



Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad

Enrique Saforcada

Resumen: En este artículo se caracterizan los paradigmas vigentes en Salud Pública, centrándose en el paradigma de *salud comunitaria*. Al mismo tiempo se postula que siendo este un perfil de concepciones y prácticas de reciente emergencia es necesario un proceso de construcción mancomunada con la comunidad de modo que ambos componentes, equipo profesional y comunidad, piensen y actúen en función de este paradigma para desarrollar procesos de gestión de salud positiva, validando su eficacia y eficiencia a medida que se avanza en su difusión. Luego se explicitan los componentes principales de la gestión de salud positiva para finalizar con un desarrollo integral, si bien somero, del tema de los determinantes sociales de la salud teniendo en cuenta el gran problema de la *enfermedad pública*.

Palabras clave: salud comunitaria, gestión de salud positiva, determinantes sociales.

Saúde comunitária, gestão de saúde positiva e determinantes sociais da saúde e da doença

Resumo: Neste artigo são caracterizados os paradigmas vigentes em saúde pública, centrando-se no paradigma da *saúde comunitária*. Considerando-se que este é um perfil de concepções e práticas de emergência recente, é necessário um processo de construção integrado com a comunidade de maneira a que ambos os componentes, equipe profissional e comunidade, pensem e atuem em função deste paradigma a fim de desenvolver processos de gestão de saúde positiva, validando sua eficácia e eficiência na medida em que se avança em sua difusão. Em seguida, são explicitados os componentes principais da gestão de saúde positiva para finalizar com um desenvolvimento integral do tema dos determinantes sociais da saúde, tendo em conta o grande problema da *doença pública*.

Palavras-chave: saúde comunitária, gestão de saúde positiva, determinantes sociais.

Community health, positive health management and social determinants of health and disease

Abstract: In this article, the present paradigms in Public Health are characterized, centring on the Community Health paradigm. Meanwhile, it is pointed out that being this an outline of conceptions and practice that have recently emerged, it is necessary for it to be a process of joint work with the community so that both components, professional team and community, think and behave according to this paradigm to develop processes of positive health management validating its effectiveness and efficiency as its spreading is increased. Consequently, the main components of positive health management are made explicit to conclude with an integral but brief development of the topic of social determinants of health taking into account the big problem of *public disease*.

Keywords: community health, positive health management, social determinants.

Salud Comunitaria: ¿Ámbito de trabajo o paradigma?

Tradicionalmente se ha usado este concepto o expresión, salud comunitaria, para designar un ámbito de trabajo o aplicación de la psicología de la salud o de la

psicología comunitaria, sobre todo de aquella que responde a la versión más habitual de la orientación norteamericana o que persiguen los objetivos más frecuentes de los proyectos de psicología comunitaria en la región rioplatense (Paraguay, sur de Brasil, Uruguay y Argentina).

También se debe mencionar que el adjetivo *comunitaria* se aplica hoy a orientaciones, proyectos y programas llevados adelante por profesionales provenientes de las otras ciencias de la salud basadas primordialmente en la biología como ocurre, por ejemplo en Argentina, con los programas de *médicos comunitarios* impulsados por el Ministerio de Salud de la Nación o en Uruguay con los programas y trabajos de *odontología comunitaria* desarrollados en el Programa APEX-Cerro de la Universidad de la República o la Sociedad Científica de Odontología Comunitaria de la Asociación Odontológica Uruguaya (AOU).

No obstante, no caben dudas que el adjetivo *comunitario*, aplicado a inquietudes u ocupaciones profesionales o empleado como orientador de la acción, proviene de las ciencias sociales, sobre todo de la sociología, la pedagogía y la psicología. En tal sentido, las dos figuras más destacadas del siglo XX en nuestra región y que más aportaron en forma completa a desentrañar de la realidad cotidiana de los conglomerados sociales sus atributos comunitarios transformándolos en conceptos y teoría a la vez que en técnicas, operacionalizaciones y prácticas de terreno fueron el abogado y educador brasileño Paulo Freire con su tarea pedagógico popular mancomunada con su esposa, Elza Maia Costa de Oliveira, llevada a cabo desde fines de la década de los 40, y el sociólogo colombiano Orlando Fals Borda que, también junto a su esposa, la socióloga María Cristina Salazar, llevó a cabo desde fines de la década de los 50 múltiples trabajos con comunidades en Colombia. Fals Borda y Salazar, entre otros desarrollos, dieron origen a la investigación-acción participativa.

En todo este accionar del trabajo con comunidades desde la perspectiva de las ciencias sociales progresivamente fue tomando fuerza el constructo anglosajón de *empowerment* que se comenzó a traducir como *empoderamiento*, generando así un barbarismo idiomático que se intentó e intenta reemplazar por la expresión *fortalecimiento*; hoy se observa el uso de ambas expresiones, según sean los autores o autoras. En opinión de quien esto escribe es preferible sacrificar el idioma en aras del significado político y entonces la divisoria de el uso de uno u otro pasará, o pasa, por cuestiones de posicionamiento ideológico. Fortalecer no plantea problemas con el poder, pero empoderar golpea de lleno en el tema político central del poder. Coincidiendo con las posturas manifiestas de Paulo Freire, para quien el proceso educativo implicaba la toma de conciencia crítica de la realidad socioeconómica y cultural de los pobres, lo esencial estaba en acceder a instancias progresivas de un empoderamiento creciente a fin de tomar el poder dado que sin poder nada es modificable y el objetivo freireano de la educación era y es, para quienes siguen sus orientaciones, modificar la realidad político económica y sociocultural injusta a que están sometidas las poblaciones menesterosas.

