

31261 52ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
CAMPUS IZTACALA**

**EL GRUPO OPERATIVO COMO DISPOSITIVO DIAGNOSTICO  
EN PERSONAL DIRECTIVO DE SERVICIOS DE SALUD.**

**T E S I S**

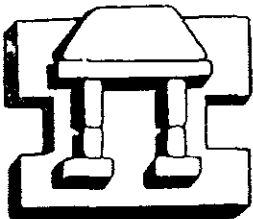
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRO EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD**

**P R E S E N T A:**

**LAURA PALOMINO GARIBAY**

Asesora: M en ISS Mirna Patricia Paredes Rivera  
Dictaminadores: M en ISS Javier Sandoval Navarrete  
M en ISS Ana Luisa González Cellis Rangel  
Dr. Mario Cárdenas Trigos  
MSP Martha Elba Alarcón



274192

**IZTACALA Los Reyes Iztacala, Edo. de México**

**1999**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## RESUMEN

Abordar el terreno de la salud desde la perspectiva de la psicología social tiene sus antecedentes en los trabajos desarrollados por Averastury (1985), Rodríguez y García (1997) y Baz (1997) quienes desde diferentes ópticas proponen constituirse en una disciplina de apoyo al trabajo médico en un inicio y posteriormente constituir un cuerpo teórico que de cuenta de los procesos de subjetividad que acompañan al fenómeno salud - enfermedad y las expresiones que adquiere en un momento histórico determinado.

**Objetivo:** Describir una experiencia de intervención diagnóstica de las relaciones que se establecen en la función profesional del personal directivo de servicios de salud empleando el grupo operativo como dispositivo de intervención.

**Metodología.** Se trabajó con directivos de servicios de salud, divididos en dos grupos participando en diez sesiones de discusión programadas previamente, así como una entrevista con cada uno de los participantes. Se empleó como forma de intervención la entrevista y el grupo operativo. Para el análisis del material empírico se realizó como una modalidad cualitativa el análisis del discurso grupal reconstruido.

**Resultados.** Se realizaron los dos talleres planeados participando 35 de 38 directivos de servicios de salud., encontrando que aún cuando para la institución existe éste personal bajo un solo nombramiento en la práctica la división de funciones ha generado un distanciamiento entre los miembros de ésta jurisdicción. Ambos grupos mostraron una gran resistencia a abordar situaciones personales. Como productos de la intervención grupal se encontró el romper estereotipias, se integró el esquema conceptual referencial operativo (ECRO), y se llegó a la pretarea.

**Conclusiones.** Se sensibilizó a los participantes en la necesidad de reconceptualizar sus relaciones como algo más que un acontecer compartido, en todo caso como una serie de aconteceres que se presentan en el aquí y el ahora en un sujeto con una presencia consciente e inconsciente que se juega en lo real y lo simbólico y sus formas de percibir están relacionadas con una verticalidad y horizontalidad presentes en sus relaciones laborales, interpersonales y de prestación de servicio, es decir un sujeto social.

## INDICE

	Página
Introducción.	1
Antecedentes.	5
Capítulo 1 Referentes conceptuales.	9
Capítulo 2 Los servicios de salud.	22
Capítulo 3 El sujeto en los servicios de salud.	38
Antecedentes.	42
Capítulo 4 Trabajo grupal y sujeto.	56
Grupo Operativo.	59
Concepto de grupo operativo.	62
<i>El grupo operativo como dispositivo de investigación.</i>	69
Capítulo 5 Propuesta metodológica	73
i. Planteamiento del problema e hipótesis	73
ii. Método	75
iii. Diseño de la investigación	83
Los sujetos de la investigación	84
Limitaciones del estudio	85
Técnicas y procedimientos	86
Procedimientos para el análisis	87
Capítulo 6 Resultados	89
El Material obtenido.	89
Los Sujetos	92
Del origen al aquí y ahora	96
Quiénes somos	98
y..... ¿la Institución?	100
y ...¿las relaciones con sus compañeros?	103
Las entrevistas	105
El trabajo grupal	106
Grupo no. 1	112
Encuadre	113
La temática	114
Los participantes	115
Grupo no. 2	120
Encuadre	121
La temática	122
Los participantes	124
A manera de reflexión	129
Conclusiones	134
Bibliografía	136
Anexo 1	140
Anexo 2	142

## INTRODUCCION.

Inicio este trabajo planteando una de las mayores limitantes para la realización del mismo, *la definición del lugar desde donde realizar el planteamiento teórico*, esta interrogante no surge en este momento, ha sido parte de la compañía que he tenido a lo largo de mi formación.

La Investigación de Servicios de Salud posee una lógica de conocimiento articulada por un discurso que desde lo científico construye formas explicativas de los procesos que se dan en la organización de los servicios de salud, a la par que propicia la generación de alternativas a los problemas que en ese terreno se manifiestan. Dos elementos destacan en particular: la lógica investigativa que surge con el aval de lo científico, y, el considerar los Servicios de Salud como campo de acción de la investigación, ambos elementos que constituyen el objeto de estudio de la disciplina, requiere de una serie de interrogatorios que desde la realidad propicien la discusión y generen formas de conocimientos actuales pertinentes a una sociedad como la Mexicana, a partir de lo anterior, se propone realizar un recorrido por una interpretación diferente -mas no por ello sin fundamentos- de la lectura tradicional que se genera desde el paradigma de los Servicios de Salud.

La construcción de una lectura alternativa, y sería muy ambicioso suponer que se puede hacer en este documento, transita por el planteamiento de una serie de interrogantes con sus correspondientes intentos por resolverlas, así como por la búsqueda de opciones explicativas que constituidas como discurso evidencian interpretaciones de la realidad y como *opciones del conocimiento* requieren de ser cotejadas con el consiguiente camino de ser problematizadas como opciones de conocimiento.

La pregunta que surge a partir de lo anterior es ¿por qué? La principal razón está en la formación de quién suscribe el texto, razón básica si se considera que "Un objeto de investigación, por más parcial y parcelario que sea, no puede ser definido y construido sino en función de una problemática teórica que permita someter a un sistemático examen todos los aspectos de la realidad puestos en relación por los problemas que le son planteados"<sup>1</sup> desde esta perspectiva el interés de abordar propuestas teóricas que emerjan de las Ciencias Sociales adquiere particular importancia, toda vez que el campo de trabajo de la Investigación en Servicios de Salud refiere como sujetos de su acción a seres humanos que además de realizar alguna actividad laboral, establecen vínculos con el ambiente que les rodea, integran relaciones con los compañeros, generan formas explicativas de su realidad, independientemente que éstas sean ciertas o no, es decir se manifiestan procesos objetivos y subjetivos donde el principal actor es aquel que lo realiza, un sujeto pensante, actuante y con una subjetividad que lo diferencia del resto de la gente.

---

<sup>1</sup> Bourdieu P., Chamboredon J.C., Passeron J.C. (1983). El Oficio de Sociólogo. Siglo XXI editores,

Por otro lado existen una serie de elementos que tanto en lo teórico como en lo aplicado pueden enriquecer el campo de la Investigación de Servicios de Salud, fronterizos en su mayoría con disciplinas eminentemente sociales “el constante reclamo entre los usuarios de los Servicios Públicos, se resume en dos aspectos: buen trato y eficiencia; sin embargo, para el sentir general, lo que ciertamente caracteriza a los servidores, son la deshumanización y la ineficiencia consciente”<sup>2</sup> esta apariencia de trato no humano generalmente está amparada por una formación donde al profesional se le ha enseñado a mantener una objetividad en el desarrollo de su trabajo.

Una premisa que guía este trabajo es el considerar que la lógica de construcción del conocimiento en las ciencias sociales es diferente a la dominante en las ciencias naturales. La relación epistemológica que se establece es diferente, para un investigador de las ciencias naturales que para uno de las ciencias sociales, debido a que el objeto de estudio existe exteriormente de él en el primer caso, no así en las ciencias sociales, donde el objeto de estudio se encuentra inserto en él “ya que en tanto individuo, participa en la realidad social que investiga”<sup>3</sup>. Desde esta perspectiva la Investigación en Servicios de Salud, en lo referente al trabajo con recursos humanos, requiere de una participación más amplia de los elementos derivados de las disciplinas sociales.

En el presente trabajo se fundamentará la investigación desde una perspectiva

---

5ª. Edición. México.

<sup>2</sup> Domínguez M.O. (1993) La calidad en servicios de salud. Metodología de casos. Limusa. México.

<sup>3</sup> Vázquez H. (1987) Sobre la epistemología y la metodología de la ciencia social. Universidad

centrada en las Ciencias Sociales, de inicio se describirán los elementos que como Marco de Referencia guiarán el trabajo, posteriormente los aspectos teóricos que integran la propuesta de intervención, en un tercer momento se desarrolla el fundamento de la intervención grupal, en el apartado de metodología se describen las formas de trabajo que se desarrollaron, posteriormente se presentan de manera cualitativa los resultados y análisis de la información y, en las conclusiones se comparan los elementos teóricos y los que se derivaron de la intervención.



## **ANTECEDENTES.**

El programa de atención a la salud para áreas marginadas surge en 1980, con el propósito de proporcionar servicios de salud a la población marginada que se concentraba en el área de Tlalnepantla, *dos características hacían especial este tipo de trabajo*, la presencia de los promotores de desarrollo integral de atención primaria (Prodiaps); y la integración del equipo de salud compuesto por módulos, *que incluyen a un médico y uno o más prodiaps con una función más cercana al trabajo comunitario.*

La función desarrollada por este modelo a lo largo de poco más de quince años, ha sido básica para el cambio de *patrón de morbi-mortalidad del municipio*, sin embargo existen algunos aspectos principalmente del orden de las relaciones humanas que de superarse propiciarían un avance todavía mayor.

*Es importante mencionar que todo proceso donde hay interacción de grupos humanos genera tanto expectativas como prácticas diferenciadas del cumplimiento de las metas o de las funciones asignadas, de ahí que se considere pertinente realizar continuos procesos de análisis grupal, de las formas que ha adquirido el grupo en su constitución como tal y en el cumplimiento de la tarea.*

Por otro lado, los recursos humanos que realizan trabajo en salud tienen como demanda el ejercicio de lo interdisciplinario o por lo menos de lo multidisciplinario, ya que su función profesional posibilita interactuar con diferentes profesionales.

Estos conceptos además de estar en constante reformulación en lo teórico, en el terreno de la práctica ofrecen limitaciones tanto en las estrategias que se deben generar como en las formas en que se conceptualizan las responsabilidades profesionales.

Finalmente, es importante mencionar que el funcionamiento oportuno de cualquier institución o programa depende del factor humano, y en la medida que se *estructuren programas de apoyo como resultado de la reflexión de su quehacer profesional se realizarán intervenciones más oportunas y acordes a las necesidades de cada institución.* En este terreno es conveniente mencionar que existen antecedentes de trabajo, ya que en 1991 en el Centro de Salud Reforma Urbana se realizó trabajo grupal para la facilitación del trabajo multidisciplinario encontrando en ese momento una gran disposición por parte del equipo de salud en participar en las dinámicas de trabajo para afrontar los problemas que se generaban en la institución.

El presente trabajo se ubica en una Jurisdicción de Servicios de Salud del Municipio de Tlalnepantla, donde el modelo de atención a la salud mencionado continúa siendo la política vigente para el ejercicio profesional de los participantes, *sin embargo a lo largo del tiempo han existido cambios, actualmente se puede observar una serie de conflictos que limitan el funcionamiento tanto de la institución como de los prestadores de servicios, manifestando ambas partes inconformidad, por un lado la institución menciona situaciones tales como "apatía en el trabajo, abandono de funciones, falta de respeto a la autoridad, etc. "* y por otra parte los equipos de salud manifiestan que "no se reconocen méritos, no hay

reconocimiento del trabajo, se asignan dobles funciones, etc." <sup>4</sup> Lo cual lleva a considerar de importancia la intervención en el diagnóstico de la situación descrita y a la vez facilitar formas de trabajo tendientes a superar las limitantes que se logren detectar.

El psicólogo social, profesional capacitado ampliamente en el diagnóstico, conducción, retroalimentación e intervención en grupos tanto institucionales como no institucionales, se propone llevar este tipo de repertorios a un terreno que aunque fronterizo nos compete como profesionales en el área de la salud, de ahí que se seleccione intervenir al nivel de prestadores de servicios, para facilitar el cumplimiento de la tarea que profesionalmente se ha asignado en el terreno de la demanda empírica, y en el terreno de la construcción del conocimiento contribuir a la incorporación de lecturas alternativas de los procesos que se abordan desde lo empírico.

Dado que la forma de trabajo que se propone implica el campo de la Psicología Social, es pertinente mencionar los elementos que guiarán este trabajo:

- a) Describir los elementos conceptuales para una lectura alternativa de los procesos psicosociales que se gestan en los servicios de salud.
- b) Reflexionar sobre los antecedentes de trabajos de éste tipo que permiten abordar desde diferentes lugares las relaciones entre objeto y sujeto.
- c) Asumir la responsabilidad de la elaboración de propuestas de trabajo desde la psicología y de la psicología social de la salud en particular.

---

<sup>4</sup> Se realizaron entrevistas con el personal de salud tanto el jefe Jurisdiccional como los

- d) *Generar un programa de trabajo con base a las necesidades sociales, institucionales y profesionales de este grupo profesional, esto implica desarrollar ciertas pautas para la reestructuración del trabajo, pues se considera que toda crítica lleva impresa la posibilidad de creación de nuevas perspectivas porque es a raíz del conocimiento de las prácticas erróneas y de las limitaciones, que se construyen alternativas de acción grupal acordes a la realidad.*
- e) *Reconceptualizar los propósitos del quehacer profesional que integra como equipo a los trabajadores de la salud en la prestación del servicio como meta de trabajo para estos profesionales, construyendo un elemento de discusión con la intención de comparar la diferencia en la filosofía de servicio y la de calidad del mismo.*
- f) *Sensibilizar al personal en la importancia que adquiere la visión del trabajo y de los efectos de ésta. Analizar la importancia de la filosofía que define el quehacer profesional puesto que ésta definirá los alcances y limitaciones, así como las perspectivas de trabajo que se desarrollen como equipo de salud.*

## Capítulo 1

### REFERENTES CONCEPTUALES.

Mencionar el conocimiento científico implica entrar en la discusión de *lo científico y lo no científico* sin embargo realizar un análisis exhaustivo de este tema sería, además de ambicioso, motivo de objetivos diferentes, no obstante se mencionarán los elementos que contribuyen a la construcción del discurso del cuál emerge el presente documento.

El conocimiento en tanto discurso. En ese sentido, Foucault "propone tratar todo lo que se dice en las ciencias humanas como: "objeto-discursivo". "...sin embargo, que es una teoría sobre el discurso-ortogonal a todas las disciplinas con sus conceptos aceptados, temas legitimados, objetos dados por sentado y estrategias preferidas, que producen tesis cuya verdad puede justificarse."<sup>5</sup> Habría que caracterizar entonces los discursos y sus implicaciones en el desarrollo del conocimiento.

Reconocer la existencia de diferentes discursos implica buscar salidas a los constantes desacuerdos entre los científicos naturales y sociales donde la

---

<sup>5</sup> Dreyfus H.L. Rabinow P. (1988) Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica.

justificación de un método o la explicación de la naturaleza de un problema ha contribuido a hacer más grandes los desacuerdos que los puntos de unión, si se considera que ésta divergencia ha posibilitado desarrollos diferentes para cada uno de los objetos de estudio y las herramientas que para su abordaje se han generado, se estaría ante dos paralelas cuya intersección no es posible.

La propuesta de Kuhn (1962) <sup>6</sup> de analizar las construcciones como paradigmas ofrece una alternativa a los diferentes momentos de construcción del conocimiento, así, si desde una óptica de la investigación básica con los criterios de validación del conocimiento que ésta supone se realizara un análisis de los elementos construidos por las ciencias sociales, regularmente se tendrían solo dos caminos, uno sería la descalificación de los elementos derivados de las ciencias sociales por ser difíciles de validar en un esquema experimental, otro camino sería la adaptación de los elementos técnicos que permitieran mostrar de manera más objetiva las afirmaciones emergidas desde lo social, incluyendo el trabajo estadístico y el énfasis en formas metodológicas haciendo posible el paso de lo no objetivo a lo objetivo, sin embargo los productos de cualesquiera de los dos enfoques que se aplicaran no mostrarían la especificidad de los procesos individuales, escaparían también de éstos análisis las formas de relación que establecen los individuos, se limitaría el conocimiento de los procesos de apropiación del sujeto de su realidad, entre otros, quizá si en el campo de acción de la Investigación de Servicios de Salud no aparecieran los seres humanos se podrían buscar conocimientos universales, sin embargo, el principal actor de los

Servicios de Salud es el *individuo*, ya sea como usuario o como gestor de los mismos, por lo tanto sería prudente considerar el momento actual como un momento de interrogación disciplinaria, donde la búsqueda de respuestas a problemas que involucran a los seres humanos se pudiesen constituir en momentos preparadigmáticos, cuyas funciones y alcances permitirían su tránsito a un nuevo paradigma.

Propuestas como la anterior se formulan en diferentes ámbitos, en el terreno de la salud actualmente se están desarrollando modelos más amplios para abordar fenómenos que en otro momento habían tenido una validación numérica, López Moreno y col. (1998) <sup>7</sup> al estudiar la morbilidad recurren a un análisis de las diferentes teorías científicas y los modelos causales que se utilizaron en cada uno de esos momentos, destacando cómo cada uno de esos momentos señaló diferentes aspectos, los procesos patológicos, los elementos ambientales, o incluso los mercados económicos, "Por lo anterior, resulta extraño que la filosofía de las ciencias sea un asunto que interese poco a los investigadores, Este desinterés resulta todavía más inquietante si tenemos en cuenta que en la actualidad, las distintas disciplinas científicas buscan acceder a los recursos disponibles en forma proporcional a su grado de científicidad. De ahí que la importancia de esta reflexión no solo tenga consecuencias teóricas y de largo plazo, sino efectos prácticos casi inmediatos".<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Kuhn. ,op.cit.

<sup>7</sup> Lopez-Moreno S, Corcho-Berdugo A, López-Cervantes M. (1998) La hipótesis de la comprensión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. Salud Pública Mex. 1998;

Interrogar el paradigma más conocido es una tarea actual y por lo mismo un ejercicio de estructuración de propuestas cuya finalidad a mediano y largo plazo contribuyan a un discurso alternativo en el terreno de los servicios de salud.

Cuando se habla de los Servicios de Salud se hace referencia a una serie de instituciones cuyo encargo social es la prestación de Servicios médicos y asistenciales, sin embargo se olvida el origen de estas instituciones, se desconoce a que tipo de políticas y propuestas de conocimiento obedecen, así como los mecanismos de organización que garantizan su permanencia. Se deben conocer entonces los momentos bajo los cuales se articularon los diferentes *saberes*, se institucionalizaron y crearon *verdades* científicas se instrumentaron mecanismos de control y represión en el ejercicio de un *poder* que ha permitido se reproduzcan formas de organización y reproducción del sistema.

Los ejes de análisis propuestos por Foucault, servirán como guía para la exposición de los diferentes momentos por los que ha transitado el discurso de la prestación del servicio de salud. Para el autor, el saber es el resultado de diversas combinaciones entre lo enunciable o mencionable de cada estrato o formación histórica y lo visible. Tanto lo visible como lo enunciable no se presentan de manera inmediata porque aún cuando no están ocultas o no son inmediatamente legibles requieren de diferenciaciones entre los hechos y los complejos de acciones, "complejos sensoriales que salen a la luz"<sup>9</sup>, así mismo habría que

---

40:442-449.

<sup>\*</sup> Lopez-Moreno. Op.cit.

<sup>9</sup> Deleuze G. (1987). Foucault. De. Paldos. México



diferenciar entre una frase, una palabra, porque se deberán buscar las funciones del sujeto, las funciones del objeto y las funciones del concepto en la integración de los enunciados. "Una institución implica enunciados y a la inversa, los enunciados remiten a un medio institucional, sin el cual no podrían formarse ni los objetos que surgen en tales localizaciones del enunciado, ni el sujeto que habla."<sup>10</sup> El saber pues implica enunciados y visibilidad que manifiesta comportamientos e ideas en situaciones específicas, enlazadas ambas en un juego de búsqueda de lo verdadero, aclara el autor, que esto solo es posible de observar a través de las problematizaciones donde se manifiestan las prácticas del ver y del decir.

En cuanto al poder, éste parece ser un producto de la constitución del campo del saber, mismo que contribuirá a fortalecer las relaciones del poder, el cual parece ser más una estrategia que una propiedad, es un efecto, donde se establecen relaciones que más parecen disposiciones, funcionamientos, de ejercicio de una verdad que de posesión. Las instituciones y los aparatos se integran en un conjunto que se encuentra unido por núcleos de poder y propuestas disciplinarias que articulan el saber. "El poder más que reprimir produce realidad y más que ideologizar, abstraer u ocultar produce verdad".<sup>11</sup>

De manera general puede decirse que mientras que el poder está integrado por relaciones de fuerza, el saber está integrado por las relaciones de formas y funciones permeadas por dos condiciones ver y hablar. De igual manera ésta

---

<sup>10</sup> Deleuze G. Op.cit.

condición implica a un sujeto, él cuál en ese devenir construye su subjetividad.

Conocer el mundo que lo rodea ha sido un problema para el hombre desde la antigüedad hasta nuestros días, si se realiza un recorrido en la historia de la ciencia y en la historia de la filosofía, encontraremos un concepto de hombre y de relación de éste con el conocimiento, es decir la relación de cómo él sujeto conoce al objeto, lo cuál nos remite a la historia de las ciencias o en el menor de los casos a la historia de una ciencia en particular,

"La historia de la filosofía es la historia de los cambios impuestos a la filosofía por la producción de revoluciones científicas"<sup>12</sup> desde ésta perspectiva a toda producción, explicación o propuesta de explicación de un fenómeno le continúa un orden lógico capaz de generar axiomas, teorías, modelos, etc., que de cuenta de sus implicaciones y genere un orden filosófico que permita mantener una coherencia interna. Así, para Platón "El sujeto empírico, el cuerpo con sus órganos sensoriales y sus experiencias, no es otra cosa que una materia imperfecta; el auténtico sujeto del conocimiento es el alma". "La ciencia es el resultado del reencuentro de la esencia del sujeto, el alma con la esencia del objeto"<sup>11</sup> esta vertiente que justifica el pensamiento más tradicional y metafísico, es superada por la propuesta de Aristóteles, quien además de suplir la forma de pensamiento, incorpora el orden naturalista, y por lo tanto el énfasis en el empirismo, "Todo lo que hay en el intelecto ha pasado previamente por los sentidos, y no hay nada en

---

<sup>11</sup> Deleuze G. Op.cit.

<sup>12</sup> Althusser L. (1972) en Braunstein N. Relación del sujeto y el objeto. Psicología, Educación y Ciencia, Siglo XXI. México.

el intelecto que no reconozca un origen sensorial". "La función el intelecto es captar formas que tienen una existencia real pues están consustanciadas con los objetos materiales..."<sup>14</sup>

En la primer propuesta, la concepción de sujeto entra en el orden de la fenomenología, y tiene influencia en las ciencias que explican el conocimiento del individuo, incluso en la psicología hay propuestas de conocimiento que buscan "un Yo puro que intuye la esencia de los fenómenos y trasciende este mundo de ilusiones para alcanzar Verdades intemporales"<sup>15</sup> y a la par ha generado un desarrollo de propuestas de trabajo a través de diadas de análisis, alma-cuerpo, innato-adquirido, etc.. Aristóteles por su parte introduce la experiencia sensorial del sujeto, y éste se constituye en un interactivo con el objeto, se genera una propuesta de vínculo con el objeto "hay una verdad que está en el objeto y que debe ser encontrada por el sujeto..."<sup>16</sup> el sujeto en tanto ente cognoscente interactúa con su medio, y desde allí el sujeto es capaz de establecer una interpretación del objeto ligada con un referente sensorial.

