

La promoción de la salud comunitaria

Reflexiones a partir de una intervención*

*Lidia Fernández Rivas y Lilia Esther Vargas Isla***

...el poder es tolerable sólo con la condición de enmascarar una parte importante de él mismo. Su éxito está en proporción directa con lo que logra esconder de sus mecanismos.

MICHEL FOUCAULT

En 1989, un grupo de profesores de la UAM-X, que veníamos trabajando el tema del poder, recibimos una demanda de apoyo por parte de algunos integrantes de organizaciones populares. Las reflexiones que aquí presentamos, surgen a partir de una intervención comunitaria realizada con dichas organizaciones, hoy constituidas en asociaciones civiles, unas fueron creadas, y otras consolidadas, a partir de los sismos de 1985, en el Centro Histórico de la Ciudad de México.

Habiendo transcurrido poco más de seis meses de trabajo, la Comisión de Salud, instancia con la que tuvimos permanente contacto desde nuestro arribo a la comunidad, propuso nuestra participación en un curso de formación de promotores de salud, solicitando hacernos cargo del tema de la salud mental comunitaria, y posteriormente participar en un proceso de evaluación de la Comisión de Salud misma, que en ese momento atravesaba por múltiples dificultades operativas. El presente artículo arriesga un análisis de nuestra experiencia en éstas que constituyeron la tercera y cuarta etapas del trabajo desarrollado.

Nos parece central destacar que estamos conscientes de que nuestra participación fue puntual y fragmentaria. Incidimos en el momento de un proceso que tenía ya por lo menos cinco años de

* El presente trabajo es responsabilidad exclusiva de las suscritas, pero en el trabajo de campo participaron también los profesores Gabriel Araujo Paullada, Martha Elba Lopez Guzmán y nuestra querida amiga y compañera Graciela Rahman Pereminsky, que no se encuentra ya entre nosotros.

** Profesoras e investigadoras del Departamento de Educación y Comunicación de la UAM-Xochimilco.

vida, que es hoy vigente y que tiene, esperamos, largo aliento y muchos logros por alcanzar.

Queremos subrayar que, como investigadoras, hacemos una lectura desde determinada concepción de la realidad comunitaria, desde algunas premisas teóricas que nos convocan a pensarla y que nos orientan metodológicamente. El dispositivo de intervención y nuestra propia ideología, recrearon y permearon el trabajo de campo desde el primer momento. No creemos en falsas objetividades, en toda intervención el investigador está siempre implicado, su presencia produce efectos sobre el trabajo, y la mirada que recibe de la comunidad incide sobre el lugar que ocupa y la lectura que hace de la experiencia.

Trabajamos con dinámicas grupales en las que participaron fundamentalmente médicos, odontólogos y promotores de salud y, en la última etapa, pasantes de la carrera de medicina provenientes de diversas instituciones. Estas dinámicas incluyeron tanto discusiones grupales en torno al perfil de la promotora, como apreciaciones de las dificultades familiares que éstas enfrentaban para poder participar, y también obstáculos que se presentaron en el campo de las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo. Las dinámicas contaron también con la dramatización de problemas concretos, y su posible búsqueda de soluciones. Nuestro método consistió en escuchar y observar las manifestaciones de los participantes, tanto verbales como no verbales, registrando el discurso para intervenir señalando obstáculos a la tarea, confusión de roles, jerarquizaciones y relaciones de fuerzas contradictorias en el desempeño de la misma. También trabajamos con el discurso obtenido en algunas entrevistas individuales con líderes e informantes de la comunidad.

Nuestra atención se enfocó, en el concepto de salud-enfermedad implícito en el trabajo, en el problema de la identidad de las promotoras, intensamente cuestionada desde diferentes lugares, en los aspectos subjetivos que entran en juego en relación con las organizaciones tanto políticas como de salud, en las acciones relacionadas con la promoción de la salud dentro del programa que las enmarca y en las redes de poder que atraviesan prácticas y subjetividades. Observamos también las modalidades de identificación que se mantenían con el proyecto "Morelos", proyecto rector que aparece como modelo ideal a seguir -al que más adelante nos referiremos- y en el

que se plasmaron las inquietudes e interpretaciones del grupo fundador en relación a la salud mental comunitaria.

