

Vínculo intersubjetivo: alternativa de cambio en las profesiones de la salud humana

Intersubjective relation: change alternative for the human health professions

Maria del Consuelo Chapela M¹

¹ Jefa del Área de Salud y Sociedad. Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. México. Correo electrónico: conich@correo.xoc.uam.mx

Recibido: 15 de septiembre de 2008. Aprobado: 11 de diciembre de 2008

Chapela MC. Vínculo intersubjetivo: alternativa de cambio en las profesiones de la salud humana. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27(1): 76-80

Resumen

Objetivos: 1. Ejemplificar la relación que se establece entre cambios en las inscripciones corporales de usuarios de los servicios profesionales de la salud y los vínculos intersubjetivos que establecen con los profesionistas de la salud. 2. Identificar en esa relación los componentes de subordinación y/o autonomía. **Metodología:** el presente estudio es un aspecto de un estudio cualitativo crítico de caso en donde se implementó una intervención de promoción de la salud. **Resultados:** en los ejemplos se muestra el cambio en las características de subordinación de algunos participantes en la intervención y en sus inscripciones corporales como producto de los procesos de la recuperación de capital, y por

tanto de autonomía, durante la intervención de promoción de la salud. **Conclusiones:** en las características particulares del vínculo intersubjetivo que indefectiblemente emerge en las profesiones de la salud, sus problemas y sus prácticas, hay una posibilidad tanto de someter al ser humano, como de buscar su autonomía. La mirada cualitativa crítica no solamente puede ayudar en el entendimiento de los determinantes sociales de las enfermedades, sino a buscar nuevos estatutos de la salud y a transformar las prácticas que limitan la capacidad ética y de producción de espacio de las personas.

-----**Palabras clave:** profesiones de la salud, intersubjetividad, promoción de la salud, crítica.

Abstract

Objectives: 1. To exemplify the relationships between changes in the body inscriptions of people exposed to professional health services and the inter-subjective hyphens occurring in those relationships. 2. To identify in those relationships some components of subordination and autonomy. **Methodology:** here I present one aspect of a critical qualitative case study of a health promotion intervention. **Results:** the examples provided show changes in the body inscriptions as a product of capital recuperation processes that took part during the intervention. **Conclusions:** in the particular characteristics

of the inter-subjective hyphen unavoidable in the health profession practice, there are subordination and autonomy possibilities. A critical qualitative inquiry perspective can not just improve the understanding of the social determinants of health and subjects' body inscriptions, but also may help to search for new health concepts and to transform practices which are undermining the capacity of subject to produce their spaces and develop their ethic capacity.

-----**Key words:** health professions, inter-subjectivity, health promotion, critical

Los propósitos de este trabajo son argumentar, en primer lugar, que las prácticas profesionales en el campo de la salud suceden a través de vínculos de orden objetivo y subjetivo, y son vehículos potenciales de subordinación o autonomía. En segundo lugar, que la mirada cualitativa crítica de los problemas de la salud no solamente puede ayudar en el entendimiento de los determinantes socia-

les de las enfermedades, sino a buscar nuevos estatutos de la salud y a transformar las prácticas que limitan la capacidad ética de las personas, lo que significa devolver la humanidad, en el sentido de devolver o favorecer la reapropiación de las particularidades de su "ser", a los humanos, a sus objetos, prácticas, e intenciones, es decir, como sustentan Milton Santos y David Harvey, a

sus espacios. La argumentación se hace en dos tiempos. Primero se presenta la argumentación teórica y enseguida algunos resultados de un trabajo empírico diseñado desde planteamientos cualitativos críticos. Finalmente se concluye que en las características particulares del vínculo intersubjetivo que indefectiblemente emerge en las profesiones de la salud, sus problemas y sus prácticas, hay una posibilidad tanto de someter al ser humano, como de buscar su autonomía.

