

PSICOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

TRAMAS SOCIALES

Últimos títulos publicados

Directora de colección

Irene Gojman

40. Jorge A. Colombo (ed.)
Pobreza y desarrollo infantil
41. Mabel Munist y otros (comps.)
Adolescencia y resiliencia
42. Silvia Duschatzky
Maestros errantes
43. Alejandro Isla (comp.)
En los márgenes de la ley
44. Daniel Maceira (comp.)
Atención Primaria en Salud
45. Javier Auyero y Débora Swistun
Inflamable
46. Daniel Míguez (comp.)
Violencias y conflictos en las escuelas
47. Carmen R. Victoria García-Viniegras
Calidad de vida
48. E. Saforcada y J. Castellá Sarriera (comps.)
Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria
49. Silvia Rivera (comp.)
Ética y gestión de la investigación biomédica
50. Alfredo J. M. Carballeda
Los cuerpos fragmentados
51. Bernardo Jiménez-Domínguez (comp.)
Subjetividad, participación e intervención comunitaria
52. María Raquel Nikodem
Niños de alto riesgo
53. Miguel Ángel Álvarez González
Datos blandos para ciencias duras
54. Graciela Biagini
Sociedad civil y VIH-sida
55. Mariana Carbajal
El aborto en debate
56. Liliana Mayer
Hijos de la democracia
57. Débora Tajer
Heridos corazones
58. Carlos Eroles (comp.)
Democracia y derechos humanos
59. Enrique Saforcada y otros
Psicología y salud pública

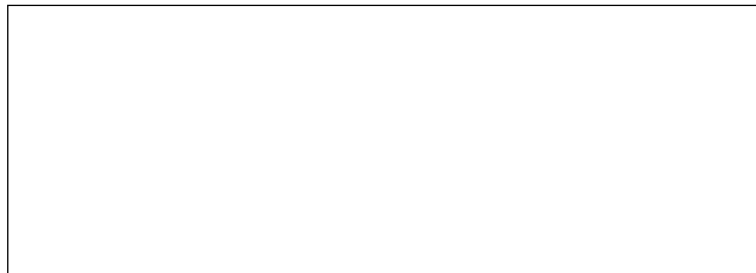
PSICOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

Nuevos aportes desde la
perspectiva del factor humano

ENRIQUE SAFORCADA
MARTÍN DE LELLIS
SCHELICA MOZOBANCYK



PAIDÓS
Buenos Aires
Barcelona
México



Cubierta de Gustavo Macri.

1ª edición, 2010

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

© 2010 de todas las ediciones
Editorial Paidós SAICF
Buenos Aires
E-mail: difusion@areapaidos.com.ar
www.paidosargentina.com.ar

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723
Impreso en la Argentina - *Printed in Argentina*

Impreso en

Tirada: ejemplares

ISBN 978-950-12-4559-2

ÍNDICE

Los autores	9
Prólogo , <i>Francisco Maglio</i>	11
Introducción	13

PRIMERA PARTE

ÁMBITO DE CONCEPTUALIZACIÓN

1. Salud pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas	19
2. El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva en salud pública	43
3. El enfoque de derechos y lo mental en la salud: su aporte a las políticas públicas	59
4. De las políticas públicas a la construcción del sujeto de las políticas, <i>Marcelo Sandomirsky</i>	75

SEGUNDA PARTE
ÁMBITO DE APLICACIÓN

5. Gestión de salud positiva	95
6. Construcción de ciudadanía y salud: las racionalidades concurrentes al trabajar para y con las comunidades	129
7. El sistema de servicios de salud: la perspectiva de los usuarios	149

TERCERA PARTE
ÁMBITO DE CONSTRUCCIÓN TEMPRANA DE LA SALUD

8. La psicología en la promoción de la salud: el caso especial de la alimentación infantil	181
9. Algunas reflexiones sobre el concepto y el fenómeno de <i>pobreza estructural</i>	237
10. Salud gestacional: sistematización de una experiencia de prevención de la transmisión vertical del VIH-sida	253
Bibliografía	279

LOS AUTORES

Enrique Saforcada

Doctor en Psicología. Profesor consulto titular de Salud Pública / Salud Mental, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesor titular de Epidemiología y de Salud Comunitaria del Doctorado en Psicología de la Universidad de Belgrano. Investigador y director de becarios del CONICET, director de tesis de doctorado en psicología y evaluador de proyectos de investigación y de investigadores en el ámbito del CONICET y de UBACyT. Coordinador del Programa de Epidemiología Social y Psicología Comunitaria (Programa Avellaneda) 1989/1995. Fue fundador y director del Centro de Investigaciones en Psicología Social en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), en donde, con su equipo de trabajo, dio origen a la Psicología Sanitaria en la década de 1970, especialidad reconocida por la Federación de Psicólogos de la República Argentina, que en varias universidades del país existe como materia en las carreras de psicología. Actualmente es coordinador del Programa de Epidemiología Psicosocial y Psicología Sanitaria, Comunitaria y Ambiental (Programa San Isidro) de la Facultad de Psicología de la UBA; fue coordinador general de Psicología en la Municipalidad de San Isidro hasta diciembre de 2004 y asesor para la reforma de los planes de estudio de las carreras de psicología de las universidades estatales en la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública de la Nación en 2002. Es autor del libro *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud* (Paidós,

1999) y compilador y autor de *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva* (Proa XXI, 2001).

Martín de Lellis

Licenciado en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA), profesor titular regular en la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Realizó estudios de posgrado en Ciencias Sociales (FLACSO Argentina), y egresó como Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales (PRONATASS/UBA) y como magíster en Administración Pública por la UBA. Consultor de proyectos en el Área Salud financiados por organismos públicos nacionales y agencias internacionales (OIT, UNICEF, OPS, ONU). Ha publicado diversos libros como autor y/o coautor en temas de salud pública titulados: *Psicología y políticas públicas de salud*, *Medicina prepaga: políticas públicas y derecho a la salud*, *Modelo social de prácticas en salud* y *El factor humano en la salud pública*. Compilador de tres publicaciones colectivas sobre la temática, y autor de numerosos capítulos y/o artículos incluidos en revistas especializadas. Se desempeña actualmente en la Unidad Coordinadora de Salud Mental y Comportamientos Saludables del Ministerio de Salud de la Nación.

Schelica Mozobancyk

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesora adjunta en la cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA. Especialista en Gestión Ambiental (Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo de la UBA). Ha sido becaria de investigación del Ministerio de Salud de la Nación y de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT). Ha dirigido proyectos de investigación y coordinado distintos proyectos de intervención en el área de promoción de la salud infantil y adolescente. Profesora titular de Salud Pública y de Psicología Social de la Alimentación en las carreras de Nutrición de las universidades Maimónides, Abierta Interamericana e ISALUD. Ha publicado numerosos artículos en las áreas de su especialidad en libros y revistas especializadas.

PRÓLOGO

Los autores de *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano* me han honrado al ofrecerme prologar esta obra.

En esta era informática y cibernética en exceso, con una plétora de libros digitales, es bienvenido un libro en papel (tradicional), pues, como decía Barthes, el mayor momento de la lectura de un libro es cuando levantamos la vista, porque hemos leído algo que nos hace reflexionar.

De esto se trata el presente libro: de hacer reflexionar. Este trabajo no es una sumatoria de datos como muchos libros de salud pública: es un texto valiente, integrador y holístico. Aborda prácticamente todas las instancias relacionadas con la salud pública: los paradigmas, la salud comunitaria, los aspectos psicológicos, la problemática de la niñez y la adolescencia, los derechos en salud mental, las políticas públicas, la construcción del sujeto como ciudadano y agente sanitario, la importancia de la participación comunitaria, la pobreza estructural y una experiencia enriquecedora: prevención de la transmisión vertical del VIH-sida.

El libro consta de tres partes que remiten a los ámbitos de conceptualización, de aplicación y de construcción temprana de la salud. Esta metodología lo hace particularmente claro y didáctico.

Mediante técnicas cuanti-cualitativas de investigación se analiza la información obtenida, pero no se limita a lo descriptivo sino que los autores desarrollan una estrategia de reconstrucción y reelaboración a partir de la reflexión crítica sobre sus experiencias.

Reflexionar críticamente es focalizar en la búsqueda del sentido, esto es el significado profundo de por qué pasan las cosas que pasan y por qué las personas hacemos las cosas que hacemos. Porque nada es “natural”, nada es al azar; decía Borges “todo encuentro casual es una cita”. Justamente allí radica el principal mérito de este trabajo, la invitación a una reflexión crítica. Estos autores, con inusual modestia, plantean interrogantes para posteriores investigaciones.

El énfasis en el factor humano como sujeto participativo es trascendente. Se trata de desmedicalizar la salud; parafraseando a Clemenceau cuando decía que la guerra es demasiado importante para dejarla en manos de los militares, podría decir (con el mayor respeto por mis colegas) que la salud es demasiado importante para dejarla solamente en manos de los médicos.

Cuando le preguntaron a Howard Brody, asesor de Bill Clinton, por qué había fracasado cierto programa de salud muy bueno, contestó: “Nos dimos cuenta de que la comunidad no había participado, pero ya era tarde”.

Por eso es muy rescatable el énfasis que los autores ponen en la participación social. Los grandes problemas sociales de la salud no los solucionamos los profesionales: nosotros damos los instrumentos y la comunidad, de manera organizada, solidaria y participativa, llegará a la solución.

Volviendo a Borges, el escritor manifestaba “todo prólogo debe ser un brindis”. Entonces brindo para que mis amigos Enrique Saforcada, Martín de Lellis y Schelica Mozobanczyk sigan “brindando” libros que nos hagan reflexionar.

DR. FRANCISCO MAGLIO
Buenos Aires, 2 de junio de 2009

INTRODUCCIÓN

El presente libro procura transitar los derroteros de un nuevo paradigma que se ha abierto camino gradual pero insistente en el campo de la salud pública. Es un hecho inobjetable que nos hallamos ante una situación similar a la que tan acertadamente describió Kuhn al hacer referencia a la crisis de los paradigmas científicos: aquellos que han resultado hegemónicos durante un tiempo en la comunidad científica dejan de constituirse en un cuerpo de saber válido para formular las cuestiones y hallar las respuestas adecuadas, razón por la cual terminan siendo revisados, cuestionados y, más tarde o más temprano, abandonados.

Surge, entonces, claramente la necesidad de entrelazar, en la búsqueda de comprensión del proceso de salud y sus emergentes, aquellas conceptualizaciones que permitan pensar en forma holística conceptos fundamentales tales como proceso de la vida, medioambiente, participación social y ciudadanía, responsabilidad colectiva, sujeto y subjetividad, entre otros.

El capítulo 1 de este libro recoge y expone desarrollos teóricos y evidencias científicas respecto de la necesidad de pensar la realidad desde una concepción ecosistémica que permita una integración más profunda de los saberes para su aplicación a realidades complejas como aquellas que hoy enfrentan los funcionarios, profesionales y técnicos que actúan en el campo de la salud pública. Esta tarea implica, a su vez, revisar algunas de aquellas limitaciones propias del paradigma individual-restrictivo que ha dejado y deja una impronta tan marcada en la formación de los recursos humanos hoy insertos laboralmente en las principales instituciones del sector.

El capítulo 2 trata de manera directa uno de los conceptos fundamentales que vertebra gran parte del libro: la *salud comunitaria*. Si bien la perspectiva poblacional ha sido tempranamente incorporada en el discurso de la salud pública y constituye uno de sus fundamentos, no ha sido suficientemente enfatizada la concepción de la comunidad como un actor que debe liderar los procesos colectivos que determinan sus propias condiciones de salud, no solamente por un requerimiento de derecho o equidad sino por razones técnicas propias de la eficacia y la eficiencia de la inversión de recursos en este campo.

En virtud de los arduos problemas que enfrenta el pensamiento sanitario, no cabe duda de que esto representa una de las cuestiones más acuciantes a promover en el momento actual, dado que se ha instalado una concepción algo fatalista acerca de la ineluctabilidad de las tendencias negativas que amenazan las condiciones de bienestar de los seres humanos.