El proyecto de salud *Morelos*

El siniestro del '85 convocó a los ciudadanos más afectados a desarrollar acciones inmediatas entre las que las relacionadas con la salud ocuparon un lugar preponderante. Ante las circunstancias, la red de servicios de salud establecida fué insuficiente para ofrecer respuesta a las nuevas demandas generadas por los pobladores de las comunidades. Así, en 1986, a sólo un año de los sismos, surge el proyecto de salud "Morelos" en el que participan las organizaciones populares Amanecer del Barrio, Centro Morelos, Peña Morelos, Valle Gómez, Pastoral Social de la Colonia Guerrero y Nueva Tenochtitlan, con la colaboración de instituciones tanto nacionales (UNAM, UAM), como internacionales (Cruz Roja Suiza, UNICEF, FAO y muchas otras).

El objetivo general del proyecto "Morelos" expresa que la preocupación en torno a la salud por parte de las comunidades rebasa la demanda de atención a la enfermedad, el accidente y la disfunción, y se dirige también a actividades de investigación, educación y prevención. El proyecto "Morelos" es así, tanto el punto de partida para la generación de acciones que apuntan a resolver problemas concretos inmediatos, como el programa que abre la posibilidad de organizar y coordinar acciones a mediano y largo plazo, en las que la conciencia y la participación populares se multipliquen en un proceso de amplia autogestión.

Las actividades de salud se organizan en tres áreas de trabajo:

- a) Atención médica directa.
- b) Educación y capacitación en salud.
- c) Investigación y seguimiento epidemiológico.¹

Las actividades de promoción de la salud se ubican en el área de educación y capacitación en salud que depende de la Comisión de Salud creada por las organizaciones populares y tiene los siguientes objetivos:

¹ Áreas de trabajo y objetivos tomados del Proyecto "Morelos", páginas 18, 20 y 21.

–Establecer cursos de educación en salud cuya orientación sea fundamentalmente de carácter preventivo, apoyándose en la organización comunal y en los promotores de salud.

–Identificar con los promotores la problemática de salud y sensibilizar a la población con respecto a este trabajo.

–Elaborar y difundir un boletín de salud trimestral.

–Elaborar un programa de educación en salud con sub-programas relacionados con nutrición, higiene, control de enfermedades, farmacodependencia, accidentes y rehabilitación.

La Comisión de Salud ha realizado, a la fecha, numerosas actividades entre las que cabe destacar la instalación de consultorios populares, la participación en encuentros regionales y nacionales de promotores de salud, el levantamiento de estadísticas y la localización de los problemas de salud con mayor incidencia en la zona. Y para los promotores, se han organizado cursos y producido folletos que ilustran los temas tratados y en los cuales el promotor puede apoyarse en su tarea de difusión.

En la formulación de los objetivos del proyecto "Morelos", observamos una alternativa crítica al ejercicio y alcances de la práctica clásica de la medicina. En él se señala que:

"...los planes y programas de salud, no pueden por sí mismos, pretender resolver los múltiples problemas de la comunidad, antes bien, deben tender a girar en la organización de la misma a fin de que ésta se constituya en actuante y autora de su propia realidad. Con la orientación de pretender llegar a un proceso autogestivo, bajo el entendido de que autogestión no quiere decir aislada autosuficiencia, sino capacidad de autodirigencia y al mismo tiempo, flexibilidad para vincularse al resto de las estructuras sociales, siendo algunas de ellas, universidades, así como instituciones sanitarias que se encuentren en la zona."²

Y más adelante se indica que:

*No es el propósito del proyecto, exponer la estructura terminal de los programas, más bien pretende ofrecer una propuesta metodológica y de organización para que el propio promotor y la población participante sean los que diseñen, desarrollen, evalúen y retroalimenten los programas.*³ (El subrayado es nuestro)

² Proyecto "Morelos", pág. 4

³ Proyecto "Morelos", pág. 17

En el modelo médico clásico⁴, por el contrario, el proceso de salud-enfermedad aparece como dominio exclusivo de la práctica médica. A lo largo de la historia, tal práctica, se ha ido configurando como una función separada de la sociedad, ha profundizado cada vez más la distancia entre el saber médico y los saberes populares y, como consecuencia directa de esta expropiación, ha tendido a negar o escotomizar los condicionamientos sociales de la enfermedad.