Esta forma de pensamiento aún cuando de manera organizada manifiesta una lógica del conocimiento no abre la puerta a los avances que se propiciarían al acumularse una serie de interrogantes sobre la existencia del sujeto y del objeto, la historia parece cambiar al surgir las propuestas de Copérnico y Galileo, donde la astronomía y la física imprimen diferentes estatutos de conocimiento, Descartes,

---

<sup>13</sup> Braunstein N. (1983). Op.cit.

<sup>14</sup> Braunstein (1983) op.cit.

<sup>15</sup> Braunstein op. cit.

trasciende la propuesta de interacción y contemplación del sujeto, propone la existencia de un tercer plano, la racionalidad producto de una idea, es decir el sujeto era capaz de integrar una serie de reflexiones, discusiones y propuestas en el plano de la abstracción, se proponían dos planos de existencia de la realidad, la del pensamiento cuya existencia es inmaterial e ilimitado, y la del cuerpo que se encuentra circunscrito en el espacio, en el terreno de las ciencias del hombre esto impregnó el conocimiento dando origen a lo que se conoce como el dualismo psicofísico. Para la relación sujeto-objeto se abre un terreno extenso, se trasciende la idea de la existencia de la dualidad sujeto- objeto y se incorpora un tercer elemento: sujeto físico extenso, sujeto espiritual inextenso, y objeto, se inicia el trabajo sobre la existencia de lo que más tarde daría origen a la teoría sobre la subjetividad.

Importante es conocer los orígenes de ésta forma de pensamiento, sin embargo solo se señalarán los momentos claves en los que se ha avanzado en éste tipo de disputas, así, se puede hablar de paralelismo psicofísico, materialismo mecanicista, monismo idealista, monismo materialista empirismo, objetivismo extremo, fisiologismo, subjetivismo extremo, entre otros.

De estas propuestas destacan elementos que han dejado huella, el empirismo de Hobbes, Locke y Hume (1640-1770) incluso proponen que las imágenes, pensamientos, representaciones se originan en sensaciones elementales que se asocian entre sí en sistemas cada vez más complejos, de ahí que fuera posible

---

<sup>16</sup> Braunstein op. cit.

desarticular el cúmulo de experiencias hasta llegar a una explicación de ellas, y destacan al objeto como fuente de sensaciones y conocimiento para el sujeto, la herencia que se deriva de ésta escuela de pensamiento ha propiciado el trabajo experimental en el conocimiento del hombre, objetivando lo perceptual y emocional que constituyen lo no visto del sujeto. Wundt, y Fechner para la psicología serían los principales exponentes de éste punto de vista, básica es su propuesta de la percepción sistemática del sujeto, de ésta posibilidad surgen una variedad de interpretaciones que van desde la existencia ligada a la percepción (Berckley y Humme) hasta la necesidad de crear una psicología experimental de las emociones y percepciones (Wundt y Fechner). Un obstáculo epistemológico propició el surgimiento de trabajos que contraron el interés en otras modalidades de conocimiento, Hume (1776) afirmó que el conocimiento es imposible, la realidad es incognoscible, esta afirmación que fue considerada como un suicidio filosófico donde el conocimiento parecía detenerse sentó las bases para la propuesta Comtiana de ruptura epistemológica donde se ubica un nuevo campo para las ciencias a éstas no les interesa explicar los orígenes de los fenómenos, ahora, a las ciencias les interesará describir los fenómenos y hallar sus leyes con el propósito de predecir el curso de los mismos, el sujeto y objeto de la investigación dejan el campo de interés a los hechos, a lo observable, a la realidad positiva que no tiene otra misión que la descripción de los fenómenos, que deben ser descritos, registrados, clasificados y cuantificados. Para las ciencias humanas, sociales o aquellas que derivan su objeto de estudio de un campo no objetivo se abre un gran obstáculo para su constitución científica, la imposibilidad de mostrar de manera objetiva y a la par experimental los hechos relacionados con el ser

humano tanto sociales como de constitución subjetiva del individuo.

Pragmatismo y positivismo lógico, o neopositivismo, surgen como las grandes escuelas de pensamiento que tendrán como encargo la construcción de una ciencia, en la psicología se origina el conductismo como escuela encargada de convertir a la psicología en ciencia, en el terreno de la herencia fenomenológica se constituyen diferentes vertientes de acercamiento al vínculo entre sensación y percepción para el conocimiento del objeto, destacan las propuestas de la Gestalt, y de Piaget como los pilares de esta forma de abordar al sujeto, de particular importancia es la aportación que estas escuelas proporcionan al conocimiento del individuo, sus puntos de partida son opuestos, sin embargo en ambas situaciones objeto y sujeto son independientes, y ambos requieren de una experiencia empírica para su abordaje, mientras que para el conductismo lo es la sistematicidad a través del método experimental, para la corriente cuya herencia es la fenomenología, la experiencia que el sujeto construye a partir de la relación con el objeto, centra su atención en explicaciones perceptuales donde la voluntad del sujeto no interviene, en todo caso es la experiencia sensorial la que conduce a una relación con el funcionamiento biológico del sujeto, o la incorporación de propuestas de otras ciencias, por ejemplo de la física al estructurar los fenómenos de estudio en un "campo", a partir del cual los eventos ambientales y/o las relaciones con los otros pueden constituir el campo del sujeto, desde esta propuesta son factibles de abordar elementos grupales y de conciencia y explicarlos como manifestaciones del colectivas olvidando que lo colectivo no es la sumatoria de lo individual, y por supuesto que la conciencia y el sujeto son dos

conceptos que la psicología ha empleado para explicar fenómenos evidentes y aquellos que poseen una intencionalidad o donde se deposita lo que no es explicable, se abre entonces una posibilidad de carácter científico de este elemento cuando desde la física el concepto de campo incluye también las manifestaciones del sujeto en un ambiente inmediato y en el complejo mundo de la organización física del mundo y de los estímulos que deben buscarse y que interactúan con el sujeto.

De lo anterior queda una interrogante, e inicio de esta exposición, ¿desde dónde acceder a la realización de la investigación?. Como se ha planteado, la forma de conceptualizar la relación entre objeto y sujeto de investigación tiene implicaciones tanto en lo explicativo, es decir en el empleo de conceptos y teorías que guían la lógica investigativa, como en el empleo de formas de acceder al objeto de estudio a través de metodologías y técnicas a las cuales subyace un referente conceptual " Al aprender un paradigma, el científico adquiere al mismo tiempo teoría, métodos y normas casi siempre en una mezcla inseparable. Por consiguiente, cuando cambian los paradigmas, hay normalmente transformaciones importantes de los criterios que determinan la legitimidad tanto de los problemas como de las soluciones propuestas."<sup>17</sup>

"El objeto de las ciencias es un producto teórico, el resultado de un trabajo de transformación de una materia prima ideológica que, ella si, es en última instancia una representación de origen sensorial. Ese objeto teórico no es la esencia, el

---

<sup>17</sup> Kuhn, op. cita.

noúmeno, de las cosas sino una solución siempre inacabada frente a una incapacidad o una insuficiencia anterior en la explicación del modo de producción de los fenómenos. En síntesis, el objeto de las ciencias no es ni la cosa ni la esencia sino un producto de la actividad teórica de los científicos.”<sup>18</sup> Desde ésta perspectiva compartida por quien suscribe el texto, la producción de la ciencia está supeditada a los elementos que cada momento histórico produce, el objeto de estudio por lo tanto depende no de descubrirlo como dirían los empiristas, ni de contemplarlo como dirían los fenomenólogos, ni lo configuraría de acuerdo a “x” categorías como propondrían los Kantianos, por el contrario lo produce el científico que al amparo de una corriente teórica o inmerso en una ruptura epistemológica pretende dar una respuesta conceptual a problemas ú obstáculos que en un determinado momento surgen para las disciplinas.

El acceso entonces a la investigación procede de considerarse inmerso en un momento histórico el cual tiene una organización económica, “ Cada grupo social, naciendo en el terreno originario de una función esencial del mundo de la producción económica, se crea conjunta y orgánicamente uno o más rangos de intelectuales que le dan homogeneidad y conciencia de la propia función, no sólo en el campo económico sino también en el social y en el político...”<sup>19</sup>

Aún cuando ya se mencionó este elemento de análisis, y el trabajo de Foucault es mucho más amplio para explicar el vínculo entre saber y poder, Gramsci (1982) plantea las bases para identificar la estrecha relación entre el momento

---

<sup>18</sup> Braunstein, op. cit.



económico, histórico y la producción del conocimiento, menciona que "No hay actividad humana de la que se pueda excluir toda intervención intelectual, no se puede separar al hombre faber del hombre sapiens. Cada hombre considerado fuera de su profesión despliega una cierta actividad intelectual, o sea es un filósofo, un artista, un hombre de buen gusto, participa en una concepción el mundo, tiene una línea de conducta moral, y por eso contribuye a sostener o a modificar una concepción del mundo y a suscitar nuevos modos de pensar"<sup>20</sup>

investigar entonces nos traslada a la posibilidad de pensar desde diferentes lugares el mundo que nos rodea, lugares que no son determinados para siempre ni acabados, asumiendo de manera objetiva los elementos que se han heredado histórica y filosóficamente al conocimiento disciplinario, condición que de alguna manera inscribe al investigador en el terreno de la responsabilidad con el conocimiento, si el objeto de estudio es determinado históricamente, el sujeto cognoscente está inmerso de igual manera en un momento histórico, el cuál le hereda obstáculos epistemológicos, referentes teóricos validados por el grupo predominante en la construcción de la ciencia, interlocutores comprometidos con una forma de percepción del mundo, se inserta pues en un mundo de apariencias, en la búsqueda de esencias de los fenómenos, desde esta perspectiva es difícil creer que el sujeto deba y pueda mantener una neutralidad en la construcción del conocimiento, muy por el contrario en la visión del fenómeno, la neutralidad sería pues más un obstáculo<sup>21</sup> que una característica de la producción del conocimiento.

---

<sup>19</sup> Gramsci, A. (1982). Los intelectuales y la organización de la cultura. Juan Pablos Editor, S.A.

<sup>20</sup> Gramsci, op. cit.

<sup>21</sup> En este terreno Sánchez Vázquez, plantea para las ciencias sociales la neutralidad como un obstáculo para el crecimiento.

## Capítulo 2

### LOS SERVICIOS DE SALUD.

La reflexión de los Servicios de Salud toca de manera inmediata el discurso académico sobre la salud en México dado que éste es producto de los procesos ideológicos que derivan de las prácticas en que se encuentran comprometidas tanto la medicina como los profesionales de la misma. Córdova Lear y Martínez (1989)<sup>22</sup> proponen como categorías de trabajo: I.- Las instituciones prestadoras del sector salud (IMSS, ISSSTE, DIF, CIJ) y en los órganos descentralizados considerados como institutos de investigación relacionados con alguna especialidad médica. II.- Los organismos internacionales relacionados con la salud. III.- Los centros de educación superior.

En esta propuesta coinciden los elementos normativos, los *saberes*, y los procesos de instrumentación de esos saberes, el ejercicio del *poder*, el vínculo entre instituciones prestadoras de servicios y las académicas que participan en la integración del conocimiento, remiten a la profesión que de manera hegemónica

---

<sup>22</sup> Córdova A., Leal G., Martínez C.(1989). El discurso académico sobre la salud en México.

ha constituido este campo de conocimiento, *la medicina*. El profesional derivado de esta formación a través de los diferentes momentos sociales ha generado modelos explicativos del fenómeno salud enfermedad y ha probado formas de organización acordes a ese tipo de conceptos. Continuando con la lógica del trabajo sería importante recuperar la historia de las instituciones prestadoras de servicios, y el tipo de paradigma que se encuentra inserto en la práctica médica tanto en el ámbito individual como colectivo; ambas situaciones permitirán identificar el encargo social que se les demanda a los prestadores del servicio y el margen de acción que poseen.

**I.- Los Servicios de Salud en México** tienen su antecedente en la época posrevolucionaria, dado que en la colonia y aún en el periodo independiente los Servicios de Salud eran proporcionados por instituciones caritativas, con la revolución mexicana, el Estado asume la responsabilidad de la prestación de los servicios, en 1917<sup>23</sup> el año de la promulgación de la constitución es también el año en que se creó el Departamento de Salubridad, sin embargo es hasta el año de 1934 cuando surge de manera organizada la primer respuesta a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, bajo éste régimen se deslindaba la responsabilidad del gobierno federal en la prestación el servicio y se le otorgaba a las entidades federativas. Hacia el año de 1937 surgen el Departamento de Asistencia Infantil y la Secretaría de Asistencia Pública. En 1943 se fusionan Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de

---

Universidad Autónoma Metropolitana.

<sup>23</sup> Soberón A. G. (1982) El proceso de integración de los servicios de salud. Deslinde, Cuadernos de Cultura Política Universitaria. Diciembre de 1982.

Salubridad dando origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1983, se transforma la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la Secretaría de Salud<sup>21</sup>, asumiendo la responsabilidad de normatización en el ámbito central y de prestación de servicio de acuerdo al régimen de organización de la población, sin embargo la asistencia pasa a ser motivo de otro tipo de instituciones, surge entonces una de las respuestas más radicales del Estado en el terreno de la responsabilidad con la población, y muestra del cambio en la política económica, la transformación el modelo estatal se vierte en el Plan Nacional de Salud<sup>25</sup> continuando con la propuesta inicial en los años posteriores se establecen políticas de continuidad, destacan en este sentido las modalidades de organización de los procesos de descentralización, el énfasis en la Atención Primaria a la Salud y la incorporación de las políticas mundiales que al incorporarse México a Estados Unidos y Canadá mediante el Tratado de Libre Comercio le corresponde instrumentar<sup>26</sup>.

La organización de los servicios de salud se integra bajo el concepto de tipo de régimen, es decir existen diferentes mecanismos de prestación de servicio médico y de asistencia social, en 1943 se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social ligado estrechamente al artículo 123 constitucional que recomienda se establezcan mecanismos de protección a la salud de los trabajadores, de allí que su régimen esté formado de tres partes, el estado, los trabajadores y la patronal,

---

<sup>21</sup> Hacia un Sistema Nacional de Salud (1983). Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud -UNAM.

<sup>25</sup> Plan Nacional de Salud 1984-1988 (1984) Poder Ejecutivo Federal, México.

<sup>26</sup> Ruiz V. M.E.(1996) en Fernández R, y Pimentel R. Nuevas tendencias en las políticas y dispositivos de salud. En El sujeto de la salud mental a fin de siglo. Universidad Autónoma Metropolitana.

el servicio proporcionado es a aquellos empleados cuya cotización sea en este orden, se proporcionaron servicios de atención médica, y de asistencia social en aquellos aspectos relacionados con la continuidad laboral. Hacia el año de 1959 surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con un régimen bipartita, trabajadores y gobierno son los contribuyentes y usuarios de éste tipo de institución. En 1979 se establece el programa IMSS-COPLAMAR, donde se organiza una prestación de servicio a población abierta y es la continuidad del programa de solidaridad social iniciado en 1975, este programa permitió que se dedicara un espacio de atención a grupos poblacionales desprotegidos, por parte de una institución cuyo régimen emergía de situaciones diferentes, cabe aclarar que la mayor parte de los recursos de éste programa se proporcionaron por el gobierno federal.

La asistencia pública por otro lado, ha tenido también diversas transformaciones, en 1929 se estableció la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, siendo ésta una asociación civil en el año de 1961, se estableció como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia. En 1968 se creó la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, para en 1977 fusionarse ambas en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, al cual se le responsabiliza de los programas de asistencia pública en el terreno del apoyo nutricional, promoción de cuidados de la familia y de atención médica especializada del niño. En 1983 la asistencia social se centra en la atención a la infancia y se comisiona al ahora Instituto Nacional de Pediatría la atención médica y se desplazan los mecanismos de asistencia a una responsabilidad por entidad federativa. En un

sentido más estrecho se van creando instituciones con población cautiva, es decir aquellas cuya prestación del servicio está enfocada a los trabajadores de instituciones específicas, Petróleos Mexicanos, Hospitales civiles, etc.

Como se puede apreciar la aparición del servicio de atención médica y seguridad social que posteriormente se denomina de servicios de salud, tiene un origen de conquista laboral y de mecanismo de respuesta estatal ante una población que había apoyado la emergencia de un nuevo orden social y económico, el modelo de organización estatal dejaba ver un estado paternalista donde las demandas sociales debían ser canalizadas a las instituciones y la respuesta debía venir del mismo orden, se observa entonces un estado netamente institucionalizado donde incluso el partido en el poder se autotitula Partido Revolucionario Institucional lo cual refleja el carácter normatizador de los diferentes momentos y expresiones de la colectividad, las instituciones desde éste enfoque se constituyen en organismos autónomos capaces de integrar de manera orgánica en el discurso saber y poder. El cambio en el rumbo económico marcó la tendencia de la organización estatal, el modelo de desarrollo alejado de las políticas del primer mundo permitía una erogación del gasto público sustancial para el mantenimiento de la clase no privilegiada.

En 1976 al pactar el gobierno mexicano con el Fondo Monetario Internacional se compromete a implementar una política con tintes monetarios que se caracteriza por restringir el gasto social y llevar a cabo una racionalización del gasto público, iniciándose una crisis que en el momento actual cobra expresiones que superan a

las expectativas con las que se inicia este planteamiento, "La crisis económica, a la cual los convenios con el FMI pretenden ofrecer una salida, está acompañada por una crisis política, que abre fisuras profundas en el sistema de dominación mexicano, que llegan en momentos hasta el cuestionamiento de la legitimidad del Estado entre sectores sociales importantes. Las grandes movilizaciones de 1968 y del periodo de 1972 a 1976, caracterizado por la insurgencia sindical y un sinnúmero de luchas en el campo y en las colonias populares en las zonas urbanas, son causa y consecuencia a la vez de esta crisis política, y apuntan a una redefinición en la relación de fuerza entre las clases dominadas y el Estado, lo que abre el campo de las reivindicaciones entre las cuales se ubican, entre otras cosas, los servicios de salud".<sup>27</sup>

De especial importancia es analizar la cobertura de los Servicios de Salud, éstos surgen con un régimen determinado socialmente y a la vez supeditan los servicios por proporcionar a una población determinada, lo cual pareciera validar la tesis de reivindicación de las clases trabajadoras, de las necesidades del capital para la reproducción de la fuerza de trabajo, y de las necesidades ideológicas y políticas del estado<sup>28</sup>; éste elemento destaca particularmente cuando se observa el financiamiento diferencial, siendo éste mayor para el IMSS e ISSSTE y el hecho de que los servicios de la SSA están dirigidos a la población urbana, esto da indicio de que la cobertura está dirigida a un grupo social que tiene capacidad contestataria o constituye una importante base social de apoyo al Estado como

---

<sup>27</sup> Laurell A.C.(1980). La política de Salud en la crisis económica: 1976 a 1978.Universidad Autónoma Metropolitana. México.

<sup>28</sup> Laurell A.C. (1980), op. cit.

son los empleados estatales y los sectores populares urbanos. El ingreso al modelo económico actual propició costos en el terreno de los servicios de salud dado que la política de austeridad golpeó en su inicio más duramente a ciertos sectores, los grupos más afectados fueron los trabajadores agrícolas, de la construcción y del comercio, que son los de menos organización y más fácilmente sustituibles.<sup>29</sup> En el terreno de la selectividad de la cobertura la afectación se dio en ciertos grupos de la mediana empresa donde se pagan los salarios más bajos, y en el terreno del programa de Solidaridad Social éste fue congelado y después reducido a sus últimas consecuencias dejando en el desamparo a los grupos más vulnerables de la población.

El discurso y la práctica de las instituciones de salud enfrentan momentos en los cuales debe adecuarse su visión de las políticas gubernamentales, sin embargo, hay aspectos donde se producen contradicciones obvias en los discursos, por ejemplo, el IMSS y el ISSSTE cuya tarea consiste en enfocar los problemas de salud de los trabajadores, para estas instituciones la población se encuentra en una situación equiparable a la de la población en general. "Esta falsa equivalencia cumple la función de atenuar las consecuencias económicas y políticas que sobre esos institutos -encargados del bienestar de los trabajadores- acarrearía dilucidar la relación que guarda con las condiciones de trabajo una parte sustancial de la patología que atienden."<sup>30</sup>

Un segundo elemento resalta el vínculo con la forma como se trata la patología

---

<sup>29</sup> Laurell A.C. (1980), op. cit.



laboral de los trabajadores, en el discurso estatal opera una doble reducción se trata a toda la población trabajadora como población en general, y luego se le trata sin las debidas especificaciones secto-ramales, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la Dirección General de Seguridad e <sup>30</sup> Higiene del Trabajo manifiestan una política de igualdad, todos los trabajadores disfrutan de derechos constitucionales semejantes, entre otros los que se refieren a los riesgos de trabajo.

En cuanto al enfoque de la prestación de la atención médica, ésta se advierte con un marcado énfasis en los aspectos biológicos, situación que permite abordar la homogeneidad de la población con criterios hegemónicos de enfoque discursivo, avalados con un claro desarrollo de la industria químico-farmacéutica, y solo hablando de patrones sociales de la enfermedad cuando éstos se refieren a grupos en riesgo.

**II.- En el terreno de los Organismos Internacionales** relacionados con la salud, su participación en estos momentos es de particular importancia, Ruiz Velasco (1996)<sup>31</sup> señala: "La situación de la atención a la salud se ha agravado profundamente. En los últimos años se observa una marcada polarización de las posibilidades de atención a los diferentes grupos sociales. Entre las situaciones que han contribuido a esto destacan:

- a) La firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos y

---

<sup>30</sup> Córdoba, Leal y Martínez (1989), op. cit.

<sup>31</sup> Córdoba, op. cit.

<sup>32</sup> Ruiz Velasco (1996), op. cit.

Canadá, que impone a nuestro país diversas condiciones, algunas favorables como la exigencia de respeto a los derechos humanos y civiles y la organización democrática de la vida pública del país; otras inconvenientes entre las que destaca el impulso de una práctica médica más tecnicada e inaccesible para grandes núcleos de población.

b) El ingreso a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (CODEE) que tuvo su primer impacto con el retiro de subsidios que se destinaban a programas de salud, al dejar de pertenecer México al grupo de los 77 países en vías de desarrollo.

c) En respuesta a las propuestas del Banco Mundial, en un marco de política económica neoliberal, las tendencias a la privatización de los servicios de salud. La salud como derecho social, tiende a convertirse en mercancía (Laurell A.C. 1994). La creciente entrega por parte del Estado al sector privado tanto lucrativo, como se ha hecho muy evidente con los seguros médicos, como al no lucrativo, fundaciones y otras Organizaciones no Gubernamentales que como emergentes se hacen cargo de lo que el Estado abandona.

d) La muy profunda crisis económica del país agudizada a finales de 1994.<sup>33</sup>

**III.- Los centros de educación** como productores de los saberes de los cuales depende cualesquier forma de organización, para el sector salud están integrados por las Escuelas y Facultades de medicina lo cual destaca un carácter gremial no existe otra disciplina cuya inserción sea posible en este amplio campo, incluso las propuestas administrativas surgen de este tipo de profesional, motivo por el cuál

---

<sup>33</sup> Ruiz Velasco (1996), op. cit.

sería interesante analizar su formación. La medicina oficial o científica se ha ido alejando poco a poco de los discursos de entrega, cuidado y acompañamiento del paciente, se ha acercado más a una tecnología o a una práctica más objetiva, la formación médica insiste en ubicar el problema de la salud o de la falta de ésta como un problema de salud pública, de esta manera se convierte en un problema social, que en el mejor de los casos sería un problema macro-socio-económico-político<sup>34</sup>. El saber médico es un saber sobre la enfermedad, no sobre el hombre, los criterios de científicidad y tecnologización contribuyen sustancialmente a la formación de éste discurso, el paciente, en tanto representación objetiva de la enfermedad no muestra para el médico los elementos subjetivantes que le constituyen en un sujeto, por el contrario se percibe solo una parcialidad en la enfermedad, sin embargo, esto es producto de una práctica formativa, “las estrategias de formación se centran de manera creciente en la necesidad de preparar a los futuros médicos para una competencia sin cuartel, que ha sido entronizada como el principal factor de progreso, y en el cuál solo sobrevivirán los que más se ajusten a las nuevas reglas del conocimiento”<sup>35</sup>.