Es posible que este tema central del poder –que siempre ha estado y está explícito o implícito en el trabajo con comunidades, ya sea un poder planteado a pleno o pensado como un poder embridado- cuando se lo vincula con las problemáticas

de la salud puede generar un efecto esclarecedor, más o menos conciente, en los profesionales de las ciencias sociales que contactan con las comunidades. Esta dilucidación puede evidenciarse con la siguiente pregunta, aparentemente cándida o sin mayor sentido: ¿de quién es la salud de cada persona?, ¿quién debe ser el decisor final en los temas de salud?

A estas preguntas sigue otra central, si se da por sentado que ya está resguardado el derecho a la vida: ¿Cuál es el derecho humano primordial? En términos racionales no cabe duda que este derecho es a estar sano. Pero resulta que los profesionales de la salud solo están capacitados y se ocupan de la enfermedad, de lo que se deduce que las universidades que forman a estos profesionales están, de movida, violando el segundo derecho humano primordial. Algo más básico aún: la psicología clínica y la medicina se han desarrollado exclusivamente con relación a la enfermedad, no se ha construido nunca hasta ahora una teoría científica de la salud positiva¹.

Supone, quien esto escribe, que este tipo de ideas fue emergiendo durante el quehacer de quienes desde las ciencias sociales, particularmente la psicología, trabajaban con las comunidades con relación a las problemáticas que implica el proceso de salud de sus integrantes. Entrado el siglo actual, en la región rioplatense, en diversas reuniones formales (congresos, simposios, jornadas, etc.) e informales, comenzó a perfilarse una toma de conciencia en cuanto a que, como trasfondo y soporte de los desarrollos que se venían desarrollando en el campo de la salud comunitaria, existía un verdadero paradigma bien diferenciado de los que daban soporte a gran parte de lo que se estaba y está haciendo en el campo de la Salud Pública (Saforcada, de Lellis & Mozobancyk, 2010).

Hacking (1985, p. 10), refiriéndose al concepto de paradigma, consigna lo siguiente:

Kuhn distingue dos maneras principales en que desea emplear esta palabra [paradigma]. Existe el 'Paradigma como realización'. Esta es la forma acertada para resolver un problema que entonces sirve como modelo para futuros investigadores. Luego está el 'paradigma como conjunto de valores compartidos'. Esto significa los métodos, las normas y las generalizaciones compartidas por quienes fueron preparados para llevar adelante un trabajo que se modela a sí mismo de acuerdo con el paradigma como realización.

Las lógicas limitaciones de espacio de un escrito de la naturaleza del presente impiden abocarse a desarrollar el tema de los paradigmas en Salud Pública, pero es claramente visible que hay un paradigma, el más generalizado en Occidente, al que se puede denominar *tradicional* y otro surgido en Indoafroiberoamérica, entre las décadas de los 60 y 70 del siglo pasado, denominado de *salud colectiva* (si bien sus propulsores no lo denominan paradigma sino *nueva propuesta de salud pública*) y que hoy legalmente ha sido establecido como la norma en Brasil si bien todavía está en proceso de bajar de

¹ Reflexione el lector o lectora que se debe agregar al sustantivo salud el adjetivo positiva para saber a ciencia cierta de qué estamos hablando dado que generalmente se dice que se habla de salud cuando se habla de enfermedad.

este plano normativo al de la acción concreta en terreno transformando todo el sistema de salud del país pero, principalmente, el primer nivel de atención.

Kuhn (1971, pp. 51-52, 53 y 66) señala que:

Los paradigmas obtienen su 'satus' como tales, debido a que tienen más éxito que sus competidores para resolver unos cuantos problemas que el grupo de profesionales ha llegado a reconocer como agudos. Sin embargo, el tener más éxito no quiere decir que tenga un éxito completo en la resolución de un problema determinado o que dé resultados suficientemente satisfactorios con un número considerable de problemas. [...] en realidad, a los fenómenos que no encajarían dentro de los límites mencionados frecuentemente ni siquiera se los ve. [...] El trabajo bajo el paradigma no puede llevarse a cabo en ninguna otra forma y la deserción del paradigma significa dejar de practicar la ciencia que se define.

Si bien estas observaciones de Kuhn se aplican a la perfección en el contraste entre el paradigma *tradicional* y el de *salud colectiva* cabe la pregunta sobre el por qué de la no deserción masiva de los profesionales del primero para pasar a actuar en la perspectiva del segundo, que es francamente más eficaz y eficiente. La respuesta es que las universidades siguen formando a los profesionales de la salud para que sean funcionales al paradigma *tradicional* por la simple razón de ser éste la única sustentación posible del mercado de la enfermedad.

En el paradigma de *salud colectiva*, que ha implicado un avance enorme con respecto al *tradicional* en lo que hace a eficacia, eficiencia y respeto a los derechos humanos, aún el poder queda en manos del equipo profesional y, en general, gerencia enfermedad. Con respecto a esto último no cabe duda que ha generado un cambio pues mientras el *tradicional* se centra casi totalmente en la prevención secundaria y, en cuanto a la primaria, se limita al uso de las tecnologías biológicas y algunas acciones que enfocan en el comportamiento humano pero solo ante el riesgo de epidemias, el de *salud colectiva* hace fuerte hincapié en la integralidad de la prevención primaria y terciaria. Desde una perspectiva más amplia podría decirse que el *tradicional* hace lo que la medicina y sus ciencias básicas permiten hacer, a diferencia del de *salud colectiva* que se sustenta en la incorporación de las ciencias sociales en la comprensión del proceso de salud y el qué hacer en salud pública. Este cambio implicó un proceso entre cuyos promotores más destacados se debe mencionar a García (1994) y sus desarrollos efectuados desde la Organización Panamericana de la Salud desde fines de la década de los 60 hasta la primera mitad de la década de los 80 del siglo pasado; en resumen, García fue un promotor de la medicina social.