En el proyecto "Morelos" puede observarse la clara intención de alejarse de este modelo. Sin embargo, en su implementación surcada por múltiples tendencias y subjetividades, surgieron dificultades y contradicciones, donde se reincide, en ocasiones, en la práctica médica clásica que se quiere transformar. Consideramos esencial evidenciarlas en todo movimiento popular que encauce sus esfuerzos por la salud, a fin de evitar que impregnen y desvíen las propuestas alternativas.

Algunos testimonios

En este apartado ofreceremos sólo algunos testimonios que dan cuenta del sentir de los pobladores en relación al sismo, al efecto que produjo en sus vidas, y a su participación en las tareas de promoción de la salud. La mayoría de los mismos son de mujeres, ya que éstas son fundamentalmente las que implementaron el proyecto, punto de cruce entre los saberes médicos, y los saberes populares.

Los sismos del '85 sacudieron mucho más que la tierra. En la lucha por la vivienda, perdida o severamente dañada, las mujeres salieron a la calle. Esposas, madres a las que la tradición mantenía atadas a la casa y a la vida doméstica.

Yo nací a la vida participativa a partir del sismo.

⁴Adoptamos la caracterización del modelo médico planteado por: Menéndez E., "El modelo médico y la salud de los trabajadores" en: Basaglia F. y otros, *La salud de los trabajadores*, México, Nueva Imagen, 1978.

"El modelo médico se instituye prácticamente a partir de la revolución industrial, es decir, se genera conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de "libre cambio" durante el período 'clásico' de la constitución de la clase obrera, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial, además coincidirá más adelante con el nuevo proceso de expansión colonial. El MM no sólo se instituye con estos procesos, sino que los expresa en sus dimensiones básicas en el área salud-enfermedad.

"Los caracteres estructurales del MM son: su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y la eficacia pragmática."

... éramos nada más amas de casa, lo que sabíamos era ir al mercado, regresar a tu casa y afuera pasara lo que pasara ¿no?...entonces el sismo nos vino a mover un poco el tapete a mujeres que estábamos más guardadas en las casas... yo llevaba a los niños a la escuela, me iba al mercado, regresaba, hacía de comer, los quehaceres domésticos, o sea, no tenía alguna intención de salir aquí o allá, me quedaba viendo como todas las amas de casa la televisión, en la concha total...

"Yo nací a la vida participativa a partir del sismo", expresan las mujeres. Nacimiento que les abrió nuevos espacios, que cimbró su identidad, que creó nuevas formas de relaciones con su entorno social, con sus familias y consigo mismas. La mujer abandonó su cerrado mundo doméstico y al incorporarse a la organización, promovió con su actuación nuevas formas de participación a las que imprimió sus modalidades relacionales habituales como la dependencia característica de sus vínculos familiares, pero también el afecto, la perseverancia y el compromiso e identificación que acompañan sus acciones cuando asume un proyecto.

Por supuesto, esta nueva mujer provocó reacciones, a veces de asombro, a veces de hostilidad, celos y competencia, sobre todo entre los hombres y especialmente entre los esposos y compañeros, que no estaban preparados para tales cambios.

Como que el sismo vino a despertarnos a la mujer del barrio, como que los hombres sienten que los estamos desplazando pero no es cierto, es un apoyo, están acostumbrados a como su mamá, quieren vernos así, que la mujer sea así...

...los esposos de uno lo ven así, uno no puede hablarle a los otros señores, cuando yo entré aquí, entré con miedo y también tuve muchos problemas... ellos, será el machismo o no sé, pero ellos todo lo ven mal, que ya está uno ofreciéndose...es muy celoso, pero ya va entendiendo, ya me siento más libre... como que me sentía aquí, en el puño.