En el capítulo 3 se introduce el concepto de lo mental en la salud para analizar las tendencias más importantes de reforma que han surcado en las últimas décadas el campo de la (mal) denominada “salud mental”. Desde esta perspectiva se revisan las potencialidades que hoy cabe asignar al enfoque de derechos para producir un cambio en los paradigmas que orientan el quehacer en esas instituciones atávicas y deshumanizantes que son los hospitales psiquiátricos, las cuales necesariamente deben ser reformadas. En este marco se destacan algunas iniciativas que en el medio académico y asistencial permiten avizorar algunas expectativas de cambio para el futuro próximo.

El capítulo 4 ubica en el centro de la reflexión al sujeto de las políticas públicas cuestionando el supuesto, a menudo inadvertido por las teorías sociopolíticas hegemónicas, de que es posible prescindir de una consideración acerca del mismo. Aun cuando sea construido y clasificado bajo denominaciones diversas (cliente, ciudadano, consumidor), resulta siempre el factor fundamental para entender el desarrollo que siguen dichas políticas, desde la etapa de problematización hasta la de evaluación del impacto o de los resultados.

La necesidad de destacar los aspectos positivos que caracterizan el concepto de salud y de promover su adecuada gestión o aplicación orienta lo que se trata desde distintas perspectivas en los capítulos 5, 6 y 7.

En el capítulo 5 y el 6, mediante algunas expresiones aforísticas y con gráficos cuyo objetivo es facilitar la retención de ciertas ideas fundamentales, se exponen y desarrollan procedimientos y recursos técnicos adecuados para llevar adelante acciones comprometidas con la salud desde una perspectiva centrada en el respeto de los valores que poseen mayor jerarquía en la pirámide axiológica. En tal sentido también se reflexiona sobre la necesidad de lograr cierta concurrencia concertada de las racionalidades que definen la posición valorativa y los comportamientos de los actores en el ámbito comunitario.

En el capítulo 7 se efectúa un examen de la dinámica de los servicios de salud desde la mirada y la significación que sobre los mismos construyen los usuarios, quienes identifican con claridad cuáles son las variables críticas para definir su calidad.

Completan este libro tres trabajos que centran su mirada en torno de algunas cuestiones muy significativas concernientes a la construcción de salud en las etapas tempranas del desarrollo que, cuando no son adecuadamente atendidas, se proyectan a futuro en sus consecuencias negativas en el ciclo de la vida. En relación con ellas la psicología puede efectuar muy genuinos e importantes aportes enmarcados en una perspectiva ecosistémica.

PRIMERA PARTE
ÁMBITO DE CONCEPTUALIZACIÓN

**Salud pública: perspectiva holística,
psicología y paradigmas**

Nuestra realidad indoafroiberoamericana¹ es abundante en todo: en riquezas naturales y también en riquezas trabajadas, en potencialidades, en creatividad, en realizaciones intelectuales, estéticas y deportivas; pero también es exuberante en incongruencias, en frustraciones, en derroches de recursos, en improvisaciones y, básicamente, en la imposibilidad de abandonar el paradigma cartesiano y mecanicista que les impide a los académicos, los dirigentes y funcionarios públicos gestores del Estado comprender la naturaleza sistémica de la realidad. Más aún, les bloquea el acceso a una mirada holística que los lleve a la comprensión sistémico-sinérgica de la realidad cuando esta implica relaciones entre los fenómenos que acontecen en el plano de las sociedades humanas, naturaleza y procesos de la vida. La imposibilidad de acceder a la construcción de un concepto de ecosistema más allá de los límites que les ponen a veces los científicos de la biología y de la ecología lleva hoy a los gestores sociales a caminar por el escenario sociopolítico como alguien privado de la vista y el oído sin posibilidad de evitar llevarse por delante infinidad de obstáculos y sin poder siquiera escuchar las quejas de las personas con las que tropiezan.

1. Término acuñado por el escritor mexicano Carlos Fuentes (1970) con el cual remplazó el de Latinoamérica o América latina que, desde una perspectiva colonialista o europeísta deja afuera a los pueblos originarios de la región y a las grandes masas poblacionales ya naturales de la región pero de origen africano. En este libro adoptamos este término en todos los capítulos.

El caso del desastre recientemente acaecido en la localidad de Tartagal, en la provincia de Salta (Argentina), que tuvo su preaviso con un desastre similar en 2006, aun cuando fue de menor magnitud, es un excelente ejemplo de este obstáculo para comprender desde una perspectiva holística las responsabilidades inherentes a la gestión del Estado y las consecuencias de las medidas que se toman por acción y por omisión (indudablemente que esta observación y este ejemplo dejan fuera a los gestores del Estado que obran con irresponsabilidad ciudadana frente a los derechos humanos y básicamente apoyados en la corrupción). El alud que arrasó a la población de Tartagal, con sus enormes costos humanos y económicos, tiene su explicación en la irresponsable tala de los bosques naturales de la zona y, sumada a la avidez de los sembradores de soja asociados directa o indirectamente a Monsanto, la multinacional fundada por John Francis Queeny que ha desarrollado las semillas transgénicas y el herbicida Roundap, cuyo principio activo es el glifosato, que genera gravísimos daños a la salud humana. Es interesante leer al respecto lo que consigna el ingeniero agrónomo Alberto J. Lapolla (2009a; 2009b):

Solo 19 naciones en el mundo permiten el cultivo de variedades transgénicas –es decir modificadas genéticamente (OGM)– de manera libre y solo 5 lo permiten en gran escala, la Argentina es una de ellas, siendo la que posee la mayor superficie relativa de OGM sembrada de manera abierta en el mundo (Lapolla, 2009b).

Monsanto gerencia el mercado mundial de sus productos depredando el ambiente y gran cantidad de procesos de vida de especies animales (Robin, 2008). Cabe añadir que en un pasado no tan lejano esta misma empresa produjo el *gas naranja* que el ejército de Estados Unidos utilizó como parte de su estrategia de Terrorismo de Estado Internacional en la guerra de Vietnam y produce desde 1935 el PCB (policloruro de bifenilo o bifenilos policlorados), uno de los productos químicos más nocivos que existen catalogado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), entre las doce sustancias más nocivas entre las fabricadas industrialmente (no existe en la naturaleza). Esta empresa química, no agrícola como pretende presentarse últimamente, desde tiempo atrás debió ser llevada ante los tribunales internacionales por daños perpetrados a poblaciones rurales pobres

y pueblos originarios del Tercer Mundo. Los últimos taladores de bosques en el norte argentino, cuya finalidad es ampliar el espacio de siembra de soja transgénica, venían derribando, para mediados del 2007, a razón de 821 hectáreas de bosques por día, 34 hectáreas por hora, lo que configuró la tasa de desmonte más alta del mundo; a la sazón, se habían desmontado en la Argentina un millón de hectáreas.² Después del último desastre en Tartagal el secretario de Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, doctor Homero Máximo Bibiloni, expresó que la Argentina pasó de tener “100 millones de hectáreas históricas de bosques nativos a 31 millones de hectáreas para esta época”. La página web de la Subsecretaría (<<http://www.ambiente.gov.ar>>) informa a la fecha (19/02/09) que la tasa de deforestación anual en el período 2002-2007 es de 267.000 hectáreas por año.

En zona de montaña, derribar bosques que están en terrenos con marcado declive implica destruir la contención natural de millones de litros de agua que, por medio de ellos, quedan retenidos en el subsuelo, tal como lo demostró hace más de cincuenta y cinco años esa figura espectable de la ecología que fue John H. Storer, quien pasó años de su vida de científico y de fotógrafo en los bosques y en los campos de su país estudiando estos problemas que se plantean y hacen ver que:

Toda comunidad puede ser dividida en cuatro partes: primera, sus miembros, junto con su inmediato medioambiente; segunda, las tierras distantes y desconocidas que difunden sus influencias por medio de las corrientes de agua y de los vientos, por medio de alas y de patas, para afectar el ambiente local; tercera, los actos de los hombres, cuyo influjo se despliega afectando en toda forma a cada comunidad existente sobre la Tierra; y por último, lo más importante, aquellas influencias que moldean la mente humana proporcionándole incentivos para efectuar actos sensatos o insensatos, ya que, a fin de cuentas, el hombre se halla precisamente en el centro de la gran trama de la vida terrestre. Para mantener esta trama el suelo debe conservarse vivo y funcionando (Storer, 1959).

Algo de esto se debe haber visto o comprendido en la Presidencia de la Nación y en los Cuerpos Legislativos de la

2. Salta Libre / Prensa Proteger (2007): “Salta registra un récord de aceleración en desmontes”, disponible en: <argentina.indymedia.org>.

Nación dado que, 48 horas después de este último desastre en Tartagal, se elaboró la Ley 26.331, llamada Ley de Bosques, aprobada el 28 de noviembre de 2007 y en la que se le daba al Poder Ejecutivo un plazo de noventa días para reglamentarla. Toda ley no reglamentada es inaplicable; por lo tanto esta ley fue boicoteada y el Poder Ejecutivo fue sometido a presión para que quedara congelada. Durante el año 2007 el gobernador de la provincia de Salta, Juan Carlos Romero, habilitado por la no reglamentación de esta ley, autorizó el desmonte de 478.000 hectáreas (Bonasso, 2009).

Esta breve reflexión sobre un hecho puntual es suficiente para comprender la importancia de lograr, aunque más no sea, una aproximación a la visualización holística de los problemas que plantea el proceso de la vida, dentro del cual hay que incluir todas las problemáticas del desarrollo nacional, al que le es inherente el desarrollo humano integral de sus ciudadanos, que, a su vez, implica la salud, la educación, el trabajo, la cultura, el uso del tiempo de ocio y todas las manifestaciones de la vida de una sociedad que lógicamente caen dentro de las responsabilidades de los poderes del Estado en todas sus instancias, de las dirigencias institucionales y de las universidades públicas y sus egresados.

Habiendo efectuado este planteo general podemos reflexionar específicamente sobre el proceso de salud. Para ello es bueno analizar el objeto de reflexión del derecho y del revés. Dado que el núcleo central de nuestro campo de conocimiento es la psicología, veamos qué impacto ha logrado esta disciplina en el campo de la salud, hasta ahora, en nuestra región y examinemos sus potencialidades frente a los desafíos que la realidad actual nos plantea. Pues bien, del derecho podemos evaluar sus condiciones para la acción en este ámbito y los resultados obtenidos; del revés, debemos desentrañar lo que falta por realizar y cuáles son las orientaciones más eficaces para hacerlo, teniendo en cuenta aquello que es posible alcanzar con los recursos con los cuales hoy cuentan nuestros países indoafroiberoamericanos, especialmente los que conforman el anhelado Mercosur, concepto sociopolítico y geopolítico con respecto al cual permítasenos una digresión que implica temas que también, como veremos más adelante, se vinculan con la salud.

El Mercosur nunca llegará a ser una realidad si solo se limita a acuerdos comerciales o a coincidencias y declaraciones de cúpulas gubernativas; sí existirá cuando sea el emergente de un esfuerzo en común de los pueblos –que hermanan la geografía, la historia, sus

culturas y, mucho más, los procesos sociopolíticos que en sus respectivos escenarios se están desarrollando en la actualidad– para generar un monto suficiente de lo que hoy se denomina *capital social*. O sea, cuando hayamos creado abundante clima de confianza entre nuestras sociedades, de valores y actitudes de asociatividad, una elevada motivación para participar en los problemas que afectan a nuestros países sin distinción de banderas nacionales, una fuerte conciencia de responsabilidad indoafroiberoamericana, sólidos valores éticos que rijan nuestras interacciones y la de nuestros gobiernos, junto a tantas otras manifestaciones psicosocioculturales que configuran el capital social.

En esta tarea, las especialidades de la psicología denominada social, de las relaciones internacionales, política y comunitaria tienen mucho para aportar y deberían ponerse en acción lo antes posible porque la historia ha acelerado sus tiempos. Deteniéndonos en las condiciones de la psicología para la acción en el terreno de la salud, vemos que muy preponderantemente ha empleado y emplea un concepto de salud que resulta entre anacrónico y acientífico. Entre otros, dos de sus principales componentes son: a) seguir manteniendo la vigencia semántica y práctica del concepto de *salud mental*; b) continuar dándole validez a la idea de que estar sano es no estar enfermo, cuando la psicología es fundamentalmente una ciencia de la salud, no de la enfermedad (el contar en su seno con teorías y tecnologías que, con muchísima más amplitud que cualquier otra disciplina, dan cuenta de la salutogénesis humana muestra la esterilidad y el error de mantenerla limitada a ocuparse solo de la enfermedad). Por otra parte, la sociedad en general y los profesionales del área en particular mantienen la costumbre de llamar profesionales “de la salud”, ministerios y secretarías “de salud”, presupuestos “de salud”, sistemas de atención “de la salud” a lo que en realidad se debería llamar “de la enfermedad”, dado que solo se ocupan de lo dañado.