No obstante, la base de esta orientación o paradigma radica en las concepciones preventivistas de Leavell y Clark (1965) que efectuaron sus desarrollos a partir de la historia natural de la enfermedad, que a su vez tiene sus cimientos en las teorías de la enfermedad. Estos autores no trabajaron sobre la historia natural de la salud, sobre una higilogía o teoría de la salud, siendo que la condición natural de la especie humana es estar sana. Hace más de sesenta años Ryle (1948, 1988), profesor emérito de Medicina Social de la Universidad de Oxford, planteó la urgente necesidad de la formación de los médicos en higilogía.

Salvo situaciones muy excepcionales son muchas más las personas sanas que las enfermas y por esta razón todas las medicinas salvo la occidental son higienistas, su objetivo prioritario es mantener sana a la gente sana, sin dejar de atender a la enfermedad cuando esta excepcionalmente emerge y sin dejar de respetar el *poder curador de la naturaleza*, la *vis medicatrix naturae* de la medicina de la antigua Grecia.

Estos señalamientos y reflexiones llevan a situarse ante un desiderátum: se gestiona salud negativa (enfermedad) o se gestiona salud positiva. Si se gestiona enfermedad y toda la infraestructura de acción (recursos humanos, edificios, científicos, tecnológicos, económicos, etc.) está dispuesta para movilizarse ante lo patológico cada vez será mayor la carga de morbilidad de las sociedades. Por el contrario, si lo prioritario está destinado a proteger y promover la salud la carga de morbilidad disminuirá significativamente.

Justamente, el paradigma de *salud comunitaria* tiene como eje la gestión de salud positiva y su componente principal, entiéndase, el poder de decisión último, es la comunidad; el componente equipo profesional se inserta en una posición participativa pero no tiene la última palabra.

Indudablemente, un proyecto o una política que esté orientado por este paradigma implicará, como primer paso, instancias de transferencia de los conocimientos científicos y técnicos de baja complejidad a la población pero estos no serán conocimientos propios de la clínica destinada a la enfermedad sino de protección y promoción de la salud, los aportes de las ciencias básicas de la salud y las ciencias sociales, de baja complejidad, decisivos para la comprensión del desarrollo humano integral junto la protección y promoción de su condición habitual de estar sano.

Hoy es necesario un proceso de construcción mancomunada con la comunidad del paradigma de *salud comunitaria* de modo que ambos componentes, equipo profesional y comunidad, piensen y actúen en función de este paradigma para desarrollar los necesitados procesos de gestión de salud positiva.

La gestión de salud positiva

El concepto y la estrategia de *gestión de salud positiva* es mucho más amplio y abarcativo que el de *promoción de la salud* y el de *protección* de la misma. Estas dos son estrategias subsidiarias de la de gestión de salud positiva.

El vocablo *gestionar*, en el Diccionario de la Real Academia Española, tiene tres acepciones: 1- Llevar adelante una iniciativa o un proyecto; 2- Ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo; 3- Manejar o conducir una situación problemática.

Los tres aspectos tienen presencia y son constitutivos de la gestión de salud positiva. Para dar un ejemplo concreto: en gestión de salud positiva es fundamental trabajar en la perspectiva de vincular fuerte y profundamente la salud pública con la educación de modo de asegurar que desde la más temprana edad las niñas y niños comiencen a construir un paradigma de salud centrado en la salud positiva y no en la enfermedad, al mismo tiempo que desarrollan o adquieren hábitos saludables. Un niño aprende a leer ya sea que se use la frase “mi mamá me ama” o que se emplee “mi mamá me enseña a lavarme las manos”; el aprendizaje de la lectura y su necesitada

vinculación con lo afectivo-emocional será el mismo con las dos frases, las condiciones de salud futura del niño que aprendió a leer con la segunda seguramente no.

A continuación se desarrollan los aspectos y soportes más básicos de la gestión de salud positiva, comenzando por un conjunto de reflexiones e interrogantes orientadores. Si en la democracia el poder está en el pueblo, si la ética obliga a usar con eficiencia los dineros públicos y a respetar los derechos humanos y su jerarquía, si la ciencia muestra que gran parte de la salud de los humanos depende de la subjetividad y el comportamiento, ¿cuál deberá ser la orientación del qué hacer en el campo de la salud de los conglomerados humanos?, ¿debe orientarse hacia la gestión de la enfermedad con beneplácito del mercado de la enfermedad o, por el contrario, se debe orientar hacia la gestión de salud positiva?, ¿el derecho a no enfermar no está jerárquicamente antes que el derecho a ser curado una vez enfermo?

A partir de estas consideraciones y preguntas surgen cinco ideas que configuran el soporte lógico de la gestión de salud positiva (su formulación, a veces paradójal o extraña, solo responde a una estrategia de mnemotecnia):

- 1.-“Trabajar por el derecho principal”
- 2.-“No olvidar nunca el triángulo inteligente de la salud”
- 3.-“Usar el blanco al revés”
- 4.-“Usar siempre el conocimiento más simple”
- 5.-“Tomar siempre por el camino del menor esfuerzo”

Trabajar por el derecho principal

Los Derechos Humanos no son un conjunto de normas todas con la misma importancia o jerarquía, o sin orden de precedencia desde un punto de vista lógico-causal. Por ejemplo, el derecho *a la vida* precede a todos los otros derechos dado que conculcado este nada queda por poner en juego, salvo que el cadáver sea dignamente sepultado con presencia, por lo menos, de los deudos. Desde esta perspectiva se hace evidente que desde el punto de vista jerárquico el segundo derecho humano es *al desarrollo integral temprano*, no a la posterior compensación de las deficiencias. El tercer derecho es *a la salud*, no a la atención del daño. El cuarto es *a la atención en caso de enfermar*, a no ser objeto de abandono y el quinto es *a la muerte digna*, a no a ser objeto de manipulaciones inhumanas lucrativas.