La lucha y la organización populares se centraron inicialmente en la búsqueda de solución al problema de la vivienda. Hoy, algunas familias ya la han obtenido, otras aún no, y esta situación ha tenido efectos en la participación de las mujeres. Algunas, al alcanzar su

objetivo, se retiraron de la lucha; otras, muchas, continuaron en un camino de transformación que consideramos sin retorno.

Entonces lo bonito de ésto es que las que no quisimos quedarnos en ese estancamiento, así lo llamo yo a ese proceso, estancamiento, seguimos en esto...

...uno se cuestiona sus objetivos en la vida. Hay muchas actividades fuera de la casa como gimnasia... uno se puede salir de la casa, pero no es eso. A mí sí me gusta estar en mi casa, pero al meterse en ésto es diferente, como que algo me pasa y ya no puedo volver a tener una vida normal, como antes...

La intervención femenina ha ido penetrando paulatinamente en diversos ámbitos de las organizaciones populares. Su participación en la Comisión de Mujeres, en el Centro de Desarrollo Infantil (CDI) y en la Comisión de Salud, ha sido significativamente mayor que en otras comisiones, probablemente debido a la clásica inserción femenina en actividades de tipo asistencial, que aparece como su lugar "natural". Sin embargo, con el correr del tiempo la mujer ha ido ganando terreno en otro tipo de funciones.

A través de la Comisión de Salud, las mujeres han encontrado mucho más que una capacitación.

Estos cursos son un principio de saber qué es democracia, aquí nos valoramos como seres humanos, no somos un número o una cosa más, de aquí debemos sacar algo más que la salud o una vivienda, sino unión...

Nos hemos dado cuenta de que tenemos mucho que enseñarles a los médicos... aquí sí, los médicos son médicos y su trabajo les ha costado, pero ellos aquí aprenden cosas de nosotras...nuestro trabajo se justifica, los médicos así nos lo hacen sentir porque ellos solos no pueden sacar su trabajo.

Más allá de que mediante su participación en actividades comunitarias las mujeres hayan ido construyendo nuevos espacios de "realización", como ellas mismas lo expresan, su transformación ha tenido esencialmente un sentido político, han ido adquiriendo una

conciencia de la importancia de su presencia y su participación solidaria en las luchas comunitarias y de su propia formación como nuevo sujeto social.

Este sentido político ha estado presente desde un principio en la formulación del proyecto "Morelos" y en la puesta en marcha del mismo. En él está implícito que la enfermedad es una cuestión de naturaleza socio-política, económica y de clase, frente a la cual sólo la amplia participación, concientización y autogestión popular pueden generar soluciones auténticas y pertinentes, rompiendo el concepto de que la enfermedad es un evento individual independiente de las condiciones y la calidad de vida. Una tarea de tal envergadura —las organizaciones populares lo sabían— requería del apoyo de otras instancias. Casi todas las actividades planteadas en el proyecto cuentan con la co-participación de otras instituciones (académicas, sanitarias, etcétera) a las que les fué requerida. Sin embargo, ello ha generado, inevitablemente, el cruce de diferentes perspectivas y métodos para el logro de los objetivos planteados, y la promoción de la salud no ha sido la excepción, ya que se ha visto atravesada por dificultades múltiples, entre las cuales aquellas que han enfrentado las mujeres con sus familias para incorporarse al trabajo comunitario, han sido sólo una parte. Aún como tarea específica, la promoción de la salud se ha visto desviada de lo que a la letra propone el proyecto.

...esa ha sido mi función, siempre estar subiendo los consultorios y hacer grandes anuncios... ya llevamos los anuncios y vamos pegándolos que en las panaderías, las farmacias, en el metro, carnicerías, en el mercado, en las calles... ahí es donde pegamos la promoción, y a partir de ahí empieza a venir la gente, a informarse, viene a consulta dental, a la consulta general y así es como vamos promoviendo la salud cada seis semanas, cada seis semanas hay que promover...