Particularmente desde el siglo XIX y hasta nuestros días, las profesiones cuya práctica y objeto de estudio es el ser humano —como la medicina, la enfermería, la psicología, o actualmente la nutrición, profesiones dominadas por lo que Menéndez denomina “El Modelo Médico Hegemónico”—,¹ han construido y difundido, especialmente en el mundo llamado “occidental”, una idea de humano que facilita la comprensión y control científico del cuerpo humano,² mas no la comprensión y el cambio del ser humano mismo. Con el apogeo de las ciencias naturales y el método científico, las cuestiones del ser quedaron relegadas a mera “metafísica”. El estudio del ser se vio más amenazado en el siglo XIX cuando las ciencias naturales ofrecieron el entendimiento de todo lo real y objetivo a través de búsquedas y explicaciones cartesianas. El desarrollo de la fenomenología a partir de Brentano, la Escuela del Sentido Común Escocesa, y la filosofía Husserliana, abren la posibilidad a Heidegger³ de regresar a las preguntas del ser, del “ser ahí” o *Dasein*, y, a partir de ahí, a proposiciones críticas del ser de transformación y comunicación mencionadas por Merleau-Ponty de “ser-encarnado”⁴ y al abanico de propuestas posteriores, entre ellas las existencialistas francesas de la segunda parte del siglo XX.

Actualmente podemos identificar al menos dos tendencias de pensamiento sobre la persona. La primera dominada desde las ciencias naturales en donde no se interroga al ser, sino a la materialidad del ser. La segunda, en continuo desarrollo, cambio y contradicción que interroga al ser reconociendo su condición bidimensional: un ser trascendente, ético, inseparable, de carne y conciencia, de biología y sentido.

A pesar de la influencia que el cuestionamiento del ser ha tenido en distintos campos de la filosofía, la sociología, la antropología, la lingüística, el psicoanálisis, y otras profesiones, el desarrollo de las profesiones de la salud lleva la marca positiva, racional, objetiva del siglo XIX hasta el momento actual, promoviendo, más que la idea de un ser humano, ideas cosificadas de una especie en la naturaleza con características particulares como son la racionalidad y el lenguaje. Más aún, las profesiones de la salud se caracterizan por ocuparse ampliamente de la dimensión material del ser humano en una sola de sus expresiones: la enfermedad. Antonovsky,⁵ Gadamer⁶ y otros autores cuestionan esta manera

en que las profesiones de la salud se vuelven en realidad profesiones de la enfermedad. Al evitar la exploración de la salud a partir de una concepción bidimensional del ser humano, las profesiones de la salud pierden grandes posibilidades de desarrollo.

Sin embargo, estas profesiones no aparecen aisladas en el mundo de la vida. Así, por un lado, la proposición que se viene haciendo en Latinoamérica desde la década de 1980 por ejemplo en los trabajos de Laurell,⁷ de que las enfermedades están determinadas socialmente, finalmente ha tenido que trascender a los organismos internacionales.⁸ Esto representa un avance en la posibilidad de incorporación del pensamiento crítico en las profesiones de la salud. Por otro lado, los avances en el entendimiento del ser, o al menos de las propuestas de que el ser humano es un ser actuante en el mundo y que sus actos están imbuidos de contenidos subjetivos, ha conducido al avance del mercado de la salud, de la producción de mercancías y propaganda (no nada más publicidad), confundiendo, como argumenta Kickbusch,⁹ entre medicamentos, fármacos y alimentos y que, para ganar clientes consumidores, conquista los contenidos subjetivos de las personas logrando que consuman la mercancía puesta en el mercado.

Es así que el cuerpo físico del ser humano, en tanto materialidad para la práctica objetiva del consumo, se convierte en territorio codiciado desde el poder de dominación del mercado haciendo efectiva la propuesta de Foucault:¹⁰ el cuerpo es el sitio objetivo del poder, es en el cuerpo y en el entorno material en donde se escribe, se graba, se inscribe la historia de la relación entre el poder de dominación y el ser humano bidimensional. Como afirma Chapela,¹¹ un cuerpo-territorio, en mayor o menor medida ganado, es territorio en donde el capital, el espacio y la construcción del espacio están, en la medida correspondiente, controlados y puestos a disposición del poder hegemónico.