No olvidar nunca el triángulo inteligente de la salud

Si se toma la totalidad de un conglomerado urbano determinado, supóngase el 100% de la población de Porto Alegre en este momento, y se lo representa con un triángulo equilátero a la vez que sobre el mismo se ubica un vector de cantidad se observará que el extremo del máximo se ubica naturalmente en la base y el mínimo en el vértice superior, dado que a mayor superficie mayor porcentaje de personas representadas y siempre las personas sanas son muchas más que las enfermas.

Tómense ahora cinco vectores propios de los emergentes del proceso de salud: a) riesgo de muerte, b) discapacidad, c) sufrimiento, d) complejidad, e) costo de atención. Estos emergentes pueden implicar el estado de salud (tal como queda empíricamente

definido por los sistemas de servicios de salud vigentes, o sea, por la percepción subjetiva de los usuarios) o estados de malestar de distinto tipo e intensidad,

Si se superponen los vectores señalados en el párrafo anterior en este triángulo de acuerdo a la situación de salud de la población según indican tanto el saber empírico de quienes llevan años de trabajo en salud pública como los estudios más trascendentes al respecto realizados durante los casi últimos cuarenta años por investigadores como Kerr White (White, Williams & Greenberg 1961; Green, Fryer, Yawn, Lanier & Dovey 2001) se podrá observar que el extremo del mínimo de cada uno de estos vectores es el que coincide con la base del triángulo (mayor cantidad de personas) y el máximo con el vértice superior (muy poca cantidad de personas). Entre las personas que padecen estos malestares algunas, las menos numéricamente, consultan a un facultativo, de entre estas que consultan alguna confirma que está sana, otras deben someterse a un tratamiento ambulatorio y, finalmente, unas pocas deben ser internadas en un centro asistencial dada la gravedad o complejidad del problema que ocasiona su malestar.

En los estudios señalados este vértice involucra menos del 1% de la población. Estas investigaciones reportan información que señala que una cuarta parte de la población no sufre ningún malestar o indisposición y un cincuenta por ciento adicional siente malestares pero no concurre a ningún facultativo (para los sistemas de servicios de salud, que son sistemas pasivos pues esperan la demanda, son personas sanas o personas que se sanan espontáneamente por aquello de la *vis medicatrix naturae*), solo el último cuarto del total concurre a facultativos y esto no quiere decir que todas las personas que lo integran están enfermas y, si lo están, que las enfermedades sean de complejidad o gravedad tales que demanden internación. Como se señaló al comienzo de este párrafo enfermedades que por su complejidad exigen internación implica solo el 1% de la población.

Es evidente a la inteligencia humana y a una ética elemental que es mucho más razonable ocuparse del 75% sano de la población, promoviendo su salud y colaborando con el *poder curador de la naturaleza*, que sentarse a esperar que los malestares motiven la consulta a un centro de salud o a un facultativo para recién estar dispuestos a atenderlos. Este mandato racional y moral implica destinar una gran parte de los recursos de que se dispone a la base del triángulo y al tercio medio de su superficie, en lugar de hacerlo solo a su 25% superior.

Salvo casos que epidemiológicamente resultan de baja prevalencia o incidencia relativa ninguna persona se ubica directamente en el vértice superior del triángulo o zonas adyacentes. El proceso histórico de la salud de cada persona comienza en general en la base del triángulo y son circunstancias mayoritariamente evitables o atenuables las que la empujan hacia arriba. Estas fuerzas entran, en gran medida, dentro de las responsabilidades del Estado y sus poderes constitucionales que por gestionar mal a la sociedad y no respetar ni hacer respetar los derechos humanos permiten que las fuerzas ascendentes trasladen a la población sana hacia el vértice del máximo riesgo de muerte, discapacidad, sufrimiento, complejidad y, lógicamente, costo económico.

Usar el blanco al revés

Si en lugar de utilizar un triángulo se empleara un círculo para representar la totalidad de la población de un determinado lugar en un momento dado, siguiendo con el ejemplo anterior, la población residente en la ciudad de Porto Alegre, al igual que en el caso de la representación por medio del triángulo, observaríamos que el mayor porcentaje de personas se ubican en la corona más externa y más ancha, son personas sanas o que padeciendo alguna enfermedad se curan espontáneamente.

Luego quedarían tres coronas concéntricas de las cuales la más ancha (más personas) padecen enfermedades totalmente evitables con los recursos de que hoy se dispone (conocimientos, dinero público, tecnologías, etc.). Una segunda corona de menor superficie involucra a las personas con enfermedades o daños a la salud evitables pero con mayor dificultad porque requieren procesos más complejos (por ejemplo: fumadores de tabaco a los cuales hay que ayudar a que abandonen el consumo de esta sustancia patógena que genera dependencia). Finalmente, un pequeño círculo central representa el porcentaje de personas inevitablemente enfermas. Es razonable estimar que este círculo involucra un tercio del monto total de enfermedad que hoy atienden los servicios de salud de Occidente.

Es muy importante tener claro que evitabilidad no implica gavedad o sea que en la corona de la enfermedad totalmente evitable puede tener presencia una muerte por electrocución y en el círculo central de la enfermedad inevitable un resfrío.