La promoción de la salud, que buscaba convertirse en un proyecto colectivo de autogestión donde la comunidad, en colaboración con las promotoras, diseñarían, evaluarían y retroalimentarían el programa, además de significar una actividad de difusión comunitaria de conocimientos básicos de higiene y de prevención y atención doméstica inmediata de enfermedades y accidentes, se ha convertido para las promotoras en otro tipo de tareas como el hacer publicidad para

que la gente acuda a los consultorios, el apoyar a médicos y pasantes en tareas de enfermería, para las que no tienen la suficiente preparación, aún, el controlar que lleguen los pasantes a dar consulta, llevar registro de las notas de gastos, ver que nada falte en los consultorios y que se mantengan limpios. Todo ello sumado a la responsabilidad de asistir a múltiples reuniones y participar en el levantamiento de encuestas.

...el aprender, aunque uno no sepa tanto de las cosas de salud y darlas a conocer a otras promotoras o personas de la comunidad, ese es el trabajo de la promotora y no estar pendiente de los doctorcitos...

O sea no sé, yo siento que tengo muchas actividades y encargarme aquí de los consultorios, de que estén limpios, de que si les falta algo... tener aquí lo necesario, que no falte nada...

El problema de la puntualidad se debe al gran trabajo que hemos tenido con las encuestas, estamos cansadas... ésta es la dinámica de desgaste...

Es indudable que todas las tareas que realizan las promotoras son útiles y necesarias. El compromiso adquirido ante sí mismas y ante su comunidad requiere de sus muy diversas habilidades y capacidad de trabajo. Sin embargo pensamos que, además de otros factores, el programa de formación de promotores –en el cual estuvimos incluidos como equipo– fué insuficiente para desarrollar una identidad clara que les permitiera contribuir a la delimitación de sus funciones, no asumir otras tareas y buscar la participación de otros miembros de la comunidad.

La actividad de las promotoras permaneció contradictoriamente ligada a las prácticas asistenciales y a vínculos de subordinación y ambivalencia con médicos y pasantes, quienes, a su vez, no facilitaron la asunción de un papel más activo por parte de ellas. Así, la promoción de la salud se fue diluyendo en sus fines.

Yo creo que lo importante es definir las funciones de cada quién...

...la obligación de los pasantes es dar servicio a la comunidad, pero en la realidad no es así. Estamos haciendo de mamá, amigas o enfermeras, estamos ayudando al pasante, aprendemos en el proceso pero no hay un servicio real a la comunidad... la comunidad no los conoce...

En el presente, a seis años de acontecido el sismo, los grupos que operan en la comunidad han ido modificando su dinámica y sus intereses. Los coordinadores, o al menos algunos de ellos, han tenido que atender a otros compromisos ya sea de carácter político o académico y han tenido que abandonar, al menos momentáneamente, la tarea de orientar y formar a las promotoras. Esta situación ha producido desconcierto, frustración y en algunos casos, hasta el sentimiento de que todo se vino abajo, de que ya no hay proyecto.

Posiblemente el incipiente surgimiento de muchas mujeres del barrio a las luchas populares, sus lazos de dependencia con los coordinadores y una insuficiente comprensión del problema de la salud como un factor vinculado a una amplia problemática social y económica, fueron elementos que dificultaron la apropiación de roles autónomos y entorpecieron un mayor y mejor crecimiento del proyecto.

Pero no fueron solamente las promotoras las que se encontraron en el centro del conflicto, sino también los pasantes de medicina, quienes, tal vez por su pertenencia institucional, se sintieron comprometidos con un proyecto alternativo de salud, tal cual estaba plasmado en el proyecto "Morelos".

Las promotoras desconocen nuestras actividades, tenemos que realizar actividades comunitarias con vecindades como grupos de salud y visitar los CDI, además de la consulta médica que debemos hacer. Nosotros hemos hecho esfuerzos por aclarar las diferencias del trabajo de cada quién, pero a veces no hay capacidad para hablar o por tiempo o porque no se tiene claro el proyecto, ya que tenemos reuniones por acá y por allá, descuidando las consultas y apareciendo los problemas con la organización y las promotoras. Así, vamos quedando bien con unos y mal con otros.