Otro aspecto de importancia es la ubicación del emisor del discurso como trabajador del campo de la salud, ésta ubicación genética le permite fundar una tradición donde el problema de la salud es esencialmente un problema médico y el conocimiento que se derive de ello estará amparado por un criterio biológico. En cuanto a los Institutos o grupos médicos de investigadores cuando abordan

---

<sup>34</sup> Magaril G. (1996). La subjetividad y la formación médica. En Fernández y Pimentel. El sujeto de la salud mental a fin de siglo. Universidad Autónoma Metropolitana México.

<sup>35</sup> Magaril G. (1996), op. cit.

elementos relacionados con los aspectos sociales, lo científico del enfoque se ampara en el uso de “todo un aparato estadístico y epidemiológico que pretende mostrar la científicidad del enfoque”<sup>36</sup> La práctica médica en sí, se constituye con la visión de globalización heredada del modelo económico actual.

En el terreno de la salud pública, han existido cuatro connotaciones,<sup>37</sup> la primera equipara el adjetivo “pública” con la acción gubernamental, esto es en el sector público. El segundo significado remite la salud pública a los servicios ambientales o colectivos; el tercer uso es más amplio incluye el anterior y además propone los servicios de salud personales y dirigidos a grupos vulnerables. Finalmente la referencia a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad hace de la salud pública su elemento básico de crecimiento es decir la magnitud de la presencia de un problema refieren inmediatamente a elementos calificados como de salud pública.

Ante este panorama aparentemente coherente se han presentado, a finales de los años sesenta perspectivas que ponen en entredicho los avances del modelo médico, la patología que durante años parecía centrarse en la relación causal entre un evento patógeno y un ser humano cuando se enfrenta a problemas que requieren de una explicación de la presencia de ciertas enfermedades en colectividades y aún en individuos, no muestra un cambio en los patrones de morbimortalidad, surgen formas de interpretación más amplias donde se

---

<sup>36</sup> Córdova, A., Leal G., Martínez C., op. cit.

<sup>37</sup> Frenk, (1988). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción Salud Pública de México.

consideran elementos no médicos como factores causales, destacan por ejemplo los esfuerzos de formas explicativas como la ecológica: " Entre las pocas obras que versan sobre los modelos de causalidad y los fundamentos epistemológicos de la epidemiología, destaca la de M. Susser, 21 quien ve la enfermedad como un fenómeno poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados. Contrariamente a la interpretación universalista, este autor plantea que los fenómenos colectivos de salud tienen lugar de manera similar a un conjunto de cajas chinas, es decir, siguiendo un arreglo tal que un sistema contiene a otro subordinado, y los cambios en un nivel influyen sobre el subsistema correspondiente, pero no necesariamente sobre la totalidad del arreglo. De esta manera, las relaciones existentes en cada nivel, del molecular al social, son válidas únicamente para explicar estructuras de complejidad y jerarquía similares; es decir, no pueden ser generalizadas a otros niveles. Con esta propuesta, que denomina ecoepidemiología, Susser descarta al universalismo como fundamento de la investigación epidemiológica. El ecologismo de Susser se refiere a la necesidad de limitar las generalizaciones de los sistemas biológico, humano y social a los nichos que les son propios."<sup>38</sup>

Destacan también los esfuerzos en centrar la problemática en el terreno de los determinantes macroeconómicos y su influencia en la organización social, "Desde los finales de los sesenta se da una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica ó, por el contrario social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de

---

<sup>38</sup> López-Moreno, Corcho-Verdugo, López Cervantes (1998), op. cit.

la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual. Las razones del resurgimiento de ésta polémica deben buscarse tanto en el desarrollo de la medicina misma como en la sociedad en la cual se articula "... encuentra su explicación externa a la medicina en la creciente crisis política y social que acompaña y se entrelaza con la crisis económica."<sup>39</sup>

Una tercer posibilidad de explicación del fenómeno salud- enfermedad surge desde el trabajo con tintes extradisciplinarios, y es el tendiente a considerar al paciente como inserto en un proceso discursivo donde objetividad y subjetividad son partes fundamentales de su existencia y vínculo con el proceso salud-enfermedad " Quisiéramos reflexionar sobre algunos aspectos relacionados con el cuerpo, la enfermedad y sus imaginarios, también explorar cómo esos imaginarios se articulan con las prácticas de los profesionales en salud, y cómo estas prácticas actúan sobre las subjetividades a partir de un poder médico que las legitima. Trataremos de plantear algunas interrogantes con relación al sujeto, portador de un cuerpo y a los avatares y vicisitudes del enfermar, entendiendo el proceso de la enfermedad como algo construido en su interrelación con la sociedad y los imaginarios. No nos detendremos a analizar en todas sus dimensiones y complejidad este concepto, sino señalar cómo interviene creando significaciones y discursos y qué papel juega en la construcción de la enfermedad"<sup>40</sup>

Tres enfoques se identificaron en este transitar por los modelos discursivos de

---

<sup>39</sup> Laurell A. C. (1979). Salud, enfermedad como proceso social. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

<sup>40</sup> Fernández R.L. (1996) La enfermedad y el imaginario social. En Fernández R. L. y Pimentel M.

salud, no quiere decir que sean los únicos, sin embargo si parecen ser los dominantes, se puede afirmar que se encontraron algunas constantes, por ejemplo, la propuesta sociomédica y biomédica se articulan en torno a la búsqueda de una respuesta empírica al problema de la enfermedad, la articulación entre los saberes y el poder es innegable, las escuelas de medicina, la integración gremial, la integración de un corporativismo médico permiten permear de manera oportuna los conocimientos que sobre la patología se identifican, incluyendo aquellos elementos cuyas propuestas aparentemente de carácter social se insertan. Los determinantes biológicos se integran en un cuerpo de conocimientos de la enfermedad individual y la transición al terreno de lo colectivo es un crecimiento oportuno de las categorías discursivas, lo social se encierra en el terreno de lo ambiental, sin embargo en esta polémica destacan también los esfuerzos que durante varios años se han ido realizando en instituciones formadoras de recursos que tratan de problematizar el discurso hegemónico como La Universidad Autónoma Metropolitana, donde el trabajo investigativo refiere necesariamente a la búsqueda de alternativas paradigmáticas tendientes a integrar discursos alternativos a las explicaciones en salud dominantes.<sup>41</sup>

En el terreno de las constantes también destaca el interés de enfocar los problemas sociales como problemas administrativos, se hace un gran énfasis en la necesidad de proporcionar servicios con calidad, donde la optimización de recursos sea la parte fundamental, se oculta desde la administración las

---

El Sujeto de la Salud Mental a fin de siglo. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

<sup>41</sup> Destacan los trabajos desarrollados por Menéndez, Laurell, Martínez P., Córdova, Baz., Delahanty., Matrajt., entre otros y las vertientes académicas desarrolladas tanto en la

relaciones que se establecen en los seres humanos que de alguna manera tienen influencia en el desarrollo de la actividad tanto de prestación del servicio como de planeación y normatización del mismo, lo cual permite incorporar herencias del conocimiento médico neutral y permea las demandas que desde los organismos internacionales relacionados con la salud se proponen, el modelo administrativo de mejoramiento de los servicios de salud, se constituye en una aparenzialidad de la problemática que, desde la inserción de los sujetos en las prácticas médicas y de prestación de servicios hasta la integración en el sujeto de la patología que enfrenta, constituyen la acción de los servicios de salud.

Un tercer elemento destaca en estas constantes y es el ejercicio del poder, la organización médica posee una de las cualidades y a la vez limitantes que pocas disciplinas poseen (la militar, la sacerdotal, entre otras) y es su constitución gremial, el terreno de la salud es y está formado por la presencia médica, las relaciones de conocimiento que se deriven de esta perspectiva estarán nutridas de los elementos formativos de esta disciplina, no existe la posibilidad de que algún discurso alternativo se incorpore, las instituciones de salud se organizan al amparo de las especialidades médicas, los profesionales fronterizos acuden a resolver la demanda de atención definida desde la medicina, los conceptos se validan desde los criterios de una organización médica y la constitución en interlocutor de los "otros" debe pasar por un momento previo de validación de competencia profesional <sup>12</sup>el discurso dominante pues se articula en un campo

---

integración de planes de estudio como en el desarrollo de líneas de investigación.

<sup>12</sup> De este aspecto se ha realizado un trabajo previo producto de la inserción en instituciones hospitalarias. Palomino (1997) Limitaciones de acceso al trabajo multidisciplinario. Segundo



conceptual y de ejercicio de poder coherente, sin embargo aparecen elementos a los cuales es difícil dar respuesta, en lo referente el fenómeno de la enfermedad patologías derivadas de la enfermedad crónico-degenerativa permanecen en el patrón de morbi-mortalidad nacional,<sup>13</sup> la constante referencia a la falta de adherencia terapéutica de los pacientes al tratamiento de algunas enfermedades han llevado a buscar explicaciones fronterizas con la psicología<sup>14</sup> o a generar respuestas desde lo médico capaces de incorporar elementos discursivos más amplios <sup>15</sup>, pareciera ser entonces que existen fisuras paradigmáticas que se presentan en el conocimiento biologicista que permiten problematizar las prácticas médicas desde otros espacios.

Por otro lado, especial importancia merece el destacar los elementos derivados de la propuesta del sujeto en el discurso, dado que forma parte de la visión que se desarrolla en el presente documento, como se mencionó la problematización del saber médico abre un espacio a la consideración del escenario de su trabajo, si esto se constituye como un elemento básico en la conceptualización del sujeto y su objeto de estudio, se puede afirmar que propiciará saberes alternativos para abordar elementos que den respuestas al amplio campo de las relaciones de la salud y enfermedad en los sujetos, su inserción en la construcción de saberes y sus implicaciones en la organización de los servicios de salud.

---

taller de trabajo multidisciplinario. C U S I ENEPI-UNAM.

<sup>13</sup> Grupo Nacional de Consenso en diabetes. (1995) Consenso en diabetes. Fundación Mexicana para la Salud, México:

<sup>14</sup> Rodríguez J., García J. A.(1996) Psicología Social de la salud. , en: Álvaro J: L., Garrido A., Torregrosa J.R. Psicología Social Aplicada. España. Mac Graw Hill.

<sup>15</sup> López -Moreno, op, cit.

## Capítulo 3

### EL SUJETO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La exposición de este apartado tiene como propósito explicitar los elementos claves que fundamentan una concepción de sujeto diferente a la que se supone cuando se habla del sujeto en la investigación positivista, anteriormente se mencionaron las implicaciones de la relación sujeto-objeto en la construcción del conocimiento; cuando ésta polémica se traslada al terreno de la investigación y particularmente donde el conocimiento tiene como objeto de estudio al ser humano el rubro sujeto remite necesariamente al objeto de conocimiento, es decir al depositario de las acciones de intervención del investigador, "la sujeción del objeto de experimentación a estímulos controlados"<sup>46</sup> no se hace referencia al investigador en tanto sujeto creador de un discurso, aquí el empleo de una metodología amparada por el método científico elimina la intervención del cognoscente en tanto ser humano, permite su acción en tanto representante y ejecutor de formas de trabajo explicativas que conduzcan al conocimiento de las determinantes del objeto y sus constantes en el tiempo.

---

<sup>46</sup> Bunge M. (1982). La ciencia su método y su filosofía. Ediciones Siglo veinte. Buenos Arres

Desde otra perspectiva hablar del sujeto remite a dos lugares uno desde donde se observa y otro desde donde se es observado, sujeto de la investigación y sujeto investigador forman parte de un vínculo indisoluble donde se manifiestan relaciones cognoscentes que poseen un referente real pero a la vez son producto de concepciones teóricas ambas presentes en un sujeto cuya existencia es posible a través de su inserción en un proceso histórico y con formas culturales que hacen de ese momento algo único para él.

"...estas dos posiciones, la conciencia como contenido y la conciencia como acto, coinciden en lo fundamental: la afirmación de que al menos el eje y el centro de la vida psíquica del sujeto, sino toda, pasa por la conciencia. Coincidencia que deslumbra cuando se oye lo que no se ha dicho: que esta conciencia es siempre conciencia de un sujeto producido históricamente en el seno de una formación social dada y en una cierta coyuntura histórica, ideológica, política y económico social y que la conciencia (o mejor dicho para no sustancializarla, los fenómenos conscientes) no podría ser abordada al margen o independientemente del proceso de constitución de ese sujeto de quien los fenómenos conscientes forman parte"<sup>47</sup> de la anterior afirmación destacan elementos básicos en la constitución de una forma explicativa del sujeto, por un lado se puede identificar dos procesos básicos en la constitución del sujeto, lo inconsciente y lo consciente el primero se refiere al "conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia,

---

Argentina.

<sup>47</sup> Braunstein N. A(1982). Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan). Siglo XXI editores. México.

y esto es en un sentido descriptivo y no tópico es decir, sin efectuar una discriminación entre los contenidos de los sistemas conscientes y preconsciente e inconsciente. En el sentido tópico la palabra inconsciente designa uno de los primeros esquemas definidos por Freud dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico. Está conformado por contenidos reprimidos a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconsciente-consciente por acción de la represión originaria<sup>46</sup>. Este concepto de importancia crucial para el psicoanálisis remite a los procesos que constituyen al individuo desde su infancia hasta su muerte, procesos que no pasan por el terreno de la significación si no es en un escenario o espacio formulado con ese propósito, y, sin embargo están presentes en el accionar del sujeto. En cuanto a la consciencia "... existir como hombre, significa existir en un mundo donde los objetos no tienen existencia natural sino que son propuestos por la cultura, en y a través del lenguaje, del sistema de la lengua. Por tanto, la conciencia determinada por el ser social presupone también la existencia de un sistema de signos sin los cuales no podría haber fenómenos conscientes humanos."<sup>47</sup> el sujeto pues se encuentra entonces conformado por un conocimiento que no sabe (inconsciente) y que permea su acción discursiva, la misma que se encuentra expresada por una mediación social: la palabra.

En el terreno de su constitución psíquica, el sujeto es un proceso más amplio que la expresión de procesos biológicos, implica la integración de aspectos histórico-sociales en cuya coyuntura se desarrolla el individuo. En ese sentido es

---

<sup>46</sup> Laplanche, J. Y Pontallis J. (1981) Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor Barcelona España.

<sup>47</sup> Braunstein N. A. (1982) Sujeto de la consciencia, sujeto del discurso, sujeto. En Braunstein N.A. Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan). Ed. Siglo XXI México.

importante retomar la propuesta de Braunstein para quien: "Y el discurso es siempre discurso de un sujeto, lo que nos remite ineluctablemente del "sujeto de la conciencia ", del sujeto de esa abstracción nocional, efecto del ser social, a la cuestión del sujeto en el discurso, como *corpus* concreto, a partir del cual podemos abordar al sujeto que ya no será sujeto de la conciencia ni tampoco el sujeto del discurso sino el sujeto a secas en toda su complejidad"<sup>50</sup> el autor nos remite a la integración de un sujeto complejo cuya existencia material conlleva una existencia subjetiva, existe una percepción que va más allá de lo fenomenológico, de lo perceptual-sensorial, es una integración de conocimientos en una estructura que si bien posee el sujeto, ésta tiene un referente real producto de la actividad socioeconómica que lo inscribe en un grupo social al cual le une una identidad.

Ahora bien, hacer referencia a ése sujeto constituye una categoría útil para remitimos a los factores que intervienen en los procesos de subjetividad, entendiendo éstos como: "aquellos procesos que generan y son generados por el orden de lo simbólico a partir del cual el sujeto sustenta la palabra, construye la realidad y significa la historia"<sup>51</sup> o "la definición de uno mismo"<sup>52</sup> ambas propuestas hacen referencia a la integración de un sujeto inserto en un orden de lo simbólico, para Foucault (1998)<sup>53</sup> la construcción de los diferentes modos de subjetivación del ser humano en la cultura, se constituyó en su objetivo de trabajo. Otros autores enfatizan este aspecto, los cuales se han mencionado a lo largo del

<sup>50</sup> Braunstein N. A. (1982) op.cit.

<sup>51</sup> Vargas L. E. (1996). El sujeto de la salud mental a fin de siglo. Universidad Autónoma Metropolitana. México,

mismo pero la opción planteada por Baz (1996)<sup>54</sup> parece ser la más oportuna en el presente documento, la autora concede a la Psicología Social el encargo de "construir una teoría de la subjetividad, desde los imprescindibles aportes del psicoanálisis y de las ciencias sociales en general..."<sup>55</sup>

## **ANTECEDENTES.**

La propuesta de abordar el terreno de la salud desde la perspectiva de la psicología social tiene sus antecedentes en los trabajos desarrollados a partir de 1972, tres autores destacan en este tipo de enfoque, García Averastury (1985) y Rodríguez y García (1997), con dos trabajos claves: Las contribuciones de la Psicología Social a la investigación en salud, y Psicología Social de la Salud, donde realizan una revisión de los intereses que se han abordado en éste terreno.

De acuerdo a García Averastury (1985)<sup>56</sup>, cinco temas ocupan el periodo 1972-1982, para la OMS y la OPS: Salud mental, ciclo de vida, trabajo y salud, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, aspectos sociales de la enfermedad. Otros estudios no clasificados por esos organismos, pero de los

---

<sup>52</sup> Foucault M. (1990). Tecnologías del yo. Ed. Paidós España

<sup>53</sup> Foucault M. El sujeto y el poder en Dreyfus y Rabinow (1988), op. cit.

<sup>54</sup> Baz, M. (1996). Salud Social y subjetividad colectiva. En El sujeto de la salud mental a fin de siglo. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

<sup>55</sup> Baz (1996), op. cit.

<sup>56</sup> García A. L. (1985) Las contribuciones de la Psicología Social a la investigación en salud. En:

cuáles se encontró productos fueron: aspectos psicosociales de la reproducción, aspectos psicosociales de la sexualidad, familia y sociedad, mujer y sociedad, y hábitos nocivos.

En el terreno de la práctica médica se encontraron los siguientes subtemas: conducta de la población frente a los servicios de salud, medicina primaria, educación sanitaria, profesiones de salud, análisis histórico, las áreas de medicina tradicional y formación de recursos no encontraron estudios representativos. Es importante resaltar que realizó una revisión de 1,345 resúmenes de bibliografía, y de esos materiales 151 fueron sugeridos como bibliografía Latinoamericana por la OPS/OMS.

La autora menciona que se ciñen básicamente a abordar el tema salud-enfermedad, sin embargo a finales de los años setenta se da una ampliación en el objeto de estudio para áreas no abordadas anteriormente, sobre todo el énfasis conductista en el manejo de las enfermedades crónicas, del estrés emocional, de los trastornos sexuales, y del comportamiento autodestructivo; se hace énfasis en conocer los aspectos psicosociales de la anticoncepción que sean producto de las prácticas derivadas de las costumbres regionales, especial atención proporciona a la influencia en la elaboración de estos trabajos de los grupos feministas que problematizan esta situación como una discriminación hacia la mujer, se observan también influencias antropológico-culturales al insistir en la familia como unidad de análisis.

El objeto de estudio de la psicología en la salud inicia su búsqueda a través de abordar situaciones que emergen de grupos que generalmente se han considerado en riesgo, es decir se realiza un acercamiento desde lo empírico hacia la definición de campos de acción de la Psicología, como un preámbulo a la definición de su objeto de estudio.

Otra gran vertiente investigativa es la línea que centra su trabajo en el análisis del desarrollo cognoscitivo durante la niñez, la psicología se incorpora a ésta tarea como una opción al conocimiento de las determinantes ambientales que estaban o están influyendo en el avance escolarizado del niño, se resalta la importancia de la deficiencia ambiental como variable social de la desventaja educativa, aspectos como la clase social, los ingresos económicos el tipo de escuela el tipo de padres, etc., se constituyen como variables independientes de los avances o deficiencias en el desarrollo del niño.

Este tipo de señalamiento descuida en gran medida aspectos mucho más amplios que explican los procesos y las formas de relación de la cultura con los elementos económicos y que no son factibles de explicar a través de un análisis uni o multicausal, pero que sin embargo gestan situaciones paliativas como son los talleres con padres, los padres como terapeutas, la modificación del ambiente casero, etc., sin embargo alternativas más amplias no serían posibles desde éste enfoque,

Poblaciones en riesgo como la de los adolescentes y la tercera edad también son



abordadas por éste enfoque y se cobra interés por estudiar la delincuencia, la drogadicción el desempleo, el crecimiento demográfico de la senectud, los problemas geriátricos, la depresión, etc., la autora menciona que ambas situaciones son abordables por el tipo de crecimiento de la población en el sistema capitalista por un lado se requiere del control de la población potencialmente económicamente activa y él tipo de implicaciones que tendría su crecimiento incontrolable, y por el otro él énfasis de trabajo con la senectud obedece al crecimiento que éste grupo ha tenido en países del primer mundo y las inversiones que esto genera en los servicios sociales y de salud.

Como se puede observar la relación salud-trabajo es una relación estrecha y tiene una gran influencia en las modalidades de estudios que se generan, la atención se centra en problemas que representan riesgos sociales, la psicología se integra con la intención de explicar desde otro lugar los aspectos que no se resuelven por la forma hegemónica de integra el conocimiento, sin embargo la construcción del conocimiento lleva integrado un modelo positivista que solo permite realizar investigaciones parciales.

"La segunda consideración que merece destacarse del análisis de la producción investigativa que hemos descrito es lo generalizado del enfoque pragmático y la poca elaboración teórica, algo esperado, conociendo la orientación positivista hegemónica que caracteriza a la psicología latinoamericana, altamente influida por los paradigmas norteamericanos.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> García A. L., op. cit.

Esta conclusión muestra de manera clara el tipo de demanda social a la que obedece la psicología social de la salud, nace ubicada en el terreno de la "demanda de atención en", es decir desde la demanda de solución de un problema, desde lo empírico esta cuna que se detecta en los orígenes es de particular importancia puesto que todo crecimiento disciplinario depende de los espacios en los que pueda insertarse y siempre al amparo de la solución de un problema, valida constantemente la pertinencia de su trabajo lo cual la pone en desventaja ya que al cuidar estos aspectos no le permite avanzar en la recuperación teórica que implicaría la construcción de un marco teórico. Sin embargo este enfoque eminentemente empírico incorpora propuestas metodológicas alternativas y redefine el tipo de intervención que se debe gestar así como el énfasis en el trabajo con los grupos marginados, en Latinoamérica durante ese periodo surgen nuevas propuestas tanto a nivel educacional como son las de Pablo Freire en Brasil y los trabajos de Investigación-Acción realizados por Fals Borda en Colombia, en México la propuesta incluso desarrolla modelos de trabajo que vinculan este énfasis con las poblaciones surgiendo la Psicología Social Comunitaria, que en la Universidad Veracruzana se instituye como una escuela de pensamiento, en Venezuela los trabajos de Maritza Montero sientan las bases para el trabajo Latinoamericano, en La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala se integra a través de "la psicología comunitaria: el "Embrión de un nuevo paradigma"<sup>54</sup>. En la Universidad Iberoamericana incorpora a la propuesta comunitaria la amplia experiencia de los Jesuitas y se integra como

---

<sup>54</sup> Brea G.L. Correa S. E. (1980) La psicología Comunitaria: embrión de un nuevo paradigma. En

una alternativa tanto a nivel de formación de recursos como a nivel de prestación de servicio, este momento de producción latinoamericano influye en el trabajo en salud e insiste en el avance desde lo empírico, con la consiguiente desventaja de definir -parcialmente- su objeto de estudio desde la demanda de atención.

