mayor comprensión de los problemas expuestos además y fundamentalmente, nos permitió percatarnos de la importancia de la observación de los elementos, casi siempre detalles, que juegan en la posibilidad de constitución de la naturaleza humana, o sea un poco lo que dice Deleuze analizando a Hume, “el entendimiento hace que la pasión sea socializable”, (Deleuze, 2002), cuando nuestro interés o pasión se hace creíble por los principios del entendimiento: contigüidad, semejanza y causalidad eso nos hace más humanos.

Ante la situación, de que les pedimos se presentaran y que nadie levantara la mano para iniciar, y todos quedaron callados, mirándose unos a otros, con sonrisas discretas de inhibición o miedo de expresarse en público, propusimos una estrategia de presentación por parejas a partir del intercambio en donde se integraron por género y edades diferentes, disociamos las amistades y los grupitos y los pusimos a dialogar, cada quien escogió a su pareja e intercambiaban información de actividades, gustos, estudios, etc., la idea era disminuir las asimetrías de capital tanto cultural como simbólico, pues las diferencias eran notables a simple vista, por la edad, formas de vestir y como se agrupaban, y al mismo tiempo, compartir gustos e inquietudes salidas de la experiencia pues, partimos del supuesto que a mayor diferencia entre sujetos, mayores posibilidades de aprendizaje hay, lo que implica la necesidad de aprender a mirar y repetirlo tantas veces, hasta que seamos capaces de intuir lo que el “otro” es. La ventaja de este método que nos plantea Brew (1993) “es que nos permite la comprensión del fenómeno”, mirándolo desde la perspectiva fenomenológica.

Dicho diálogo entre dos, fue de tal modo diseñado que les permitiera la comunicación y no solo eso, uno tomaba la voz del otro y lo presentaba pues nos habíamos percatado en la ocasión anterior que no era un grupo que se conociera previamente, los más se identificaban entre ellos de vista, por vecindad de domicilios. Se juntaban en pequeños grupos de acuerdo a cierto tipo de intereses y edades y género y que no era un grupo homogéneo. El juego de la botella fue el elemento que permitió que una pareja iniciara la presentación, lo que les pareció gracioso y rompió la barrera propiciando las bromas y el desliz de palabras de doble sentido.

Habíamos platicado entre nosotros y nos preguntábamos por qué habían nombrado al programa “Jóvenes en situación de riesgo” nos parecía que era un título que ejercía una violencia simbólica profunda sobre los jóvenes, pues era una forma de señalarlos o discriminarlos, porque en situación de riesgo, estamos todos, pues por el simple hecho de vivir en una sociedad con tal nivel de competitividad, violencia y miseria, eso ya es un riesgo enorme, y sobre todo cuando las condiciones de partida para la competencia son tan desiguales.

Si bien es cierto que sabíamos que las políticas del gobierno del Distrito Federal en la Secretaría de Desarrollo Social, eran de apoyo a los grupos sociales más desprotegidos, la forma en cómo se objetivan esas políticas en los programas, son en muchos de los casos saltos mortales y eso se refleja en el caso que nos ocupa, desde el nombre mismo del programa, por ello nos interesaba saber qué había en medio de política y programa. Nosotros nos preguntábamos qué pasaba en la vida de estos jóvenes si de entrada aceptaban participar en un programa que inicia discriminándolos. Nuestro interés se enfocó en tratar de observar cómo se miraban a sí mismos y en la presentación misma,

(nombre, edad, qué hacían y si les gustaba lo que hacían) pudieran evidenciarse las doxas y los capitales que cada uno traía.

“aquí todos tenemos conocimientos valiosos, pero hace falta descubrirlos. ¿Alguno de ustedes sabe o quiere preguntar algo acerca de la sexualidad? Aparecieron nuevamente las expresiones pícaras y de curiosidad, con comentarios de “es lo que no se debe hacer antes de casarse”, “...él sí sabe mucho de eso, señalándose entre ellos”, “a mis papás no les gusta hablar de eso”, “mis papás si nos hablan y dicen que nos cuidemos, si lo vamos a hacer.” (Cuaderno de Notas, 2005-2006)

Esperábamos con esta primera actividad, empezar a construir identidad y cohesión del grupo, que comenzaran a verse y sentirse a través del diálogo, como pasajeros del mismo barco, porque como dice Makarenko (1975), cuando el sujeto se siente parte de una comunidad entonces genera un código diferente. Pero de un barco que, de entrada, va minado, con la espera social de que la profecía se cumpla, “jóvenes en situación de riesgo”, ¿riesgo, drogadicción, alcoholismo, violencia, embarazos no deseados, frustración, desempleo, delincuencia organizada? ¿En que área de la vida se va a zozobrar?. Eso no lo sabíamos, indicadores no los hay. Aunque si sabemos que la delegación Iztacalco junto a la de Iztapalapa son las que más jóvenes delincuentes mandan a los reclusorios de la ciudad. Pero al final nos percatamos que salvo excepciones, las miradas que de sí mismos tenían, eran de sujetos que estaban realizando actividades, que hablaban de sujetos creativos en condiciones económicas y culturales limitadas pero con gran vitalidad y dinamismo. Esto nos dio mucho gusto pues la profecía no se había cumplido. Es posible que estuviesen respondiendo a lo políticamente

correcto, es decir, que estuviesen diciendo algo que no correspondiese a su discurso práctico, pero al hablar sobre el tema elegido por ellos, al explicar cómo estaban viviendo su vida y el sentido que le daban a sus actividades laborales, confirmamos la idea anterior.

Realizados los diálogos y representadas las representaciones, igual que en la ocasión anterior no fue posible avanzar más porque se había agotado el tiempo para cerrar la Casa de Cultura. Las actividades que realizamos habían logrado el objetivo de la reunión.