Si hipotéticamente se tomara una población residente en un determinado lugar, supóngase que fuera Canela, en Rio Grande do Sul, y se decidiera no atender la demanda por enfermedad y se aplicaran todos los recursos de salud (humanos y económicos) solo a la población involucrada en la corona más externa para llevar adelante un programa de protección y promoción integrales de la salud, al cabo de un tiempo corto la corona de la enfermedad totalmente evitable habría desaparecido pasando su población a integrar la corona más externa y la de la enfermedad evitable con dificultad se habría reducido de tamaño en forma muy considerable; la superficie del círculo central, la de la enfermedad inevitable, seguiría constante.

En esta metáfora salubrista del tirador con arco y flecha es buen arquero el que clava su flecha en la corona más externa, no el que la hinca en el centro del blanco.

Usar siempre el conocimiento más simple

La universidad prepara a sus graduados para trabajar desde la posición del conocimiento más complejo posible y de la solución de los problemas desde la perspectiva de su totalidad; es lo que puede denominarse la *estrategia de máximo operante* que tiene como pregunta generadora la siguiente: ¿qué es lo máximo que puedo saber para resolver la totalidad del problema? Gran parte de la ineficiencia en el empeño por alcanzar los objetivos, cuando los universitarios trabajan en terreno, es esta estrategia con la que la academia los forma, es uno de los aspectos que aportan a la barrera psicosociocultural que se interpone entre los centros efectores de salud y las poblaciones o comunidades que demandan atención o la reciben cuando se les ofrece un programa o el desarrollo de una política pública.

En la década de los años 60 del siglo pasado, en Chile, los médicos Vicente Silva, con relación a la obstetricia, y Juan Marconi, en el campo de la salud mental, desarrollaron una estrategia, divergente de la descripta, a partir de la siguiente pregunta: ¿qué es lo menos que debo saber para resolver una parte del problema? y la denominaron *estrategia de mínimo operante*.

La lógica limitación de espacio en un escrito como el presente no permite explicar en detalle esta propuesta de acción, pero sus componentes y pasos esenciales implican:

1º-Descomponer el conocimiento sobre el problema que se pretende afrontar en *unidades operantes*, entendiendo por tal un conocimiento acotado que permite solucionar una parte del problema. Por ejemplo, en alcoholismo saber que un tercio de los bebedores excesivos de alcohol (por día: ingerir un litro de vino o dos de cerveza o un cuarto de bebida blanca, o aún no tomando alcohol diariamente que se embriagan doce o más veces al año) en un lapso de ocho a quince años harán alcoholismo enfermedad, la cual es crónica. Indudablemente que estos mínimos operantes incluyen también conocimientos muy complejos, como son los referidos a los procesos neuropsicológicos que desencadenan el síndrome de privación. Se deben generar solo las unidades operantes imprescindibles para llevar adelante la tarea que se programe en función de los objetivos que se hayan planteado.

2º-Una vez completado el paso anterior se deben ordenar todas las unidades operantes elaboradas en un continuo que se extienda del conocimiento más simple al más complejo.

3º-Luego el continuo debe ser rotado en 90º de modo que queden las unidades más complejas en la parte superior y las más simples en la parte inferior. Las más complejas se ponen en manos de los centros o laboratorios de investigación básica, las de complejidad intermedia en manos de los profesionales que están en los servicios de atención o que forman parte del equipo profesional del programa de acción, y las unidades más simples se transfieren a miembros legos de la comunidad capacitándolos como Agentes Primarios de Salud.

Para desarrollar esta estrategia hay que seguir los seis pasos siguientes en función de los objetivos del emprendimiento que se afronte: 1) Sectorización de la comunidad; 2) Determinación de los objetivos de salud; 3) Jerarquización y distribución de los objetivos de salud transformados en unidades operantes imprescindibles; 4) Armado del esquema de delegación con efecto multiplicador (pocos profesionales, muchos pobladores y pobladores capacitados al efecto como Agentes Primarios de Salud); 5) Construcción del sistema de transferencia de conocimientos y delegación de responsabilidades (unidades operantes, técnicas grupales, etc.); 6) Desarrollo del emprendimiento por la misma dinámica de la comunidad (participación, empoderamiento y desarrollo comunitario que tiende a la integración de otros problemas de salud familiar y también otros problemas que hacen al bienestar comunitario).

No es posible desarrollar estos pasos en detalle en este artículo dada la extensión que exigen, pero el lector o lectora encontrará la información correspondiente en las siguientes publicaciones: Colectivo PINSAL 2011; Marconi 1971; Marconi 1973; Marconi 1974a; Marconi 1974b; Marconi 1979; Marconi & Saforcada 1974; Marconi, Díaz e Mourgues 1980.

A modo de cierre de este subapartado se puede señalar que en la experiencia chilena el resultado de la implementación del Programa Intracomunitario de Salud Mental del Área Sur de Santiago dio por resultado los siguientes logros:

- Transferencia, de los profesionales a la comunidad y de esta a los profesionales, de conocimientos teórico-técnicos y desarrollo de destrezas.
- Desarrollo en la comunidad de capacidades de decisión y acción para la solución de problemas en forma mancomunada.
- Crecimiento vertical pasando de la prevención secundaria a la protección y promoción de la salud y la prevención primaria.
- Crecimiento por integración nosológica; en Chile el Programa comenzó en forma directiva por el problema del alcoholismo pero luego pasó a ocuparse, por demanda de la población, de las neurosis y el retardo por privación cultural (pautas de crianza que no favorecían el desarrollo cerebral normal de los niños pequeños).
- Desarrollo comunitario por adquisición de tecnologías de organización y acción resolutive.