Desde las instituciones externas también había demandas de prestación de servicios, las políticas de atención primaria, de educación para la salud y de promoción para la salud son establecidas como obligatorias -para garantizar la atención a la totalidad de la población- para los países latinoamericanos y subdesarrollados.

Hay que destacar también un origen diferente de este tipo de disciplina y es el que se produce en Cuba, en donde los servicios de salud se integran, en los diferentes niveles y en las diferentes especialidades médicas, el trabajo encomendado no sólo era a nivel de prestación de servicio sino que también aborda y de manera determinante aspectos relacionados con la investigación y la formación de recursos humanos, esta característica sin embargo no es posible integrarla a un esquema diferente puesto que esto fue posible por el tipo de modelo económico donde desde el Ministerio de Salud se rompe con la hegemonía de una disciplina médica y se inserta de manera oficial al psicólogo.

Rodríguez y García (1996)<sup>59</sup> realizan un análisis del tipo de trabajo desarrollado

---

Fernández G., y col. *Historia de la Psicología en México*. Ed. Trillas, México  
<sup>59</sup> Rodríguez J., García J. A: (1996) *Psicología Social de la Salud en Torregrosa* J.R. *Psicología Social Aplicada*. España Mc Graw Hill.

por la Psicología Social de la Salud desde finales de la década de los ochenta y hasta nuestros días, ubican el quehacer psicológico en dos modalidades, a) la realización de trabajos con tintes conductuales y b) el producido con un enfoque socio-cultural; sin embargo es posible detectar un modelo más, c) la teoría sociocognitiva. Afirman los autores que desde su perspectiva los avances han sido producto de "La relevancia para la salud de las variables comportamentales y psicosociales implica la exigencia de que los psicólogos sociales estudien elementos nucleares en el desarrollo de las técnicas de la prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. El papel de la psicología social puede verse fácilmente si analizamos los objetivos formulados por la OMS en su programa Salud para todos en el año 2000, que expresan el concepto de salud comentado y proponen metas específicas para la política sanitaria"<sup>60</sup>

a) En las investigaciones que se han realizado en el terreno de lo conductual los estudios han avanzado en el campo del estrés y la enfermedad física tendientes a buscar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad su énfasis se centra en describir los antecedentes psicológicos de múltiples patologías generar estrategias de intervención como tratamientos coadyuvantes y preventivos en el terreno de la evolución de las enfermedades agudas y crónicas, incluso se menciona que el trabajo que se puede realizar debe incluir el factor ambiental como elemento condicionante de una destreza individual y responsable de la interacción entre personas con una estructura biológica y psicológica en un entorno social. La conducta alimentaria, el hábito de fumar, de consumir alcohol o fármacos la falta de ejercicio son ejemplos de

---

<sup>60</sup> Rodríguez J., et. al. op. cit.

comportamientos directamente relacionados con el estado de salud y enfermedad de la persona, de ésta manera se ubica nuevamente a la psicología como “una disciplina que aborda comportamientos en riesgo frente a poblaciones de riesgo, cuyo análisis correspondería a la psicología en general y a la psicología social en particular”.<sup>61</sup>

Desde este enfoque puede identificarse el trabajo como una serie de aportaciones desde la técnica dado que se propone parcializar el fenómeno amplio y al dividirlo solo se abordan las conductas del problema, si bien esto es oportuno porque sus fundamentos teóricos lo justifican, en el terreno de la integración de propuestas sobre el objeto de estudio de la psicología de la salud, el fenómeno de lo social solo se propone como una extensión de lo individual y por lo tanto el modelo generaliza las propuestas que se hacen para individuos a las necesidades grupales, generando esto un crecimiento en la investigación individual con una metodología que posibilita la generalización de los resultados a fenómenos amplios, es decir integrándose a la propuesta de investigación positivista.

b) En el terreno de contexto socio-cultural, se refieren trabajos encaminados a buscar definiciones o interpretaciones de la enfermedad que puedan tener una influencia en la utilización o rechazo de los servicios de salud, o aquellas concepciones que intervienen en el uso indiscriminado de los medicamentos y de la automedicación así como de la actitud hacia los servicios de salud, el papel de la familia también tiene un papel relevante en la interpretación de los

---

<sup>61</sup> Rodríguez J. op. cit.

síntomas del enfermo, en la prescripción de determinados tratamientos y en las decisiones de buscar ayuda o no, así como en el cumplir con el tratamiento; se vinculan también las conductas de expresión de síntomas de acuerdo a lo que el grupo social permite o influye; encontraron también trabajos relacionados con las conductas orientadas a la salud; La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo, en la medida en que la población o sistema cultural avanza en la demanda de atención o de rol profesional: el mantenimiento de los hábitos comportamentales saludables a través de las influencias sociales y culturales. En síntesis, la demanda de trabajo está matizada por el binomio salud-enfermedad y la psicología se inserta a abordar la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo, insertos ambos en circunstancias socio-culturales-.

Desde esta perspectiva se integra al trabajo individual lo social es decir se asume la importancia para el comportamiento del sujeto del medio ambiente más allá de las relaciones funcionales inmediatas, la familia, vivienda, escolaridad, etc., se convierten en factores determinantes y no causales de fenómenos individuales, se presenta para la psicología un momento clave y es el de reconocer la importancia de lo social y cultural para la forma de actuar de los sujetos, lo social se desmenuza, se parcializa y se convierte en una serie de variables o factores ambientales que son los responsables de comportamientos complejos como son los hábitos y los estilos de vida, la variedad del ambiente y la diversidad de la conducta del sujeto son aportaciones básicas a investigación desde el terreno de lo sociocultural; sin embargo existen

limitantes de esta forma de pensamiento y éstas son producto de la óptica del investigador, ya que el modelo es una propuesta para observar la realidad lo cual difiere de la realidad misma, es decir las relaciones de los individuos y el medio ambiente son categorías más amplias cuyas implicaciones son explicitadas por los sujetos a través de formas objetivas de comportamiento pero también incluye formas subjetivas de apropiación de la realidad.

- c) Destacan en gran medida también los trabajos derivados de la teoría sociocognitiva, se afirma que los llamados procesos autoreguladores son componentes críticos y dependen de las creencias, auto-evaluaciones, estándares internos, y percepciones del entorno externo, los cuales actúan como mediadores motivacionales de los procesos de cambio de un individuo, desde esta perspectiva las variaciones son producto de elementos interactivos del comportamiento y no son causas del comportamiento. sobresalen los trabajos realizados en la búsqueda de la etiología de la enfermedad, estudios sobre los estilos de vida y su vínculo con los aspectos socio-culturales, acceso a los medios, actitudes de la población hacia la salud, etc.

Se puede decir que ésta psicología ha aportado modelos para abordar problemas, principalmente aquellos que se refieren a la comunicación donde los cambios de un individuo son producto de una comunicación persuasiva, y su efecto en la población, y los de control donde se afirma que las personas tienen que controlar su situación. Destaca de sobre manera el campo de aplicación más cercano, el de la educación para la salud, se ha nutrido a esta

estrategia de la mayor parte de las aportaciones en el trabajo con grupos y el desarrollo de estrategias de modificación de estilos de vida que se han constituido desde aquí, en la mayor demanda de atención.

Son identificables también en esta revisión los conceptos de salud enfermedad que subyacen a cada una de estas propuestas y por lo tanto al crecimiento propiciado en este campo.

El primer concepto de salud enfermedad donde la salud se identifica como opuesta a la enfermedad sólo permite evidenciar situaciones de malestar del sujeto, y aunque éstas inciden en su capacidad funcional no demanda mayor intervención que la del profesional médico y su sustento biologicista, existe una anomalía hay que llegar a la normalidad, el psicólogo pues no tiene cabida en ese espacio.

A partir de 1948 cuando se propone una definición integral del proceso salud enfermedad se señalan elementos psicológicos, físicos y sociales, es decir se integra una demanda de solución de un problema que desde la realidad había mostrado ser más complejo y superaba el planteamiento netamente biologicista, ésta propuesta reconoce ya la importancia de factores personales, comportamentales grupales y sociales como determinantes del origen y mantenimiento del problema mórbido, el encargo al psicólogo social es amplio y se centra en una respuesta que no se pudo mostrar desde el modelo anterior, desde lo externo entonces, se propone un campo de trabajo: poblaciones en riesgo, un



objeto de estudio: "factores psicosociales" o "variables comportamentales", una demanda técnica: la prevención y promoción de nuevos hábitos y estilos de vida, el cambio de comportamiento de la población, y una tarea clara: constituirse en una disciplina de apoyo al trabajo médico. "Quizá uno de los desafíos actuales más importantes de la Psicología Social de la salud es el desarrollo de métodos para modificar los estilos de vida de las personas tanto con propósitos preventivos como promotores de la salud. Esa modificación en el sentido en que sea posible y deseable, es igualmente uno de los objetivos de la Educación para la Salud".<sup>62</sup>

En el análisis realizado por los autores ya mencionados se omiten los trabajos realizados en América Latina con tintes sociológicos, una vez que se insertaron formas de pensamiento alternativas donde el carácter de la atención médica y del acceso al servicio de salud se lee al amparo de conceptos pseudomarxistas, se generan formas de trabajo comunitarias tendientes a recuperar el origen étnico de los problemas y a la búsqueda de soluciones desde un enfoque de la medicina tradicional, en el terreno del acceso al servicio de salud, éste es cuestionado constantemente como una expresión del modo dominante de producción se realizan trabajos en el terreno de la explotación de los trabajadores y su resultado en la salud<sup>63</sup> la influencia de esta forma de pensamiento no tuvo amplios logros más allá de los trabajos realizados al amparo de metodologías como la de la investigación participativa e investigación acción para el desarrollo de procesos

---

<sup>62</sup> Rodríguez y García (1996), op. cit.

<sup>63</sup> Destacan propuestas como la de Waitzkin y Wateman (1984). La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Ed. Nueva Imagen México, con un enfoque de aplicación de categorías sociales a fenómenos individuales.

autogestivos en comunidades demandantes de servicios de salud<sup>64</sup>; sin embargo se habían problematizado elementos claves en el proceso salud enfermedad, a partir de esto se incorporan al discurso elementos sociales que van desde las reflexiones de los médicos encargados de estas áreas hasta los producidos por instituciones de educación superior, particularmente la Universidad Autónoma Metropolitana. En el terreno médico destacan dos trabajos claves uno titulado "El huevo de la Serpiente. Panorama de los problemas de la salud en México" escrito por Julio Frenck y López Acuña, en ese documento se abordan la contaminación y las limitaciones de los indicadores tradicionales de salud, la distribución diferencial de la enfermedad, y aunque su modelo es netamente ecologista se hace referencia a la organización social. Aunque este tipo de trabajos sentaron las bases para una visión diferente ésta se vio minimizada cuando se hizo énfasis en la búsqueda de soluciones desde el interior del sector salud, y la incorporación de los autores y sus seguidores al Sistema Nacional de Salud. En el terreno del otro trabajo clave se puede citar a Asa Cristina Laurel con el desarrollo de investigaciones sobre "La salud de los Trabajadores en México" donde se realiza un análisis amplio de los elementos que inciden en el proceso salud enfermedad de la clase trabajadora, se contextualiza la presencia de la enfermedad y de ciertos tipos de enfermedad producto de las relaciones del sujeto en el ejercicio de su trabajo y las condiciones en las que lo realiza, hace especial énfasis en la importancia para el sistema dominante de responsabilizar al trabajador en lo individual de sus condiciones de salud y desviar la atención de la responsabilidad

---

<sup>64</sup> Rodríguez M. A. (1983). Investigación participativa en el campo de la Salud Pública. En: varios autores, La investigación participativa en América Latina. Centro regional de Educación de Adultos alfabetización Funcional para América Latina. Michoacán México.

estatal a través de programas educacionales para prevenir el problema. La autora continúa con esta línea de reflexión y la instituye a través del discurso académico gestándose en la UAM un espacio de reflexión constante sobre los procesos sociales más desde lo sociológico que desde lo psicológico.

Actualmente el perfil epidemiológico de las enfermedades, la manera de abordarlas y de vincularlas con los hechos sociales ha cambiado, la psicología desde esta vertiente ha mostrado cambios en las formas de incorporar elementos terapéuticos como el psicoanálisis y la práctica terapéutica grupal en el trabajo desarrollado en la atención a la salud, más como una herramienta de apoyo que como una propuesta terminada, sin embargo desde el discurso de lo académico se constituye en una propuesta teórica que inicia como una modalidad reflexiva y que a lo largo del tiempo se manifiesta como una alternativa de abordaje de fenómenos de la salud mental teniendo como eje de reflexión al sujeto, y situando a la psicología social como la disciplina encargada de dar cuenta de los procesos de subjetividad que inciden en el fenómeno salud enfermedad, situación que nos remite así al inicio de éste apartado donde se menciona la importancia de abordar desde esa perspectiva el trabajo del presente documento.

## **Capítulo 4**

### **EL TRABAJO GRUPAL Y SUJETO.**

La Sociología forma de pensamiento que en siglo XIX aparece de manera oficial bajo la representación de Augusto Comte y orienta su trabajo al estudio de las instituciones políticas de los fenómenos colectivos, de los grupos humanos y de los eventos socioculturales. Paralelamente, la Psicología quien había logrado iniciar un trabajo objetivo y experimental hacia 1880-1890 sentaba las bases para la investigación y la definición de campos de estudio tanto en el terreno de lo experimental como de lo social. El trabajo grupal como enfoque de estudios microsociológicos, como la expresión de los fenómenos sociales, las relaciones de trabajo y las relaciones educativas pasaron al plano de la discusión, los trabajos de Elton Mayo (1927) quien buscaba explicar la probable relación entre las condiciones de trabajo y las variaciones en el rendimiento de los obreros enfatizaron el vínculo entre subjetividad y objetividad en el individuo, así, las condiciones materiales de trabajo tenían una serie de significaciones sociológicas

y sociales, por otro lado, también se hacia evidente la organización informal y que tiene por objeto proteger al grupo de las presiones del exterior.<sup>65</sup>

El interés de la psicología en estudiar los fenómenos grupales se ubica desde el terreno de la psicoterapia en el trabajo realizado con individuos con problemas de salud mental, "hacia 1918 algunos médicos llamaban a otros enfermos o a antiguos enfermos curados para formar grupos capaces de influenciar a las personas profundamente afectadas por la enfermedad, poco o más o menos como después se ha hecho con los alcohólicos" Mucchielli (1981).<sup>66</sup> Trabajos como los de Green en 1920 quién cura la tartamudez con métodos de participación grupal, de Slavson en 1934 que crea grupos de psicoterapia para enfermos mentales de edad preescolar, de Wender en 1936 y su libro "Dinamies of Group Psychoterapy and its aplications" son ejemplos del énfasis en considerar la influencia social en los problemas de salud mental, destacando como propuesta de intervención el trabajo grupal.

En 1913, en Viena, Jacob Lev Moreno<sup>67</sup> de formación médico, inicia su trabajo en lo que posteriormente llamaría Psicodrama. Este trabajo surge de la observación de una serie de experiencias de rehabilitación social de prostitutas, donde la técnica consistía en sesiones de discusión libre en pequeños grupos, Moreno observó que cada participante podía convertirse en agente terapéutico, que el grupo tenía una consistencia, existencia y estructura específicas. Hacia 1938 en

---

<sup>65</sup> Mucchelle, R. (1981) La dinámica de los grupos. Ed. Ibérico Europea de Ediciones, s.a. Madrid.

<sup>66</sup> Mucchielli (1981) op,cit.

<sup>67</sup> Moreno,J.(1979) Psicoterapia de grupos y psicodrama.FCE México

los ensayos que publica destaca su reflexión sobre elementos tales como considerar que la dimensión social es la esencia de la personalidad, la cuál se manifiesta a través de un conjunto de papeles sociales que son posibles de representar y de cambiar. Menciona también que todo grupo tiene una estructura afectiva informal la cuál determina el comportamiento de los individuos y sus relaciones. Los trabajos de Moreno son innovadores, en 1923 propone los primeros diagramas de interacción que posteriormente trabaja Bales, y el primer diagrama de posición que Lewin abordaría en 1936, en 1925 crea el psicodrama y en 1932 el test sociométrico, el trabajo de Moreno es de importancia tal que se compara con el desarrollado por Kurt Lewin y a ambos se les considera como pioneros de la Dinámica de Grupos.

Reconstruir la historia del trabajo grupal sería incompleta si se desconoce a Kurt Lewin<sup>68</sup> y el Centro de Investigaciones sobre la Dinámica de Grupos. En 1923 en Alemania Lewin formaba parte de la Escuela de la Gestalt-Theorie cuyo objetivo principal era estudiar los conjuntos formados por significativas configuraciones, en relación con las cuales se sitúan y actúan los individuos; a partir de ese momento su trabajo se define y estudia el comportamiento del individuo en relación a la configuración general de su "espacio de vida" o "campo psicológico". En 1945 funda el *Research Center of Groups Dynamics* en el Massachusetts Institute of Technology en Harvard siendo uno de los centros de investigación más importantes para el desarrollo de la psicología, en 1946 integra el "centro de Investigaciones sobre la Dinámica de los Grupos en el "Institute for Social

---

<sup>68</sup> Gibb, J.R. y otros (1985) Teoría y práctica del grupo T. Ed. Paidós, Buenos Aires Argentina.

Research " de la Universidad de Ann-Arbor en Michigan, y hacia finales de 1946 se le invita a dirigir una sesión histórica en New-Britain en Connecticut que da origen a un nuevo método pedagógico denominado T-Group y que ha desarrollado notables experiencias en el campo de la Educación Superior, como se puede observar las aportaciones de Lewin fueron fundamentales para el análisis de los grupos como espacios de objetivación de las relaciones entre los individuos y el papel del psicólogo como encargado del análisis de los procesos vivenciados en los grupos.

## **GRUPO OPERATIVO.**

La intervención grupal ha sido una herramienta comúnmente empleada por los psicólogos y otros trabajadores de la educación desde principios de siglo con la intención de abordar las relaciones que se establecen entre los individuos cuando convergen en acciones colectivas, los enfoques desarrollados desde esta perspectiva incluyen: el desarrollo de técnicas como la dinámica de grupos; la propuesta de formas de trabajo específicas, grupos T, grupos de encuentro, grupos de acción, grupos focales, etc.; el desarrollo de metodologías, educacionales, clínicas, terapéuticas, etc. Cada una de estas propuestas enfatiza elementos de interés dependiendo tanto el objetivo como el propósito con que se desarrollaron, destacan sin embargo algunos aspectos que sería importante

mencionar. La Dinámica de grupos tiene como propósito intervenir en las relaciones que se establecen entre el grupo para optimizar, facilitar y analizar los mecanismos, roles, funciones y formas de trabajo que se gestan en cualquier grupo de ahí que su principal producción se ubique en el terreno de las técnicas de intervención grupal. El trabajo desarrollado en el campo terapéutico tiene como propósito abordar de manera grupal algunas patologías que están presentes en los sujetos y que son compartidas por los asistentes a las sesiones, se realizan ejercicios de análisis e interpretación de eventos que parecieran estar en juego en la problemática de los sujetos las aportaciones en este terreno se centran en la psicopatología y en las estrategias de trabajo más oportunas del coordinador de grupos como terapeuta. Otras propuestas de trabajo encaminadas al desarrollo del sujeto como los grupos de acción y los grupos T están insertos en el terreno de la educación del sujeto y su interés en modificar su forma de comportamiento para permitirle al grupo y a sí mismo un mejor desarrollo como individuo.

Una perspectiva alternativa a las diferentes propuestas mencionadas anteriormente la ofrece Pichon Riviere (1985) quien desarrolla una Teoría Grupal denominada GRUPO OPERATIVO, para el autor el concepto integra dos elementos básicos: relaciones objetivas y subjetivas que se juegan en la constitución de un grupo constituido por individuos cuya pertenencia depende de las formas en que se integra la horizontalidad y verticalidad de los mismos.



El grupo operativo se origina a partir de "la experiencia Rosario"<sup>69</sup> en el Instituto Argentino de Ciencias Sociales (IADES) en 1958 bajo la dirección del Dr. Enrique Pichón Riviere, tuvo como propósito aplicar una didáctica con bases interdisciplinarias, para ello integró una situación de laboratorio social, en dicho escenario se desarrollaron dos elementos básicos, el primero de ellos referente a la táctica grupal, y el segundo a la técnica de grupos de discusión comunicación y tarea, ésta experiencia planteó las bases para el desarrollo de la metodología de grupo operativo.

El grupo operativo tiene su principal vertiente de desarrollo en el área clínica, desde éste campo los elementos que integran la base explicativa de la intervención grupal se articulan desde el discurso del psicoanálisis y sus fines son netamente terapéuticos.

Existe otra vertiente de desarrollo del grupo operativo es la de Bauleo (1982)<sup>70</sup> quien retoma los elementos de Pichon Riviere, pero integra con ellos una propuesta básicamente de intervención educativa, desde ésta modalidad la principal meta del trabajo es abordar el proceso enseñanza aprendizaje como tarea grupal e instrumentarla como el Proyecto bajo el cual se constituirá un grupo, sin patrones estereotipados de comportamiento, con formas de comunicación adecuadas a los miembros participantes y con un ECRO que implica una cierta integración unitaria entre el mundo y el cuerpo y es el lugar

---

<sup>69</sup> Pichon Riviere (1970). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Ed. Galerna Buenos Aires.

<sup>70</sup> Bauleo A. (1982) *Ideología Grupo y Familia*, Folios México.

donde se controlan las tensiones y se abordan de manera clara y analítica situaciones o hechos novedosos.

En ambas modalidades del trabajo abordan al grupo como el escenario de solución de problemas, el cambio de roles, el cuestionamiento de roles fijos y estereotipados, entre otras formas de intervención.

### **CONCEPTO DE GRUPO OPERATIVO.**

Pichon Riviere (1958)<sup>71</sup> define al grupo operativo como aquel que posee una buena red de comunicación entre sus integrantes, los cuales desempeñan roles específicos pero a la vez flexibles en cada "aquí" y "ahora", así como también existe heterogeneidad entre sus miembros y homogeneidad en la realización de la tarea, finalidad que persigue el grupo, para el autor el comportamiento que se da en ese espacio está mostrando el tipo de relaciones y vínculos que el individuo puede presentar de manera cotidiana con lo que es posible analizar el proceso y no solo los resultados del comportamiento individual y grupal.

El grupo operativo desde la vertiente clínica tiene como principal encargo analizar los procesos en que se encuentra inmersa la salud-enfermedad mental del

---

<sup>71</sup> Pichon Riviere (1980) "Técnica de grupos operativos", Acta Neuropsiquiatra Argentina,6

individuo, y en ese sentido retoma los elementos derivados del psicoanálisis en especial los conceptos desarrollados por Freud y por Melanie Klein, matizados por las características del trabajo desarrollado en el Instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES) donde de manera interdisciplinaria coincidieron en el trabajo grupal la Facultad de Ciencias Económicas, El Instituto de Estadística, la Facultad de Filosofía y su Departamento de Psicología, la Facultad de Medicina entre otras. En el Rosario, se dirigieron los esfuerzos hacia la creación de un laboratorio social o de trabajo, en el cuál se abordaron procesos grupales especialmente el mostrado por la familia, dond  con tácticas grupales y técnicas vivenciales se abordaron procesos estereotipados y dificultades de comunicación responsables de los problemas detectados, a la vez este trabajo sentó las bases para la teoría de trabajo grupal que se desarrollaría a partir de ese momento, así, se tienen como elementos básicos, los momentos que vive el grupo y las fases por las cuales va pasando, en el terreno de los "roles" que se presentan en el proceso y finalmente se mencionan una serie de características a partir de las cuales se realiza la intervención.