“se dan 5 minutos (que se hacen 15), para opinar sobre esta reunión, (para nosotros eran conclusiones) Miguel dice “esta reunión me gustó más que la primera”, Mónica opina que “debemos vernos con más frecuencia”, Jonathan “si aquí no se puede más tarde, vamos a una casa de nosotros”... Ana Laura “nos han complicado mucho la vida”.. tuvimos que concluir y proponemos llegar más temprano para poder agotar los temas; ellos se comprometen a venir, a llegar temprano y traer a sus novias y novios” (Cuaderno de Notas. 2005-2006)

En la tercera sesión, como en las anteriores, llegamos a tiempo 18:30 horas, pero igual que en los días anteriores, varios de ellos llegaron a tiempo, otros, fueron llegando poco a poco, incluso alguno de ellos, aunque tarde, llegaron. Iniciamos el trabajo y planteamos una síntesis de las sesiones anteriores.

“Hoy ya tenemos una idea general de quién es quién y lo que procede ahora es aprender a dialogar rescatando los contenidos de nuestra experiencia y la de los otros” (Cuaderno de Notas, 2005-2006).

Las ideas de Freire, en la pedagogía de los oprimidos (1970), nos permitieron ubicar la importancia de la construcción del diálogo en la educación como práctica de la libertad, lo que se imponía era por tanto, hacer de sus experiencias, conocimientos liberadores.

En los capítulos anteriores venimos mostrando cómo se constituyen los sujetos en la sociedad contemporánea, la idea era entonces, tratar de ver si era posible reconstruir al sujeto y su mundo desde su propia práctica, desde su propia creación, desde su propia palabra, en el diálogo. Lo importante era por tanto que ellos pronunciaran su palabra, que nos enseñaran cómo estaban construyendo su mundo, su subjetividad, a sí mismos y qué obstáculos encontraban para ser autónomos. Para ello les pedimos expresaran de qué querían hablar, qué era aquello de lo que sentían necesidad, qué era aquello que les resultaba agobiante en sus vidas y fueron apareciendo a través de una lluvia de ideas los temas de los que les parecía más urgente dialogar: sexualidad, proyecto de vida, violencia intrafamiliar, adicciones, etc., los cuales fueron priorizados por ellos mismos, a través de una votación. Al final, el tema elegido fue proyecto de vida, los otros temas fueron planteados en una agenda a realizar.

“varios llegaron más temprano acomodaron las sillas alrededor de una mesa grande para poner algunas botanas. Se integraron Fabiola, Beto, Itzel y Carla.

Antes de retomar la sesión anterior, repasamos los temas que se desarrollarían en las próximas reuniones, Sexualidad, Aborto, Proyecto de Vida y las Adicciones si deseaban continuar con los encuentros. Varios pedían que incluyéramos muchos más temas. Lo que el equipo aprovechó para desarrollar una estrategia de abordaje con cada tema”
(Cuaderno de Notas, 2005-2006)

Nuestro punto de vista fue que sólo querían corroborar si los procesos laborales que estaban llevando a cabo en la vida cotidiana eran correctos, pero era evidente que se encontraban en situaciones límite. Por lo que nosotros nos preguntamos ¿qué tiene que ver el proyecto de vida como tal, en jóvenes que se miran a sí mismos con limitaciones de diferente naturaleza, personales, sociales y culturales, cuando al mismo tiempo son capaces de desarrollar actividades que manifiestan su permanente vitalidad. Una posible respuesta se vislumbra, en tanto que el programa les da una ayuda económica, y a cambio les pide una colaboración en ciertas actividades de apoyo social. Al reflexionar sobre esta forma de “corporativización”, nos vino a la memoria cómo otro tipo de “programas sociales” han conducido por el camino de la dependencia económica (paternalismo) a comunidades de diversos ámbitos sociales, particularmente las rurales, (Procampo, etc) a cambio de controlarlos políticamente convirtiéndolos en pobres de espíritu y reproduciendo la cultura de la mendicidad enmascarada, de la que luego son encontrados críticos.

Eso es parte de un rompecabezas que seguramente no tiene sentido para ellos, pues miran esa acción como una imposición y control que les rompe el esquema que la sociedad nos pretende hacer creer, que el trabajo es una actividad creadora que al hombre le ha permitido transformar su mundo. Y es válido como enunciado que puede ser verificado en muchas ocasiones, pero en la práctica cuando la actividad no es elegida sino impuesta se vuelve un proceso enajenante. Si bien es cierto que el trabajo desarrolla las capacidades humanas, cuando el trabajo es realizado como un acto creativo del sujeto, ello se desvirtúa si éste se convierte en un acto de control, una imposición del poder. Esta

contradicción les lleva a plantearse con seguridad, qué significa entonces que cada quien arme un proyecto de vida, si en la realidad no es posible seguirlo.

En el diálogo expresaron lo que para ellos significa el proyecto de vida, de algún modo similar a lo que la doctora Chapela (2001, pp 4) llama “gobernar el presente e imaginar futuros viables”. Con la diferencia de que no pueden gobernar el presente porque aún no tienen elementos para hacer una síntesis del pasado, porque están empezando a pensar qué hacer con respecto a su propia vida. Se miran y se miran e intuyen que están en la construcción de sí mismos, pero aún no se percatan de que hay que deshacer muchas experiencias construidas y ello sólo a partir del único camino posible “...hacer, pensar, hacer...” (Chapela, 2001). Perciben su mundo, su historia, su presente encadenado sin trabajo real, sin dinero, sin escuela, sin perspectiva, en un callejón sin salida y al plantearlo como tema de diálogo, como un “tema generador” estos jóvenes lo ubican desde la conciencia que tienen de su realidad e intuyen las formas de libertad.