El cuerpo-territorio puede ser conquistado, invadido, enajenado, por acción de la inculcación de conocimiento y valor, seleccionados desde las agencias del poder dominante, siendo una de estas agencias, históricamente poderosa, las profesiones de la salud. Desde las profesiones de la salud, se toca el miedo, el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, al par que el cuerpo físico de las personas se abre, se expone como cuerpo-territorio. Y este “tocar”, en la mayoría de los casos es un tocar unidireccional en donde la mano, el instrumento, el aparato, la receta, el interrogatorio, el medicamento, el consejo, el carnet, cuando fluyen unidireccionalmente desde el profesional de la salud hacia la persona, son vehículo de significados seleccionados de acuerdo con intereses de poder, y por tanto constructores de las disposiciones necesarias para la invasión, toma del territorio y subordinación no solamente a las necesidades de las profesiones de la salud,

sino a todas las agencias hegemónicas. Sin embargo, los contenidos en estos vínculos objetivo-subjetivos pueden fluir de forma bidireccional, como posibilidad de desarrollo de autonomía, cuando los distintos agentes involucrados en el vínculo, primero, cobran conciencia de que lo que, aludiendo a Bourdieu,¹² está en juego, es capital en sus distintas formas y, segundo, que el objetivo del vínculo sea crítico.

Mirar en la bidimensionalidad humana, implica hacerlo cuantitativamente en tanto materialidad, y, cualitativamente, en tanto subjetividad pero no como actos aislados, sino como un mismo acto de estudio. La mirada cualitativa solo es posible desde las materialidades de la subjetividad y puede dar cuenta de las relaciones intrínsecas entre la materialidad y la subjetividad del ser humano, y por tanto mira el tejido sutil en el que una dimensión se convierte en la otra, con el potencial de lograr coherencia entre las caracterizaciones cartesianas del cuerpo físico y el ser humano cuya materialidad es su cuerpo físico. Este mirar cualitativamente, como se mencionó en párrafos anteriores, puede tener intenciones de subordinación u otras intenciones.

La mirada cualitativa crítica¹³ desde las profesiones de la salud puede ayudar a la construcción, reconstrucción y expansión de los espacios humanos, desde el cuerpo-espacio hasta el espacio universal imaginado, participando en el descubrimiento de los fenómenos detrás de la apariencia, de las normalizaciones, en la diversificación de las verdades y los nombres del mundo-vivido, del “ser ahí”, multiplicación necesaria para lograr el cambio hacia la autonomía del cuerpo-territorio.

A partir de planteamientos como éstos, se diseñó una intervención pedagógica cuya finalidad fue lograr el desarrollo ético y la autonomía sobre el cuerpo-territorio de los participantes y con ella la posibilidad de cambio en las inscripciones en sus cuerpos.

¿A quien se sirve con este trabajo?

Para poder emitir un juicio con respecto a esta pregunta, y de acuerdo con las argumentaciones anteriores, se construyó otra pregunta: ¿en qué medida los participantes mejoraron sus condiciones de cuerpo-territorio soberano?

A partir del estudio de hegemonía en Gramsci,¹⁴ de la reproducción y la distinción en Bourdieu,¹⁵ de los conceptos de *noema* y *noesis* en Husserl,¹⁶ del concepto del ser-encarnado de Merleau-Ponti,¹⁷ de los intereses humanos en el conocimiento en Habermas,¹⁸ de la pedagogía de la liberación de Freire¹⁹ de los conceptos de poder de Foucault,²⁰ entre otros y de una taxonomía del conocimiento desarrollada de forma auxiliar por Chape-la,²¹ se buscó que la intervención llevada a cabo durante treinta meses en una comunidad rural, lograra: primero, cambios en la subordinación de los participantes a

través del reconocimiento de los aspectos subordinados de su situación en su mundo-vivido, la conciencia del hábitus, la construcción de campos de opinión, el desarrollo de intereses emancipatorios en conocer y el desarrollo y ejercicio de “la voz”; segundo, cambios en la “diferencia” visibles a través de la conciencia de la mismedad y la otredad, una práctica de salud comunitaria peculiar de los participantes, desarrollo de redes de intercambio de capital, construcción de valores y significados propios; tercero, cambios en el sometimiento del conocimiento visibles a través de: desarrollo de *noesis*, valor y validez del conocimiento otorgada por los participantes, conciencia e identificación de conocimiento falso e institucionalizado y su relación con el mercado, conciencia de los participantes sobre su capacidad de conocer, desarrollo y utilización del sentido común, del conocimiento popular y experto para resolver problemas de su realidad; y, finalmente, cuarto, cambios en las inscripciones en el cuerpo.