El trabajo grupal transcurre por tres etapas principalmente, la llamada pretarea, la tarea y el proyecto.

**Pretarea:** durante esta etapa, el grupo manifiesta una serie de miedos y ansiedades ante la propuesta de cualquier tipo de cambio, se presentan resistencias a abandonar patrones estereotipados de comportamiento, el miedo a la perdida es constante, y se actúa de manera individual en su mayoría, no se ha

integrado una visión colectiva de los fenómenos y el objetivo del grupo se encuentra sin definir. Durante esta etapa existen formas de pensamiento individual y cualquier acción se aborda de manera no grupal, los constantes llamados a saber cuál es el propósito de estar en ese lugar son continuos.

**Tarea:** durante esta etapa, es el momento de formación del grupo como tal, es decir se abordan las ansiedades, los miedos, los límites en la comunicación, se discuten los diferentes roles que se van desarrollando en el grupo, las fantasías son cada vez menores, se buscan formas de comunicación acordes al grupo, se discute cuál es el objetivo de la presencia en ese lugar, se inicia la conformación de una "ideología colectiva", esta etapa marca la flexibilización de la rigidez grupal y la definición del tipo de grupo que se vivirá. En esta etapa se conforma el Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO), concepto clave en la teoría de Pichón Riviere y básico para la intervención grupal desde esta perspectiva. Los procesos de aprendizaje son elementos centrales debido a la gran cantidad de estereotipos que hay que eliminar, a la par se aborda de manera continua el concepto que sobre procesos de aprendizaje cada cual poseía y la transformación en un concepto colectivo con la característica de "cambio en las pautas de comportamiento" resultado de la conceptualización desde la perspectiva transformadora que implica estar inserto en una modalidad de trabajo de ese tipo.

**Proyecto:** durante esta etapa que es la productiva del grupo se puede hablar ya de un **grupo**: se vencieron límites teóricos y prácticos, existe un objetivo colectivo y se han definido líneas hacia donde dirigir los esfuerzos de los participantes, es

común que la actuación del grupo sea con pautas de comportamiento flexibles y cada uno de los miembros sea representativo del grupo por lo tanto la pertinencia y pertenencia sean compartidas, desde este momento se tiene claro el fin del grupo como parte de la transformación del mismo, y se elaboran estrategias para la continuidad de algunos miembros y la separación de otros, así como las posibles tareas que se podrían continuar bajo otro tipo de organización. En este momento el grupo se puede definir como "el conjunto de personas que de manera organizada actúan uniendo formas de trabajo y comparten formas de conceptualizar un problema, no tiene estructuras rígidas de comportamiento y es capaz de analizar cualquier obstáculo objetivo y/o subjetivo que se le presente".<sup>72</sup>

Bauleo (1977) retoma la propuesta anterior y lo relaciona específicamente con el ámbito de la educación, desde ésta perspectiva "el grupo se adiestra para aprender y esto sólo se logra en tanto se aprende, es decir, mientras se opera"<sup>73</sup>, enseñanza y aprendizaje son inseparables y son parte de un proceso donde se pretende eliminar la constante disociación entre enseñar y aprender, en ese terreno constituye no solo una referencia al campo del aprendizaje sino que también reestructura de manera significativa el concepto de Educación, aborda tanto los conocimientos que se comparten como la forma en que estos adquieren un significado para la persona inserta en el proceso, la educación tiene un carácter de transformación del sujeto a través de la vivencia que enfrenta en el trabajo grupal y en la búsqueda de significatividad del aprendizaje.

---

<sup>72</sup> Bleger J. (1981) "Grupos operativos en la enseñanza". En temas de psicología (Entrevista y grupos). Buenos Aires Nueva Visión.

<sup>73</sup> Bauleo (1982) op.cit.

En la enseñanza y aprendizaje bajo la modalidad de grupo operativo no se trata solo de transmitir información sino de que sus participantes varíen su forma de abordar el proceso de construcción del conocimiento, y sean capaces de transformar la práctica educativa que se realice. Este punto de vista considera unidas indisolublemente la enseñanza y el aprendizaje incorporándose a las propuestas educacionales derivadas de la didáctica, nueva didáctica pedagogía alternativa y más recientemente de las propuestas derivadas del constructivismo, entre otras, donde se busca facilitar el razonamiento del sujeto trascendiendo las prácticas memorísticas que hacen del individuo un ser no crítico y pasivo ante el proceso de enseñanza aprendizaje. Esta propuesta modifica el esquema de enseñanza tradicional donde se imparte el conocimiento bajo la modalidad de cátedra o exposición, centra el trabajo didáctico en la modalidad grupal donde al amparo de una serie de contenidos se organizan dinámicas de trabajo grupal con él propósito de abordar de manera conjunta la construcción del aprendizaje, trascendiendo él termino por "aprehendizaje" donde existe una apropiación desde el plano de lo subjetivo y objetivo de los conocimientos que están en juego y la organización del trabajo está en torno a la problematización de los elementos que conducen a la integración conceptual del conocimiento.

"La técnica operativa también implica, pues, una verdadera concepción de la totalidad del proceso; esta concepción es instrumentada por la técnica y a su vez se enriquece con los resultados de la aplicación de esta última" Bauleo (1977).<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> Bauleo, op.cit.

Abordar el trabajo grupal con una perspectiva de este tipo permite abordar el trabajo que se realiza con algunos tipos de grupos, es decir analizar las modalidades de intervención en el terreno de lo educacional, destacando elementos de las relaciones humanas que desde una perspectiva tecnológica pasan a segundo término; en este modelo las relaciones interpersonales pasan a ser elementos de análisis, asumiendo una responsabilidad en las implicaciones derivadas de ello, la propuesta considera al individuo de manera integral, es decir *el comportamiento del sujeto será producto de las relaciones que establece con el conocimiento tanto a nivel de acercamiento a los contenidos como de la forma en que se relaciona con los mismos en lo afectivo, y en el ejercicio de los dominios del conocimiento.*

De esta forma el análisis de las relaciones de aprendizaje implica reflexionar en los procesos y elementos que interactúan en la apropiación del conocimiento, sean éstos a nivel afectivo, cognitivo, de interés, de complejidad, de posición ante el contenido, etc.; el trabajo cognitivo implica también abordar elementos de constitución de la personalidad del individuo, el proceso enseñanza-aprendizaje se constituye en un momento de reflexión integral y el trabajo grupal operativo en la modalidad práctica para constituir un proyecto con implicaciones terapéuticas y de aprendizaje, en palabras de Margarita Baz (1996) "La didáctica grupal parte del relevamiento permanente del sentido del grupo (¿cuál es su tarea?), de la apertura

de un espacio donde los fantasmas evocados pueden ser interrogados y comprendidos y de la necesidad de reconexión con lo que somos y queremos."<sup>75</sup>

El enfoque terapéutico que subyace al planteamiento anterior toma como base algunos elementos derivados del psicoanálisis especialmente lo concerniente a los procesos de identificación, transferencia, el énfasis en la reflexión sobre el compartir objetos de amor, el constante abordaje de los procesos de identificación, lo consciente y lo inconsciente, así como la emergencia de fuerzas libidinales.

El trabajo grupal considera elementos del terreno educativo principalmente los relacionados con el proceso enseñanza aprendizaje, el énfasis en la significatividad del contenido para el alumno inserto en una proceso educacional, la construcción de la didáctica a través del grupo, la incorporación de la crítica en la estructuración del conocimiento superando la propuesta educativa memorística por la de construcción conceptual, enfatizando el trabajo grupal y diluyendo el trabajo individual.

De la psicología social incorpora elementos relacionados con el trabajo de los grupos, formación desarrollo e interpretación de procesos, aborda el estudio de las relaciones y vínculos que los sujetos establecen con sus compañeros de trabajo, los procesos de construcción social, construcción colectiva, imaginario social,

---

<sup>75</sup> Baz, M. (1996) La intervención grupal e investigación. Cuadernos del Tipi No.24 Universidad Autónoma Metropolitana. México.



percepción social, es decir todos aquellos momentos de integración de la subjetividad del individuo de la realidad.

### ***EL GRUPO OPERATIVO COMO DISPOSITIVO DE INVESTIGACION.***

"Partamos entonces que el grupo operativo no es una técnica (si bien tiene, naturalmente, soportes técnico-metodológicos), sino un dispositivo que constituye una mediación que intenta articular una teorización sobre los procesos psicosociales y una concepción sobre la acción de una psicología crítica" Baz (1996)<sup>76</sup>. Abordar así el trabajo grupal invita a realizar estudios más amplios. La propuesta de la autora tiene su mayor expresión en el trabajo con la mujer y el cuerpo, sin embargo su aportación más allá de los conceptos que invitan a la reflexión en el terreno de la corporalidad y el género enfatizan la importancia del dispositivo grupal como herramienta esencial para abordar los procesos de subjetividad.

El dispositivo con un enfoque operativo supone:

1. - La observación del grupo y la lectura de los diferentes momentos que vive el proceso grupal al amparo de constantes metodológicas.
2. El participar de manera grupal pero con roles diferenciados sobre todo el referente a la coordinación, en ese sentido el coordinador de grupo tiene

---

<sup>76</sup> Baz M (1996) op.cit.

como función realizar observaciones, aportar significaciones, facilitar y estimular el proceso de enseñanza aprendizaje que de manera grupal se vive. La lectura implica no solo el abordar los elementos manifiestos, sino también la interpretación de éstos al amparo de los momentos que vive el grupo, de igual manera realiza lectura de lo latente y su relación con el proceso, en palabras de Baz: "...la relación fantasía inconsciente-trama institucional" que coincidiendo con la autora es elemento clave para el trabajo grupal.

Este trabajo grupal si bien retoma elementos de los autores mencionados a lo largo del capítulo, propone formas específicas de intervención, que continúan con los supuestos teóricos que subyacen a la concepción operativa, pero plantea cambios tanto a nivel metodológico como de formas de interpretación, ubicándose más en el terreno de la psicología social, donde se abordan primordialmente relaciones entre sujetos insertos en un devenir histórico y social, y no tanto aspectos clínicos derivados de la inserción del sujeto en un grupo terapéutico.

Destacan las siguientes vertientes metodológicas:

- a) El encuadre se constituye en una constante metodológica que permite indagar sobre la experiencia grupal.
- b) El encuadre redefine las funciones de los participantes, en especial la del coordinador, cuya función se realiza al amparo de los elementos derivados de la Psicología Social -en la coordinación de grupos- y de la escucha que proporciona la vertiente grupal operativa, en el sentido de la Contraideología que Bauleo incorpora al trabajo grupal educacional.

- c) El coordinador asume los compromisos planteados por Baz en el sentido de integrar dos elementos claves de la intervención institucional "dispositivo-autogestión" donde existe un compromiso de interrogar a la institución sobre sus formas de producción y reproducción.
- d) La coordinación se da desde una posición "externa", instalándose como un escucha que no es originario del lugar pero cuya intervención supera el papel del "instructor" desde el momento que existe el compromiso, la formación, el deseo y el interés por intervenir en un orden institucional desde el cual se pueden interpretar fenómenos psicosociales que trascienden el campo de competencia de los productores del discurso.
- e) La coordinación de grupos, tiene como sustento teórico-metodológico el estar construido desde la vivencia, es decir no surge de la constante aplicación de los elementos técnicos de trabajo grupal, donde las dinámicas de grupo suponen la intervención en procesos más amplios, por el contrario el coordinador de grupos emerge de la vivencia grupal, de los compromisos con una posición teórica con respecto a la Psicología Social, de un conocimiento sobre el campo institucional sobre el cuál se va a trabajar, de un deseo de responder preguntas derivadas del acontecer social sobre el cuál hay "huecos" explicativos y que crean vacíos de trabajo multidisciplinario, finalmente y como elemento clave habría que enfatizar los elementos que se derivan de la escucha con carácter operativo que si bien puede contemplar algunos de los aspectos antes mencionados proporciona características de lectura grupal

coherentes con una teoría que desde la práctica ha mostrado ser oportuna en diversos ámbitos donde se ha desarrollado<sup>77</sup>.

- f) El grupo se constituye en un espacio de indagación, exploración, reconstrucción, es decir en un espacio de investigación sobre los aconteceres sociales por los cuales se transita y las demandas generadas a partir de ese rol asignado, la discusión entonces deberá tener un carácter de interrogación sobre lo instituido y lo no instituido.

---

<sup>77</sup> Principalmente en el terreno educacional, y como mayor experiencia el trabajo desarrollado por el CISE Centro de Investigación y Servicios Educativos donde la formación de los profesores universitarios tenía como vertiente formativa elementos derivados del trabajo grupal, para una expresión más amplia de ello. De igual manera representante de esta vertiente teórica actualmente realizan trabajos en el Centro de Estudios Sobre la Universidad. Otro centro de investigación es la UAM, en la Universidad Autónoma Metropolitana, los Estudios de Posgrado en el área de la Psicología Social tienen como fundamento teórico ésta vertiente de trabajo, destaca el área de investigación "Procesos grupales e institucionales y sus interrelaciones".

## Capítulo 5

### **PROPUESTA METODOLOGICA.**

#### ***I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E HIPOTESIS.***

La pregunta central de esta investigación fue:

¿ Es el trabajo grupal un dispositivo diagnóstico de los procesos subjetivos y relaciones interpersonales que los directivos de Servicios de Salud expresan en el ejercicio de su actividad directiva y normativa?

El contexto de referencia en el que se enmarca este planteamiento del problema, son los directivos de los Servicios de Salud a nivel Jurisdiccional.

1.- Definición de los términos contenidos en el problema.

"Dispositivo diagnóstico" se refiere a: Una concepción operativa de grupo ubicado en la institución prestadora de servicio que lo reviste de significaciones que lo trasciende sostiene y atraviesa. Desde la concepción operativa se establece: Constantes metodológicas que permiten la lectura y observación del proceso; y la

existencia de un rol diferenciado de los integrantes.

"Procesos subjetivos" Se refiere a la concepción que el sujeto tiene de su existencia en un mundo real, donde percibe los fenómenos de acuerdo a una serie de referentes reales imaginarios y simbólicos producto de la historia pulsional e intersubjetiva y su inscripción en las dimensiones institucional y cultural, cuya principal expresión la constituyen las prácticas sociales en este caso las profesionales.

"Trabajo grupal operativo " se refiere a la intervención fundamentada desde las propuestas educacionales derivadas de la concepción educacional del trabajo grupal operativo, en el cuál existen etapas (pre tarea, tarea, proyecto), momentos (evitación a la tarea, desconcierto, reflexión, análisis, etc.) procesos (manifiestos y latentes)

2 Las hipótesis del trabajo son las siguientes:

- A.- El trabajo grupal pone de manifiesto los procesos subjetivos bajo los cuales se realiza la actividad profesional.
- B.- En la representación de los procesos subjetivos intervienen aspectos tanto de lo imaginario como de lo simbólico propios de un grupo profesional determinado.
- C.- El directivo de Servicios de Salud al realizar su actividad profesional pone en juego su origen gremial, su formación disciplinaria y su inserción institucional.

D.- La actividad directiva es un lugar de contradicciones institucionales.

3. El diseño del trabajo se sustenta en los siguientes referentes metodológicos:
  - a) El trabajo grupal operativo es una propuesta que permite la intervención en instituciones de salud.
  - b) La subjetividad en tanto proceso constituyente del sujeto es un elemento clave para el análisis de la actividad profesional.
  - c) Reflexionar los procesos de los sujetos es una tarea en el desarrollo del conocimiento.

## **II.- METODO.**

### 1.- Consideraciones sobre el proceso investigativo

Elegir el método de investigación es un compromiso con una serie de referentes teóricos y con una forma de lectura de la realidad. La forma de conducirse en ese proceso manifiesta la posición teórica del investigador, la lógica de integración del conocimiento, el compromiso con el trabajo empírico, así como las formas de análisis bajo las cuales se conduce la actividad.

En el terreno de la pertinencia de éste tipo de actividad, se puede afirmar que en el lugar de las aproximaciones al estudio de los procesos humanos existe una

heterogeneidad de formas de abordarlos, sin embargo, las experiencias derivadas desde esta modalidad de trabajo en la psicología social se constituyen en una propuesta susceptible de instrumentar en otros campos disciplinarios.

Dado que este trabajo aborda aspectos psicosociales la perspectiva de investigación requiere de un método acorde con el propósito, encontrándolo en la propuesta derivada de lo educacional y de la formación de recursos humanos, las propuestas de Bauleo<sup>8</sup>, en el terreno de la intervención grupal operativa, y de Baz<sup>9</sup>, en el terreno de la intervención del psicólogo social en el estudio de la subjetividad de los procesos de la salud. En Ambas propuestas el trabajo grupal se constituye en el elemento a analizar por el investigador, de ahí que el método se refiera al **análisis del discurso grupal reconstruido**<sup>10</sup> es decir desde el registro del equipo de coordinación. En ese sentido Margarita Baz refiere que aún cuando es un método menos riguroso en comparación al realizado a través del registro directo, solo puede ser útil para estudios exploratorios, razón por la cual en este estudio se emplea como diagnóstico, es decir como la lectura inicial para cualquier tipo de intervención posterior "En la práctica este es un método extensamente utilizado; muchas de las experiencias grupales e institucionales se comunican vía este procedimiento, apuntaladas frecuentemente por anotaciones y observaciones de diverso tipo."<sup>11</sup>

El empleo de ésta propuesta de trabajo contribuye a realizar investigación desde

---

<sup>8</sup> Bauleo A. (1984) op cit

<sup>9</sup> Baz M. (1996) op cit

<sup>11</sup> En Baz M (1996) Intervención grupal e investigación. Cuadernos del Tipi. U.A.M. México



una posición diferente a la que generalmente se realiza en el terreno de los Servicios de Salud, esto al amparo de una posición previa de formación en Psicología Social, lo cual marca de manera determinante el interés por los fenómenos de estudio.

Una modalidad de trabajo de éste tipo insiste en considerar al individuo integralmente es decir como un **sujeto** lo que permite rescatar elementos de las Ciencias Sociales en un campo donde se juegan y viven procesos sociales.

## 2.- Caracterización del método

A partir de lo anterior se asume que el método de la investigación será el **análisis del discurso grupal reconstruido** en una modalidad fundamentada en el trabajo grupal operativo y la psicología social se ubicaría por tanto en una propuesta de índole cualitativa. Dos postulados son básicos, la presencia del inconsciente en la mediación del sujeto con su ejercicio profesional, y el reconocimiento de la presencia del discurso hegemónico de la salud en las prácticas de ejercicio profesional.

El trabajo surge desde lo empírico, desde la inserción de la autora en el proceso de investigación por lo que los procesos de subjetividad de ambos actores grupo y coordinación son elementos presentes en el trabajo.

El material empírico es discursivo y producido bajo una serie de entrevistas y de dispositivo grupal, por lo cuál el análisis se realizará sobre un texto reconstruido

---

<sup>41</sup> Baz M. Op cit.

donde no hay elementos definitorios sino momentos de expresión subjetiva al amparo de una interpretación grupal susceptibles de ser leídos desde ópticas diferentes dependiendo la opción teórica de otros investigadores.

Las características del método serían:

a) Cualitativo.

- Desde esta perspectiva se hace referencia a aquellas aproximaciones donde el interés se centra en abordar procesos complejos y no conductas aisladas, razón por la cuál se hace énfasis en los momentos, etapas, procesos, roles, manifestaciones, donde se evidencian situaciones más amplias y complejas de lo que implicaría una variable desde una perspectiva cuantitativa.

El material de análisis es el texto reconstruido de los acontecimientos grupales y de las entrevistas, diferente a lo que sería una recolección de datos puesto que se hace referencia a procesos y no a eventos finales o productos observables de los procesos.

En cuanto a la lógica de análisis, ésta es paradigmática y discursiva, es decir hace referencia a los diferentes momentos que vive el sujeto al amparo de una producción subjetiva de los mismos, es decir la integración de cada uno de los momentos pasa por un terreno interpretativo del discurso en el cuál está inserto. Es importante resaltar que la lectura de éstos hechos es eminentemente grupal y solo se hace uso de la entrevista como parte de los diferentes momentos de expresión grupal, es decir hay una subjetividad colectiva presente y efecto de una realidad institucional.

b) Analítico

El trabajo grupal operativo supone una serie de elementos teóricos dentro de lo cuál resalta la relación consciente-inconsciente. Por lo tanto se hace uso de los elementos derivados de esa perspectiva a través de lo latente y lo manifiesto, la interpretación de esos momentos por lo tanto hace referencia a lo operativo de la técnica, resalta también el concepto de roles diferente a la propuesta derivada de la dinámica de grupos o de otra perspectiva de trabajo grupal, ya que aquí se refiere a los vínculos de ese rol con los elementos latentes grupales al amparo de una lógica psicoanalítica.

La interpretación de los procesos mostrados son manifestaciones de procesos de formación subjetiva donde las prácticas discursivas han dejado una herencia al sujeto no son personas presentes en una institución, son sujetos de una serie de saberes implicados en el discurso médico hegemónico e insertos en el ejercicio del poder institucional donde la tarea es permear los vínculos institucionales.

Finalmente y retomando la propuesta de Erickson F. (1991) "La tarea de la investigación interpretativa, por lo tanto, radica en descubrir los modos específicos en los que las formas locales y extra locales de organización social y de cultura se relacionan con las actividades de las personas específicas al efectuar opciones y realizar juntas una acción social"<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> Erickson F. Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. Cap. De La interpretación

En tanto proceso compartido por el grupo y la coordinación, ésta reconstruye una lógica de intervención, sustentada en los elementos derivados de la psicología social y del trabajo grupal, implica también contribuir al modelo interpretativo con la experiencia de lo empírico cuna de la psicología social y en particular de la psicología social de la salud.

La teoría grupal operativa supone una serie de elementos clínicos en su fundamentación original, sin embargo posteriormente se hace una vertiente específica para el terreno educacional donde se asumen los elementos teóricos derivados del psicoanálisis en la interpretación grupal, pero no se abordan los discursos grupales como síntomas de una patología colectiva, en la vertiente educacional el proyecto se sustenta en una formación colectiva alternativa a las prácticas tradicionales, esto es de particular importancia dado que el trabajo no es clínico, es a nivel de formación educacional.

El análisis del trabajo grupal se realiza con base en la reconstrucción del discurso por lo cual se identifican significados de los aconteceres grupales tanto en el ámbito de la palabra como al nivel de los movimientos, momentos, palabras y roles que lo acompañan, retomando la propuesta de inconsciente de Freud, donde se hace referencia a la presencia de un saber que no se sabe pero que está presente en el accionar del sujeto aún cuando él no se de cuenta de ello, así cuando se menciona una palabra ésta da cuenta de un concepto y

de una imagen acústica donde significado y significante se presentan en el momento discursivo. Se pretende entonces, apoyarse en este tipo de premisas fundamentales en la evidencia de la constitución de la subjetividad en el sujeto, pero se está consciente de que no se realiza un trabajo clínico donde el escucha y las manifestaciones del inconsciente tienen un orden diferente.

### 3.- Operativo

La intervención grupal adquiere el carácter de operativo en la medida que se inserta en un método donde coordinador/grupo son parte del proceso de trabajo, se enfatiza la formación del coordinador en experiencias grupales dado que su tarea en este espacio es devolver al grupo el pensar y los momentos del pensar desde un lugar diferente, lo cuál tiene un efecto sobre el individuo y el grupo.