Todos comentaban las formas mediante las cuales pretenden gobernar el presente, ¡acción, acción, acción! haciendo cosas que les permitan implementar sus sueños, luchando contra los obstáculos que les impiden la realización de sus proyectos. Es en estas luchas y enfrentamientos donde ellos están desarrollando un proceso de autonomía. Para estos jóvenes, proyecto de vida es gobernar el presente, no es el futuro posible, es el presente posible, y de ahí su rebeldía, de ahí su lucha generacional, de ahí el abismo entre el presente y el pasado, de ahí su negación o rompimiento con el pasado, de ahí su lugar en la clasificación en el programa “Jóvenes en situación de riesgo”, riesgo sí, de un presente sin futuro o de la imposibilidad de un presente.

Las actividades realizadas fueron solo con el fin de facilitar la participación de los jóvenes identificando sus propias experiencias, recalcando lo que para cada participante significaba él y su proyecto de vida, señalando lo que de por sí es evidente, que los sujetos vamos construyendo de mayor a menor medida, nuestra propia existencia, guiada solamente por el sentido común que no solo proyecta, dirige y ordena, además, reevalúa constantemente toda teoría implícita presente en la acción de los hombres. El sentido común, como la teoría de las ciencias, está plagado de ideas y supuestos no evidentes, que conducen a callejones sin salida, es por ello que aprender desde la experiencia es un elemento fundamental para la comprensión de nuestra realidad. Porque es a partir de estas contradicciones donde es posible el aprendizaje, el conocimiento, el camino de la libertad.

Estas acciones se diseñaron de tal manera, porque sabemos que en las relaciones pedagógicas liberadoras, como dice Freire, la participación permite que unos aprendan de los otros, porque permite que se comparen los discursos de los otros con las realidades propias, porque en ese espacio, el diálogo, todos se hacen uno, porque permite sacar conclusiones individuales (Características del diseño de una situación de aprendizaje, clase de Promoción de la Salud)

La riqueza del diálogo construido junto con los jóvenes, nos hizo sentirnos contentos, porque nos permitió identificarnos con los esfuerzos que hace la gente, tratando de armar presentes viables. De hecho, en el ambiente se respiraba una calma armoniosa, en donde cada uno sabía que tenía un lugar importante en ese espacio y en su mundo en particular. Comprendimos mejor la importancia de lo que significa el diálogo para Freire, (1981, pp

114) como la única posibilidad de percatarnos de qué es lo que pasa en la conciencia de los hombres, como se miran a sí mismos y como miran su mundo. Y sobre todo como van creando su obra de arte, su propia existencia.

.El diálogo con estos jóvenes nos hizo pensar que el sofisticado conocimiento de la ciencia ha estado muy alejado de los procesos existenciales de los sujetos y de ahí esa profunda ruptura entre los hombres comunes y los hombres de la ciencia. Unos, guiados por la razón y la intuición, y otros, por la razón y el análisis y cada uno caminando su propio camino y cada quien tratando de construir su propio sueño de liberación o dominación.

Posterior a estas tres primeras sesiones, tuvimos nueve más, antes de realizar la sesión específica de intervención ante un grupo, acerca del problema de salud que se fue delineando en el transcurso de las sesiones bajo diferentes formas. En este sentido los temas desarrollados fueron: Violencia intrafamiliar y ausencias, la película “Perfume de Violetas” y Violencia de género, Roles sexuales y suicidio, Sentimientos, Relaciones de pareja, Eventos significativos y Rescatando experiencias.

En las diferentes sesiones en las que se dialogó sobre estos temas, el grupo de jóvenes fue variando en cantidad, seguramente porque eran dos sesiones a la semana y además porque otros empezaron a participar en los cursos escolares. Por diferentes motivos se fue haciendo variable y diferente el número de participantes, de modo que cuando hicimos la intervención diseñada a partir de una problemática detectada sólo asistieron cinco personas.

En lo que fue la penúltima sesión, se pretendió jugar con diferentes situaciones que permitieran una menor coacción por parte de los adultos y se trató el tema de los “afectos emocionales y la sexualidad”.

Para tal efecto, se diseñó una actividad de teatro guiñol que permitiera romper las inhibiciones propias de los adolescentes ante los adultos y ellos pudieran dialogar con toda claridad acerca de cómo perciben las formas en que se construyen las relaciones humanas, fundamentalmente las de pareja. Los muchachos aprovecharon que en esas sesiones la Coordinadora y la Madre de dos chicas que asistían, no se presentaron.

Para ello usamos muñecos de peluche manejables, como títeres de mano, que representaban a los portadores de los mismos, pero objetivados ante su propia mirada de tal modo que el títere es quien externa las ideas del portador, aunque en realidad es el portador quien tiene la palabra y habla a través del títere. El fondo es que ambos se confunden y se desdoblan al mismo tiempo, lo que permite jugar con el discurso sin tener que dar cuenta de él si no se quiere.

Se les pidió a los participantes que se ubicaran mentalmente en la fiesta de un amigo y que ahí, al calor de las copas y de la música pudieran dialogar acerca de la sexualidad y sus emociones, a fin de detectar cuáles eran los supuestos y los capitales que se juegan y cómo se juegan, descubrir cuáles son los significados que tienen las emociones en los jóvenes de 15 a 20 años.

De lo que fundamentalmente se habló, fue de relaciones amorosas, las chicas manifestaban la dificultad entablar relaciones amorosas porque sus parejas les quieren imponer relaciones de dominación y control a lo que ellas se preguntan: ¿Es necesario dejar de ser quien soy y quien quiero ser para poder involucrarme en una relación sentimental?.