Para este fin se desarrolló un modelo pedagógico denominado de “auto-cultivo”, inspirado en los grupos de estudio gramscianos, en la pedagogía dialógica freireana y en la educación popular Latinoamericana-, que se caracteriza por que los facilitadores del proceso tienen como función principal “acercar” los elementos necesarios para el crecimiento de todos los participantes, y todos los participantes tienen como función principal identificar, analizar, estudiar, decidir y actuar en relación con los problemas de su realidad.

En términos de cambio en la subordinación, valgan estos ejemplos:

Ante la imposibilidad de formarse como médico alópata, Mundo (varón 35 años) desarrolló a lo largo del tiempo su propio conocimiento de curación, a sus pacientes les prescribía medicina alopática que le llevaban representantes de laboratorios. Tras unos meses de participar en la intervención comentó:

“Ahora les doy a mis pacientes casi puros remedios y se curan igual... los pacientes ahorran dinero... les he estado vendiendo sus medicinas [a los laboratorios farmacéuticos] sin saber que no siempre se necesitan... confíe en su publicidad... pero no creo que los doctores [alópatas] lo vayan a reconocer nunca... no... significa dinero para ellos... y ¿sabes? A mis pacientes les gustan [los remedios]”.

Durante varios años, Teo (varón, 29 años) había trabajado como promotor de la salud para una dependencia pública. Como producto de la intervención pedagógica descubrió que:

“Ellos [la institución] nos engañan, me engañaron, perdemos tanto tiempo en esos... cursos para promotores de salud. Dejo a mi familia y mis cosechas desatendidas, necesito trabajar

muy duro para cubrir con las responsabilidades que me da la institución y no mejoro mi vida, tampoco las enfermedades de mi gente... ni siquiera tenemos suficiente material para hacer las pocas cosas que nos piden que hagamos”.

En términos de cambios en la diferencia:

Los participantes se nombraron “cuidadores” y definieron qué eran los cuidadores. En su definición se reconocen como:

“Nosotros trabajamos en donde no todos quieren trabajar... nuestro modo es diferente del de otras personas que se dedican a la enfermedad... somos parte de una comunidad... cuando atendemos a alguien, no nos podemos poner en la posición de médicos. [Lo que somos] está en nuestro propio modo y el tipo de conocimiento que tenemos”.

“[Un cuidador] es una base importante en nuestra comunidad... cuando nadie sabe, nosotros tenemos que investigar para lograr el punto de partida... uno es la clave para que los demás piensen sus soluciones... algunos nos hacen caso, otros no, no confían en nosotros... tenemos una manera similar de ver o dar respuestas... no tenemos título... eso hace que nos interese menos el dinero... disfrutamos aprender”.

En cuanto a cambios en la subordinación de su conocimiento:

“...de hecho creo que en realidad aprendemos muy poco en la escuela, solamente lo que es necesario para sacar calificaciones... pero, ¿qué tiene que ver eso aquí en esta comunidad? ¿Con nuestras cosechas? ¿Con nuestra vida aquí?” (Luz, mujer 35 años).

Los jóvenes médicos participantes como facilitadores en la intervención se refieren al conocimiento logrado durante su formación médica:

“...son los mismos textos que estudiamos durante nuestra formación médica pero, cuando los leemos aquí para los cuidadores, no solamente encontramos nuevos conceptos sino también qué equivocadamente los habíamos entendido, y qué inadecuados e incompletos son para explicar los problemas de salud” (Manuela y Pablo, 24 años).

Cambio en las inscripciones en el cuerpo

El marido de Olga (mujer, 33 años), ejercía violencia física contra ella y sus dos hijos. Como producto de la intervención, investigó sobre recursos legales para lograr que dejara de golpearla y lo demandó.

“La trabajadora social vino y habló con él... ahora ya sabe que me apoyan los abogados... me dijeron que si decido divorciarme, me van a ayudar... ahora es mi propia decisión... No es solamente amor, son los niños, soy yo... esto

[los golpes] no está bien... puedo ver por mí y mis hijos aunque lo extrañe”.