En el terreno de la ubicación en paradigmas conceptuales ésta forma de trabajo corresponde a las propuestas derivadas de la Investigación participativa<sup>83</sup> e Investigación acción<sup>84</sup> resultado de una práctica investigativa donde el investigador interactúa con el objeto de investigación y viceversa con el propósito de construir un conocimiento alternativo de la práctica en la que se esté inmerso. Desde el punto de vista de la construcción de las ciencias sociales se asume el

---

<sup>83</sup> Antoine de schutter (1983) La investigación participativa en América Latina.op cit

<sup>84</sup> Borda F. (1981) Investigación Participativa y Práctica Rural. Nuevos Conceptos en Educación y Desarrollo Comunal Ed. Mosca Azul, Editores. Lima Perú.

compromiso de interacción entre un sujeto cognoscente y un objeto cognoscente donde se intercambian relaciones matizadas por la subjetividad que acompaña la constitución del sujeto en cualesquiera de los extremos donde se encuentre (objeto-sujeto).

Retomando los elementos planteados anteriormente, la tarea del coordinador grupal tiene una responsabilidad muy amplia en el proceso dado que interviene con un fin investigativo, un rol diferenciado y una distancia de la situación compartida por el grupo, su observación y lectura están matizados por los vectores de análisis propuestos por Pichon-Riviere.

Finalmente hay que mencionar una característica más que se constituye a la vez en una limitante, y es la referente al uso del "texto reconstruido", en el presente trabajo se propuso al grupo realizar grabaciones de las sesiones, sin embargo esto fue rechazado por considerarlo un elemento persecutorio de la institución, manifestando sus temores al uso de éste tipo de productos que para ellos significaban evidencias, de allí que se trabaje con "el relato del investigador" lo cuál en muchas ocasiones no permite discriminar adecuadamente los momentos descriptivos y los inferenciales, por las condiciones del trabajo no se pudo realizar un registro "textual" que hubiese proporcionado mayores ventajas a intervenciones de éste tipo.

### **III.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.**

La recopilación del material de la investigación se realizó de la siguiente forma:

- A) Una serie de entrevistas grupales con cada uno de los Directivos de Servicios de Salud de la Jurisdicción, se realizaron de manera individual y teniendo como base ocho preguntas elaboradas con anticipación (ver anexo) La entrevista se realizó a 18 de los 19 Directores de Centros de Salud y a 20 de los 22 encargados de programas y planeación de la Jurisdicción. Las entrevistas tuvieron un promedio de 45 minutos y se realizaron por la autora con el apoyo de una persona más para el registro de la información.
  
- B) Debido a que el número de participantes era muy grande se dividió el grupo de manera azarosa para participar en dos horarios diferentes en el trabajo grupal, sin embargo la propuesta organizativa no fue aceptada y se hizo una división "alternativa" no intencional (según palabras de los participantes) de acuerdo al grupo "directivo" o "normativo" al cuál se pertenecía.
  
- C) Se elaboró un programa de trabajo grupal donde se plantearon los temas a trabajar en cada una de las sesiones a partir de la información proporcionada en las entrevistas realizadas.
  
- D) Se trabajaron diez sesiones con cada grupo de cincuenta minutos de duración donde al inicio se establecía un encuadre de la actividad grupal por abordar.

Posteriormente se realizaba la discusión de las temáticas propuestas por el programa. Las reuniones se desarrollaron en dos lugares la sala de juntas de la Jurisdicción y la sala de juntas de un Centro de Salud.

### **Los sujetos de la Investigación.**

Participaron 35 Directivos de Servicios de salud de los 41 que componen la Jurisdicción, 20 de profesión médico, 5 enfermeras, 3 trabajadores sociales, 1 veterinario, 1 Químico, 2 odontólogos, y 3 prodiaps (promotor de atención primaria a la salud). La edad iba de 28 años la persona más joven y la mayor de 60 años. Con un promedio de 40 años los participantes. El promedio de trabajo en la institución fue de 15 años, laborando en diferentes lugares y actividades pero en la misma jurisdicción. Los estudios de la mayoría de los participantes fueron de posgrado, ya sea a través de diplomados o de especialidad; la formación es principalmente en el área de epidemiología incluso la institución ha propiciado el impartir estos cursos y motivado a través de facilidad de horarios a los participantes.



## **Limitaciones del estudio**

Ya se mencionó anteriormente la limitante de no trabajar directamente con la información textual.

Hay que mencionar que el haber iniciado este tipo de trabajo desde la demanda institucional, constituyó una limitante para la inserción y la realización del trabajo con los Directivos, si bien fue una solicitud desde la autoridad, no se hicieron señalamientos con respecto a las formas de instrumentarlo por lo que la decisión de la modalidad y estrategia de trabajo fue totalmente responsabilidad de la autora y con el respeto total de la autoridad jurisdiccional, sin embargo esto no se percibió de la misma forma por parte del grupo, y se tuvo siempre la sospecha de una "observación institucional".

Otra limitante fue la formación de los dos grupos, situación necesaria por la cantidad de participantes, sin embargo esto no permitió observar a los Directivos Jurisdiccionales, mostró por el contrario un grupo de "Directores" y un grupo de "Normativos" situación que expresa el tipo de relaciones reales que se han establecido.

Una limitante más es la incipiente experiencia de la autora en la recuperación de éste tipo de procesos, que si bien propició el crecimiento en éste campo también evidencia los huecos formativos y de análisis que posee.

Finalmente hay que enfatizar que éste tipo de experiencia no es común en la Investigación de Servicios de Salud por lo tanto no hay una tradición de estudios cualitativos que permitan insertar propuestas de éste tipo.

### **Técnicas y Procedimientos.**

Dos técnicas se emplearon en este trabajo, la entrevista individual y el trabajo grupal operativo.

- a) La entrevista individual. La entrevista como forma de intercambio de información entre el entrevistador y el entrevistado, supone un espacio donde se piensa sobre algo, ejerciendo la pregunta la función de ser el eje que guíe el interés de investigación, existe un guión de entrevista pero la forma de conducción depende de la relación que se establezca entre los participantes donde ambos intercambian información y por lo tanto se hace un planteamiento desde el lugar individual es decir desde su propia historia.
- b) El trabajo grupal operativo. Es el momento metodológico- técnico que permite instrumentar el momento empírico que constituye la investigación. Se integra al trabajo grupal a través de una tarea que será el pretexto para establecer un diálogo en y con el grupo, adquiere un carácter de dispositivo en la medida que trasciende el terreno de la técnica y hace referencia de un quehacer fundamentado en una teoría metodológica que sustenta en su lectura e

interpretación del material generado en el trabajo grupal.

El Trabajo grupal desde esta modalidad establece un rol diferenciado de los participantes (coordinador/grupo) situando en la coordinación el señalamiento de los diversos momentos y las características del encuadre previamente aprobado por el grupo; los integrantes ponen en juego sus marcos referenciales, afectivos e ideológicos para construir un ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo).

### **Procedimientos para el análisis**

Para el análisis de la entrevista se realizó lo siguiente:

- a) Cotejar el texto anotado por el entrevistador y el observador que acompañaba al entrevistador.
- b) Análisis de cómo se inicia la entrevista, como se desarrolla y en que termina.
- c) Una vez concluidas las entrevistas identificar significantes que insisten en señalar cadenas discursivas, significantes asociados con diversos procesos, expresiones, elaborando un primer segmento de significantes y emergentes.
- d) Identificar ciertos hilos discursivos que sostienen el discurso general desde lo latente
- e) Se esbozan ciertas hipótesis teóricas de los procesos que allí se viven pero

sin interpretación alguna.

En el análisis del trabajo grupal se realizó lo siguiente.

- a) Integración de los textos elaborados por las dos observadoras y la coordinadora grupal.
- b) Análisis de los textos a la luz de los ejes metodológicos ¿Qué hace el sujeto respecto a su tarea?
- c) Cotejo de los textos de las sesiones con los elementos identificados en las entrevistas, iniciando con la interpretación de los elementos de interacción entre ambas modalidades y los momentos latentes.
- d) Identificar los roles y principalmente los emergentes en el trabajo grupal.

## Capítulo 6

### RESULTADOS

#### *El Material obtenido.*

La presentación de los resultados desde el término más usado de la investigación implicaría evidenciar los datos obtenidos a partir de la intervención, dado que éste no es el interés del presente trabajo, en este apartado se presentarán una serie de observaciones e interpretaciones de los eventos narrados, señalados o considerados como relevantes para el presente trabajo. La pregunta que surge en un primer momento sería ¿cuáles son los criterios considerados para la selección de la información? Dado que los resultados no son la acumulación de datos, sino la muestra de un proceso vivido por los participantes, primeramente se realizó una transcripción de cada una de las entrevistas, y de las sesiones grupales, los observadores cotejaron los textos y señalaron observaciones sobre cada uno de los elementos y momentos presentes en las entrevistas, se señalaron los silencios, los comentarios sobre el valor de los resultados, las implicaciones

institucionales de su participación, cuando la pregunta no era clara, su atención a la pregunta, su prisa por alejarse de la situación o en su defecto el interés por continuar con la entrevista.

Como ya se mencionó anteriormente la entrevista realizada a los directivos de salud tuvo como eje guía un guión (ver anexo) a partir del cual se iniciaba la conversación sobre tópicos relacionados con las funciones que se realizaban en el trabajo diario, mismas que definían su función profesional y que a la par guiaban su relación con la institución, en el presente apartado se mencionarán algunas de las respuestas más representativas, organizadas de acuerdo a los tópicos de análisis y no de acuerdo a las preguntas formuladas, dado que éstas solo eran un elemento conductor de la reunión. En ese sentido la entrevista que se realizó fue guiada o enfocada la cuál "no se ocupa de revivir toda una vida sino que se concentra en una determinada experiencia (la que al entrevistador le interesa conocer del entrevistado) y en función de ella prepara de antemano una guía"<sup>85</sup>. El interés de la conversación giraba en torno a la presencia del sujeto en la institución, es decir su inserción institucional y el tipo de relaciones que se establecían tanto con los compañeros de trabajo como con las líneas de autoridad, en dos terrenos: la demanda institucional (las funciones asignadas) y su vínculo laboral con la institución (las funciones realizadas).

La lectura de éste tipo de material se realiza al amparo de los elementos teóricos que se han mencionado en la fundamentación lo que implica que existen ciertos

---

<sup>85</sup> Alvarez del R. A. (1998) Muerte y subjetividad una experiencia de investigación. Tesis para

supuestos que evidencian los fenómenos de ahí que el análisis de la información gire en torno a la integración conceptual y a la evidencia empírica sin que esto signifique cotejar con la realidad, supone sin embargo la interpretación de los hechos sostenida desde la perspectiva de *lo social* misma que se ha mencionado con anticipación.

Dos elementos entonces se conjugaron en ésta forma de obtención de la información, uno referente a su vínculo institucional y otro referente a la forma de narrar el vínculo institucional, la selección de los comentarios también estuvo resignificada por estos elementos, es decir, si la persona decía: "no pasa nada" y ese comentario iba acompañado de una sonrisa, una mirada de complicidad, un tono de burla, o si se hacía el comentario acompañado de seriedad en el rostro, sin silencios y pasando a la siguiente pregunta, ambas situaciones tienen un elemento de interpretación el cuál cobra valor en la continuidad de las respuestas y en el tiempo que se le dedique a ésta situación

Lo emergente de la situación entonces estará matizado por eso no dicho, por lo que se da por supuesto y donde se buscan englobar situaciones por lo que se requiere de la lectura de la totalidad para identificar los momentos por los que atraviesa el grupo, sobre todo cuando se está abordando al grupo y no a los individuos aislados. La horizontalidad en ese sentido inicia su manifestación y para el coordinador del grupo se presentan los primeros elementos que construirán las hipótesis de inicio del trabajo grupal, sin interpretación alguna como ya se señaló

anteriormente.

A continuación se presenta la información de acuerdo a ésta primer organización y que sirvió para guiar el inicio del trabajo grupal:

### ***Los Sujetos.***

En éste apartado se hace referencia a los **SUJETOS**, es decir a los individuos con los que se compartió la experiencia de trabajo desde la perspectiva que se ha destacado en el presente documento, como seres sociales y actores de un proceso social del cuál son producto y producen relaciones mismas que se objetivan y manifiestan en su actuar, en lo cotidiano, en su relación profesional y en la serie de vínculos que establecen tanto subjetivos como objetivos.

La información que se tenía sobre el personal de salud al cuál se realizarían las entrevistas era que todos los participantes tenían funciones directivas en la Jurisdicción, las cuáles establecían el vínculo entre el nivel organizativo y el nivel operativo, sus tareas estaban divididas en dos grandes responsabilidades. En el ámbito normativo de formular programas, realizar supervisiones, seguimiento de los programas, evaluación de las actividades realizadas y detección de áreas problemas sobre las cuáles se pudieran propiciar acciones correctivas y éste tipo de profesionales tenían como lugar de trabajo las oficinas de la jurisdicción. El



director y/o coordinador municipal tenía como principal encargo la organización del nivel operativo para la prestación del servicio, la solución de problemas derivados de la prestación del mismo, la supervisión del nivel operativo, el establecimiento del vínculo institucional con la comunidad aledaña, la instrumentación de los programas que tanto a nivel jurisdiccional como estatal se establecen como prioritarios, la coordinación del personal operativo tanto médico como administrativo, el establecimiento de vínculos de comunicación entre el nivel operativo y el nivel directivo. Pero ¿quiénes eran esas personas con ese tipo de demandas profesionales?

En su mayoría el personal médico que tiene una antigüedad promedio de quince años, fue contratado y formado bajo la propuesta de prestar atención a la población desde la perspectiva del trabajo comunitario. El modelo de trabajo del Estado de México, considera dentro del equipo de salud a los PRODIAPS (promotores de atención primaria a la salud) su actividad se realiza en los Centros de Salud y la comunidad circundante, la participación del médico implicaba la coordinación del personal para realizar funciones preventivas derivadas de las políticas de Atención Primaria, esta integración de un equipo de salud alternativo es propuesta por el Dr. Baz con el propósito de cumplir con las acciones preventivas derivadas del modelo de atención a la salud propuesto para nuestro país pero con la estrategia básica de trabajo comunitario que caracterizó la política del Dr. Baz, de ahí que el médico y el prodiaps se constituyen en elementos centrales, ambos tenían como encargo institucional establecer vínculos preventivos con la población y generar trabajo comunitario para la solución de los

problemas que afectaban a la salud dado que se hacía referencia a la intervención comunitaria las funciones del médico implicaba también la visita domiciliaria, el mapeo de la población por grupos étnicos, familias y grupos en riesgo, la coordinación del prodiaps era una tarea básica y uno constituía el apoyo del otro, el médico en la práctica realizaba acciones de vigilancia epidemiológica y redefinía su función médica incorporando acciones colaterales que tendían a fortalecer el trabajo comunitario:

"cuando empezamos a trabajar nos comprometíamos totalmente, caminábamos por las calles que en ese tiempo no estaban pavimentadas y en las tiendas o en los puestos de periódicos preguntábamos por alguno de los pacientes que hubiera faltado a la consulta o que creíamos estaba con problemas, caminábamos toda la comunidad y aunque fuera sábado o domingo nos presentábamos para cumplir con los objetivos que teníamos"

"El Dr. Baz siempre estuvo al tanto de lo que hacía cada persona "

"Estábamos muy jóvenes no teníamos compromisos y muchos de nosotros del servicio social pasamos al trabajo en los Centros de Salud como médicos o a nivel de programación"

"Creíamos en el trabajo con la comunidad y el modelo estaba muy bien planeado ya que se conocía toda la zona en la que trabajábamos y hubo experiencias muy interesantes como los Huertos Familiares"

" hasta ahora se regresa al modelo de trabajo original porque con el doctor si se

puede hablar y trabajar"

El trabajo comunitario como una forma de acercamiento con los grupos menos privilegiados fue una modalidad de mucho auge en los años 80's, desde el discurso académico los diferentes profesionales encuentran un escenario de trabajo en las zonas donde habitaban los sujetos de las acciones de salud, desde esta perspectiva el trabajo del médico no solo es clínico también es preventivo, a nivel internacional se habla de la promoción y prevención del daño a la salud, las instituciones académicas incluso plantean como parte de sus políticas la prestación del servicio, y se menciona la vinculación del profesional con la población como una forma de retribuir a la sociedad la inversión realizada para la formación del profesional.

Del personal de reciente ingreso se puede mencionar su origen recientemente universitario y su énfasis en mencionar problemas administrativos en la realización de funciones, su interés en la actividad que se realiza es la de "organizar la institución" "iniciaría por organizar las instalaciones, que haya instalaciones adecuadas porque para exigir primero hay que dar"

"Existían actividades por cubrir, desviaciones para programar su solución administrativa, quedaban actividades fuera del programa"

"si hay recursos lo que falta es administrarlos bien"

"falta organizar bien las actividades "

En el personal de reciente ingreso no se hizo énfasis en el trabajo comunitario sino en el desarrollo adecuado de las funciones, lo que muestra una diferencia de percepción desde el origen del tipo de profesional directivo.

### ***Del Origen al Aquí y Ahora.***

"el tiempo ha pasado, todos nos conocemos"

***"Existen problemas que se originaron de nuestras relaciones personales"***

"ya tenemos familias y responsabilidades económicas"

"hemos hecho estudios y para qué han servido"

"Soy especialista en Salud Pública y mire lo que hago"

"Nos conocemos todos no vamos a olvidar quienes somos"

***"la institución no valora nuestro trabajo"***

"No hay reconocimiento de nuestro trabajo"

"Si nos equivocamos luego luego nos lo dicen, pero cuando hacemos las cosas qué"

"No hay unión todos hacemos como podemos"

***"Estoy aquí porque tengo puesta la camiseta, porque por dinero no"***

"Hay problemas pero es que tenemos muchos años juntos"

"ya nos conocemos"

***"no hay problemas, todo funciona bien"***

***"no pasa nada"***

"se ha normado una política de mayor respeto pero no se ejerce, y quizá debería de implementar el respeto a la persona y eso no tiene que ver con el organigrama dado que se puede ser más permanente, debería ser respeto a las personas y no al puesto, sí, de las líneas de mando sin llegar a una gestión de lo por escrito"

***"se ha perdido la filosofía del servicio,*** se cubre el trabajo más por enojo que por motivación, no hay retroalimentación del trabajo, se queda aquí y no a nivel

del centro de salud"

En la estancia en la institución se manifiesta una continuidad más como forma de vida que como ejercicio profesional, el tiempo ha pasado y se ha sentido, un tiempo que no ha reconocido el trabajo y si ha permitido un manejo indiscriminado de las relaciones personales.

### ***Quiénes Somos.***

**"hay normativos y directores, algunos también son coordinadores municipales y hacen los dos trabajos"**

**"los directores somos los responsables de todo pero cuando hacemos las cosas bien ni quien se fije"**

**"A nosotros nos toca supervisar y hay gente que no va y cuando se le señala se enojan"**

**"la supervisión no es capacitante y debería ser"**

**"como podemos hacer algo si siempre interviene el sindicato"**

**"no se puede cambiar mientras el sindicato proteja a los trabajadores"**

**"que quieren que haga si no hay recursos ni para las jeringas, tenemos que poner de nuestro propio dinero para solucionar los problemas"**

**"los directores deberían retroalimentar a los otros directivos que realizan las funciones con coordinación y no con pleitos"**

**"Existen problemas por comentarios fuera de lugar que se han hecho por protagonismo personal e incluso afectan a terceras personas "**

**"Somos mensajeros del Centro de Salud y de la Jurisdicción"**

**"es una familia, lo que implica pleitos y separaciones, conflictos y resentimientos que dan al "traste " las "cosas" y se mezclan sentimientos pero.....no se trabaja"**

**"se trabaja en dos instituciones y allá (IMSS) si se trabaja con "ganas", hay que valorizar el trabajo en el Instituto, porque si no se crea una situación que se manifiesta en todo "**

**"no somos directivos, somos normativos, no hay apoyo del personal cuando se señalan errores se solucionan parcialmente"**

"los directores ganan más que nosotros (encargado de programa) y nosotros tenemos más responsabilidades"

**"mis programas se cumplen"**

"todos piden cosas al mismo tiempo y a veces la información se da tres o cuatro veces, se deberían organizar"

"cuando hay supervisión se tiene que haber cumplido con todo "

**Y..... ¿La Institución ?**

**"no hay apoyo, el sindicato tiene mucha fuerza"**

"el sindicato sirve para proteger a los que no trabajan"

**""hace falta comunicación de otras actividades con otros departamentos, no se informa, no hay buenas relaciones entre los jefes de departamento para preparar otras cosas"**



**"se tienen celos de trabajo y no se trabaja en equipo"**

**"no se toma en cuenta al personal de ésta área, se tiene información pero no se socializa"**

**"no se reconoce el trabajo"**

**"hay desmotivación y desgano de las personas. Hay gente que no trabaja, se enfrenta a personas a quien el trabajo es un error"**

**"la juventud y el ahora son diferentes. No se han encontrado reconocimientos"**

**"el mal se ha gestado institucionalmente, la constancia en llamar la atención ha sido enorme"**

**"el director ha perdido el control y se requiere tenerlo para continuar, y se gasta y no se ven resultados"**

**"el representante del sindicato tiene más injerencia "**

**"las líneas de autoridad no se aceptan"**

**"cada año se capacita a la gente y cuando se supervisa no se acuerdan de nada"**

**"no hay dificultades por el contrario hay una relación cordial con todo el mundo comunidades y municipio"**

"se cubren todas las funciones pero con cargas y tiempo diferentes"

"hay supervisiones en todas las unidades no fiscalizadora sino de apoyo a los programas y sus responsables"

**"la supervisión de nivel central si es difícil, levantan actas y todo debe estar en orden"**

**"no hay recursos, ni para gasolina para salir a campo"**

"se piden apoyos pero no hay presupuesto"

**"no es suficiente el personal se comparten recursos para apoyo de otros departamentos y no sale a tiempo el trabajo"**

**"hay cansancio y rutina, y perdida del humanismo"**

## **Y...¿Las Relaciones con sus Compañeros?**

"cordial si no hay exigencia, si la hay atacan al jefe?"

"no hay unión, hay subgrupos, se sobrellevan cooperan y participan fuera del horario algunos si y otros no"

**"hay buen ambiente de trabajo "**

"problemas con normativos por no adaptarse al grupo horizontalmente no hay adaptación"

**"sabemos que hay problemas entre nosotros pero ya una vez se hizo un taller y los resultados fueron peores, tenemos más problemas desde entonces"**

"no hay una integración en todo el personal pero hay dificultad en la participación"

**"no hay equipo Jurisdiccional"**

**"la oficina es una isla"**

**"esto es una familia se viven muchas horas juntos, hay encuentros desencuentros se crean sentimientos resentimientos que se llevan al trabajo"**

**no se distingue trabajo de situación personal"**

"la mejoría de relaciones debería ser a partir de la cabeza para que fuera en cascada"

**"actualmente el Jefe que tenemos si está buscando soluciones"**

"si los normativos se pusieran en nuestro lugar iban a ver que no es fácil"

"en el Centro de Salud uno es quien da la cara y de que sirve"

"hay mucho tiempo de antigüedad que permea la opinión de los demás"

**"se necesita de más técnicas para que la gente pueda afrontar su tarea"**

**"no pasa nada"**

**"no se puede hacer mucho porque las personas están muy maleadas"**

"en la jurisdicción hay mucha desunión entre departamentos que hacen problemas que redunden en las unidades, las relaciones personales y las relaciones de trabajo unas a otras se bloquean"

## ***Las Entrevistas.***

Como se mencionó anteriormente se tenía una guía para el desarrollo de la plática y cabe mencionar que todas ellas se desarrollaron con cordialidad. El trabajo fue apoyado por la autoridad jurisdiccional y en ese sentido se hizo aviso de las entrevistas, la asistencia fue de un 90%, sin embargo se manifestaron diferentes momentos, el más acentuado fue el mencionar que no se les había avisado con anticipación para planear sus actividades, sin embargo, se pudo observar que esto no era tan cierto puesto que el aviso lo hacía una secretaria y desde dos días antes se le indicaban quienes eran las siguientes personas, entrevistados éste comentario se consideró hipotéticamente como un señalamiento de la resistencia al trabajo, hubo personas que durante la entrevista fueron sumamente comunicativos y facilitaron información, sin embargo también se encontraron dos personas con las cuáles la entrevista tuvo una duración de cinco minutos porque se negaron a proporcionar información, contestando con monosílabos a cada pregunta y cuando se trataba de abundar en la información se hacían silencios prolongados, ambas personas señalaron al final que estaban ahí por ordenes de la institución, aún cuando no se incluía esa pregunta.