En esos diálogos contruidos los jóvenes interpretaban los significados de cómo se manifiestan las emociones (celos, violencia simbólica, golpes, procesos de dominación, discriminación, etc.) y las re-valoraban frente a las experiencias de otros expositores.

Cuando se dialogaba sobre este tema, observábamos con interés y simpatía que ellas, a pesar de que la fuerza de las costumbres es poderosa, es más grande el amor a su autonomía y su intuición y creatividad les orientan a una vida sana, pues por un lado se detienen a salir con alguien si ese alguien busca dominarlas, pero por otro tienen claro que no es un asunto del bien o del mal o de pecado, como lo inculcan los grupos de poder, ellas están en ese sentido tranquilas, pues “prefieren andar solas que mal acompañadas..”. Pero además, los significados y sentidos de la comunidad, la familia, etc., buscan imponerse a través de agresiones, con burlas, en su intento de relacionarse, lo que les impide ver el proceso emocional como algo más transparente.

Es tal la confusión que produce la violencia ejercida sobre este grupo de sujetos en especial, (aunque lo vemos en la mayoría de los grupos sociales), que limitan sus capacidades eróticas en torno a la sexualidad. Esto sucede más en el campo de la familia en donde los capitales de mayor rango los juegan el padre y la madre, sobre todo en lo económico y cultural.

La reflexión que ha propiciado el presente trabajo nos permite afirmar que, el relacionarse con los seres humanos tratando de conocerlos (nos), es un reto de gran magnitud, sobre todo si intentamos ver al hombre como un ser integral, como un todo único en constante cambio. Devereux, nos dice que si queremos conocer el comportamiento del hombre debemos verlo “crono holísticamente” (Devereux, 2003, pp 27-75).

Desde nuestro punto de vista, el desarrollo de la promoción de la salud como propuesta ética a partir de la construcción autónoma del sujeto, aporta herramientas teórico metodológicas que ayudan a tratar de entender el comportamiento de los sujetos individuales y/o sociales, y con ello, los imaginarios que sobre su salud, individual o colectiva intentan concretar.

Nosotros, con limitaciones de tiempo y de contenido, hemos podido percatarnos, a través del trabajo con los grupos o a nivel individual, que este modelo discursivo rescata las mejores tradiciones de las diversas teorías que han tratado de iluminar los procesos humanos, con la finalidad de ayudar a salir al hombre de la situación miserable en la que ha sido sumergido por sus semejantes.

Por último, a través de esta pequeña reflexión, hemos querido mostrar, cómo los conceptos, métodos y estrategias, no sólo ayudan a comprender más al sujeto y a nosotros mismos, también nos permiten construir caminos alternativos que faciliten la liberación del hombre, caminos al fin, de la salud.

A MANERA DE CONCLUSIONES

Las reflexiones aquí planteadas, en torno al concepto de salud, de su ámbito legal y del que rige las políticas en salud; las formas en que se planifican y desarrollan las mismas, nos inducen a afirmar que: para hacer promoción de la salud es necesario partir siempre de los procesos emanados de las experiencias históricas que los pueblos han tenido, mismas, que han sido tan enriquecedoras, que los llevaron a construir procesos culturales que hasta hoy podemos observar. Sin embargo, y a pesar de esos procesos, encontramos que los grupos instalados en el poder han construido estrategias para mantenerse en el mismo, y de esa forma controlar a los grupos sociales. Las mismas, están erigidas en un sistema de estructuras de desigualdad, de control y de dominio, y una de ellas fundamental, como dice Foucault, es la producción y control del conocimiento, ya que el mismo, es un factor fundamental para los procesos de liberación, aspecto bien estudiado por esos grupos. Por tal razón, y cada vez con mayor rigor, hacen de estos procesos toda una estructura discriminativa, empezando por la construcción de los lenguajes, altamente formalizados y/o especializados que impiden que los conocimientos de la ciencia lleguen al vulgo, y sobre todo, con la formulación de reglas y tecnicismos, que impiden el acceso a la producción del conocimiento a los sujetos.

Ello se refleja y vincula en los procesos de selección escolarizada, en los que el 93% de los jóvenes son rechazados de las instituciones de educación superior. Aunque las

mismas reconozcan que no deben ser promotoras ni cómplices de las políticas de los grupos que buscan perpetuar los procesos de dominación de los pueblos y comunidades.

Por ello, la revisión epistemológica se hace necesaria, pues nos ilustra de manera descriptiva, cómo de la diversidad de teorías epistemológicas desarrolladas hasta hoy día, algunas de ellas pueden ayudar a clarificar los procesos cognoscitivos, desmitificar los discursos positivistas y por tanto ayudar a luchar por el cambio de las relaciones de poder, la liberación de los individuos y de los pueblos, construyendo discursos que muestren los procesos de control, dominio y violencia que ejercen los grupos de poder, pero lo fundamental, evidenciar el sentido que juega el discurso de la verdad-falsedad, que no sólo es inofensivo ante las instancias del poder sino que impide la capacidad creativa del sujeto.

Es a partir de esta postura que desarrollamos los planteamientos plasmados en este trabajo. Para ello, dicha revisión inicia desde la construcción de una visión dialéctica unida al materialismo histórico, ligada a la construcción del conocimiento liberador desde la mirada freiriana.

De ello se desprende una idea clara: la necesidad de recuperar, reconstruir y fortalecer las identidades culturales ya que los grupos hegemónicos, por medio del discurso de la cientificidad han diluido ese conjunto de saberes milenarios, dejando en la miseria cultural, y al mismo tiempo en dependencia económica, a nuestras comunidades, a expensas del poder y sus voraces capitales nacionales e internacionales.