Es importante que la gente que integra el proyecto "Morelos" no sepa la función que le cabe en él...cada uno tiene diferentes ópticas

de las funciones y la relación que debe haber entre pasante-promotora, pasante-organización, pasante-Comisión de Salud...

Esta problemática que surge como correspondiendo al nivel de la organización, dirección y falta de claridad en la delimitación de funciones, las divergentes interpretaciones de las acciones que propone el proyecto y las dificultades de diálogo entre los participantes, son, consideramos, efectos de fenómenos de naturaleza estructural que tienen que ver con las diferentes pertenencias grupales e institucionales de los sujetos.

De ninguna manera es una tarea fácil la que se dió a sí misma la comunidad. Ha sido un largo y fecundo proceso de aprendizaje, se han alcanzado muchas metas y se ha crecido en conciencia y participación. Por ello pensamos que identificar algunas de las causas de los tropiezos con apertura y autocrítica, no puede sino beneficiar a los fines del proyecto.

Reflexiones en este momento del proceso

El proyecto "Morelos", sus formulaciones en relación a la salud y la lectura del discurso de las promotoras, médicos y pasantes en sus vínculos entre sí y con la Comisión de Salud, las organizaciones y la comunidad, fueron nuestro punto de partida para pensar en la experiencia. Sin embargo, durante el lapso de nuestra concurrencia a la comunidad, fuimos testigos de un proceso de gran significación, cuya riqueza también intentamos plasmar en estas páginas.

En la comunidad, asistimos a la construcción de un sujeto social que fué modificándose a través de las prácticas y de los distintos momentos por los que atravesó el proceso de trabajo.

Sí bien las organizaciones proporcionaron inicialmente, a sus integrantes un decir, un discurso que tendió a homogeneizarlos en torno a un ideal que correspondía al proyecto que los convocaba y que estructuraba sus subjetividades, estas subjetividades emergentes modificaron a su vez las prácticas comunitarias y el funcionamiento de las organizaciones.⁵

⁵ En este punto nos parece ilustrativa una cita de Kaës, R., "Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones", pág 16, en Kaës y otros, *La institución y las instituciones*, Buenos Aires, Paidós, 1989. "Aquí nos vemos enfrentados no solamente a la dificultad de pensar aquello que,

Tomamos prestado el concepto de Piera Aulagnier de "contrato narcisista"⁶ para describir la alianza que se dió generalmente, de manera inconciente, entre la organización y los sujetos, de tal modo que éstos hicieron suyo un discurso institucional que reguló, en ocasiones con el carácter de ley, tanto sus propias acciones como el funcionamiento mismo de la organización. Para que ésto fuera posible, fue necesario que los sujetos participantes se identificaran positivamente con el proyecto que la organización propuso, se lo apropiaran, lo sintieran suyo. Así, la solidaridad que se gestó en la comunidad a partir de la catástrofe, la pérdida de viviendas y la creación y consolidación de los discursos, actuaron generando fuertes lazos sociales. Pero justamente éstos, fueron algunos de los factores que se modificaron con el correr del tiempo, e hicieron difícil sostener permanentemente el proyecto, y los vínculos libidinales con el mismo.

La mujeres participantes, que en el momento de su incorporación estaban preocupadas principalmente por el problema de la vivienda, no fueron las mismas que después de algún tiempo de permanencia en las comisiones. Un nuevo perfil se fué configurando a través de la tarea y de su contacto con la organización.

Queremos insistir en la forma como las prácticas de las promotoras de salud se entrecruzaron con una problemática de género, permeada por relaciones de poder, que las ubicaba en un vínculo de transitivismo entre su identidad de mujeres, hijas, madres y esposas y su nueva identidad de trabajadoras de la salud. Añejas y arraigadas tradiciones vinculan a la mujer con la casa, y el hecho de que se vieran "momentáneamente" quebrantadas, proporcionó una justificación para la salida de su hogar. Paulatinamente, se fueron incorporando a diversas prácticas al lado de los hombres, dejando sentir cada vez más su presencia en actividades de base, y también, aunque excepcionalmente, en actividades de coordinación. Pero en algunas de ellas, su frágil y reciente identidad participativa y laboral, se vió invadida por un modelo de intercambio entre mujeres y hombres, donde éstos, tal vez por su habitual liderazgo tanto en el plano

en parte, nos piensa y nos habla: la institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus discursos, pero, con este pensamiento que socava la ilusión centrista de nuestro narcisismo secundario, descubrimos también que la institución nos estructura y que trabajamos con ella relaciones que sostienen nuestra identidad."