Uno de los emergentes, señaló que ya en otras ocasiones se habían hecho esfuerzos para abordar los problemas de la institución y no habían funcionado, que ahora como psicólogos haber si podíamos dar soluciones, también señaló que él ya había hecho ensayos antes es una sesión colectiva y que la gente no supo

entender; otro señaló que no "pasaba nada", y uno más señaló que las "cosas no iban a funcionar". Hubo constantes señalamientos al interés de la entrevistadora de realizar un trabajo de éste tipo y abundaron las preguntas sobre el uso de la información, en su mayoría se hizo referencia a "estar dispuestos a hablar sobre su trabajo".

Finalmente cuando se hizo la invitación a participar en un taller grupal para continuar con el trabajo las respuestas fueron de aceptación, señalando solamente que se avisara con tiempo y se tomaran en cuenta los horarios de cada uno de ellos.

Las entrevistas permitieron establecer también una relación entre el equipo de coordinación y el personal de la jurisdicción.

### ***El Trabajo Grupal.***

La propuesta metodológica inicial planteó realizar el trabajo grupal en dos bloques, seleccionando de manera azarosa a los participantes de cada sección de trabajo; esto tenía como propósito el que en cada uno de los grupos existieran representantes de las diferentes modalidades de personal directivo para, de manera conjunta iniciar la discusión grupal, la invitación a participar en ésta

modalidad de trabajo se hizo por la autora de manera personal a cada uno de los entrevistados y bajo la perspectiva de continuar analizando la "problemática de la institución".

3

Antes de iniciar el trabajo grupal se seleccionaron mediante un proceso de "rifa" a cada uno de los participantes de los dos grupos, elaborando un listado y colocándolo a la entrada de la sala de juntas de la jurisdicción (todos los participantes deberían acudir al menos una vez cada quince días a ese sitio), en el mismo documento se avisaban los horarios de trabajo y fechas de reunión quedando la propuesta inicial de la siguiente manera:

- A) Grupo Uno Lunes y miércoles de 9.00 A. M. a 9:50 A.M. (listado de participantes)
- B) Grupo Dos Lunes y Miércoles de 10:00 A. M. a 10:50 A.M. (listado de participantes)

A la anterior propuesta le siguió una modificación producto de los procesos que vivió el "grupo" de lo cuál es conveniente presentar una reseña:

- a) La primera sesión y en el horario del grupo número uno, tuvo una asistencia de personal jurisdiccional indistinto, es decir asistieron directores de centros de salud, coordinadores municipales y personal normativo, la coordinación del taller propuso iniciar con el encuadre grupal, sin embargo esto se aceptó en lo verbal más no en lo real, ya que se hicieron una serie de señalamientos en el terreno de la inconformidad por los horarios, se preguntó cuál había sido el criterio para la selección de los grupos, se señaló muy constantemente el no

avisar del inicio del trabajo, así como la inconformidad de trabajar bajo ésta forma de organización, la sesión giró en torno a éstos temas y los participantes evidenciaron una constante ansiedad, el líder en la sesión fue un director de centro de salud, el saboteador una personal normativo y las personas de menor antigüedad en la función actuaron de manera conciliadora.

b) En el espacio del grupo dos la asistencia fue mucho menor, argumentando los asistentes una falta de organización y justificando la ausencia del personal por la falta de comunicación, y las actividades por realizar en ese horario, se criticó el horario y la forma de selección, finalizando la sesión con el compromiso de avisar a los participantes con anticipación de las actividades a desarrollar, es conveniente aclarar que el inicio de ésta sesión fue por continuidad de la anterior, es decir los asistentes se fueron incorporando a la discusión conforme llegaban y se ausentaban de acuerdo a sus actividades e intereses. La propuesta final fue continuar en la siguiente sesión con ésta discusión.

c) En la siguiente sesión la asistencia fue menor al principio de la reunión, ésta se inició con tres participantes, y a la media hora, la asistencia era del 100%, sin embargo aunque el número indicaba la totalidad de asistencia, los participantes no correspondían porque se presentaron de manera indistinta personas consideradas en los dos grupos, en su mayoría asistieron directores de Centros de Salud y Coordinadores Municipales, la orden del día elaborada la sesión anterior consideraba discutir la viabilidad de los dos horarios (se hacía constante referencia a un problema de horarios y no de personas) se inició la discusión hablando de "la necesidad de cambiar" los listados mencionando como principales razones: "Asistir en el horario que más se facilite", "participar



con los compañeros que se considere importante”, “elegir el grupo que cada quien decida”, “ no son preferencias personales, es la forma de organización que siempre ha tenido el grupo”. Dos momentos fueron importantes, el primero de ellos fue cuando se señaló que la **coordinadora asistía por solicitud institucional**, durante la sesión se mencionó que el trabajo que ahí se elaborará estaría vinculado con la jefatura de la Jurisdicción y que habría que discutir cuáles serían las consecuencias, se mencionó también que el jefe de la jurisdicción siempre había estado interesado en trabajar armónicamente, se le preguntó a la coordinación la utilidad de los “datos”, la coordinadora explicó la confidencialidad de los comentarios y se habló de no hacer interpretaciones clínicas sino una reflexión sobre los momentos del grupo, también se mencionó que el compromiso de trabajo era diferente con la institución que con el grupo, posteriormente los asistentes mencionaron la importancia de trabajar grupalmente pero con el antecedente de que ya se había asistido a experiencias similares aunque sin resultados, el segundo momento fue cuando se evidenció la diferencia jerárquica entre el personal directivo, insistiendo en que el normativo tiene un nombramiento de mayor jerarquía que el director y coordinador sin embargo salarialmente el director gana más, ésta diferencia ha marcado de manera significativa las relaciones entre los miembros del grupo. En la discusión de éste aspecto se jugaron mucho las emociones, se protestó por la situación pero con énfasis en la desigualdad jerárquica, hubo momentos de tensión y de agresión hacia quienes tenían éste nombramiento, por el contrario desde el terreno de los directores se reconoció como incongruencia de la institución y se propuso se evidenciara la situación a nivel central

buscando la homologación salarial. Lideró la situación el gremio médico y el papel de emergente estuvo depositado en un médico de reciente ingreso quien insistió en invitar a la participación de todos en el trabajo grupal y dejar "de lado" las diferencias individuales. La sesión continuó en el horario del grupo pero con una mínima asistencia de los integrantes de ese listado, los participantes de la discusión continuaron a pesar del término de horario y los que tenían alguna otra obligación se retiraron, se llegó al acuerdo de "tomar decisiones" de las actividades a realizarse en la siguiente sesión, pidiendo a la coordinadora que aclarara tanto los propósitos de las reuniones como el contenido del taller a realizarse.

d) La siguiente sesión se desarrolló en forma muy similar en cuanto a asistencia, sin embargo hubo cambios a nivel de la dinámica de trabajo, se explicó el programa de trabajo para con ambos grupos (anexo) y se insistió que cambiaban los horarios pero no los tópicos de trabajo, a la mitad de la sesión un asistente actuando como emergente propuso iniciar el trabajo dando como opción que cada uno de los participantes se incorporara **en el horario (no grupo)** que considerara oportuno, la propuesta fue aceptada no por votación sino que de inmediato se preguntó por el objetivo del taller, las lecturas, etc., es decir se inició la discusión de la modalidad de trabajo. En este momento la coordinación tuvo que reconsiderar su insistencia en la formación de grupos al azar y dado que la única razón que existía era la representatividad de los nombramientos de los participantes, se optó por respetar el criterio que de manera grupal se estaba mostrando así pues un **primer producto del trabajo**

**había sido el respeto a las formas de organización que los participantes tenían.** Con el compromiso de iniciar las sesiones de trabajo se dio por terminada la reunión. Hay que mencionar que los asistentes, una vez que fue aceptado el cambio, actuaron con más confianza e iniciaron el análisis del propósito de las reuniones futuras.

Las sesiones antes mencionadas no fueron consideradas como parte del trabajo grupal operativo aun cuando sirvieron como un acercamiento a la tarea y a las formas de abordarla.

## **GRUPO No. 1**

En el presente apartado se describen los momentos vividos por el grupo a lo largo de las diez sesiones que duró la intervención grupal, como ya se mencionó anteriormente existe un documento elaborado para cada una de las sesiones el cuál fue producto de cotejar las observaciones realizadas por el equipo de coordinación, la forma de obtener éstos documentos fue la siguiente: al llegar a la sesión las observadoras se ubicaban a los extremos de la sala de juntas y la coordinadora dentro del círculo formado para el trabajo de esa sesión, se tomaba nota de cada uno de los vectores planteados por Pichon Riviere y se subrayaba el tipo de rol adoptado por los participantes, no se realizaba registro individual, se anotaban momentos grupales, al termino de la sesión y una vez que el grupo se había retirado se dedicaban por lo menos 15 minutos para integrar las observaciones de la sesión y se cotejaban crónicas señalando actividades pendientes (abordar algún tema, aclarar alguna duda hecha a la coordinación y que no hubiese sido abordada, etc.), así mismo se identificaban avances en la tarea.

A continuación se mencionan los diferentes momentos vivido por cada uno de los grupos:

## ***Encuadre.***

En la primer sesión se lograron establecer los siguientes acuerdos mismos que servirían para todas las sesiones y que serían comunicados a las personas ausentes que se incorporaran posteriormente a ese grupo:

- a) Las sesiones tendrían una duración de 50 minutos cada una.
- b) Las sesiones se realizarían cada lunes y miércoles hasta reunir diez sesiones.
- c) La asistencia sería obligatoria para los que se comprometieran a estar en ese grupo, y habría una tolerancia de 15 minutos para iniciar la sesión.
- d) La coordinación estaría a cargo de la Lic. Palomino y existirían registros de las sesiones elaborados por dos asistentes psicólogas quienes tendrían a disposición del grupo (las tres) las notas que se elaborasen.
- e) Las sesiones no serían suspendidas sin acuerdo grupal.
- f) La temática revisada sería la considerada en el programa de los talleres y presentada en ésta primer sesión al grupo.
- g) De considerarse necesario existiría un moderador del grupo quién sería el responsable de otorgar el orden de la palabra en las siguientes sesiones.
- h) La coordinación se comprometía a no hacer señalamientos de orden personal en grupo, de existir alguna inquietud de los participantes o la coordinación por abordar elementos de índole clínica esto se realizaría en privado y a solicitud expresa de cualquiera de las partes.
- i) Los aspectos discutidos en las sesiones tendrían un carácter de pertenencia grupal y la institución de querer conocerlos estaría invitada a asistir a las sesiones pero no a solicitar información personal.

## *La Temática.*

La temática propuesta para la realización de los talleres consideraba como eje de trabajo básico LO GRUPAL, varios propósitos tenía éste tema por un lado el familiarizar a los participantes en el tipo de trabajo que se realizaba, tener un pretexto para discutir la organización actual del "grupo de directivos", reconocer el concepto de grupo que de manera implícita se tenía por parte de los participantes, generar un espacio de reflexión que al amparo de una teoría propusiera formas alternativas de trabajo.

Se aceptó participar en esta experiencia y se solicitó a la coordinación que expusiera la temática, a lo cuál se dio como respuesta la bibliografía por revisar y el orden sugerido para las lecturas, una vez que esto fue aceptado se procedió a distribuir de manera interna los materiales, a lo largo de las sesiones esto se constituyó en un pretexto ya que se decía que no se había proporcionado el material a los participantes, por lo que se entregaron tres "paquetes de materiales" a disposición del grupo los cuáles se iban a ir turnando. Al inicio de las sesiones la lectura fue un obstáculo ya que se presentaban sin previa lectura, pretextando la ausencia de los documentos ya sea porque no se localizó el material o porque no se tuvo tiempo, cuando esto se convirtió en un pretexto para la ausencia se insistió en la asistencia y la construcción del conocimiento a partir de la experiencia de los asistentes.

La lectura evidenció algunos momentos: **se buscaban definiciones**: fue motivo

de discusión la presencia de un material donde se invitaba a construir conceptos y no a repetir definiciones, la ansiedad de apoderaba del grupo cuando existían varias posibilidades de concepto y todos eran representativos del tema, entonces se le pedía a la coordinación que actuara como “juez” en ésta discusión, a lo cuál se respondía preguntándole al grupo porqué debía de existir una verdad y no varias verdades, en momentos de mayor angustia incluso se agredió a la coordinadora al señalarle que no estaba claro el propósito de las reuniones, en ese momento se señaló que era ahora **un proceso compartido** de preguntarse ¿el grupo de directivos es un grupo?, a lo largo de las sesiones se concluyó que no existía la propuesta grupal de trabajo y que se estaba ante un conjunto de personas que compartían propósitos pero que no eran un grupo, posteriormente se reconoció la ventaja de integrar un grupo y proponerlo como estrategia de trabajo para el cumplimiento de las funciones directivas. Finalmente se reconoció que el trabajo grupal era la base para el trabajo en equipo situación que a ellos se les había encomendado tanto a nivel de participantes como de gestores con su personal.

### ***Los Participantes.***

En este primer grupo “coincidieron” los directores de Centros de Salud, y Coordinadores municipales, algunos de los “normativos” que se encontraban

asignados desde las primeras sesiones tuvieron una participación esporádica y se ausentaban con facilidad.

Los participantes en su mayoría médicos señalaron a lo largo de las sesiones su inconformidad por la falta de **mirada institucional**, se hablaba muy frecuentemente de la carencia de motivación institucional para el trabajo y el *constante señalamiento de los errores cuando éstos ocurrían, se describían a sí mismos como el "sándwich" entre la institución y el personal en servicio.* Hubo un claro señalamiento a la diferencia entre miembros del personal directivo y "directivo" era sinónimo de "director". El concepto de director que se fue construyendo a lo largo de las sesiones evidenció el tipo de condiciones de trabajo a que se enfrentan, así por ejemplo se habló de que son los intermediarios de la institución pero solo para llevar información porque incluso para solucionar problemas mínimos se les limita al nivel de autoridad, en sus palabras cuando se piden apoyos básicos de infraestructura "no hay presupuesto" y cuando se toman decisiones correctivas con el personal "interviene el sindicato" y hay arreglos desconociendo su autoridad hubo coincidencia que **se es una autoridad con un rango mínimo en el ejercicio de la misma.**

Se reconoció la existencia de conflictos con el personal normativo porque éstos últimos "aprovechan" los momentos de supervisión para hacer uso de la autoridad que poseen y establecer la jerarquía sobre los directores. Se mencionó que la planeación se realiza sin conocer las condiciones reales de trabajo de cada Centro de Salud, *se habló de la gran presión que se ejerce para el cumplimiento de los*



programas independientemente de las ocupaciones del personal manifestando esto una falta de coordinación entre el personal normativo a lo interno. Se insistió mucho en la falta de reconocimiento institucional para el personal que cumple sus labores correctamente durante muchos años, es decir no existe el problema solo en éste momento sino que se ha gestado a lo largo de varios años, mencionando incluso que actualmente con el Jefe Jurisdiccional las cosas estaban cambiando, pero aún así faltaba la presencia de la institución en el reconocimiento del trabajo.

Los participantes formaron equipos a lo interno, en un principio incluso se les insistía en el cambio de lugar y se les señalaba la importancia de participar con otras personas, al avanzar las sesiones algunos subgrupos se fortalecieron y lideraban las sesiones más como subgrupos que como individuos, incluso se llegó a mencionar que a partir de las sesiones se habían propiciado reuniones fuera de horario de los asistentes destacaron principalmente aquellos participantes que buscaban ajustar el trabajo a la norma institucional, es decir encaminar el trabajo "al buen y correcto" funcionamiento institucional y el subgrupo "dísidente" quienes mencionaban que el trabajo debería ser estructurado de manera alternativa a lo que se realizaba.

Especial importancia merece mencionar a algunos asistentes que estuvieron presentes en todas o la mayoría de las sesiones pero que no participaban en la discusión los cuales aún cuando eran invitados o incluso presionados a participar, se mantenían al margen de las discusiones, a este tipo de participantes se les podría considerar como portavoces de la angustia ante la institución porque

estaban pero no participaban en la dinámica de discusión aunque sí en la de estancia en la institución.

Los roles de liderazgo en un primer momento se asumieron desde la individualidad de los asistentes, al paso de las sesiones éstos eran representativos de los diferentes puntos de vista de la institución, se identificaron varios de esos roles.

- a) Vocero de la institución que era aquel que constantemente señalaba la existencia de la norma técnica de trabajo y que insistía en que el problema era más amplio al nivel de la organización estatal, sus propuestas encaminadas a buscar una solución administrativa y aplicaría de "cascada".
- b) Disidente, se hacía referencia al incorrecto funcionamiento del personal y se hacía énfasis en la necesidad de ser críticos con el trabajo que se desarrollara se le criticaba a la institución la falta de reconocimiento pero más como una limitación del personal que del modelo. Las soluciones administrativas se proponía fueran negociadas tanto con el sindicato como con la Jefatura Jurisdiccional.
- c) El propositivo, surgió en las últimas sesiones y buscaba generar espacios alternativos de crecimiento individual y grupal, era comprometido con el trabajo y eso le permitía ser apoyado sobre todo ante tareas a realizar fuera de las sesiones (lectura de materiales, citar a los participantes, etc.).

Otros roles también estuvieron presentes:

Saboteador, principalmente desviaba la discusión hacia aspectos muy específicos de algún problema ejemplificándolo y manteniendo la discusión por mucho tiempo

en el tema, no estuvo depositado en un solo miembro y se presentaba cuando la discusión implicaba compromisos de trabajo a mediano y largo plazo.

Otro espacio en el cual se manifestaba era en el de cuestionar a la coordinación a dar respuestas que implicaran un juicio de verdad y cuando esto no ocurría se le preguntaba el propósito del trabajo allí desarrollado.

Emergentes, actuaron en ese terreno desde diferentes ángulos, un emergente para escapar de la tarea era pedirle al participante de mayor edad (médico de profesión y asistente a todas las reuniones) que él realizara esa actividad bajo la mirada complaciente de la totalidad del grupo y la disposición de éste a realizar correctamente lo encomendado.

De los momentos de evolución del grupo cuando se solicitaba se avanzara en la tarea, surgía el comentario de "no pasa nada" y éste se convertía en un himno del grupo, se aceptaba el comentario como el sentir de los participantes tanto a nivel pasado como futuro.

Finalmente en cuanto a la asistencia ésta no fue la acordada en la situación del encuadre y al amparo de tener actividades pendientes se asistía irregularmente aun cuando en el momento en que se formaron subgrupos siempre había un representante y se socializaba la información de cada una de las sesiones.

## **Grupo No. 2**

El horario destinado al trabajo con el grupo número dos, los días lunes y miércoles no funcionó, mientras en el grupo número uno se instaló de manera permanente la asistencia al grupo número dos fue totalmente irregular, en un principio se presentaban de dos a tres personas y se iniciaba una plática sobre los motivos de inasistencia, los cuáles casi siempre estaban planteados en términos de falta de tiempo y muchas actividades pendientes, dado que la sesión no se podía realizar con tan pocos asistentes se les pidió propusieran alternativas, la respuesta que se dio fue la de participar siempre y cuando el taller se desarrollara de manera continua y en un espacio donde no se les interrumpiera, es decir fuera de la jurisdicción, se propuso una fecha y se aceptó comprometiéndose el Jefe Jurisdiccional a asistir y a permitir la salida a éste grupo.

En la fecha señalada dio inicio el taller, se programó para que esta actividad fuera la de inicio de año dado que en ese momento no había programadas supervisiones y el trabajo se desarrollaba más al nivel de planeación.

El taller se desarrolló en la sala de juntas de un Centro de Salud de la Jurisdicción el cual tenía las características básicas para el desarrollo de la tarea.

## **Encuadre.**

La primera sesión tuvo los siguientes acuerdos:

- a) Las sesiones se desarrollarían todos los días de 9:00A.M. a 13:00 P.M. durante dos semanas.
- b) Cada reunión implicaría dos sesiones, empleando un receso de 20 minutos para señalar el cambio de dinámica de trabajo.
- c) La asistencia a las sesiones era obligatoria y solo se daría una tolerancia de 15 minutos para iniciarla.
- d) Los participantes se comprometían a leer los textos señalados para la realización del taller.
- e) La coordinación del taller estaría a cargo de la Lic. Palomino y se llevaría un registro de las sesiones, el cuál estaría disponible para la consulta de cualquiera de los participantes.
- f) El carácter de la información que se produjera en ese espacio era de índole grupal y solo podía ser conocida mediante la participación en los grupos.
- g) La temática para el desarrollo del taller debía ser presentada al grupo y éste decidiría la dinámica para la revisión de los materiales.
- h) La interrupción de las sesiones o la inasistencia individual a alguna de ellas solo se permitiría previo acuerdo del grupo.

## ***La Temática.***

El programa académico del taller fue el mismo que se propuso al grupo número uno, éste fue aceptado e inmediatamente se dividieron las lecturas, comprometiéndose a revisarlas todos, sin embargo se eligió un equipo responsable de cada lectura.

Uno de los ejes de trabajo fue **“LO GRUPAL”** lo cual establecía un pretexto para hablar de su experiencia de trabajar en grupo, desde el inicio se observó que las lecturas se realizaban de manera puntual y el equipo responsable participaba, el concepto de lo grupal desde lo operativo fue constantemente confrontado con la propuesta administrativa de la dinámica grupal de las instituciones, llegando a proponer una similitud en los conceptos, la posibilidad de abordar lo subjetivo, en un inicio se confundió con “los problemas psicológicos”, se hizo énfasis en los *comportamientos personales, en la personalidad de cada uno, en las relaciones entre los individuos, etc.*, al avanzar el taller lo grupal fue redefinido y se concluyó que no existía un grupo en la institución, se identificaron dos grandes sectores el normativo y el directivo, se habló de la importancia que tendría el trabajar en grupo.

El segundo elemento del programa referente a las funciones asignadas y desarrolladas por el personal, fue el elemento que llevó mayor discusión tanto en tiempo como en argumentos, la primer sorpresa fue el descubrir que no existía un documento que estableciera las funciones, responsabilidades y límites que el

personal normativo debe cumplir, existían para algunos encargados de programas o responsables de planeación y programación una serie de metas y responsabilidades más producto de la tradición que de las disposiciones de nivel central, al llegar a éste momento el grupo decidió investigar en las normas oficiales y en las formas de organización locales las características de las funciones, uno de los productos de éste tipo de discusión fue el proponer la **elaboración de la normatividad de sus funciones y difundirlo con el personal que se tuviese contacto**, con el propósito de evidenciar la supervisión más como una **responsabilidad laboral y no tanto personal**, se posibilitó también la discusión de la supervisión y las implicaciones de la misma, en su mayoría los participantes centraban su actividad en la supervisión de los programas que cada uno de ellos establecía para los Centros de Salud, enfatizaron su compromiso con el trabajo y mostraron inconformidad por el incumplimiento y cumplimiento parcial de los objetivos propuestos, responsabilizando a los directores y coordinadores de este tipo de resultados.