Tomar siempre por el camino del menor esfuerzo

Hay una parábola que ha sido frecuentemente usada en el pasado en salud pública, es muy expresiva y dice así:

Un grupo de socorristas estaba a orillas de un gran río porque por sus aguas venían náufragos flotando y ahogándose. Los socorristas entraban al río y los sacaban para reanimarlos. Cada vez venían más náufragos y los socorristas estaban muy cansados por esta tarea agotadora. Se agregaron más socorristas al grupo, pero también aumentó el número de náufragos. Los socorristas estaban ya casi sin fuerzas y no podían reanimar bien a los náufragos que lograban sacar. Cada vez más náufragos pasaban de largo y se ahogaban aguas abajo. Hasta que en un momento dado, uno de los socorristas le dijo a los otros: acompáñenme algunos de ustedes para remontar el río y ver dónde la gente se cae al agua, así ponemos protecciones y muy pocos serán los que caerán al río.

La parábola no requiere ninguna explicación; su sentido, su verdad y su lógica son invulnerables a toda crítica o soslayamiento. Hoy queda claro que esta alegoría hace referencia a los determinantes sociales del proceso de salud, que es uno de los temas que llenan más páginas de publicaciones de los organismos internacionales de salud, movilizan gran cantidad de eventos (congresos, jornadas, etc.) en el mundo y dan origen a múltiples declaraciones a voz en cuello de diferentes comunicadores sociales.

Finalmente, hay tres cuestiones importantes a tener en cuenta cuando se reflexiona y trabaja desde y en la perspectiva de la gestión de salud positiva; tres cuestiones que la atañen, son interdependientes y marcan su potencialidad:

1) Si bien todas las disciplinas que tienen por objeto al ser humano y sus condiciones de vida son construcciones analíticas, desarrollos artificiales, que separan lo inseparable y que alcanzan aciertos a medias porque en el proceso de la vida todo está relacionado sistémicamente, se interinfluyen y tienen características sinérgicas. Procesos que artificialmente se los ve o concibe como partes independientes no son más ni menos que

instancias directa o indirectamente vinculadas. Dicho esto, para que no se entienda mal lo que a continuación se manifiesta, es conveniente mantener separadas la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como si fueran cuestiones totalmente independientes. Si un gobierno local que cuenta con una secretaría de salud pública quiere poner en marcha la promoción de la salud debería crear una secretaria de promoción de la salud independiente de la anterior, es el único modo en que la gestión de salud positiva se puede llevar a cabo con plenitud, eficacia y eficiencia.

2) No es razonable pretender que la gestión de salud positiva se plantee como una estrategia que en nuestros países se pueda implementar a nivel nacional ni estadual o provincial. Ningún edificio puede comenzar a ser construido del último piso hacia abajo, solo se lo puede construir comenzando por los cimientos y luego piso a piso hacia arriba. Por múltiples aspectos implicados en esta metáfora se hace razonable pensar que lo ideal es buscar ponerla en marcha en un programa limitado a una comunidad pequeña (entre mil y cinco mil familias) y luego de mostrar su eficacia y eficiencia plantearla para ser desarrollada en todo el ámbito de un gobierno local (municipio o alcaldía).

3) Es fundamental tener en cuenta en los enfoques de gestión de salud positiva el tema de los determinantes sociales de la salud, pero desarrollándolo en forma completa y con mirada crítica.

¿De cuáles de los determinantes sociales de la salud hablamos?

El derecho humano de las personas a no ser enfermadas por los determinantes sociales patologizantes evitables tiene más jerarquía que el correspondiente al derecho a ser atendidas cuando enferman, es el derecho humano a no padecer *enfermedad pública*.

Hoy es esencial tener en cuenta este concepto de *Enfermedad Pública* como complemento inseparable del de Salud Pública. Hay países en que los poderes del Estado, de quienes depende la salud de la sociedad, por acción o por omisión aportan muchísimo más a enfermar a los y las ciudadanas que lo que aportan a curarlos o protegerlos, con el agravante que, dada la forma que está planificada y gestionada la atención de la enfermedad y la prevención primaria en estos países, estas generan más enfermedad que la que curan.

Por estas razones debemos a comenzar a trabajar fuertemente al revés, de la población hacia los poderes del Estado. ¿Cómo trabajar?, simple de decir y complejo pero factible de llevar a cabo: Los profesionales y técnicos de la salud junto con la población construyendo los conocimientos necesarios para que poco a poco la sociedad vaya adoptando estilos de vida saludables y exigiendo políticamente que los poderes del Estado tomen las medidas que corresponden y diseñen las políticas necesarias en defensa del derecho humano a no enfermar.

Cuando se habla de *lo social* se accede a una abstracción útil para muchas consideraciones pero encubridora para otras. *Lo social* remite a la sociedad, pero el concepto de sociedad puede ser analíticamente descompuesto en: 1) los poderes del estado; 2) los poderes económico productivos; 3) los poderes gremiales; 4) los poderes de la gente de a pie agrupada en familias, vecindarios, comunidades, conglomerados humanos, etcétera.

Entonces debemos hablar de los determinantes sociales que dependen de los poderes del estado, los que dependen de los poderes económico productivos, los que dependen de los poderes gremiales y los que dependen de los poderes de la gente de a pie y sus distintas formas de agrupación.

Este planteo analítico otorga mucha más claridad al concepto de determinantes sociales. Por ejemplo, la OMS/OPS casi nunca han hablado de los determinantes sociales que dependen de los poderes económico productivos: Empresas industriales, económico financieras y energéticas. Cuando lo han hecho ha sido para encubrirlas (Monsanto, Tokyo Electric Power Company, etc.).