Continuamos sosteniendo, por un lado, las enfermedades mentales y, por otro, las enfermedades orgánicas, y también los psicólogos sienten como una pica en Flandes el considerar el campo de la supuesta enfermedad mental como su territorio y el de la enfermedad orgánica como el espacio de los médicos. Es curioso esto, porque fueron justamente dos indoafroiberoamericanos, Humberto Maturana desde 1960, junto a Francisco Varela desde 1970, quienes investigaron y desarrollaron una teoría de avanzada

sobre el concepto de *lo mental*, incluso mucho más elaborada y de mayor alcance que los desarrollos teóricos que por la misma época –pero sin que hubiera la mínima conexión entre ellos– postulaba en Estados Unidos Gregory Bateson, quien afirmaba que “la mente es la esencia de estar vivo”.

Los desarrollos de estos dos científicos chilenos –Maturana y Varela–, que algunos llaman la *teoría de Santiago*, son hoy uno de los soportes fundamentales de las nuevas concepciones en biología, neurociencia y ecología. Como señala Fritjof Capra, esta teoría postula, con sólidos fundamentos científicos:

La mente no es ya una cosa, sino un proceso: el proceso de cognición, que se identifica con el proceso de la vida. [...] El cerebro no es, por supuesto, la única estructura a través de la cual opera el proceso de cognición. La entera estructura disipativa del organismo participa en dicho proceso, con independencia de que el organismo tenga o no un cerebro y un sistema nervioso superior. Más aún, investigaciones recientes indican firmemente que, en el organismo humano, el sistema nervioso, el sistema inmunológico y el sistema endocrino –que tradicionalmente eran vistos como sistemas separados– forman en realidad una única red cognitiva (Capra, 1998).

Por otra parte, cuando se analiza en toda su amplitud la definición de salud postulada en 1948 por la Organización Mundial de la Salud, hoy universalmente aceptada, se llega fácilmente a la conclusión de que el proceso de salud es el *proceso de la vida* misma (concepto fuerza que será retomado a lo largo de las páginas de este libro), de lo cual se desprende que la expresión *salud mental* es redundante y abre la puerta a una serie de errores o falacias como la de pensar que puede haber algún emergente del proceso de salud que no sea mental.

Quienes ejercen la psicología deben erradicar la expresión “salud” mental para pasar a usar solamente “psicología de la salud” y “lo mental en la salud”, ayudando a los médicos a incorporar y usar estas conceptualizaciones. Mantener vigente el concepto de salud mental es aportar al divorcio que hoy involucra a dos profesiones –el médico y el psicólogo– cuya coligación es esencial para la salud de nuestras poblaciones. Pongamos en consideración crítica el hecho de que la gran mayoría de los programas y proyectos de psicología comunitaria no ha buscado integrar a la medicina, lo cual termina perjudicando a las comunidades.

Mantener las distorsiones o imprecisiones semánticas y los espacios de práctica profesional artificialmente separados impide ver la importancia decisiva que tiene el transformar el concepto de *salud mental* en el de *lo mental en la salud*.

Como ya hemos expresado en otros trabajos, hay que tener en cuenta la importancia fundamental que, para comprender el proceso de salud y actuar con respecto a él, tienen ciertos conceptos, componentes y procesos tales como:

Los estilos de vida, los hábitos, las creencias, las representaciones sociales, el comportamiento, la subjetividad, los sistemas valorativo-actitudinales, la autoestima, el desarrollo de destrezas para la vida, lo afectivo-emocional, el estrés cotidiano, etcétera. Estos componentes se abren en una infinidad de subcomponentes; por ejemplo, en relación a los hábitos están los que se refieren al uso del tiempo (trabajo, ocio, descanso), a lo alimentario, a la actividad corporal, a los modos de interactuar con los demás, al uso de sustancias tóxicas, etcétera. Todos ellos, que implican la mayor parte del total de los que concurren al área de la salud positiva como soporte de su génesis y mantenimiento, son de naturaleza psicológica y antropológico-cultural y hacen a los fundamentos de la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos. Esto también hace evidente la importancia de pensar en términos de lo mental en la salud y el rigor científico que implica esta formulación, junto al hecho de adentrarse en el camino que permite ver con claridad las dos razones más significativas por las que no prospera esta línea de pensamiento en el ámbito de las políticas a secas y de las políticas públicas:

- 1° Trabajar desde la perspectiva de lo mental en la salud choca de frente con el dualismo de raíz cartesiana, así como también con buena parte del mecanicismo y se sabe, desde los trabajos de Thomas Kuhn (1971, 1982), de la gran resistencia al cambio de paradigma por parte de los científicos y de quienes trabajan vinculados a la ciencia.
- 2° Trabajar desde esta perspectiva desemboca indefectiblemente en acciones de protección y promoción de la salud, lo cual debilita fuertemente el modelo asistencialista que toma como objeto de estudio al individuo descontextualizado, yacente y entendido como reservorio de la enfermedad, o sea, resquebraja los cimientos del mercado de la enfermedad (Saforcada y De Lellis, 2006).

El ámbito de la salud y el proceso que la determina son tan propios de la dinámica de la vida que llaman la atención los obstáculos que se presentan para acercarles todo el avance de las ciencias y de la epistemología que se dio en los cuarenta y tres años que van del libro

de John Storer *La trama de la vida*, editado en 1953, al libro de Fritjof Capra, también titulado *La trama de la vida*, editado en 1996, que implicó un incremento tal del conocimiento, en extensión y profundidad, que posibilitó pasar de una *ecología superficial* a una *ecología profunda* (a la que nos referiremos un poco más adelante).

En Storer se observa la comprensión del ser humano como un espectador, por lo tanto externo a los procesos, con capacidad de incidir en la regulación de muchos de ellos y en la dinámica de la biosfera postulando que:

Aplicando su intelecto, el hombre ha escapado parcialmente a las regulaciones de la naturaleza. Ha alcanzado un poder casi ilimitado [...] para utilizar esas fuerzas recién encontradas, con sensatez y sentido de responsabilidad [...] [para que continúe] imperturbable la gran corriente de la vida en la Tierra (Storer, 1953).

Indudablemente, esta ecología superficial es antropocéntrica.

En la ecología profunda de Arne Naess se “reconoce el valor intrínseco de todos los seres vivos y ve a los humanos como una mera hebra de la trama de la vida” (Capra, 1998).

Pero aún antes de estos profundos y amplios avances ya se había llevado a cabo un proceso fundamental en el campo de las ciencias, que consistió en pasar de las concepciones mecanicistas cartesianas y organicistas a una comprensión sistémica de la realidad. Este cambio comenzó a desarrollarse en la segunda década del siglo XX gracias a los aportes de la ecología, la biología y la psicología –las ciencias de la vida– que introdujeron los atributos de calidad en el campo de la ciencia, ubicándolos en el mismo nivel jerárquico que los de cantidad; de este modo, lo cuantificable dejó de ser lo único científicamente importante para los investigadores.

Así comenzó a desarrollarse un proceso de cambio revolucionario que implicó un nuevo paradigma y que llevó a abandonar la idea de que una totalidad puede ser comprendida a partir del análisis de sus partes componentes, para pasar a entender que las propiedades de una totalidad no están en ninguno de sus componentes sino que son propiedades del sistema que configura esa globalidad, el cual implica cuestiones tales como contexto, conectividad y relaciones de las partes que constituyen el todo; se trata entonces de una comprensión holística de la realidad.

Capra (1998) señala las nuevas maneras de pensar y valorar a que fue llevando todo este proceso en el que se pasó de la asertivi-

dad a la integración. Es una transformación que no implica el abandono total de lo anterior, sino que involucra una ampliación, un acoplamiento necesario para comprender y actuar de manera más acentuada a favor de la vida. Hace falta un equilibrio dinámico entre estas dos perspectivas o tendencias, de modo que al pensamiento racional, analítico, reduccionista y lineal se le sume el pensamiento intuitivo, sintético, holístico y no lineal, integrando también la apreciación de la expansión, la competición, la cantidad y la dominación, con la valoración de la conservación, la cooperación, la calidad y la asociación, tal como muestra el esquema 1.

Esquema 1

PENSAMIENTO		VALORES	
ASERTIVO	INTEGRATIVO	ASERTIVO	INTEGRATIVO
Racional	Intuitivo	Expansión	Conservación
Analítico	Sintético	Competición	Cooperación
Reduccionista	Holístico	Cantidad	Calidad
Lineal	No lineal	Dominación	Asociación

Reproducido de Capra (1998).

Una observación de Capra, cargada de significados y sugerencias, particularmente para los profesionales de la psicología, es que al menos en lo que se da en llamar la cultura occidental –entiéndase: de origen europeo– los valores asertivos son preponderantemente masculinos y los integrativos son propios de la mujer.

En las culturas nativas del continente americano esto no es así, tal como se puede observar en las palabras pronunciadas públicamente en 1854 por See-at-la, bautizado luego como Noah Sealthe, cacique de los suquamish (palabras que fueron registradas en directo por un colono, el doctor Henry Smith, y reelaboradas más tarde por el profesor Ted Perry como “Carta de Seattle”), que, según registros de la época, poetizados luego por William Arrowsmith en 1969, dijo lo siguiente:

Esto sabemos: que la tierra no pertenece al hombre; el hombre pertenece a la tierra.

Esto sabemos: todas las cosas están ligadas como la sangre que unifica a una familia. Todas las cosas están empalmadas.

Lo que le pase a la tierra recaerá sobre los hijos de la tierra. El hombre no tejó la trama de la vida: es apenas una hebra de ella. Todo lo que le haga al tejido, se lo hará a sí mismo (Grinberg, 1999).

Este modo de comprender la realidad, que corresponde al pensamiento y los valores integrativos de los que habla Capra, está presente en otros pueblos naturales del continente americano, tal como puede observarse en la Plegaria por la Tierra escrita por Alce Negro, hombre santo de los sioux oglala que vivió entre 1863 y 1950; en los testimonios de 1980 de Melesio Zamora, de la etnia matak, de la Argentina; en las palabras pronunciadas ante la Audiencia Pública de la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo reunida en San Pablo en 1985 por el Pajé Milton, de la etnia krenak, que habló en su carácter de Coordinador de la Unión de Naciones Indias del Brasil y dijo:

El único lugar donde el pueblo krenak puede vivir y restablecer su existencia, comunicarse con sus dioses, comunicarse con su naturaleza, vivir su vida, es donde nuestro Dios nos ha creado. Es inútil que el gobierno nos traslade a un lugar muy hermoso, a un lugar donde abunda la caza y la pesca. La población krenak continuará muriéndose e insistiendo en que no hay otro lugar para nosotros donde vivir. Mi corazón se entristece al ver la incapacidad de la humanidad. No me es grato venir aquí a la ciudad de San Pablo y hacer estas declaraciones. No podemos continuar contemplando el planeta en el cual vivimos como si fuese un tablero de ajedrez donde las personas mueven las cosas de un lado a otro. No podemos considerar el planeta como algo aislado del cosmos (Grinberg, 1999).

También se percibe en las palabras pronunciadas por el cacique brasileño Davi Kopenawa Yanomami en San Pablo el 25 de agosto de 1997; en la declaración de la nación mapuche de Chile y la Argentina, de abril de 1999; en el mensaje al mundo occidental –*Hau de no sau nee*– emitido en 1999 por la Confederación de las Seis Naciones Iroquesas, en donde se prevé:

El cambio es inevitable, pero la cultura es un mecanismo para asegurar que los cambios no vayan en detrimento de la vida social, ceremonial,

económica, educacional y política de la comunidad [...] consideren el impacto de sus decisiones hasta la séptima generación en el futuro. De este modo, van a proceder cautelosamente, pensando qué efecto tendrán sus resoluciones sobre el bienestar de sus descendientes [...]. La cultura no es apenas reliquias del pasado, sino pautas de pensamiento y ciclos de conducta que forman los cimientos de nuestras vidas (Grinberg, 1999).

Y cierran este texto con una argumentación que hace de soporte esencial para todo el mensaje, la cual se circunscribe a postulados éticos; diríamos hoy, a la ética como capital social dirigido a la sustentabilidad armónica del sistema social y a su desarrollo, o sea a los condicionantes de la salud.