Por otro lado, ello nos hace subrayar la necesidad de integrar las medidas preventivas y correctivas basadas no en medidas de maquillaje, sino de fondo. Contemplando las posibilidades de poner al servicio de amplios sectores de la población los servicios de monitoreo de necesidades para la salud (diagnósticos de salud y comunidad), educación para la salud (desde orientación sobre manejo de alimentos accesibles con impacto favorable en la salud hasta atención y cuidados básicos de enfermedades comunes que no requieren intervención directa de un médico). Ello significa llevar a las calles a los trabajadores del campo de la “salud” a que “palpen”, observen, “prueben” las necesidades. Preparándolos en el terreno de la práctica, y puedan así contribuir a consolidar un verdadero sistema de salud, integrado por medidas previsoras y medidas correctivas.

Por tanto, el promotor está llamado a comprometerse en el acompañamiento de las exigencias y en el empoderamiento de las comunidades, que no son otra cosa que el desarrollo de la construcción de los procesos de autonomía.

Paralelo a este problema de desigualdad y exclusión en el ámbito de la epistemología, encontramos en el ámbito del Derecho y la Legalidad las mismas condiciones o peor aún. El informe sobre los derechos humanos de la ONU refleja no solo la ausencia del respeto básico a las normas internacionales, sino el desconocimiento de ellos, pues aunque México firme los tratados y se comprometa a cumplirlos, no sucede así. Como muestra señalamos el tipo de reforma que propuso Miguel de la Madrid, para “elevar al más alto rango” constitucional el Derecho a la Salud: lo hizo limitando el contenido del mismo, sólo a la Protección de la Salud. Y aún ese derecho, con tantas limitaciones y deficiencias, NO SE CUMPLE.

Ello nos muestra como los grupos en el poder no solo incumplen con la legalidad interna y la del exterior, sino cómo están impedidos para poder legitimar procesos sociales de reproducción: los de producción y consumo, los procesos políticos de legitimación de los gobiernos, y los procesos de las instituciones del Estado.

El panorama descrito es una consecuencia de la entrada en vigor del modelo neoliberal que se ha venido imponiendo en las sociedades contemporáneas, convirtiendo a los derechos humanos en mercancías con fines de mayor concentración de la riqueza en pequeños grupos, en detrimento de lo que fue el Estado de bienestar, construido en la mayor parte del siglo XX. Esto lo podemos observar en la forma en que se construyen las políticas y los “programas sociales”. Quienes finalmente soportan las imposiciones de ese modelo somos los ciudadanos comunes y corrientes. De lo que deriva la necesidad del cambio en la conceptualización de lo que implican los derechos humanos, esto es, como una obligación positiva del Estado.

En lo que respecta a las posibilidades de desarrollo de las capacidades humanas de los sujetos, es importante tener claro que la visión Histórica de la constitución del sujeto, planteada, tanto desde el punto de vista del materialismo histórico, como un proceso de lucha de clases, explotación y despojo de unas clases sobre otras, como desde el punto de vista de Foucault, como producto de la irracionalidad y la contingencia, nos muestran por qué ha sido posible llegar a estas formas de dominación sin legitimidad posible. También nos conducen al rechazo de las formas tradicionales de la constitución de la subjetividad y nos invitan a promover nuevas formas de la misma. Es necesario reconocer que a pesar de las diferencias de prioridades en los planteamientos de Marx y Foucault,

ellos no son opuestos, sino se complementan, en tanto que ambos nos muestran las formas de sujeción y dominio que los grupos en el poder ejercen. Por ello partimos del concepto de subjetividad como una herramienta que nos permite develar dichos procesos de sujeción y control del sujeto, diseñados por el poder, procesos que revelan, como éstos se expresan en las formas, de cómo el cuerpo de los sujetos está **moldeado** por una gran variedad de regímenes, un cuerpo desgastado por las actividades laborales, o un cuerpo envenenado por todo ese conjunto de alimentos industrializados sin contenido nutricional (chatarra), un cuerpo que manifiesta la forma de construcción y/o destrucción que el poder le impone pero que también genera todo tipo de resistencias.

El concepto de **Intersubjetividad** se revela en conceptos míticos que unifican a las comunidades por la memoria colectiva, y muestra la capacidad colectiva del imaginario social expresado en el lenguaje lleno de significados. La intersubjetividad es un espacio estructurado por el imaginario y la ideología dominante y específica, ideología que, bajo aparentes abstracciones del discurso tiene efectos materiales muy concretos en el cuerpo, citemos como ejemplo, los conceptos de orden, disciplina y eficacia, bajo los cuales es posible observar la distribución del tiempo en actividades, de modo que cada segundo está totalmente planeado, o el control cuidadoso de cada aspecto de la vida puede representar un ejercicio más completo del poder, que una exhibición masiva del mismo.

Es en este espacio, donde a partir de la praxis social es posible cambiar, transformar, pensar de modo diferente la realidad, porque es a través del diálogo en el grupo, donde se muestra cómo es posible liberarse de los significados y sentidos que esclavizan, en tanto que la estructura social es sólo una red de significados y sentidos creados por el imaginario social. Por ello, solo en la acción social es posible el cambio de valores, por

ello, lo ideal es crear “grupos operativos” que armen redes de información, que convivan, que se involucren e interaccionen en tareas.

Asumimos, que todo proceso de cambio exige el trabajo con grupos, de modo que las comunidades y los pueblos puedan estar organizados y de esa manera, no sólo sea posible la participación de los integrantes, sino la transformación de las condiciones que impiden el desarrollo de los individuos, comunidades y pueblos

Una manera en que se podría implementar este tipo de actividades, tendría que ser a partir de interpretar, reconstruir y consensar los significados discursivos de los grupos que permitan la adquisición de nuevas formas de construir la realidad.