⁶ Ver el concepto de contrato narcisista en: Aulagnier, Piera, *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988, pág. 162

familiar como en el laboral y social, y también respondiendo al modelo médico institucional, ocuparon un papel directivo en la regulación de las acciones comunitarias y en la formación de las promotoras. Esta característica de la dinámica de trabajo, propició que la retirada de los coordinadores masculinos pusiera por momentos en peligro la implementación del proyecto en relación a la promoción de la salud.

Sin embargo, y a pesar del liderazgo notorio de los hombres, las mujeres accedieron a nuevas formas de participación, posponiendo en ocasiones la defensa de sus intereses familiares o personales y contribuyendo creativamente a su propia conformación como nuevo sujeto social. Entre algunas de las promotoras de reciente ingreso, se observó una búsqueda personal, el promoverse como sujetos autónomos y liberarse del encierro hogareño. Pero este aspecto, se fué modificando para convertirse cada vez más en un intento por participar comprometidamente en acciones comunitarias.

Tanto los valores de los sujetos que sostenían la organización como la identidad colectiva de la misma, cambiaron a lo largo de los años en relación con los movimientos socio-históricos. La organización se ha visto atravesada por múltiples tensiones y contradicciones correspondientes al entramado de subjetividades que la surcan. Estos conflictos o divergencias aparecieron en distintos niveles, en los sujetos individuales de base, o que encabezaban el proceso, en los grupos, influidos por los sentimientos de pertenencia ligados a variadas agrupaciones políticas, académicas y religiosas que intervinieron en el trabajo, y plasmaron en él sus propios modelos operativos e ideológicos.

Desde nuestra particular interpretación, en el proceso de promoción de la salud existieron divergencias desde la formulación del proyecto "Morelos" mismo. Junto a una búsqueda de alternativas a la prevención de la salud, se encuentra priorizada como objetivo la atención individual, postergando los planes de salud correspondientes a las acciones grupales. Del mismo modo, en su desarrollo aparecieron conceptos ideológicos implícitos en relación a la salud y la enfermedad entre los médicos participantes, que provenían de formaciones con diferente orientación. Desde los militantes defensores de la medicina comunitaria, hasta los clásicos practicantes de la medicina tradicional que atiende fundamentalmente al síntoma y sus

manifestaciones sin considerar los factores ambientales, sociales, o emocionales que lo acompañan.

Esta compleja red de pertenencias y la presencia que alcanzaron sobre las prácticas comunitarias, la entendimos como relaciones de fuerzas que pugnaron por hacerse oír en el terreno de trabajo. Cuando hablamos de fuerzas, nos referimos a relaciones de poder que se ponen en juego en toda relación intersubjetiva y, por consiguiente, en las prácticas comunitarias en donde se confrontaron distintas concepciones ideológicas.⁷

Como modelo ideal, el proyecto "Morelos" intentó modificar viejos conceptos en torno a la salud y a las prácticas comunitarias, presentando nuevas alternativas de promoción y prevención de la enfermedad centradas en la autogestión, pero a lo largo del trabajo pudimos observar cómo, en la operación del proyecto, se infiltraron prácticas que corresponden a modelo médico tradicional. En ocasiones, la tarea de promoción se vió reducida a un trabajo didáctico y no se modificaron de manera fundamental las relaciones de la comunidad con la enfermedad, sus causas (generalmente de origen social) y su prevención. Cuando el modelo empezó a presentar dificultades para contar con la participación de la comunidad, la relación médico-paciente se centró en el acto terapéutico individual, aumentando el trabajo en consultorios –"los elefantes blancos" como algunos los llamaron–. Parecería que al momento de institucionalización de las prácticas de control de la enfermedad, correspondió un proceso de exclusión de la participación comunitaria. Los saberes legitimados asumieron un lugar central y los "saberes sometidos" fueron nuevamente postergados o desoídos. Nos preguntamos hasta qué punto el imaginario del poder médico, la legitimación que se le ha otorgado durante años, pesó más, de manera inconsciente, que las voluntades, intenciones y deseos manifiestos de los intervinientes en el proyecto.