Todo este bagaje de avances científicos, epistemológicos y culturales, incluyendo la recuperación de la sabiduría de los pueblos naturales del continente americano, casi no ha tenido influencia en las ciencias de la salud. La actividad del sector sigue las concepciones mecanicistas, vitalistas y organicistas que tuvieron validez indiscutida hasta fines del siglo XIX, las dos primeras, y la tercera durante las dos o tres primeras décadas del siglo XX. Incluso, en la psicología se puede observar claramente, en países como la Argentina, que se ha estructurado una fuerte orientación vitalista con respecto a las concepciones teóricas del inconsciente freudiano y las prácticas que de ellas se derivan.

El cambio radical o, dicho de otro modo, la revolución científica –en términos de Kuhn– acaecida en la biología y la psicología, en tanto ciencias básicas, no generó los cambios esperables en las correspondientes teorías tecnológicas a las que estas dan sostén científico: las profesiones de la salud (medicina, psicología aplicada, odontología, etcétera). Estas profesiones, aunque con diferencias formales, en lo sustantivo muestran que llevan a cabo el desempeño cotidiano en función de un paradigma desequilibradamente centrado en el pensamiento y la valoración asertivos señalados por Capra.

Este es un primer plano-soporte que se debe tener en cuenta y al que se lo puede caracterizar como la *subcultura general* del ámbito de la salud, porque orienta cosas tales como las concepciones antropológicas puestas en juego, sea de un modo consciente o no consciente, por los profesionales y técnicos del campo de la salud; las características de sus interrelaciones; las representaciones sociales que han construido de la población usuaria de los sistemas de

servicios de salud; las formas en que comprenden la dinámica de los procesos de la vida en todas sus manifestaciones, en síntesis, sus cosmovisiones. A este se lo podría denominar el *plano-soporte distal*.

Pero existe otro plano-soporte, que llamaremos *proximal* y que tiene que ver directamente con las concepciones y prácticas de salud que orientan los desempeños profesionales específicos y cotidianos de los facultativos del área y de los técnicos que con ellos colaboran. En este plano, indagando en una perspectiva histórica, se descubren dos paradigmas claramente diferenciados: el individual-restrictivo y el social-expansivo (Saforcada, 1999b). Hemos detectado estos paradigmas tomando en cuenta cuatro dimensiones de las concepciones y prácticas de salud: sus soportes teórico, axiológico, actitudinal y operativo. A partir de ellas buscamos las correspondientes subdimensiones, algunas de las cuales tomamos para este trabajo (esquema 2), y para cada una de ellas se indagó el indicador pertinente en las dos grandes líneas de concepciones y prácticas en salud que se dieron a lo largo de la historia, desde el mundo grecorromano de la antigüedad hasta nuestros días: una, el higienismo, continuado por la medicina social y mucho más tarde por la psicología comunitaria; la otra, la medicina clínico-experimental y posteriormente la psicología clínica. El conjunto de estos indicadores da origen a la configuración de cada uno de los mencionados paradigmas.

Esquema 2

PARADIGMAS			
	SUBDIMENSIONES	Individual-restrictivo	Social-expansivo
Soporte teórico	1. Estructura del saber	Mono o bidisciplinaria	Multidisciplinaria exhaustiva
	2. Objeto del saber	La enfermedad	El proceso de la salud
	3. Eje teórico-técnico	La clínica restrictiva	La clínica expandida o epidemiología
	4. Hipótesis etiológica utilizada	Etiopatogénica	Etiológica integral
	5. Componentes etiológicos involucrados	Huésped – Agente	Ecosistemas de salud
	6. Significación del ser humano	Nicho de la enfermedad	Instancia del proceso de salud
Soporte axiológico	7. Ubicación del eje significación-valoración	En el profesional, sus teorías y sus técnicas	En la comunidad y sus problemas
Soporte actitudinal	8. Actitud del efector ante los usuarios	Autocrática	Relativista cultural
	9. Orientación fundamental del efector	Rehabilitadora	Protectiva y promocional
Soporte operativo	10. Objeto de la acción	El individuo descontextualizado	Un ecosistema
	11. Efecto buscado con la acción	Remisión de la enfermedad	Cambios en el ecosistema

Es relativamente sencillo ver la vinculación sinérgica entre el pensamiento y los valores desequilibrados a favor de lo asertivo y la hegemonía del paradigma individual-restrictivo; del mismo modo

que las instancias de equilibrio entre lo asertivo y lo integrativo posibilitan fuertemente el afianzamiento del paradigma social expansivo.

Es importante tener en cuenta que, mientras los paradigmas caracterizados por Capra son complementarios y sus mejores resultados surgen de un adecuado equilibrio entre ellos, en el caso de los paradigmas propios de las concepciones y prácticas en salud se observa que son excluyentes.

La historia de la medicina occidental permite ver con claridad que en sus comienzos, situándolos en las antiguas Grecia y Roma, era evidente la primacía del paradigma social-expansivo; esta orientación se mantuvo hasta fines del siglo XV, en que es desplazada por el nacimiento de la clínica y la estructuración de un paradigma contrapuesto: el individual-restrictivo.

No obstante, después de su eclipsamiento por más de un siglo, el paradigma social-expansivo vuelve a resurgir con los desarrollos conceptuales que dieron origen, hacia el final del siglo XVIII, a la policía médica de Johann Peter Frank, luego a la medicina social a mediados del siglo XIX y, en Estados Unidos, al surgimiento de la psicología comunitaria en la segunda mitad del siglo XX.

A pesar de que este devenir ha estado determinado por el avance de las ciencias, lo que llevaría a suponer que el paradigma social-expansivo prevalecería, el violento y veloz advenimiento de la racionalidad del mercado al campo de la salud condujo a que este ámbito fuera hegemonizado por el paradigma individual-restrictivo, a través del cual fue posible abrir y expandir mercados a la producción industrial de productos químicos, electromecánicos, electrónicos y fisiconucleares de aplicación a la terapéutica y el diagnóstico de las enfermedades, dando lugar al mercado de la enfermedad que hoy podemos observar en nuestros países indoeuroamericanos.

Como en todo mercado, en el de la enfermedad también se utilizan, para incrementar la demanda, tanto sutiles como groseras estrategias de *marketing*. Tal maniobra implica generar más enfermedad que la que naturalmente se generaría e incorporar gente sana al mercado de prestaciones sin que a estas personas les sean necesarias.

Este es el escenario actual de la deteriorada salud de los pueblos de los países de nuestra región, desde el río Bravo hasta Tierra del Fuego y desde el océano Pacífico hasta el Atlántico y el mar Caribe,

exceptuando en parte a Costa Rica y en su totalidad a Cuba. Es el escenario en el que, teniendo muy presentes sus condicionantes históricos, económico-políticos y socioculturales, debemos evaluar cuál ha sido el impacto de la psicología en el campo de la salud y qué perspectivas se le presentan a nuestra disciplina en cuanto a los aportes que podría hacer a este ámbito, entendiendo que el proceso de salud es un fenómeno ecosistémico.

Los orígenes de la psicología como disciplina independiente estuvieron en manos de médicos y filósofos –médicos que se dedicaron exclusivamente a la psicología, a veces también a la filosofía, como fue el caso de William James– que abrieron este campo disciplinar hacia el último cuarto del siglo XIX. Pero esta también fue la época de los espectaculares descubrimientos microbiológicos que permitieron darle una sólida base científica al modelo causal infeccioso de lógica lineal, agente-huésped, y que, como un extraordinario triunfo del paradigma individual-restrictivo, llevó a que el eminente profesor de Clínica Médica de la Universidad de Berlín, el doctor Emil von Behring, el primer Premio Nóbel de medicina (1901), al anunciar el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por parte del doctor Robert Koch, dijera que aquellas cuestiones sociales que preocupaban al doctor Rudolph Virchow, porque las incluía en la causalidad de las enfermedades, habían dejado de tener la menor importancia dado que ahora se sabía contra qué luchar: el bacilo recién descubierto. A esta afirmación Virchow respondió diciendo que indudablemente no había tuberculosis sin la presencia del bacilo, pero que la tuberculosis era mucho más que este microorganismo, y la epidemiología le ha dado toda la razón a Virchow, cuyas concepciones y prácticas estuvieron desde los inicios de su vida profesional orientadas por el paradigma social-expansivo, hasta el punto de ser partícipe de considerar que la medicina era una ciencia social y que la política no era más que medicina a gran escala. Para Virchow, la tuberculosis era, sí, ineludiblemente, producto de la presencia del bacilo de Koch en el organismo, pero el bacilo potenciado por el hacinamiento en la vivienda, la mala alimentación, la falta de higiene en el hábitat, y otros factores que se relacionan con la mala calidad de vida. Si estos factores sociales negativos no concurren junto al bacilo, difícilmente se desencadena el proceso etiopatogénico de la tuberculosis, ni tampoco el proceso de difusión de la infección en la población. Tal vez el triunfo rutilante de la medicina clínico-experimental, restringida solo a conceptuali-

zar y actuar en relación con la enfermedad, llevó a la psicología, muy tempranamente, a desarrollarse por el camino experimentalista planteado por Wundt, marginando totalmente sus planteos de la segunda psicología –a la que por otra parte, él dio mayor importancia para comprender psicológicamente a los seres humanos–, a la que denominó, haciendo uso del término acuñado por Friedrich von Humboldt, *psicología de los pueblos* (*Völkerpsychologie*).

Por un lado, el desarrollo de los trabajos de laboratorio dirigidos a indagar en las funciones elementales del psiquismo reveladas mediante la experiencia sensorial y las reacciones simples generadas como respuesta a estímulos simples rápidamente se pudo vincular y aplicar a las manifestaciones psicológicas en condiciones de enfermedad. Por otro, los mencionados legítimos triunfos de la medicina sin duda influyeron para que quienes trabajaban en el campo de la psicología aplicada, como es el caso del filósofo francés Théodule Armand Ribot, se dedicaran a estudiar los fenómenos patológicos de manifestación psíquica. Resulta significativo, a fin de comprender las concepciones preponderantes de la psicología en algunos de estos pioneros de la disciplina, que Ribot orientara a sus discípulos –Wallon, Janet, Dumas y otros– a formarse como médicos.

Este modo de concebir el objeto de la psicología y su campo de aplicación también se hizo presente muy temprano en Estados Unidos, a punto tal que el psicólogo norteamericano Lightner Witmer fue el primero que utilizó la expresión *método clínico* en el quehacer psicológico y fundó hacia fines del siglo XIX una institución de atención psicológica de niños a la que llamó Clínica Psicológica.

Estas son las orientaciones con las que la psicología se hace presente en América latina, las cuales se ven fuertemente reforzadas en algunos países, como la Argentina, con el inicio de las carreras universitarias de psicología en manos de médicos. Este es el caso de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Rosario, en las que preponderó hegemonícamente el psicoanálisis que en este país, por ley, solo podía ser practicado por médicos hasta 1984, año en que se promulga la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología.

Todo el desarrollo de nuestra disciplina en Europa y América lleva a que tempranamente se instale el modelo médico-clínico, propio del paradigma individual-restrictivo, fortalecido por el paradigma más general de pensamiento y valoración desequilibrado hacia lo asertivo.