Continuando la reflexión por este camino se llegan a observar trece grandes áreas de actividades en que, directa o indirectamente, se generan o pueden generar daños a la salud, lo cual exige que los poderes del estado asuman la responsabilidad de regularlas a fin de evitar o, por lo menos, atenuar estos daños. Al respecto hay que tener en cuenta que los poderes del estado actúan por acción o por omisión. Cuando se afirma, por ejemplo, que un gobierno no tiene una política de salud se comete un error dado que ese gobierno tiene la política de salud de no trazar una política de salud.

En estas trece grandes áreas, cuando se genera enfermedad, es solo para que se acumule más riqueza en manos de ese 1% de los hiper-ricos que tienen presencia en todos los países del mundo y de los modernos grandes delincuentes sociales, difuminados a los ojos de la sociedad, que son los gerenciadorees de las corporaciones nacionales y transnacionales al tipo de Dow Chemical que a través de su subsidiaria Union Carbide generó el desastre de Bophal, en la India, el 3 de diciembre de 1984 cuando liberó a la atmósfera una inmensa cantidad de isocianato de metilo, un gas que produjo 10.000 muertos dentro de las primeras 48 horas, 25.000 fueron muriendo después, 40.000 quedaron seriamente discapacitadas y 521.000 fueron afectadas en menor medida. Los daños fueron fibrosis pulmonar, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, infecciones pulmonares, ceguera o problemas en la córnea y serias alteraciones genéticas transmisibles que afectan el sistema inmune. Dow Chemical donó un hospital a esta ciudad, nunca reconoció su responsabilidad y las autoridades de la India guardaron el más respetuoso silencio y pidieron la mayor prudencia hacia esta importante corporación transnacional estadounidense. Dow Chemical hoy produce en la India el insecticida Dursban 48 que está totalmente prohibido en Estados Unidos.

Pongo un ejemplo muy lejano geográficamente para que podamos hacerlo consciente y receptarlo con facilidad, pero no olvidemos que la Dow Chemical también está en Suramérica junto a Monsanto, Cargill y un abultado conjunto de empresas nacionales e internacionales que generan una enorme carga de morbimortalidad en nuestros países.

El concepto de *determinantes sociales*, sobre todo como lo promueve la OMS/OPS, lleva en general a pensar en los estilos y condiciones de vida de la gente y en las responsabilidades de los gobiernos con respecto a la educación y la equidad en la atención de la enfermedad; a veces, al saneamiento ambiental (OPS, 2005; OMS, 2011).

Que los gobiernos hagan campañas para que la gente deje de fumar, en lugar de leyes para que las empresas que fabrican los cigarrillos no puedan radicarse en el

país o por lo menos que no puedan hacer publicidad de ningún tipo, es incumplir con la sociedad. Cuando los gobiernos comienzan a prohibir que se fume en los lugares públicos en realidad están victimizando a las víctimas dado que ese mismo gobierno facilitó y facilita que esos fumadores y fumadoras hayan adquirido el hábito de fumar al permitir la fabricación y la publicidad de cigarrillos.

Por estas razones y por razones de lógica (similares a las que uno pone en juego cuando ve un caballo y un carro con su lanza y unce al animal en la lanza en vez de ponerlo atrás para que peche el carro) en lugar de admitir que el Estado se desentienda con respecto a que la gente no incorpore a su organismo sustancias tóxicas; a que el espacio urbano tenga las condiciones de higiene necesarias (recolección de los residuos del hogar, cloacas, agua corriente potable, etc.); que use adecuadamente el tiempo en su alternancia de trabajo, ocio y descanso; que no esté estresada y que no viva en las condiciones propias de la pobreza, la sociedad debe exigirle a los poderes del Estado que den la mayor jerarquía a legislar en beneficio de todo el pueblo, a gestionar la sociedad teniendo en cuenta la ley y el bienestar de sus integrantes y a hacer cumplir la leyes de modo que lo más fácil sea que la gente desarrolle hábitos y estilos de vida saludables y tenga asegurado el respeto a su derecho a no enfermar y a no empobrecerse cada vez más.

Que no esté permitido que por afanes de lucro haya empresas que intoxiquen a la gente, que promuevan comportamientos auto o heteroagresivos, que lleven a la gente a un uso perjudicial del tiempo de ocio o al consumismo y que tampoco las haya que empujen a conglomerados humanos, progresiva o rápidamente, a la pobreza y la exclusión como ocurre hoy con los bancos y los fondos de especulación económico-financiera. Los pobres pueden ser fabricados por los sectores ricos de la sociedad solo con la anuencia de los poderes del Estado, tal como hoy está sucediendo en España, Grecia, Italia y antes ocurrió en nuestros países.

La limitación lógica del espacio impide desarrollar acá lo que hay que hablar para poner sobre la mesa en toda su magnitud el tema de la *enfermedad pública*, pero sí es posible señalar las trece grandes áreas de actividad empresarial, social o gubernamental que generan enfermedad evitable:

1) El espacio llamado de *atención de la salud* (Sistema de Servicios de Salud), si bien en él se le da relieve primordialmente a lo que es catalogado como enfermedad o que la preanuncia. La investigación de Starfield (2000) en Estados Unidos ubica la iatrogenia negativa como la tercera causa de muerte en Estados Unidos. La cuestión es mucho más grave dado que este informe no toma en cuenta la generación de nueva morbilidad ni el agravamiento, por causa de las prácticas terapéuticas, de las enfermedades tratadas.

2) La pobreza (que nunca es natural ni autogenerada por los mismos pobres sino que es provocada ex profeso o como consecuencia necesaria de la acumulación concentrada de riqueza), que todo gobierno está en condiciones de atenuar significativamente en sus efectos más injuriantes, como son los problemas del neurodesarrollo en los primeros mil días de vida de las niñas y niños que luego se reflejan en las altas tasas de repitencia de grado y de abandono de la escuela, en las personas que no logran trabajos estables y bien rentados, etcétera.