El dispositivo de salud, a pesar de su intento de establecer relaciones igualitarias y democráticas, generó estratificaciones y je-

⁷ En este sentido, adoptamos la caracterización del poder planteada por: Foucault M., *El discurso del poder*, Folios Ediciones, México, 1983, pág. 176.

"Las relaciones de poder no están en posición de exterioridad respecto de otros tipos de relaciones (procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales), sino que son inmanentes; constituyen los efectos inmediatos de las particiones, desigualdades y desequilibrios que se producen, y, recíprocamente, son las condiciones internas de tales diferenciaciones; las relaciones de poder no se hallan en posición de superestructura, con un simple papel de prohibición o reconducción; desempeñan, allí en donde actúan, un papel directamente productor."

rarquizaciones entre sus miembros, que se convirtieron en fuentes de conflicto, entre pasantes y promotoras, entre médicos y pasantes, entre médicos y promotoras, entre promotoras con beca y otras que carecían de apoyo financiero. Estas diferencias, que en un momento enriquecieron el trabajo, con el avance del proyecto pasaron a convertirse en focos de contradicciones.

La rotación de espacios para las reuniones y la discontinuidad en la participación, durante el período en que nosotros asistimos, fueron elementos generadores de dificultades. Un exceso de movilidad y recambio, aunado a las frecuentes ausencias de los integrantes de la Comisión de Salud, provocaron diferencias en la información y malos entendidos. La organización se interpretó como "el tirano sin rostro y sin cabeza" que regía las voluntades de sus miembros.

Al finalizar estas reflexiones, surgen inquietudes que nos remiten centralmente a una de las propuestas iniciales del proyecto "Morelos", que no pudo consolidarse: la autogestión comunitaria, ésta se fué desdibujando en el camino por múltiples obstáculos, algunos de ellos señalados en el análisis. Las promotoras, que tenían por función ser mediadoras entre la comunidad y el servicio de salud, y por consiguiente contribuir a este proceso autogestivo, fueron aislándose y recluyéndose, junto con médicos y pasantes, en los consultorios. La promoción y la prevención de la salud se vieron una vez más postergados. Los saberes y las arcaicas prácticas curativas y preventivas –con tanto arraigo en la cultura mexicana–, no pudieron ser rescatados e integrados en ese momento al proceso, junto a las nuevas alternativas de la medicina moderna.

Los trabajadores de la salud, aún con sus perseverantes intentos, fueron insuficientes, por sí solos, para dar respuestas satisfactorias a las acuciantes necesidades de la población. Pensamos que las causas sociales de la enfermedad, siguen creando nuevos retos e interrogantes; una práctica alternativa al problema de la salud y la enfermedad, no puede ser efectiva si no se articula centralmente con los valores culturales y las condiciones de vida y de trabajo de las comunidades. Estos factores, de ser considerados y modificados, actuarían por sí mismos en favor de la prevención de la enfermedad, abriendo nuevos horizontes de intervención a las ciencias de la salud.

Sin embargo, queremos destacar que la no consecución de las metas iniciales, no significa un fracaso de la experiencia, ya que nuevas alternativas y modos de operación fueron apareciendo y

- El discurso del poder*, Folios Ediciones, México, 1983.
- Goffman, Erving, *Internados*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1989.
- Gonzalez Fernando, *Ilusión y grupalidad*, Siglo XXI, México, 1991.
- Kačs, René, *La institución y las instituciones*, Buenos Aires, Paidós, 1989.
- Rosales A. y Silvano H. *Tepito: ¿Recrear el mito o construir la alternativa?* Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 1986.
- Zemelman, Hugo, *De la historia a la política. La experiencia de América Latina*, Siglo XXI, México, 1989.
- Proyecto de Salud "Morelos"*, 1986.