Admítase la analogía: lo acaecido es el triunfo del pensamiento de Behring sobre el de Virchow y el resultado, si tal hubiera sido en el caso de la tuberculosis, es que se habría fracasado en la lucha para dominar esta grave enfermedad. Pasando a la psicología, el asimilado modelo médico-clínico la ha llevado a cuatro situaciones esterilizantes de su potencialidad para aportar al mejoramiento de las condiciones integrales de salud de nuestros pueblos:

1. Los profesionales de la psicología han sido y son formados solo para trabajar con la enfermedad. Los chinos tienen un aforismo que dice que gran parte de lo que el ojo ve está detrás de la retina; esto también ha sido formulado por pensadores como Ralph Emerson al decir que las personas solo ven aquello que están preparadas para ver y, con mayor rigor científico, Einstein afirmó que es la teoría la que decide lo que podemos observar. En síntesis, los psicólogos egresan con una incapacidad para visualizar lo que en términos de salud no está dañado, discapacidad que se extiende, nada menos, que a la imposibilidad de trabajar en protección y promoción de la salud, de lo cual hablaremos específicamente más adelante.
2. La práctica se expandió al máximo solo en el campo de las enfermedades de manifestación preponderantemente mental y la aplicación de la psicología se mantuvo de modo significativo reducida en lo que hace a las enfermedades de manifestación con preponderancia orgánica, que son las que involucran la mayor parte de la demanda cotidiana de atención en nuestras comunidades indoafroiberoamericanas.
3. Han prevalecido las prácticas de una clínica restrictiva –no pocas veces reduccionista– aplicadas por lo tanto a las personas consideradas individualmente o a la familia, pero como unidad aislada, o sea, en ambos casos, como sistemas cerrados. La imposibilidad de comprender ecosistémicamente el proceso de salud y los impedimentos para valorar en su total dimensión la importancia que tiene en este proceso el tejido social y las características psicosocioculturales de las comunidades han reducido al mínimo la eficacia y la eficiencia del quehacer de nuestra profesión en el campo de la salud.
4. Los psicólogos, con demasiada frecuencia, nos hemos aislado de las otras profesiones y nos hemos visto imposibilitados de

integrar equipos multidisciplinarios en trabajos, como los de orientación comunitaria y hospitalaria, en que la concurrencia de las otras disciplinas humanas es esencial.

Estas cuatro características de la psicología indoafroiberoamericana y de sus prácticas profesionales, que sintetizadas se pueden ver en el esquema 3, sumadas a otras que sería demasiado extenso analizar en esta oportunidad, han hecho que el impacto de nuestra disciplina en el campo de la salud sea muy reducido, lo que se evidencia en que las condiciones de salud de nuestras poblaciones se han mantenido en un estado deficitario o francamente declinante al mismo tiempo que, en los últimos 50 o 60 años, producía una inmensa cantidad de psicólogos.

Esquema 3

EFFECTOS DEL MODELO MÉDICO-CLÍNICO EN LA PSICOLOGÍA
1. Redujo las posibilidades de visualización y de acción de la profesión solo a lo dañado, o sea a la enfermedad. ↓
2. Apoyado en el reduccionismo que le es propio, condujo a un marcado desequilibrio de la profesión inclinándola desproporcionadamente al campo de la enfermedad mental y a una posición, no explícita pero sí implícita, de dualismo cartesiano. ↓
3. Posibilitó que la profesión trabaje con personas y grupos familiares a partir de considerarlos sistemas cerrados. ↓
4. Potenció el aislamiento de la profesión, desde la formación de grado hasta el ejercicio de la profesión inclusive.

Al reflexionar sobre esta cuestión desde nuestra profesión, debemos tener muy en cuenta que las malas condiciones de salud

de la población, y su agravamiento, se deben fundamentalmente a factores de naturaleza psicosociocultural y no a factores biológicos. Casi cualquiera de los problemas de salud que se tome en cuenta entre los de mayor prevalencia o de características endémicas o de riesgo epidémico que en nuestros países han sido y son abordados exclusiva o preponderantemente desde la perspectiva médica son total o parcialmente insolubles sin el aporte de la psicología.

Veamos algunos ejemplos: el cólera, el dengue, la desnutrición infantil, las parasitosis, las frecuentes deficiencias de cobertura en las campañas de vacunación, la falta de control temprano del embarazo, las infecciones de transmisión sexual –incluyendo, por supuesto, la infección por VIH–, las diarreas infantiles, los accidentes de la infancia y la tercera edad en el hogar, los accidentes de tránsito, la enfermedad de Chagas, el tabaquismo y la ingesta excesiva de alcohol y muchos otros problemas que se podrían agregar a esta lista.

Ahora bien, cabe preguntarse: ¿Qué tipo de factores está en la base de estos problemas? ¿Cuáles son los factores que, si se manejaran con total solvencia científica y profesional, modificarían de modo relevante estos problemas y a su vez lograrían darle una gran eficacia y eficiencia a los recursos que nuestros países invierten en prevenir y atender la enfermedad? Luego de una primera reflexión, se llegará a la conclusión de que esos factores son del orden de la subjetividad y el comportamiento humanos. La subjetividad y el comportamiento son la razón de ser de la psicología: son los psicólogos bien formados quienes pueden manejar con eficacia los marcos teóricos y las tecnologías que permiten trabajar en relación con ellos.

Tómese uno solo de los problemas de salud antes señalados –el cólera– para que queden claros los interrogantes planteados y la respuesta dada. Se toma esta enfermedad porque, al proponer a un grupo de alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires un trabajo práctico que consistía en llevar a cabo en terreno una campaña de prevención del cólera –esto sucedía cuando amenazaba la epidemia en la Argentina–, con vehemencia dijeron “¡Y qué tiene que ver la psicología con el cólera!”, y la respuesta fue “Todo”, dado que la única barrera eficaz que se puede poner a una amenaza de epidemia de cólera es de naturaleza psicosociocultural: cambio de ciertas estructuras cognitivas (valoraciones, representaciones sociales, sistemas de atribución, visualizaciones, actitu-

des, etcétera); modificación y/o desarrollo de ciertos hábitos de higiene personal y del hábitat; modificación de ciertos hábitos alimenticios y de higiene y preparación de los alimentos; transferencia de conocimientos y de tecnologías protectivas, por ejemplo, de potabilización del agua. La instalación de una barrera de esta naturaleza implica un meticuloso y tenaz trabajo psicológico que, además, y esto es muy importante tenerlo en cuenta, es de bajísimo costo porque no implica ni drogas, ni aparatos, ni tecnologías de costo relevante.

En el campo de la salud, no hay disciplina aplicada más económica que la psicología; es la que genera menos gastos y la que otorga más eficacia y eficiencia a gran parte del quehacer en este campo.

Avanzando más en estos razonamientos, se ve que en los problemas y soluciones señalados también están involucrados muy significativamente factores del orden de la cultura, que constituye el objeto de estudio y prácticas de la antropología. Son los antropólogos especializados en salud quienes manejan los marcos teóricos y las tecnologías que posibilitan los trabajos necesarios sobre los factores culturales que inciden en la salud.

No hace falta resaltar acá la importancia de los factores de naturaleza biológica que convocan la presencia de médicos. Por lo tanto, hace falta integrar equipos de trabajo que reúnan las tres profesiones; también otras, pero estas tres son esenciales. Frente a esta necesidad, pensemos cuál de estas disciplinas es la que está mejor dotada teórica y técnicamente para posibilitar la integración de grupos que puedan trabajar con espíritu de equipo. En seguida se nos hace evidente que en la psicología descansan las mayores potencialidades para contribuir a lograr la integración de equipos multidisciplinarios de salud a fin de que en nuestros países se puedan mejorar las actuales malas condiciones de salud de las poblaciones.

En definitiva, una de las cuestiones centrales radica en hacerse cargo de los desafíos actuales que se le presentan a la psicología para poder tener impacto desde la perspectiva ecológico-sistémica en el campo de la salud en América latina.

Se pueden señalar dos o tres perspectivas fundamentales para lograrlo. Una está muy a la mano, dado que la psicología indoafroiberoamericana hace ya tiempo que viene desarrollando tareas con comunidades y con frecuencia trabajando, directa o indirectamente, con los problemas de salud. Solo restaría lograr que a esta actividad de la psicología comunitaria se integren médicos y antropó-

logos. Se señalará tal vez que los profesionales de la medicina no se acercan a estas tareas con la comunidad; inclusive es posible que se puedan citar ejemplos en que fueron convocados y se negaron a concurrir; lo que implica que se estarían dando ejemplos de obstáculos para una interacción eficaz, a fin de que la convocatoria genere la presencia. Pero resulta que la psicología es una profesión fuertemente dirigida a mejorar la comunicación humana y a desarrollar comportamientos cooperativos, actitudes de confianza y asociatividad entre las personas: ¿por qué no aplicar todo esto a las relaciones interprofesionales? Se tienen los marcos teóricos y las tecnologías para hacerlo: ¡hagámoslo!

Otra perspectiva fundamental que estaría en consonancia con lo más avanzado de los enfoques actuales de la salud pública es que la psicología se lance de lleno a trabajar sobre lo no dañado, o sea a trabajar en protección y promoción de la salud (el tema de aplicaciones del quehacer de la psicología en la promoción de la salud se desarrolla en los capítulos 8 y 9). Los trabajos de Alan Dever (1991), de hace ya veinticinco años, muestran que las variables psicosocioculturales abarcan aproximadamente el 75% de los factores que inciden en el proceso de salud a través de la configuración de estilos de vida y de la determinación de las variables ambientales que dependen del comportamiento humano, que son las que hoy están generando los más grandes desequilibrios ecosistémicos y promoviendo los procesos y factores de mayor impacto negativo en los microambientes (el hábitat familiar, los ámbitos laborales y de uso del tiempo de ocio, el vecindario etcétera).

En nuestras sociedades, estimamos que entre el 40% y el 50% de la demanda de atención que llega a los centros de salud es enfermedad totalmente evitable con los recursos económicos, materiales y humanos con los que hoy cuentan nuestros países. Estos altos porcentajes implican sufrimiento humano, daño a las posibilidades de desarrollo de nuestras naciones, gastos de dinero que podría estar destinado a una mejor atención de la enfermedad inevitable o a otros rubros de importancia social. Esto se evitaría progresivamente con el desarrollo de programas de protección y promoción de la salud en las comunidades, las instituciones de la educación formal, los medios de difusión masiva y otras instancias de la vida cotidiana (que son objeto de desarrollo en el resto de los capítulos de este libro). Es una tarea que exige multidisciplina, pero sin lugar a dudas, de todas las que deben concurrir a estos enfoques del tra-

bajo protectivo y promocional en salud, la psicología resulta esencial porque, una vez más, la salud se protege y se fomenta solo en el ámbito de la subjetividad y el comportamiento, lo cual, generalizado, dará por resultado el surgimiento de ambientes humanos salutógenos, que es la máxima aspiración de la *Nueva Salud Pública* (por un desarrollo de este concepto ver capítulo 8).

Un tercer gran aporte de la psicología a la salud deviene de la esencia de los enfoques comunitarios (en el capítulo 2 se desarrolla el modelo de salud comunitaria y en el capítulo 5 se exponen sus premisas de desarrollo y lineamientos operativos). Es, tal vez, el más importante. Se refiere a la integración participativa plena de la comunidad en las tareas de prevención, protección y promoción de la salud. Para esto es necesaria la transferencia de una parte de los conocimientos científicos y tecnológicos relacionados con la salud a miembros de la comunidad, generando hábitos de autocuidado y de autogestión de su salud. No para que el Estado pueda desligarse de las responsabilidades que le competen en la materia, sino justamente para lo contrario, a fin de que las poblaciones de nuestra Indoafroiberoamérica puedan exigir a sus gobiernos nacionales, provinciales y municipales lo que están obligados a disponer en beneficio de los ciudadanos y sus comunidades en lo que implica esta problemática. También, para que puedan ver con claridad cuáles son sus obligaciones y sus derechos, para así decidir responsablemente lo más propio de los seres humanos: la salud, o sea la vida.

Otro aspecto esencial de lo comunitario es llegar a conocer a fondo las concepciones y prácticas de salud de las poblaciones; también, conocer qué fenómenos psicosociales son considerados enfermedades por parte de las comunidades. Esto pertenece a un campo importantísimo de la investigación psicosocialesalubrista y epidemiológica psicosocial, por medio de las cuales se hace posible, con un adecuado trabajo de comunicación e interacción por parte de los psicólogos, que los médicos conozcan y valoren la medicina, la psicología y la odontología populares que son las que, en definitiva, determinan el funcionamiento de los sistemas de servicios de salud y la eficacia y eficiencia de las prácticas efectoras. Es necesario tener presente que los profesionales de la salud son pasivos, en la gran mayoría de los casos, y se activan solo en función de la demanda. Pero la demanda, o sea el hecho de que los usuarios de estos sistemas se acerquen a las instituciones de salud depende de esos sabe-

res y prácticas populares; también de ellos depende el cumplimiento de las prescripciones de los facultativos (adhesión a los tratamientos, a las indicaciones de estudios complementarios, al regreso al servicio para control de la evolución del problema, etcétera). Un ejemplo de investigación psicosociosanitaria destinada a comprender la perspectiva de los usuarios de los servicios de atención primaria de la salud se presenta en el capítulo 7.