3) Los alimentos, bebidas y tabaco (sustancias tóxicas agregadas en el procesamiento industrial de alimentos, deficiente control bromatológico, envases fabricados con sustancias como el PVC –policloruro de vinilo–, comida chatarra, etc.).

4) Los ambiente habitacionales y sus servicios públicos (riesgo instalado en el hogar admitido por las reglamentaciones de habitabilidad fijadas por el Estado, pinturas y otras substancias tóxicas permitidas, falta de suministro de agua potable, falta de cloacas, etc.).

5) Los ambientes generales que involucran a conglomerados sociales urbanos o rurales (contaminantes químicos, energéticos, minerales, etc.).

6) Los vehículos automotores de venta pública legalizada (de uso familiar y de transporte de pasajeros, animales y cargas) y el tránsito vehicular (automóviles familiares estándar que alcanzan velocidades de 230 kilómetros por hora en un país en que el máximo permitido es 130 kilómetros por hora).

7) La seguridad y el manejo de las actividades delictuales (sistemas carcelarios, políticas frente al narcotráfico y la trata de personas, etc.).

8) Los ámbitos laborales (precariedad de la seguridad en las condiciones de trabajo, los ambientes y procedimientos insalubres, la fluctuación de las ocupaciones, la amenaza del desempleo, etc.).

9) La oferta pública y privada permitida para el empleo del tiempo de ocio (deportes de alto riesgo, pseudo deportes de este tipo, establecimientos de juegos de azar, etc.)

10) El desarrollo tecnológico-industrial carente de *previsión* y los insumos empleados para la fabricación de productos (tecnología patologizante, insumos como el amianto o el PVC, etc.).

11) El marketing o mercadeo, sobre todo la publicidad descontrolada promoviendo la ingesta e inhalación de sustancias tóxicas o generando perfiles dañosos de consumo (consumismo) y dirigiendo toda su actividad a manipular (inclusive subliminalmente) a la niñez y adolescencia para convertirla en consumidores selectivos, insaciables, y en factores de presión sobre los padres para incrementar el consumo familiar

12) Los desastres artificiales, que son la mayoría de los que hoy acaecen.

13) La desvinculación entre las áreas gubernamentales de salud, educación, desarrollo social y cultura que deben convergir entrelazadas sistémicamente para poder generar un desarrollo humano verdaderamente integral sumado a estilos de vida saludables en ambientes salutógenos.

Para finalizar viene al caso hacer dos citas de McKeown (1988, pp. 219 y 221):

En los países industrializados los principales requisitos son controlar en beneficio de la salud un entorno que es principalmente obra del hombre y modificar los rasgos del comportamiento para los cuales los genes están mal adaptados. [...] Sin embargo, debemos reconocer que gran parte de los conocimientos que se necesitan para mejorar rápidamente la salud ya están a nuestra disposición y lo que hace falta para alcanzar un nivel aceptable de salud en todo el mundo no son nuevos conocimientos básicos, sino más bien procedimientos eficaces de gestión y voluntad política.

Referencias

- Colectivo PINSAL (2011). *La estrategia de mínimo operante en el desarrollo salubristas de comunidades. Un caso concreto de aplicación: Programa de Neurodesarrollo San Luís*. San Luís: Nueva Editorial Universitaria UNSL.
- García, J. C. (1994). *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: OPS/ Nueva Editorial Interamericana/McGraw-Hill.
- Green, L. A.; Fryer, G. E.; Yawn, B. P.; Lanier, D. & Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *The New England Journal of Medicine*, 344:2021-2025.
- Hacking, I. (1985). *Revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: McGraw Hill.
- Marconi, J. (1971). Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968- 1970). *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 4(17), 255- 264.
- Marconi, J. (1973). La Revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 1(19), 17- 33.
- Marconi, J. (1974, a). Análisis de la situación de la salud mental en la ciudad de Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 4(20), 233- 239.
- Marconi, J. (1974, b). Diseño de un proyecto integral de salud mental para la ciudad de Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 4(20), 240- 246.
- Marconi, J. (1979). Formación de personal para equipos de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 4(25), 204- 211.
- Marconi J.; Díaz J. & Mourgues, C. (1980). Programa integral de psicosis. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 4(26), 211- 222.
- Marconi, J. & Saforcada, E. (1974). Formación de personal para un programa integral de salud mental en Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 6(20), 403- 410.
- McKeown, T. (1988). *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica.
- OMS (2011). *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, 19-21 de octubre de 2011*. Disponible <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf> Acceso: 09/2012.
- OPS (2005). *Derribar las barreras sociales a la salud*. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, Septiembre de 2005. Disponible <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora05_sep05.htm>. Acceso: 09/2012.
- Ryle, J. A. (1988). Medicina social y salud pública. En: E. Nájera, C. Buck, M. Terris y col. *El desafío de la epidemiología*. Washington: OPS.
- Ryle J. A. (1948). *Changing disciplines*. Londres: Oxford University Press.
- Saforcada, E.; de Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.

Starfield, B. (2000). Is US health really the best in the world? *Journal of the American Medical Association*, 284 (4) 483-485.

White, K. L.; Williams, T. F. & Greenberg B. G. (1961). The ecology of medicale care. *The New England Journal of Medicine*, 265, pp 855-892.

Recebido em julho de 2012

Aceito em outubro de 2012

Enrique Saforcada – Prof. Consulto Titular de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología; Miembro de la Comisión de Maestría en Salud Pública; Miembro del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones en Salud Pública – Universidad de Buenos Aires.

Endereço para contato: enrique.saforcada@gmail.com ou sagar@fibertel.com.ar