Olga no se divorció, pero el marido dejó de pegarle a ella y a los niños.

Elvira logró enfrentar a los médicos internos en su hospital regional en beneficio de la atención de su padre:

Elvira preguntó al médico el diagnóstico de su padre.

Médico: “tiene una insuficiencia valvular”

Elvira: ¿Cuál es la válvula afectada?

“El doctor estaba confundido y contestó de forma autoritaria y grosera: “No tengo que darte más explicaciones. Además, tú no podrías entender. No es mi obligación contestar. Ya he sido bastante amable contigo al informarte”. Y se fue. A partir de entonces, Elvira ejerció funciones de abogacía a favor de la atención de su padre” (Testimonio de Elvira).

Este ejemplo, además de mostrar el inicio de la bidireccionalidad necesaria como defensa a la invasión cuerpo-territorio, muestra la forma en la que se ejerce el poder médico aún desde etapas iniciales en su carrera profesional, buscando, con conciencia o sin ella, la limitación del capital, el espacio y la producción del espacio de las personas que buscan sus servicios.

En las características particulares del vínculo intersubjetivo que indefectiblemente emerge en las profesiones de la salud, sus problemas y sus prácticas, hay una posibilidad tanto de someter al ser humano, como de buscar su autonomía, para las profesiones que se ocupan de la bidimensionalidad humana. Las prácticas profesionales en el campo de la salud son una oportunidad de construcción de vínculos intersubjetivos, de capitalización y descapitalización para profesionistas e informantes y por lo tanto una posibilidad de cambio.

La mirada cualitativa crítica sobre los problemas de la salud no solamente puede ayudar en el mejor entendimiento de los determinantes sociales de las enfermedades y las inscripciones en los cuerpos, sino a buscar nuevos estatutos de la salud y a transformar las prácticas que limitan la capacidad ética de las personas, lo que significa devolver la humanidad, en el sentido de devolver o favorecer la reapropiación de las particularidades de su “ser”, a los humanos, a sus objetos, prácticas, e intenciones, es decir, a sus espacios y desde luego la autonomía de los cuerpo-territorios.

Referencias

- 1 Menéndez E. Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos* 1985; 8:263-296.
- 2 Foucault M. *The birth of the clinic: an archeology of medical perception*. Londres: Tavistok Publications; 1973.
- 3 Heidegger M. *Being and Time*. USA: Harper and Row; 1963.

- 4 Merleau-Ponti M. *Phenomenology of Perception*. Londres: Routledge & Kegan Paul; 1962.
- 5 Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11(1): 11-18.
- 6 Gadamer HG. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 2001.
- 7 Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* 1981; 1(2):7-25.
- 8 Comisión de Determinantes Sociales en Salud. Primera actualización: imperativos y oportunidades para el cambio. [Internet] Organización Mundial de la Salud; 2005 [acceso 20 de julio de 2008]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/ImpandOpp%20Span.pdf.
- 9 Kickbush I. Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets de wellness revolution. *Health Promotion International* 2003; 18(4): 275-278.
- 10 Foucault M. *Discipline and punish. The birth of prison*. Nueva York: Vintage Books; 1977.
- 11 Chapela MC. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En: Guinsberg E, Jarillo E. La salud colectiva en México. Temas y desafíos. Argentina: Lugar Editorial; 2006.
- 12 Bourdieu P. *The logic of practice*. Londres: Polity Press; 1990.
- 13 Denzin N, Lincoln I. *The landscape of qualitative research. Theories and Issues*. Londres: Sage; 1998.
- 14 Gramsci A. *Quaderni delle carcere*. Turín: Garzanti; 1975.
- 15 Bourdieu P. *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Oxon: Routledge & Kegan Paul; 1986.
- 16 Robberechts L. *El pensamiento de Husserl*. México: Fondo de Cultura económica, Colección Breviarios; 1986.
- 17 Merleau-Ponti M. *Op. Cit.*
- 18 Habermas, J. *Knowledge and human interests*. UK: Polity Press; 1987.
- 19 Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva; 1970.
- 20 Foucault M. *Discipline and punish. The birth of prison. Op. Cit.*
- 21 Chapela MC. *The construction of critical knowledge for the development of human health*. Londres: Universidad de Londres; 2003.