Cuando en función de tecnología adecuada –por ejemplo, la técnica de Grupos de Visualización y Conceptualización Participativa (GVCP) (Saforcada, 1999b)– se trabaja de modo tal que los investigadores son realmente los miembros de la comunidad, se logra conocer muchos problemas serios de salud que no figuran en los sistemas clasificatorios de las enfermedades (ICD 10, DSM IV, etcétera) pero que están incidiendo de un modo francamente relevante en las malas condiciones de salud de la población. Ejemplos son los síndromes de *miedo social*, *defraudación* y *desunión comunitaria* que se hallaron, con alta prevalencia en tres niveles socioeconómicos (medio, obrero y obrero marginal), en el partido de Avellaneda de la provincia de Buenos Aires, Argentina (Saforcada, 1999b).

Finalmente, se debe tener en cuenta que para lograr todo esto es esencial producir en nuestra disciplina y en nuestra profesión –esto involucra de lleno los planes de estudio universitarios de grado y posgrado de la psicología– una revolución científica en el sentido de Kuhn; por lo tanto, cambiar el paradigma individual-restrictivo actualmente imperante y pasar a orientar la formación de los alumnos y nuestras concepciones y prácticas en función del paradigma social-expansivo, modificando también el paradigma del pensamiento y la valoración logrando que sea más equilibrado, dándole un mayor realce a la orientación integrativa.

Este cambio permitirá que la psicología comience a abandonar el modelo médico-clínico y que, por lo tanto, salga del aislamiento en que, desde nuestro punto de vista, hoy se encuentra. También influirá para que los psicólogos podamos empezar a abandonar cierto grado de omnipotencia que de modo más o menos encubierto hoy se hace presente con frecuencia en nuestra profesión.

Si se logran los cambios sustantivos planteados con respecto a los paradigmas, y la psicología se inserta de lleno en el trabajo protectivo y promocional de la salud, a la vez que dedica esfuerzos suficientes en lo que hace a investigación epidemiológica psicosocial y

psicosociosalubrista, pudiendo desarrollar actitudes integracionistas con médicos y antropólogos, llegará rápidamente a ocupar un lugar prominente en el escenario de la salud indoafroiberoamericana y, lo que es mucho más importante, llegará a contar con el reconocimiento de las comunidades de la región.

**El concepto de salud comunitaria:
una nueva perspectiva en salud pública**

En 1965, con el patrocinio de la Universidad de Boston y el Instituto Nacional de Salud Mental, intermediado por el Centro de Salud Mental South Shore de Quince, Massachusetts, se llevó a cabo un encuentro de psicólogos clínicos en la localidad de Swampscott, en Estados Unidos, denominado “Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria”. Esta reunión convocó a cuarenta destacados profesionales de la psicología clínica, entre los cuales estaban Bob Newbrough y Jim Kelly. Este último ya había planteado en 1960 que la psicología debía situar su trabajo en la comunidad y dirigir sus esfuerzos hacia la salud y no hacia la enfermedad, destacando que es en el campo de lo sano, trabajando en orientaciones preventivas, donde la psicología puede hacer sus más genuinos y mejores aportes (Saforcada, 1999a).

En esta reunión de Swampscott se dio origen a la psicología comunitaria como una nueva propuesta de trabajo, la cual surgió a partir de la evaluación negativa en términos de la relación esfuerzo/resultado de las tareas que se venían desplegando en Salud Mental con las orientaciones promovidas por lo que se ha dado en llamar la Ley Kennedy de salud mental de 1963 y la creación de los Centros de salud mental como dispositivo de avanzada en la atención de los problemas psicológicos. Desde esta perspectiva, plantearon la necesidad de que la psicología asistencial desarrollara sus prácticas con la orientación más preventiva posible dentro de las comunidades (sin encerrarse en edificios específicamente destina-

dos a la atención de pacientes) y promoviendo la participación de los miembros de las poblaciones.

Los centros de salud mental de la comunidad en el Community Mental Health Center Act de 1963 fueron un dispositivo especial instalado de modo tal que fueran lo más accesibles posible a todas las personas sin distinción alguna. Así, implicaban una red de servicios múltiples de atención continua (prevención primaria, tratamiento y rehabilitación) e integral de los trastornos emocionales o padecimientos psíquicos de las personas, las familias y la comunidad toda. También implicaban un inusual planteamiento en cuanto a lograr una integración intersectorial o regionalización integrada. Las raíces de su génesis se hallan en los desarrollos de psiquiatría social de Maxwell Jones en Inglaterra, la psiquiatría de sector en Francia y la psiquiatría comunitaria de Gerald Caplan en Estados Unidos, pero no se puede excluir la temprana influencia (comienzos de la década de 1940) de John Ryle, el primer profesor de medicina social en el mundo y director del Instituto de Medicina Social de la Universidad de Oxford, destacado propulsor de la formación médica en higilogía o teoría de la salud (Ryle, 1948), y la de Francis Albert Crew, también profesor de medicina social en la Universidad de Edimburgo (Rosen, 1985; Terris, 1982, 1994).

La creación del Centro de salud mental de la comunidad parecía ser solo algo de avanzada, pero en realidad encubría también un sutil retroceso hacia la vieja idea de la institución especial y diferenciada, dentro de los sistemas de servicios de salud, destinada a atender específicamente el padecimiento mental; dicho más duramente, se volvía a la raíz de la vieja idea de que la locura, si bien era una enfermedad de la que se debía ocupar la medicina, era una dolencia estigmatizante y marcadora de los profesionales que la atendían, y, por lo tanto, tenía que ser puesta a un margen. Al respecto, no hay más que pensar en la necesidad que tienen todas las personas de contar con una accesibilidad facilitada lo más posible para atenderse de cualquier dolencia; entonces, ¿por qué solo de las mentales? Cuando en la década de 1980 en la ciudad de Buenos Aires se decidió transformar los cinco Centros de salud mental, creados por el doctor Mauricio Goldenberg en 1967 desde la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires, en Centros Polivalentes para atender todos los problemas de salud, hubo una resistencia cerrada por parte de los psicólogos que en ellos trabajaban y, aún hoy, quedan dos de esas instituciones única-

mente como centros de salud mental (la problemática de los servicios de atención para pacientes con padecimientos de manifestación predominantemente mental, desde la perspectiva de derechos, se aborda en el capítulo 3). En este caso, la resistencia no se debió a que la enfermedad fuera estigmatizante sino a que era propiedad privada de los psicólogos y médicos psicoterapeutas, mostrando así tanto la fuerte identidad médica de la psicología clínica como la prescindencia de las verdaderas necesidades de las personas sufrientes. La creación de Centros de salud mental de la comunidad reforzó la orientación paradigmática cartesiana de separación del cuerpo y el alma brindando la posibilidad de que los médicos psicoterapeutas y los psicólogos se adueñaran del alma y le dejaran el cuerpo a los otros médicos, ofreciéndoles el puente de la interconsulta, que, como los castillos medievales, es un puente por ambas partes defensivo.

Lo más importante de la propuesta de Swampscott implicó sacar el sufrimiento mental del sistema institucional y amurallado de la atención de la enfermedad devolviéndolo a su contexto natural: *la comunidad*. Además, espontáneamente, quienes comenzaron a trabajar en función de esta propuesta fueron progresiva pero rápidamente dándole mucha más jerarquía a la promoción de la salud, con lo cual se fueron desdibujando los límites artificiales entre lo biológico y lo psicológico: la salud dejó de ser mental o somática para pasar a ser solo salud y, por supuesto, también dejó de ser un problema individual para pasar a ser social.

Esta propuesta era superadora de las instancias anteriores en el camino histórico recorrido en Occidente por parte de la atención de las dolencias de manifestación preponderantemente mental que, según la caracterización estructuralista de Juan Marconi (1976), pasaron por tres etapas: el modelo inicial de *asilo/hospital psiquiátrico* del siglo XVIII, luego el de *unidad de salud mental* surgido en el primer tercio del siglo XX, que implicó llevar el sufrimiento mental al hospital general aportando a su desestigmatización y a la posibilidad, finalmente no concretada, de alcanzar una comprensión integral de las enfermedades de manifestación preponderantemente mental y, por último, en la década de 1960, solo en el continente americano, la etapa del modelo *intracomunitario*.

Dentro de este último se ubican los programas de salud llevados a cabo en Chile, que en sus comienzos implicaron un primer programa de obstetricia y luego también programas de salud vegetal y

salud animal con la participación de los productores agropecuarios de la precordillera a la altura de Santiago de Chile. Pero quien logró desarrollar en forma sostenida y sistemática esta estrategia de acción fue el propio Marconi con el Programa Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago (Marconi, 1969, 1971, 1973a, 1973b, 1974a, 1974b, 1974c, 1974d), elaborado desde la Facultad de Medicina de la Regional Sur de la Universidad de Santiago de Chile, que fue el único currículo completo de Medicina Social que ha existido en nuestra región y, por lo que conocemos, en el mundo. Esta fue la experiencia, interrumpida luego por la dictadura militar de Pinochet, de mayor envergadura que se ha llevado a cabo dentro de este modelo. En 2005 falleció Marconi, ya retirado de la profesión.

En este programa los miembros de la comunidad, una vez capacitados, entraron a formar parte de los equipos de salud, estructurando una pirámide multiplicadora para la delegación de la función diagnóstica y resolutoria de los problemas enfocados (alcoholismo, neurosis, retardo por privación cultural). En cuanto a la eficacia de esta estrategia de acción se puede tomar como ejemplo el módulo de alcoholismo, en el que la tasa de recuperación alcanzada llegó al 75% de alcohólicos abstinentes sin recaídas a cinco años de haber sido tratados.

Es importante observar que ambos planteamientos, el de Swampscott, surgido de la psicología, y el de Chile, surgido de la medicina, que emergieron entre 1965 y 1968, no tuvieron el menor contacto entre sí, ni directo ni indirecto, y se generaron en dos puntos muy distantes del continente americano en los que dos pequeños grupos de profesionales de la salud, muy comprometidos con los mandatos de sus profesiones y con la sociedad, estaban pensando de igual modo frente a los problemas de salud.

No es este el lugar para desarrollar la siguiente afirmación pero, por lo menos, queremos exponerla sintéticamente: nuestro territorio psicosociocultural, el continente americano, a partir del último cuarto del siglo XIX inclusive, muestra, en materia de salud, logros más importantes en cuanto a fertilidad de pensamiento, desarrollo de destrezas técnicas y sociales específicas, elaboración de estrategias de acción y desenvolvimientos de prácticas exitosas muy superiores a las de los pueblos anglosajones y de Europa continental. Esto se puede observar tanto en el ámbito de los profesionales como de las poblaciones.

Al respecto no hay más que citar los siguientes hechos:

- a) Las ideas europeas en cuanto a que la salud de las sociedades es responsabilidad de sus gobiernos, elaboradas por Wolfgang Thomas Rau y Johan Peter Frank a partir de mediados del siglo XVIII, se concretan en las dos últimas décadas del siglo XIX en el continente americano con la creación de unidades de gobierno específicas dedicadas a la salud de la población: las asistencias públicas y sus puestos de socorro, dentro de las administraciones locales (municipalidades, prefecturas o intendencias).
- b) Las epidemias del siglo XIX llevaron a que los países europeos buscaran generar un sistema de cooperación para controlar las enfermedades transmisibles, pero todos los intentos realizados por medio de las convocatorias a las Conferencias Sanitarias Internacionales fracasaron (París 1851 y 1859, Constantinopla 1866, Viena 1874). Cuando, en la década de 1870, la epidemia de fiebre amarilla, que ocasionó decenas de miles de muertos, se extendió de Brasil a Paraguay, la Argentina y finalmente llegó a Estados Unidos en 1877, motivó la convocatoria, en 1881, de la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional, que se realizó en Washington, en la que fundamentalmente, a instancias de los responsables de la salud pública de los países de América latina, se comenzó a manifestar una clara comprensión de que la salud de cada nación dependía de la salud de las demás, y en la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos convocada por la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, fundada en 1890, se recomienda establecer algún modo de interrelación sistemática en temas de salud, lo que lleva a que en 1902 se funde la Oficina Sanitaria Internacional, hoy Organización Panamericana de la Salud, casi cincuenta años antes que la Organización Mundial de la Salud.
- c) También es en nuestra región donde se logra comprender que la responsabilidad en el cuidado de la salud de la población es un problema cuya solución exige la máxima jerarquía gubernamental, dando lugar a la creación del primer Ministerio de Salud Pública del mundo en el ámbito de la Presidencia de la Nación de la República de Cuba en 1902 al

- instaurar, primero, la Jefatura Nacional de Sanidad, poniendo al doctor Carlos Finlay en su conducción, y luego, en enero de 1909, registrando la Secretaría de Sanidad y Beneficencia dentro de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- d) La salud pública surge en el mundo, formalmente como disciplina, en Estados Unidos hacia el final de la segunda década del siglo pasado. Se puede tomar como indicador la creación en 1916 de la Escuela de Higiene y Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins, comenzando así la formación sistemática de especialistas o diplomados en Salud Pública.
- e) Diez años antes de la famosa reunión en que se expuso la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Alma-Ata, el doctor Carlos Alvarado, en la provincia de Jujuy (Argentina), puso en marcha, sin darle un nombre diferenciador, esta misma estrategia que la OMS denominó Atención Primaria de Salud (APS). La OMS bien podría haber expuesto los desarrollos conceptuales y en terreno de Alvarado como demostración concreta de que la APS era factible, eficaz y eficiente. De paso, hubiera sido un justo reconocimiento a Alvarado y a quien fue su mentor, esa excepcional figura del salubrisimo latinoamericano, el doctor Ramón Carrillo, quien, siendo ministro de Salud Pública de la Nación Argentina de 1946 a 1954, fue el primero en todo el mundo en concretar una campaña exitosa de erradicación de una endemia, el paludismo, cuya dirección puso en manos de Carlos Alberto Alvarado y Héctor Argentino Coll. Carrillo afirmaba: “La medicina no solo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar de que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida”.