## ***Los Participantes.***

En este grupo "coincidió" el personal normativo, la asistencia fue constante y de la totalidad de personal normativo este estuvo presente en un 90%, hubo participantes (dos) que habían asistido en un inicio al grupo 1 y al paso de las sesiones desertaron pretextando "una gran carga de trabajo".

En su mayoría eran mujeres los asistentes y se presentaban de manera puntual, en un par de ocasiones asistió el Jefe Jurisdiccional e invitó a participar en estas reuniones tendientes a discutir las relaciones interpersonales y laborales.

Los participantes tienen varios años de experiencia en ese puesto o en nombramientos similares, lo cuál les permite **"conocer realmente el funcionamiento de los programas y exigir el cumplimiento de ellos"**.

Al igual que el otro grupo reconoce una diferencia y **"¡no son directores son normativos!"** les molestaba tener un salario menor que un subalterno, y la diferencia en responsabilidades.

Este segundo grupo formado principalmente por mujeres (75%) realizó las lecturas en subgrupos al inicio de las sesiones, la discusión se iniciaba mediante plenarias donde cada pequeño grupo presentaba las conclusiones a través de un secretario nombrado a lo interno y posteriormente se participaba colectivamente de la discusión, la presencia de las autoridades en las sesiones modificaba la



dinámica ya que cuando éstos se encontraban presentes (jefe jurisdiccional y jefe de planeación) se abordaban aspectos de organización general "distribuciones de tiempo planeadas de manera conjunta entre departamentos", "dotar de infraestructura a los diferentes centros de salud", "buscar una planeación conjunta entre encargados de los programas", etc., no así cuando estaban ausentes estas personas, entonces se hacían críticas personales a los directores y coordinadores de los centros, "el doctor... no cumple con todas las metas", "en la supervisión del centro ... no se encontraba el doctor...", "son problemas de manejo de personal", "no hay iniciativa", "lo han cambiado varias veces y nadie lo puede controlar, etc.

Fue constante la insistencia en que "las metas de los programas se **deben y pueden** cumplir si se organizan". Por otro lado cuando se les preguntaba por la inflexibilidad en las normas se mencionaba que esto obedecía a que "nivel central" lo establecía y que "**las supervisiones de nivel central son muy duras**". En cuanto a la viabilidad en el cumplimiento de las metas jurisdiccionales manifestaron que sí es posible en la medida de que se organicen (los directores) y que de ellos depende ubicar al personal en las responsabilidades correspondientes. En la quinta sesión se habló de las funciones que correspondían a su actividad y se concluyó que éstas no estaban definidas de manera clara incluso en la organización general las responsabilidades y funciones dependían de cada jurisdicción, se propuso entonces organizar una serie de funciones tendientes a regular su actividad y establecer normas y formas de comunicación en los diferentes niveles de su actividad.

Durante las siguientes sesiones se ocupó parte del tiempo en estructurar un documento que sirviera como base de su actividad y a la vez permitiera discutir con "el otro grupo" formas de trabajo conjuntas al finalizar las sesiones se elaboró un documento cuyos puntos generales se acordaron con el grupo comprometiéndose a realizar actividades individuales dependiendo de su responsabilidad laboral, cabe mencionar que cada subgrupo integró documentos que sirvieron como base al escrito general el cuál sería leído en la sesión de encuentro entre ambos grupos. La realización de la tarea implicó una serie de roles que a continuación se mencionan:

- a) Liderazgo fue asumido por una enfermera con más de quince años de trabajar en la jurisdicción quien siempre llegaba temprano y tenía clara la actividad de ese día, facilitaba la tarea al hacer un constante llamado a "aprovechar el tiempo" y "cumplir con la actividad de ese taller". Se puede decir que su compromiso dependía de la demanda institucional ya que se cumplía exactamente con la actividad encomendada y los tiempos establecidos para ello.
- b) Como vocero de la institución actuaron dos médicas una de ellas constantemente hacía un llamado a las actividades pendientes y que se realizarían al terminar el taller, ésta persona asistió de manera irregular y su participación era mínima tanto en el trabajo grupal como en las sesiones plenarios, la otra médico hacía llamados constantes a iniciar puntualmente la sesión, recordaba que todos estaban comisionados para asistir al taller, recordaba la historia de la institución y mencionaba los logros de la actual jefatura jurisdiccional, cuando alguien no estaba de acuerdo se hacía

referencia a las responsabilidades individuales y al compromiso con la institución.

- c) **Disidente** actuó como tal una médico con más de quince años de servicio quien coordinaba a otro médico en las actividades de su programa, desertaron desde la sexta sesión pretextando actividades impostergables de su programación (entrevista con dos escuelas que ella programó) aún cuando al inicio de las sesiones no faltó no se integró a las actividades de los subgrupos, su asistente sí hasta que fue llamado a acompañar a la Dra. Es importante mencionar que era bien aceptada por el grupo manteniendo una relación cordial con la mayor parte de sus compañeros.
- d) **Propositivos** este papel lo asumieron tres personas del grupo, todas ellas realizan para el cumplimiento de su actividad trabajo de campo, en el ámbito de lo escrito manifestaron alternativas de organización para el cumplimiento de **SU PROGRAMA** que implicaba una reorganización del director ó coordinador para cumplir con las metas definidas por los programas normativos.
- e) **Saboteador** este papel lo asumió un médico con más de quince años de trabajo en la jurisdicción quien se dormía en las sesiones, cuando participaba hacía referencia a otros "**intentos**" de abordar los problemas coordinados por él los cuales no dieron resultado ya que "no entendieron" de que se trataba por más que él les explicaba esta persona había asistido en un inicio al grupo número uno por lo que hacía referencia a lo "hablado" en el otro grupo sobre todo a las críticas.
- f) **Emergente** este papel lo depositaron en dos personas quienes estaban viviendo por separado una ruptura afectiva, su situación personal ó alguna

referencia a ella se manifestaba al inicio de la sesión ó al finalizarla generalmente se hablaba en voz baja para posteriormente incorporar al grupo en la discusión, una de ellas representaba la parte emotiva del grupo y la otra la experiencia en el manejo de la situación, siempre se presentaron ambas en la plática cabe mencionar que la situación propiciaba la discusión en otro terreno (lo afectivo) del trabajo grupal situación muy breve y que solo emergía bajo el pretexto de estas dos participantes.

Finalmente es conveniente aclarar que se planeó una sesión donde participaran ambos grupos y se revisaran las conclusiones a que llegaron, sin embargo esto no ocurrió ya que se comprometieron a avisarle a la coordinación la fecha y no lo hicieron, se tiene información de que la sesión no se realizó aún de manera independiente a la coordinación.

La continuidad del trabajo ahora en la elaboración de estrategias de cambio debía continuar a partir de la solicitud de los interesados sin embargo de manera individual se hicieron comentarios de lo útil que sería continuar pero no fue así ya que no se formalizó como grupo esta tarea.

## ***A MANERA DE REFLEXIÓN:***

La dinámica establecida de manera colectiva (división de los grupos) indica una tendencia más que una casualidad de la relación que existe entre el personal de la jurisdicción, evidencia la diferencia en conceptos y en acciones de los participantes situación constantemente hablada pero que se negaba al inicio del trabajo, se puede decir que uno de los logros de éstas sesiones fue el reconocimiento en lo real y en lo simbólico de las diferencias existentes originadas por el nombramiento institucional, y, aún cuando para la institución forman parte de una sola categoría "directivos" en la práctica la institución los trata de manera diferenciada, en funciones, en salarios, en actividades, en líneas de autoridad, en reconocimiento del trabajo, es decir también para la institución hay una diferencia situación hablada y reflexionada por los participantes ahora en el terreno de "lo real" contribuyendo esto a resignificar elementos simbólicos de su relación institucional, lo cuál permite ubicar el lugar desde donde se actúa: desde la "norma" ó desde "lo operativo", y por lo tanto los márgenes de responsabilidad, de autoridad y de compromiso con su función profesional.

Ambos grupos evidenciaron una gran resistencia a abordar situaciones personales, aún cuando la coordinación hizo señalamientos, llamados, e interpretaciones (no clínicas), para analizar momentos donde la angustia, el enojo, la inconformidad, el rechazo, y otros sentimientos acompañaban al discurso sobre la relación laboral ó la relación con los compañeros ó autoridades

institucionales, no se incorporaban los participantes a esta dinámica por el contrario se le señalaba a la coordinación que ese no era el propósito, y al hacer referencia al texto donde se hablaba de este enfoque de trabajo grupal operativo (Bauleo 1988) en el grupo número uno se decía que no se había leído y que ahora si se leería, en el otro grupo se le decía a la coordinadora que si tenía tiempo "después" de hablar a solas, lo que regularmente no ocurría por falta de tiempo y mucho trabajo de los participantes.

En el marco de los referentes propuestos al inicio del trabajo se estaría presente ante una situación de negación de la subjetividad lo que marca de alguna manera la relación del profesional con su entorno sea éste institucional, interpersonal ó de prestación de servicio.

En el terreno de la comunicación verbal, mímica y de silencios, se observó una gran resistencia en ambos grupos a relacionar los hechos con el momento que los significaba, manteniendo una fluidez al expresar situaciones compartidas en el terreno de "lo real", y una enorme resistencia al abordar elementos simbólicos y emocionales que aún cuando fueran compartidos se negaban ó minimizaban, en ese sentido se encontró una apropiación del modelo de formación positivista donde el constante llamado a la búsqueda de la objetividad y el alejamiento de los profesionales del objeto analizado guían la integración del conocimiento, en otras palabras estaríamos frente al discurso normatizador, la experiencia vivida con el grupo evidencia que no es suficiente ésta parte de la información ya que lo "otro" (lo subjetivo) le da significados diferentes a cada evento de acuerdo al aquí y ahora del individuo y posteriormente del grupo

Una constante en ambos grupos fue la no transgresión a la institución, en lo verbal

se podían dar las críticas que iban desde lo acalorado de una discusión hasta el “coro” de “no pasa nada” pero se cumplía con lo solicitado: **las metas institucionales** aun cuando en la discusión se hubiese mencionado que era muy complicado el realizarlas ó que se requería de más tiempo, recursos ó apoyos finalmente se cumplía quizá bajo protesta pero se hacía. En las discusiones se hizo patente la falta de reconocimiento institucional y la necesidad de esa mirada que de alguna manera apruebe la presencia del individuo y la conducción del profesional de ahí que destaquen lo castigante de “las personas” que supervisan y no la lógica de la institución donde la supervisión y el control administrativos expresan las relaciones de poder de la autoridad.

En cuanto al trabajo grupal mediante el enfoque operativo propuesta de intervención de este trabajo hay que mencionar varios elementos:

a) Como estrategia de trabajo, de acuerdo a la propuesta de Bauleo se llegó a la pretarea, se rompieron estereotipias, (solo se puede aprender de la lectura, la coordinación es la responsable de conducir la tarea, todos somos iguales, la institución nos obliga a seguir aquí, el jefe debe realizar los cambios, entre otros) emergió el liderazgo con base en la tarea (tanto en el grupo uno como en el dos se finalizó con una tarea propia, la elaboración de dos documentos), se incorporaron en la discusión conceptos como la horizontalidad, se habló de la verticalidad y su presencia en el grupo, se discutió la ideología grupal principalmente en el terreno de la práctica médica hegemónica, de los mecanismos de autoridad, de la presencia de la institución como ente normativa y finalmente cuando se inició la integración de un ECRO de cada grupo, y el compromiso de participar ahora sin la demanda institucional en la

discusión y trabajo de otros elementos grupales ya no se continuó, el compromiso, el miedo a la institución, los fantasmas personales, la desconfianza del efecto en su trabajo, y el vivirse en un grupo no permitieron pasar a la tarea, permaneciendo solo en la pretarea,

- b) Como estrategia de trabajo multidisciplinario se puede afirmar que ofrece ventajas al poder abordar una discusión desde diferentes lugares: sociología, psicología, medicina, pedagogía, salud pública entre otras, ya que diferentes puntos de vista permiten integrar un ECRO que guíe la acción conjunta de diferentes profesionales.
- c) Dado que la discusión se ubica en el aquí y ahora se muestra de manera vivencial la no rigidez de los conceptos y la posibilidad de realizar lecturas coyunturales de los fenómenos lo que permite ir retroalimentando la formación de los participantes de tal manera que sean sujetos de formación a lo largo de su quehacer profesional.
- d) Discutir el fenómeno desde múltiples lugares y momentos llama a ubicarlo como parte de un todo ya que se observa y analiza la totalidad y las partes más allá de un esquema estructural dado que la suma de las partes no da un todo más bien las relaciones y carencias de las partes significan a un todo.
- e) Finalmente la vivencia de coordinar un grupo institucional de directivos en salud me deja como coordinadora un señalamiento de las fallas en la coordinación (la forma de interpretar un hecho, qué pasa con las ausencias, se puede conducir un grupo en una institución, la observación y la coordinación deben buscar elementos de registro más viables, etc.) pero también me deja la satisfacción de observar la intervención grupal con tintes diferentes a la



dinámica de grupos en instituciones supuestamente cerradas a alternativas metodológicas.

## CONCLUSIONES

Realizar conclusiones en el sentido estricto de la palabra rompería la lógica y dinámica del presente documento sin embargo es importante puntualizar algunos elementos:

El terreno de la investigación en servicios de salud ofrece un campo amplio de intervención a diferentes profesionales, en el presente trabajo el interés en abordar los procesos psicosociales que se juegan entre los profesionales que inciden en la dirección, coordinación y normatización de los servicios de salud estuvo matizada por un enfoque de la psicología social que integrando conceptos de lo individual, lo grupal y lo social mostró una forma diferente de observar un fenómeno y que a la vez facilitó trabajar de manera grupal aspectos individuales, colectivos, institucionales y grupales, sensibilizando a los participantes en la necesidad de reconceptualizar sus relaciones como algo más que un acontecer compartido, en todo caso como una serie de aconteceres que se presentan en el aquí y ahora en un sujeto con una presencia consciente e inconsciente que se juega en lo real y lo simbólico y sus formas de percibir están relacionadas con una verticalidad y horizontalidad presentes en sus relaciones laborales interpersonales y de prestación de servicio, es decir un **sujeto social**.

La realización de éste trabajo desde su inicio hasta el fin puso en juego una serie

de referentes conceptuales y de prácticas profesionales que como mencioné han sido producto de mi formación a lo largo de la vida profesional, mencionar esto implica una posición frente a la investigación, frente al quehacer profesional y al compromiso personal que me guiaron para hacer éste trabajo, así que una de las conclusiones del trabajo sería el mostrar ésta forma de concebir el ejercicio del profesional psicólogo social en el terreno de la investigación en servicios de salud y sus propuestas de trabajo el acercarse a este campo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Althousser L. (1972) "Relación del sujeto y el objeto Psicología" En Braunstein N., *Educación y Ciencia*, Siglo XXI. México 1990
- 2 Alvarez del R. A. (1998) *Muerte y subjetividad una experiencia de investigación*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México
- 3 Antoine de schutter (1983) *La investigación participativa en América Latina. Centro regional de Educación de Adultos alfabetización Funcional para América Latina*. Michoacán México
- 4 Bauleo A. (1982) *Ideología Grupo y Familia*, Folios México.
- 5 Baz M (1996) *Intervención grupal e investigación*. Cuadernos del Tipi. U.A.M. México
- 6 Baz, M (1996) *La intervención grupal e investigación*. Cuadernos del Tipi No.24 Universidad Autónoma Metropolitana México.
- 7 Baz , M. (1996). "Salud Social y subjetividad colectiva". En *El sujeto de la salud mental a fin de siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- 8 Bleger J. (1981) "Grupos operativos en la enseñanza". En *temas de psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires Nueva Visión.
- 9 Borda F. (1981)"Investigación Participativa y Práctica Rural". En *Nuevos Conceptos en Educación y Desarrollo Comunal* Ed. Mosca Azul, Editores. Lima Perú.
- 10 Bourdieu P., Chamboredon J.C., Passeron J.C. (1983). *El Oficio de Sociólogo*. Siglo XXI editores, 5ª. Edición. México.
- 11 Braunstein N. A.(1982) " Sujeto de la consciencia, sujeto del discurso, sujeto". En Braunstein N.A. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Ed. Siglo XXI México.
- 12 Brea G.L. Correa S. E. (1980)" La psicología Comunitaria: embrión de un nuevo paradigma". En Fernández G., y col. *Historia de la Psicología en México*. Ed. Trillas, México
- 13 Bunge M. (1982). *La ciencia su método y su filosofía*. Ediciones Siglo veinte. Buenos Aires Argentina.
- 14 Córdoba A., Leal G., Martínez C.(1989). *El discurso académico sobre la salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- 15 Deleuze G. (1987). Foucault. De. Paidós. México
- 16 Domínguez M.O. (1993) *La calidad en servicios de salud. Metodología de casos*. Limusa. México.
- 17 Dreyfus H.L. Rabinow P. (1988) *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales. México.

- 18 Dreyfus y Rabinow (1988) "El sujeto y el poder" En *M.Foucault, más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales. México
- 19 Erickson F. "De La interpretación del Significado En *Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza*". Universidad Estatal de Michigan.
- 20 Fernández R.L. (1996) "La enfermedad y el imaginario social". En Fernández R. L y Pimentel M. *El Sujeto de la Salud Mental a fin de siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- 21 Foucault M. (1990). *Tecnologías del yo*. Ed. Paidós España
- 22 Frenk, J. (1988). La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción Salud Pública de México.
- 23 García A. L. (1985) Las contribuciones de la Psicología Social a la investigación en salud En:
- 24 Gibb, J.R. y otros (1985) *Teoría y práctica del grupo T*. Ed. Paidós, Buenos Aires Argentina.
- 25 Gramsci, A. (1982). Los intelectuales y la organización de la cultura. Juan Pablos Editor, S.A.
- 26 Grupo Nacional de Consenso en diabetes (1995) Consenso en diabetes. Fundación Mexicana para la Salud, México.
- 27 Hacia un Sistema Nacional de Salud (1983). Comisión de Salud y Seguridad Social, Coordinación de los Servicios de Salud-UNAM.
- 28 Kuhn, *La estructura de las revoluciones científicas*. Ed. Fondo de Cultura Económica
- 29 Laplanche, J. Y Pontallis J. (1981) *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor Barcelona España.
- 30 Laurell A. C. (1979). *Salud, enfermedad como proceso social*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- 31 Laurell A.C.(1980). *La política de Salud en la crisis económica: 1976 a 1978*. Universidad Autónoma Metropolitana México.
- 32 Lopez-Moreno S, Corcho-Berdugo A. López-Cervantes M. (1998) La hipótesis de la comprensión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. *Salud Pública Mex.* 1998; 40:442-449.
- 33 Magaril G. (1996)."La subjetividad y la formación médica". En Fernández y Pimentel. *El sujeto de la salud mental a fin de siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana México.
- 34 Moreno, J.(1979) *Psicoterapia de grupos y psicodrama*. FCE México.
- 35 Mucchielle, R. (1981) *La dinámica de los grupos*. Ed. Ibérico Europea de Ediciones, S.A Madrid.
- 36 Pichon Riviere (1970). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Ed. Galerna Buenos Aires.
- 37 Pichon Riviere (1980) "Técnica de grupos operativos", *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 6
- 38 Plan Nacional de Salud 1984-1988 (1984) Poder Ejecutivo Federal, México.
- 39 Rodríguez J., García J. A.(1996)" Psicología Social de la salud". , En: Álvaro J. L., Garrido A., Torregrosa J.R. *Psicología Social Aplicada*. España. Mac Graw Hill
- 40 Rodríguez J., García J. A: (1996)" Psicología Social de la Salud" en Torregrosa J.R. *Psicología Social Aplicada*. España Mc Graw Hill.
- 41 Rodríguez M. A.(1983)." Investigación participativa en el campo de la Salud

- Pública” En: varios autores, *La investigación participativa en América Latina*. Centro regional de Educación de Adultos alfabetización Funcional para América Latina. Michoacán México
- 42 Ruiz V. M.E.(1996) en Fernández R, y Pimentel R. “Nuevas tendencias en las políticas y dispositivos de salud”. En *El sujeto de la salud mental a fin de siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana.
  - 43 Soberón A. G. (1982) *El proceso de integración de los servicios de salud* Deslinde, Cuadernos de Cultura Política Universitaria. Diciembre de 1982.
  - 44 Vargas L. E. (1996). *El sujeto de la salud mental a fin de siglo*. Universidad Autónoma Metropolitana. México,
  - 45 Vázquez H. (1987) *Sobre la epistemología y la metodología de la ciencia social* Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México.

# ANEXO 1

Guía de entrevista:

I.- Nombre

Edad

Sexo

Grado de estudios

Puesto que actualmente cubre

Antigüedad en el puesto

Antigüedad en la jurisdicción

II.- Datos del puesto de trabajo

- Puesto anterior
- En que periodo
- Lugar de trabajo
- Funciones asignadas
- Funciones cubiertas
- Número de personas que dependen de usted
- Mencione en orden de importancia los principales problemas que observa en su lugar de trabajo
- Enuncie en orden de importancia 10 problemas que usted enfrenta (a nivel institucional, personal, técnico y de servicio)
- Enuncie las relaciones que le afectan en su trabajo
- Que aspectos de su trabajo le gustaría mejorar

## ANEXO II

### PROGRAMA DE TRABAJO

Sesión	Temática	Lectura de apoyo	Dinámica de trabajo	Responsable
1	Encuadre grupal		Lluvia de ideas	Coordinadora
2	Concepto de grupo	Bauleo."El grupo operativo" en Ideología grupo y familia.Ed.Nueva Visión	a)Encuadre b) trabajo en pequeños grupos c)plenaria d)cierre	a) Grupo b) Grupo c) Coordinación d) Coordinación
3	Concepto de grupo	Bauleo."El grupo operativo" en Ideología grupo y familia.Ed.Nueva Visión	a)Encuadre b) trabajo en pequeños grupos c)plenaria d)cierre	a)Grupo b)Grupo c)Coordinación d)Coordinación
4	Concepto de grupo		a)Encuadre b) trabajo en pequeños grupos c)plenaria d)cierre	a)Grupo b)Grupo c)Coordinación d)Coordinación



5	Funciones profesionales del personal de Servicios de Salud.	Documentos normativos de la jurisdicción	a)Encuadre b)Discusión en pequeños grupos c)Plenaria d) Cierre	a) Grupo b)Grupo c)Grupo d)Coordinación
6	Funciones profesionales del personal de Servicios de Salud.	Documentos normativos de la jurisdicción	a)Encuadre b)Discusión en pequeños grupos c)Plenaria d) Cierre	a) Grupo b)Grupo c)Grupo d)Coordinación
7	Funciones profesionales del personal de Servicios de Salud.	Documentos normativos de la jurisdicción	a)Encuadre b)Discusión en pequeños grupos c)Plenaria d) Cierre	a) Grupo b)Grupo c)Grupo d)Coordinación
8	Problemas de la institución y sus funciones profesionales		a)Encuadre b)Discusión en pequeños grupos c)Plenaria d) Cierre	a) Grupo b)Grupo c)Grupo d)Coordinación
9	Problemas de la institución y sus funciones		a)Encuadre b)Discusión en pequeños grupos	a) Grupo b)Grupo c)Grupo

	profesionales		c)Plenaria d) Cierre	d)Coordinación
10	Problemas de la institución y sus funciones profesionales		a)Encuadre b)Discusión en pequeños grupos c)Plenaria d) Cierre	a) Grupo b)Grupo c)Grupo d)Coordinación
11	Problemas de la institución y sus funciones profesionales		a)Encuadre b)Plenaria c) Cierre	a) Grupo b)Grupo c)Coordinación
12	Conclusiones		Plenaria	Coordinación