La experiencia realizada, fue planteada como evaluación de las herramientas propuestas en la curricula de la carrera para poder hacer promoción de la salud, sin embargo, nos abrió alternativas para poder reflexionar las maneras de cómo en forma implícita, la sociedad y los modelos teóricos van abriendo la posibilidad de la creación de condiciones que propician u obstaculizan la salud.

Esta forma de plantear la reflexión de la experiencia y la creación del conocimiento a partir de la misma, nos ha conducido a cuestionarnos si son posibles o no otras técnicas de constitución del sujeto que permitan, no solo, la posibilidad del aforismo socrático del “Conócete a ti mismo”, también y de modo similar, preocuparse de los otros. En otras palabras, cuales son los motivos o los contenidos más interiorizados en el sujeto que permiten la aparición de eso que Foucault llama “la inquietud de sí mismo”. ¿Es acaso la

idea de Séneca que dice “nunca es demasiado tarde ni demasiado temprano para asegurar la salud del alma”?. ¿Es que acaso la salud del alma será el producto de toda una vida guiada por una conducta racional? Esta búsqueda afanosa del sujeto a partir de esta misteriosa inquietud diseñada como técnica de constitución del sujeto, es evidente que en la sociedad contemporánea tiene consecuencias sociales y políticas fundamentales pues no solo ha llevado a la construcción de sujetos perfeccionistas, los ha llevado, centralmente por caminos de soledad y de egoísmo.

El análisis de este caso de “intervención” de promoción de la salud con jóvenes de la delegación Iztacalco, nos mostró que los seres humanos están atravesados por una red compleja de relaciones estructurales que deberán ser comprendidas si se quiere incidir en el proceso de salud-enfermedad en tanto este par de conceptos están presentes en toda acción humana.

Que los conceptos de salud-enfermedad se complementan y mantienen su antagonismo y son reflejo de los procesos existentes en los organismos que buscan y promueven el equilibrio dinámico, por lo que es necesario eliminar de las prácticas médicas, el sentido puramente negativo del concepto enfermedad.

La propuesta convoca a contemplar el proceso de salud-enfermedad como un proceso de constitución de lo humano desde un punto de vista de la constitución de la libertad emancipadora del sujeto inmerso en su complejidad.

Si buscamos promover la salud, podemos usar el análisis del discurso, propiciar la recuperación de la experiencia por medio de la comunicación, y de la formación o educación para enriquecer las experiencias del sujeto. Es decir, desarrollar y poner en juego las disciplinas y habilidades disponibles, de las que hayamos tenido conocimiento, que nos conduzcan en el camino de la promoción sin imposiciones y mejorando la interpretación de las potencialidades de los grupos. Sin temer el sincretismo cultural pero primordialmente privilegiando la autonomía de los sujetos.

La salud no se logra con programas correctivos, punitivos o caritativos, al contrario se logra formando sujetos con valores sobre la humanidad, sobre el reconocimiento del otro.

La base del cambio es la educación, la formación humanista del ser humano. Para ello es necesario recuperar el valor humanista del conocimiento

Una aspiración del enfoque propuesto en ésta reflexión, es que contribuya a ampliar la visión del campo sobre el que actualmente se realiza la promoción de la salud. Considerándola, un factor de transformación de una realidad, a partir de modificar la visión del sujeto con respecto a la idea de salud individual y grupal.

Por último, este trabajo de reflexión pretende ser una aportación para la construcción de la Salud, desde la hermenéutica, que como escribe Gadamer "...el conocimiento en general se puede aprender, en cambio, el segundo aspecto (percepción, interpretación, intuición, subjetividad) sólo puede adquirirse a través de la propia experiencia y del propio razonamiento..." (Gadamer; El Estado oculto de la Salud, pp 120).

BIBLIOGRAFÍA

Agenda de Salud 2005, Edit. ISEF, México 2005, 6ª. Edición.

Araújo Freire, Ana María., La pedagogía de la liberación en Paulo Freire. Web.
<http://books.google.com/books?id=mxYJtJYNbqoC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Arredondo, Armando. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos de salud-enfermedad. Cad. Saùde Pùbl., Rio de Janeiro, 8 (3) : 254-261, jul/set, 1992. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05.pdf>

Bauleo, Contrainstitución y grupos. Edit. Fundamentos.

Bergson, Henry. Introducción a la metafísica. Ed. Porrúa, 2004 Sepan Cuantos 491.

Bertalanffy, L., Teoría general de los Sistemas., Séptima reimpresión, 1989.

Brew, A. (1993). Unlearning through experience. En Boud, D., Cohen, R. & Walker, D. (Eds.), Using experience for learning. (pp. 86-97). Bristol, Pasadena: SRHE and Open University Press. Desaprendiendo a través de la experiencia. (trad. libre Martha A. Gómez Pananá y David García Cárdenas)

Bruner, Jerome. Actos de significado. Alianza Editorial, S. A.,

Bruner, Jerome. Realidad mental y mundos posibles. Gedisa, Edición Digital, 2010.

Características del diseño de una situación de aprendizaje” copia de clase de Promoción de la Salud

Carbonell, Miguel. Los derechos fundamentales en México, UNAM-CNDH, 2004.

Chapela, Ma. Del Consuelo., Promoción de la salud, siete tesis del debate. Cuadernos Médico sociales 79, abril 2001.

Colomer, Concha y Álvarez Dardet-Díaz, Carlos. Promoción de la Salud y cambio social. Masson, S. A. 2001.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS Septiembre 1978

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Miguel Carbonell, Edit. Porrúa, México 2005 15ª edición.