Son unos pocos ejemplos; se podrían señalar muchos otros logros y manifestaciones que muestran, en el último cuarto del siglo XIX, la preeminencia de Indoafroiberoamérica, en Occidente, en cuanto a una comprensión significativamente más integral y ecosistémica de la naturaleza y dinámica del proceso de salud. Del mismo modo que, desde el siglo XVIII hasta un poco más de mediados del siglo XIX, la preeminencia le correspondió a Europa (sobre todo a Alemania, Italia, Inglaterra y Francia).

Señalar esta precedencia y preeminencia de nuestra región en el campo de la salud pública por sobre los países que se denominan

desarrollados no tiene como propósito satisfacer el síndrome de Colón, esa extraña y estéril necesidad de ser primeros creyendo que con esto se logra un mérito respetable. En efecto, lo señalado no tiene otro propósito que mostrar que nuestra realidad psicosocio-cultural, con la gran mezcla de razas y culturas aunadas unas veces y enfrentadas otras a través de nuestra abigarrada historia, ha dado por resultado una particular visión del proceso de la vida implicado en el campo de la salud.

Seguramente ha influido fuertemente en esto la gran sabiduría de nuestros pueblos originarios (guaraníes, krenakes, kamaiurás, xavantes, mapuches, kollas, aymaras, mayas, huaoranuis, u'was y tantos otros, ya señalada en el capítulo anterior en relación con el pensamiento integrativo), que, aun habiendo sido excluidos o por lo menos ignorados, son actualmente nuestra extraordinaria y excepcional riqueza. Sus conocimientos sobre salud son enormes y tal vez gracias a ellos, sin que nos demos cuenta, hemos podido construir paradigmas distintos a los imperantes en el mundo desarrollado y, a la vez, nos han posibilitado escapar del problema señalado en primera persona por Lyall Watson (2000):

Yo fui adoctrinado en una visión del mundo, una descripción de la realidad que me parecía muy útil, pero que se ha convertido en alarmantemente estrecha, ya que cierra la posibilidad de que ciertas cosas ocurran, simplemente porque no se ajustan a la definición generalizada de cómo funciona el mundo.

Y esta es la cuestión primordial: entender cómo funciona el mundo o, mejor dicho, cómo funciona el proceso de la vida: no de otra cosa nos debemos ocupar quienes trabajamos en el campo de la salud.

Indoafroiberoamérica es un conjunto de sociedades en las cuales, cada día más, se va profundizando la brecha que separa, por un lado, la incompreensión de los procesos de la vida en términos neoliberales deshumanizados y, por el otro, una comprensión integradora, holística y sistémica que día a día va incrementando sus logros conceptuales y prácticos a la vez que avanza en su esclarecimiento ideológico y político.

Para los primeros, los que incomprenden los procesos de la vida, la salud es solo enfermedad en tanto generadora de dinámicas lucrativas de mercado; para los segundos, la salud es primordialmente solo salud, a partir de la cual no se dinamiza ningún merca-

do lucrativamente importante; además, si genera alguno, no es un mercado con consumidores desesperados dispuestos a cualquier esfuerzo para obtener lo que en él se ofrece. Para los primeros, los derechos a la salud implican solo el derecho a ser atendidos cuando se enferman, para los segundos el derecho principal es no enfermarse y recién en segundo lugar, si llegaran a enfermarse, sería el derecho a ser atendidos.

Son dos modos de pensar y hacer antitéticos, dos concepciones y prácticas incompatibles y autoexcluyentes: si una está presente la otra es anulada e inviable.

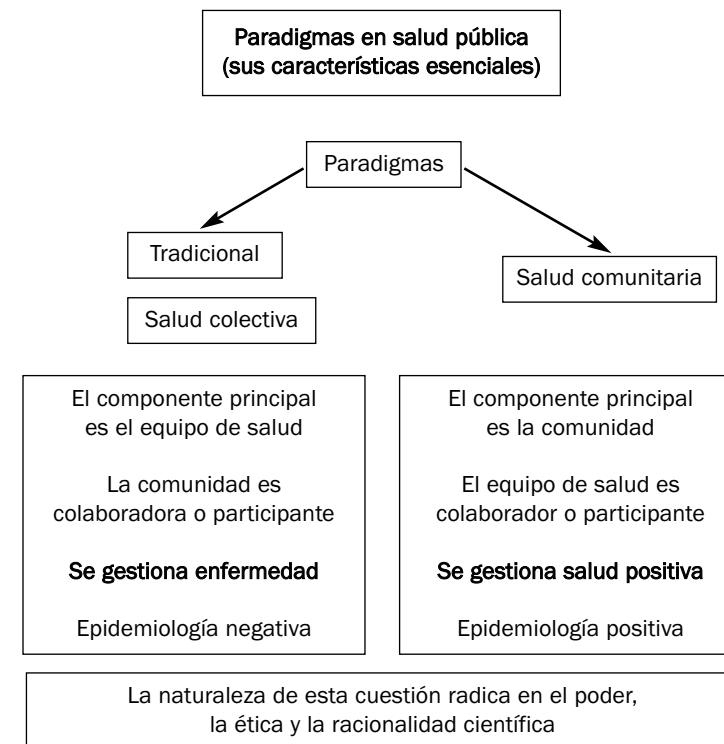
En sus comienzos, la aplicación de la salud pública por parte de los gobiernos de nuestra región fue desarrollada en función de concepciones y prácticas cuya matriz lógica, si bien tenía presentes los postulados de la medicina social y la epidemiología, mantenía la preeminencia del modelo causal lineal de la enfermedad infecciosa: agente-huésped. A esta matriz se le sumaron los principios básicos de higiene general (tratamiento de las excretas, agua potable, higiene corporal y del hábitat, etcétera).

A partir del final de la Segunda Guerra Mundial, particularmente desde la década de 1970 en adelante, la irrupción incontrolada de los intereses del complejo industrial-profesional de la enfermedad y fomentada por poderes locales en los países de nuestra región cristalizó este paradigma de la salud pública (que en buena medida está involucrado en el paradigma individual-restrictivo que caracteriza una de las líneas de desarrollo de las concepciones y prácticas en salud analizadas en el capítulo anterior) al punto de que puede afirmarse que hasta hoy, salvo alguna excepción, en nuestros países esta es la orientación principal del quehacer de todos los ministerios y secretarías de salud pública en las tres jurisdicciones gubernamentales (Nación, Estado y Municipio). A este modo de hacer salud pública le llamaremos *paradigma tradicional* (esquema 1).

Este paradigma se caracteriza por su base fuertemente positivista, con apoyo en un cartesianismo mecanicista que lo empuja a grandes reduccionismos, en general biopatológicos o psicopatológicos, por separado, que transforman en ineficaz e ineficiente a gran parte de los esfuerzos que se hacen para mejorar las condiciones de salud de la población, a la cual evalúa fundamentalmente en términos de enfermedad y muerte. Además, este paradigma tiene un soporte importante en el poder que el Estado otorga a los fun-

cionarios públicos, cuestión que en general hace éticamente vulnerables a muchas de las personas que lo ejercen.¹

Esquema 1. Paradigmas en salud pública



1. Un Informe reciente elaborado por Transparency International y el Banco Interamericano de Desarrollo documenta el impacto que el fenómeno de la corrupción tiene sobre los sistemas de salud y describe las modalidades que asume o los ámbitos en los cuales se manifiesta, tales como malversación y robo del presupuesto, corrupción en las contrataciones públicas, en los sistemas de pago, en la cadena de provisión farmacéutica y en la prestación de servicios de salud. Señala textualmente: "Cualquiera sea la magnitud del hecho de corrupción, los efectos en el sistema de salud pueden ser devastadores. Aquellos que esperan acceder a los beneficios del sistema –la mayoría de la población– terminan postergados, recibiendo servicios de menor calidad y a mayor costo".

También integran los cuerpos de los poderes públicos legisladores, magistrados y funcionarios que son portadores de este paradigma y suelen ser dañados por las presiones corruptoras del complejo industrial-profesional (constituido tanto por corporaciones multinacionales como por empresas nacionales) que usufructúa el mercado de la enfermedad y generan las condiciones legales y las justificaciones seudocientíficas necesarias para imponer la racionalidad del lucro por sobre la del bien común, lo cual generalmente conlleva profundos deterioros de la salud de la población.

Al respecto resulta de interés recurrir a la bibliografía que da cuenta de abundantes ejemplos y perspectivas críticas sobre las deformaciones y los desvíos de la medicina, profesión que marca el rumbo en el campo de la salud y modela en muchos sentidos, particularmente en lo ético, a otras profesiones. Sobre esta cuestión, y señalando solo tres ejemplos que abarcan diferentes cuestiones y perspectivas, se pueden citar: a) los libros de Ivan Illich (1975) y Ghislaine Lanctôt (2008); b) el reciente fraude y escándalo ético y científico que significaron las publicaciones del doctor Scott Reuben, facultativo del Baystate Medical Center, en la calificada revista *Anesthesia & Analgesia*, que llevaron a su director editorial, doctor Steven L. Shafer (2009), a retractarse de la validez científica de lo reportado por Reuben y un conjunto de coautores en veintitún trabajos publicados en esta revista, que se basaban en datos fabricados por el doctor Reuben y sus colaboradores; c) la noticia aparecida en el diario *Clarín* del 11 de julio de 2008 con respecto a la prohibición de los regalos médicos y donde, entre otras informaciones, consigna que: “El senador republicano por Iowa, Charles Grassley, criticó los pagos que hacen Johnson Johnson y Eli Lilly a los médicos de la Facultad de Medicina de Harvard, que ayudaron a promover el uso de psicofármacos en los chicos” (*Clarín*, 2008).

En países como la Argentina, esta situación ha llegado a distorsionar tanto las cosas en el campo de la salud que se hace necesario comenzar a trabajar en un nuevo concepto, el de *enfermedad pública*, que denomina todo el *quantum* de enfermedad totalmente evitable y que no es evitada, más toda la enfermedad (nuevos enfermos, enfermos agravados y generación de comorbilidad) que produce el propio sistema de servicios de atención de la salud y la autoprescripción de medicamentos de venta autorizada bajo receta médica que el sistema farmacéutico argentino vende a la población sin necesidad de que los adquirentes presenten dicha prescripción

facultativa (este concepto se retomará con mayor extensión en el capítulo 5). En la Argentina es razonable pensar que no menos del 70% de la enfermedad que demanda atención es *enfermedad pública*, concepto que, definido desde la perspectiva del poder público, señala al conjunto de enfermedades que el Estado podría evitar poniendo en juego los recursos de que dispone (económicos, tecnológicos, de conocimientos, humanos, etcétera) en el momento o período histórico de que se trate pero que, no obstante, no impide o se desentiende de hacerlo. En pocas palabras, *enfermedad pública* es el monto total de enfermedad presente en una sociedad en un momento dado como consecuencia de que los poderes públicos no han asumido la responsabilidad primordial del Estado democrático: velar por la educación y la salud de la población.