Contra el método. Feyerabend, P. en la Web. <http://www.contranatura.org/articulos/Filos/Feyerabend-Metodo.htm>

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Deleuze, Gilles. Empirismo y Subjetividad. Gedisa, 2002

Deleuze, Gilles. Nietzsche y la filosofía. Ed. Anagrama. 6ª web
<http://www.libroos.es/tags/Deleuze%20Gilles.html>

Devereux, George. De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. Siglo veintiuno editoriales, s.a. de c. v., 2003. En busca de una ciencia científica del comportamiento.

Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. 2003.

Dina Czeresnia y Carlos Machado de Freitas Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. - 1ª ed. Buenos Aires Lugar Editorial, 2006.

Enciclopedia Jurídica Mexicana. El derecho a la protección de la salud.

Feyerabend, Paul. Tratado contra el método. Editorial Tecnos. España. 1986.

Foucault, M. Estrategias del poder. Ed. Paidós, vol. 2.

Foucault, M. Verdad y poder.

Foucault, Michel. Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. web:
http://books.google.com/books?id=w5Rlxqp8HK4C&pg=PA54&dq=foucault+libros&hl=es&ei=VnLUTbviCoaivgPmrx8BA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=9&ved=0CFgQ6AEwCDgU#v=onepage&q&f=false

Foucault, Michel. Tecnologías del yo y otros textos afines. Ediciones Paidós Ibérica, S. A. 1990.

Frank, Johann P. <http://www.iqb.es/historiamedicina/personas/franck.htm>

Freire, Paulo., Pedagogía del oprimido. Siglo XXI, 27ª edición, 1981.
http://books.google.com/books?id=WKQhFoin9J4C&printsec=frontcover&dq=pedagogia+del+oprimido&hl=es&ei=1xrZTcTBHoq4sAPvttiFDA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Freud, S., Psicología de las masas y análisis del yo. 1974.

Frías Osuna, Antonio. Salud Pública y educación para la salud. web
http://books.google.com.mx/books?id=TvLYN9TGjoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Frias Osuna, Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud. Masson. 3ª reimpresión 2006.

Gadamer, H. Georg. El estado oculto de la salud. Gedisa, España. 1996.

Gadamer, H. Georg. Mito y Razón. web.
http://books.google.com/books?id=Rk_y3tYfk44C&pg=PA4&lpq=PA4&dq=gadamer+mito+y+razon&source=bl&ots=BZYBaltJ6T&sig=YEBsYEPwSc8ulNNQ8gToAgxfLkK&hl=es&ei=kqZ7TYXZGtCKrQGysJjVBQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CFgQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false

Horkeimer, Max. Crítica de la razón instrumental. Edit. Sur, S. A. Buenos Aires. 1973. web:
<http://www.esnips.com/doc/8f8e3861-5d4f-4feb-abc7-06aa0e1c01ad/Max-Horkheimer----Critica-de-la-razon-instrumental-v.1.1>

Hoschberger S. Susana “Autoritarismos y pensamiento”

Hume, David. Tratado de la naturaleza humana. Editora Nacional, Madrid, 1977.

Lev Semiónovich Vygotsky (1839-1934. UNESCO Oficina Internacional de Educación..web:<http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/vygotskys.PDF>

Maffesoli, Michel. Elogio de la razón sensible. Una visión intuitiva del mundo contemporáneo. Paidós. 1997

Makárenko, A., El poema pedagógico. Servicio Bibliográficos Palomar. México, 1975. Vol.II.

Martiarena, O., M. Foucault, historiador de la subjetividad.

Marx, C., El Capital. Vol. 1, Fondo de Cultura Económica, Decimotercera reimp. 1978.

Melgar Adalid, Mario, Pérez López Miguel, "Derecho de la salud" Enciclopedia Jurídica Mexicana, IJ-UNAM Porrúa México, 2004.

Mier, Raymundo. Las edades y tiempos del vínculo. Revista Tramas UAM 2003.

Morin, Edgar. Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO 1999.

Nietzsche, F. Cómo se filosofa a martillazos. 1888. Edición electrónica de www.philosophia.cl /Escuela de Filosofía Universidad ARCIS

Observación General 14 al PIDESC.

Ortega y Gasset, José. Meditaciones del Quijote. 1914.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Pichòn R., E. Proceso grupal. Ed. Nueva visión.

Piédrola Gil, Gonzalo. Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson. 9ª edición, 1ª reimpresión, 1992.

Prismas. Crítica de la cultura y la sociedad. Adorno, Theodor. Scribd en la red.
<http://www.esnips.com/doc/5c144430-1da0-4f3f-b6b7-9220a54e0a19/Theodor-Adorno---Prismas--v.1.1>.

Promoción de la Salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 557.

Saint-Exupèry, Antoine. El principito. Selector. 2004.

Savater, Fernando. El valor de educar. Ed. Planeta Mexicana, S. A. de C. V., 2002.

Savater, Fernando. El valor de elegir. Editorial Ariel. 2003

Savater, Fernando. Nietzsche en la historia de la ética. Nietzsche en Castellano.

Sen, Amartya. Desarrollo y Libertad. Planeta. 2000.

Silvia Redosh. La interpretación psicoanalítica en los grupos. Primera parte copias fotostáticas pp 1.

Van Dijk, Teun A. Discurso y poder. Gedisa editorial. 2009.

Voces de los jóvenes. Cuaderno de Notas. 2005-2006. Casa de la Cultura "Las Jarillas".

Vygotsky, L., Pensamiento y Lenguaje.

W. Adorno, Theodor. Educación para la emancipación. Ediciones Morata, S. L. 1998.

Otros artículos sugeridos por el asesor y lectores de tesis

Abbate, Florencia. Gilles Deleuze para principiantes. Era Naciente, Argentina, 2001.

Bleger, José, Técnica de los grupos operativos. <http://es.scribd.com/doc/6935424/Jose-Bleger-David-Liberman-Y-Edgardo-Rolla-Tecnica-De-Los-Grupos-Operativos>

Borón, Atilio, Imperio e Imperialismo. <http://es.scribd.com/doc/9711758/Atilio-A-Boron-Imperio-Imperialismo>

Boron, Atilio, Tras el Búho de Minerva. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/buho/buho.html>

Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la “invención del otro”. Santiago Castro-Gómez.

Brunner, Pedagogía Popular . La Educación, puerta de la Cultura, capítulo 2, Edit. Visor.

Complejidad y autonomía del sujeto. Emilio Roger Ciurana. <http://www.trasversales.net/t03erciu.htm>

Comunidad en busca de seguridad en un mundo hostil. Bauman, Zigmunt.

http://books.google.com.mx/books?id=f8QbHNLU01EC&printsec=frontcover&dq=comunidad+en+busca+de+seguridad+en+un+mundo+hostil&source=bl&ots=ZZicRs6vKR&sig=rIKeesG0FbYAvD2IWRJvqipNams&hl=es&ei=fWfLTJj1B5T0tgOhu6nuDg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CCgQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false

Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. Cap. 4.

Entrevista al biólogo Francisco Varela. web: <http://www.well.com/~apiscite/varela.html>

Fenomenología de la percepción. Prólogo. Merleau-Ponty

Foucault, M., 5 Conferencias Río de Janeiro, mayo 1973. web:

<http://es.scribd.com/doc/7908160/Michel-Foucault-La-verdad-y-las-formas-juridicas>

Bibliografía de refuerzo

Carrillo Prieto, Ignacio. Legalidad y legitimidad: teoría del poder y teoría de la norma.

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/gac/cont/16/pr/pr26.pdf>

Nietzsche, F. Humano demasiado humano. web:

<http://www.nietzscheana.com.ar/textos/textos.htm>

Kozik, Karel, Dialéctica de lo concreto

<http://libroslibresmusicalibre.blogspot.com/2008/07/karel-kosik-dialctica-de-lo-concreto.html>

Ritzenhoff, Steffan. La libertad de la voluntad. Argumentos contra las pretensiones de validez del determinismo. web: <http://www.um.edu.ar/um/resenia/rese19/Steffan%20Ritzenhoff.htm>

Ruesch, Hans. País de las sombras largas. Ed. La Isla, Enlace Editorial, 1955.

Sennet, Richard, La corrosión del carácter.

<http://es.scribd.com/doc/6597468/Richard-Sennett-La-Corrosion-Del-Character-Libro-Completo>

Wallon, Henry., Del acto al pensamiento. Ed. Lautaro. Buenos Aires. pp. 146-151

Ritos y representación. pp. 152-158

Fuentes secundarias de algunas citas.

ARREDONDO, A., 1992. Aportes de las ciencias sociales para el análisis de la morbi-mortalidad. *Revista Mexicana de Educación Médica* (en dictámen).

BLOCH, C., 1985. El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario (Argentina), 1981-1982. (Primera parte). *Cuadernos Médico Sociales*, 32: 5-19.

- BREILH, J. & GRANDA, E., 1988. *Investigación en salud en la sociedad: guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico*. Quito: Ediciones C.E.A.S.
- CIARI, J. & SIQUEIRA, A., 1976. *Problemas de saúde materno-infantil no Brasil Saúde da comunidade: Temas de medicina preventiva e social*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil.
- FRENK, J., 1991 Elements for a theory of the Health Transition. (Mimeo.)
- LAURELL, C., 1985. *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Ponencia presentada en el coloquio "La Santé en Amerique Latine, réalité socio-politique et projects des soins primaires". Montréal: AMALC.
- LAURELL, C. & NORIEGA, M., 1987. Proceso de trabajo y salud en Sicartsa. *Cuadernos Médicos Sociales*, 40: 25-47.
- LEAVELL, H. & CLARK, E.G., 1953. *Epidemiology and Multicausal*. Textbook of Preventive Medicine. New York: McGraw Hill.
- LIGHT, R. & PILLEMER, D., 1984. *Summing Up: The Science of Reviewing Research*. Boston: Harvard College.
- MacMAHON, B. & PUGH, T., 1975. *Principios y Métodos de Epidemiología*. 2a ed., México, D.F.: Prensa Médica Mexicana.
- MARTINS, L; ALVARENGA, A. T.; SIQUEIRA, A. A. F.; SZARJARA, S. C. & LIMA, F. D., 1987. As determinações biológica e social da doença:
- Um estudo de anemia ferropriva. *Revista de Saúde Pública*, 21: 73-89. MAY, J., 1977. Medical Geography: its methods and objetives. *Social Science and Medicine*, 5: 715-730.
- MILLS, A. & GILSON, L., 1988. *Health Economics for Developing Countries: A survival kit*. England: EPC publication No. 17.
- MUSHKIN, S., 1962. Health as an investment. *Journal of Political Economy*, 2: 129-157.
- NOBLE, S., 1988. *A Multicausal Solution? Hidden Arguments*/New Brunswik: Rutgers University Press.
- PASTEUR, L., 1946. *Memorias de Luis Pasteur*. Conmemoración del bicentenario de la muerte de Pasteur. México, D.F.: Sociedad Mexicana de Historia Natural.
- PIÑA, B., 1990. *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad*. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I, México, D. F.: Universidad Autonoma de México.
- SUSSER, M., 1972. *Agent, Host and Environment as an ecological system. Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press.
- TERRIS, M., 1975. Approaches to an epidemiology of health. *American Journal of Public Health*, 65: 1037-1045.