Ante la presencia de este paradigma tradicional en forma generalizada y sostenida en la región surgió, como un verdadero movimiento de reforma de la salud pública, un nuevo paradigma: el de *salud colectiva*, que plantea nuevas concepciones y prácticas de la salud pública que algunos autores, como Granda (2004), denominan *salud pública alternativa*. Brasil ha sido un partícipe esencial en la emergencia de este movimiento. No quiere decir que solo han aportado a su desarrollo los brasileños, pero sí que ese país lo ha hecho de forma más sistemática, incluso desde ámbitos universitarios.

El *paradigma de salud colectiva* implica un enorme avance en el campo de la salud, pero tiene un serio obstáculo: es primordialmente de naturaleza médica, atributo que tiene la particularidad de que, al acercarse o contactar a la realidad o a otras construcciones de la realidad, indefectiblemente las metaboliza médicamente: el médico no puede abandonar la medicina y su posición de poder cultural. La medicina, desde finales del siglo XV, está centrada excluyentemente en la enfermedad y ya es tarde para que pueda cambiar cuando la institución Universidad está tocando a su fin en Occidente o al menos está sumergida en una profunda crisis de la que no sabe cómo salir.

Con sus debidos matices, en la mayoría de las facultades de Ciencias Médicas en las cuales se gradúan los profesionales de la salud, la estructura de sus currículos de pregrado y posgrado se halla fuertemente condicionada por la influencia que ejerce sobre el complejo industrial-profesional.

Se puede construir un aforismo válido: *mientras la salud sea solo patrimonio de los médicos, será pura enfermedad*. De esto no son cul-

pables los médicos; en todo caso, son las víctimas de esta situación. Es necesario buscar los responsables en la historia de Occidente y su sempiterna, exagerada agresividad; hay que tener en cuenta que esta región se occidentaliza definitivamente en la última etapa de la Edad Media, en ese final del siglo XV en que nace la clínica, la cura con remedios no naturales y el progresivo pero veloz opacamiento de la higiene junto al incremento del encarnizamiento terapéutico o la capacidad de injuria de la medicina. Detrás de un enfoque a menudo sutil y cuidadoso de la subjetividad, la psicología clínica se ha caracterizado también en su historia por ejemplos que denotaron un elevado componente de sojuzgamiento de los derechos del paciente. La diferencia radica en que, por un lado, es más sutil que el de la medicina y, por otro, que en nuestra cultura occidental la violencia que afecta el cuerpo tiene mucha más visibilidad y reprobación que la que daña el psiquismo (tal como se discutirá en el capítulo 3).

El *paradigma de salud colectiva* es ampliamente superador del *paradigma tradicional*, pero esto no alcanza, dado que en ambos paradigmas el componente principal de sus programas de acción es el *equipo de salud*. En el *tradicional*, este es poco más que monodisciplinar (medicina, enfermería y alguna tecnicatura; también aparece la psicología, pero no bien integrada, y fundamentalmente en tanto psicopatología); en cambio, en el de *salud colectiva* el equipo es multidisciplinar. En el primero, el componente *comunidad* es solo colaborador, en el segundo es colaborador o partícipe, entendiendo la participación como tomar parte en los procesos de decisión.

Desde hace unos años, no más de diez, comenzó a aparecer silenciosamente una nueva mirada en el ámbito de la salud a la que consideramos que corresponde denominar *paradigma de salud comunitaria*. Implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos sino de las comunidades y se nos hacen evidentes, a nosotros los profesionales, cuando logramos trabajar con las poblaciones adoptando una actitud de amplia apertura hacia la coconstrucción de conocimientos. También las visualizamos cuando concurrimos a congresos multidisciplinarios de salud con fuerte participación de pobladores que se han formado como agentes comunitarios o promotores de salud o agentes primarios de salud, tal como ha ocurrido recientemente en el Congreso Nacional de Equipos de Salud realizado en 2008 en la provincia de Salta, Argentina, en el que el

90% de los participantes fueron pobladores capacitados en salud provenientes de casi todo el país, o en el año 2007, en el II Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur que se realizó con la participación activa en simposios y mesas redondas de muchos promotores de salud.

El *paradigma de salud comunitaria* no está surgiendo de superestructuras sino del pueblo y, dentro de este, de los sectores más desposeídos y marginados. Estas poblaciones tienen una concepción de salud unitaria; su paradigma no separa la mente del cuerpo. Aceptan la separación que les imponen los profesionales y sus servicios de asistencia, pero sus saberes populares son integrativos, holísticos.

Por esta razón, entre otras muchas, es necesario que formemos a nuestros universitarios de pregrado y de posgrado en la comunidad, acompañados por los pobladores, como ocurre en la única Residencia de Psicología Comunitaria de la Argentina, dependiente del Ministerio de Salud Pública del Gobierno de la Provincia de Salta, donde los estudiantes se forman guiados por los pobladores, que son agentes sanitarios provenientes de los desarrollos estratégicos de Carlos Alvarado. O, como ocurre en el Programa Multidisciplinario APEX-Cerro de la Universidad de la República del Uruguay (UdelaR), donde los alumnos del Programa de Salud Familiar trabajan con la comunidad guiados por los promotores de salud.

Este *paradigma de salud comunitaria* está emergiendo en los ámbitos académicos a través de los aprendizajes que ciertos profesionales, en su mayoría psicólogos, han logrado por medio de su trabajo con comunidades de pobreza, sobre todo estructural. Esto no es mérito de las profesiones sino de las poblaciones. Ahora, ¿por qué la psicología, en especial, se beneficia con este proceso? Sencillamente porque esta profesión, a diferencia de aquellas que han sido sometidas durante mucho más tiempo a la hegemonía del modelo clínico-asistencial, ha salido a trabajar con las comunidades manteniendo sus estructuras cognitivas con mayor grado de apertura y flexibilidad como para reconocer las cualidades intrínsecas del proceso de la vida y también ha abierto sus oídos para escuchar los saberes populares.

Se podrían señalar un conjunto numeroso de otras características del *paradigma de salud comunitaria*, pero basta con dos esenciales:

- Dentro de él, el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante, entendiendo la participación, en este caso, como la acción de tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia porque es “su” salud;
- En él se gestiona salud positiva no se gestiona enfermedad, si bien, lógicamente, se la atiende con total empeño. De esto se desprende que su eje teórico-práctico es la epidemiología positiva, o sea, epidemiología de la salud no de la enfermedad.

Esta cuestión de cuál es el componente principal en los programas y políticas de salud es un tema directamente relacionado con el poder y la ética, pero también con la racionalidad científica: la comunidad dueña de su salud y, por lo tanto, poseedora del poder de decisión sobre la misma será mucho más sana y longeva que aquella que lo haya enajenado. La explicación de esto se encuentra en la psicología social, en la neuropsicología y en la psicoinmuno-neuroendocrinología.

Este *paradigma de salud comunitaria* se ha hecho presente o se está haciendo presente en nuestros ámbitos académicos y profesionales casi sin que nos demos cuenta; apenas lo estamos atisbando, lo cual es natural porque no ha nacido de nuestras manos sino de las manos de las comunidades. A los psicólogos nos cabe la responsabilidad de aportar cooperativamente con las poblaciones a fin de incrementar su fortalecimiento (*empowerment*) y trabajar de modo mancomunado con los profesionales de las otras ciencias sociales, particularmente con quienes provienen de la pedagogía. Para colaborar con los pobladores en la coconstrucción de mayores conocimientos en salud. También es nuestra obligación empeñar esfuerzos para ayudar a nuestros colegas médicos a que logren procesos exitosos de inmersión en las comunidades cambiando su paradigma, de modo tal que también ellos puedan participar en los procesos de coconstrucción de la salud comunitaria.

En síntesis, todo esto implica procesos de devolución del poder de decisión sobre su salud a la sociedad que hoy nos está comenzando a avisar que, si no se lo devolvemos, nos lo arrebatarán. Es la razón de que nos capacitemos para hacer una devolución que no nos deshabilite en nuestra condición de profesionales.

Devolverles el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y es también aportar significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países.

**El enfoque de derechos y lo mental
en la salud: su aporte a las políticas públicas¹**

En el contexto social actual, impactado por la sensación de inseguridad que se manifiesta en múltiples planos y las dificultades para asegurar el acceso a los servicios más básicos para la vida humana, se exige revisar el papel de los poderes públicos que deberían garantizar la vigencia y protección de los Derechos Humanos, hoy inscriptos con rango constitucional.

Distintos estudios nos indican cómo el sistema de servicios de salud se halla afectado por una serie de factores que impiden una atención eficaz y oportuna a las ingentes necesidades de la población (escasez de recursos, dificultades para la capacitación, precariedad laboral). Todo ello favorece, al mismo tiempo, la resolución de los conflictos por vía del aparato judicial, criminalizando o penalizando de este modo situaciones que bien podrían resolverse desde un encuadre que promueva su solución integral.

Si observamos específicamente el campo de la salud mental, advertimos que comprende un sinnúmero de problemáticas, muchas de ellas comunes al campo de la salud en general.

De acuerdo con los datos proporcionados por la OMS en su Informe del año 2001, alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos de conducta a lo largo de su vida, y estarán presentes en cualquier momento en aproximadamente el 10% de la población mundial (OMS, 2001).

1. Este capítulo ha sido escrito con la colaboración de Yago Di Nella.

Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo. Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad en escala mundial resultan de condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, el consumo de alcohol, la esquizofrenia y los trastornos obsesivos compulsivos.

Aun cuando las evidencias disponibles indican claramente la relevancia que adquieren estas problemáticas sanitarias en todo el mundo, es perceptible que debe trabajarse fuertemente por la inclusión de la salud mental en la agenda pública, a fin de promover un mayor interés de parte de la dirigencia política y la sociedad en general.

Diversos factores obran desfavorablemente en torno de este objetivo:

- a) Con excepción de los casos aberrantes que suceden en instituciones de carácter total y obedeciendo a coyunturas muy específicas, en el tratamiento dispensado por los medios masivos de comunicación, no se tratan los determinantes colectivos que impactan sobre un número mayor de personas. Se expone con mayor frecuencia la situación que atraviesan los enfermos hospitalizados, y no lo que le sucede a la inmensa mayoría de las personas que, teniendo padecimientos mentales, no son detectadas como tales y, por ese motivo, no reciben atención. La enfermedad mental aparece, en la representación popular, fuertemente asociada a sucesos de carácter policial, en los que el calificativo de *loco* aparece vinculado al *delito*, a la violencia y a la percepción de amenaza y peligrosidad. Ello obliga a desarrollar iniciativas que permitan la inclusión del tema en la agenda pública de manera menos reactiva y a partir de la difusión de aquellas acciones que actualmente promueven la restitución de derechos y el incremento de posibilidades para la externación e inclusión social.²

2. A menudo ha sido posible instalar la problemática de la rehabilitación comunitaria de los *enfermos mentales* a partir de su tratamiento mediante programas televisivos de alcance masivo (por ejemplo, *Locas de amor*), que lograron promover una mayor identificación del público general con la suerte o el padecimiento de los pacientes hospitalizados.

- b) En nuestro país, carecemos de información sistemática y actualizada sobre la cantidad y gravedad de las dolencias en salud mental o sobre las estrategias que se emplean para su mitigación, dado que en los medios políticos, académicos o científicos no se han promovido estudios de corte epidemiológico que abarquen a importantes muestras poblacionales.³ Si bien no se halla difundida una cultura del registro y la sistematización de información que facilite rápidas estimaciones sobre la distribución de las problemáticas de salud mental, se cuenta con estudios aproximados que señalan el crecimiento en la incidencia de fenómenos tales como la violencia, la depresión, los suicidios y las adicciones en general (Kohn y col., 2005). En relación con los recursos disponibles en el nivel mundial y, a pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales como causa de morbilidad general, el presupuesto en salud mental resulta inferior al 1% del total del gasto destinado a la salud, un indicador claro del orden de prioridades en el cual se ubican dichas problemáticas.

Desde nuestra perspectiva, destacamos la necesidad de integrar la denominada *salud mental* con los otros componentes de la salud en un enfoque integral que evite la fragmentación del sujeto de intervención. Esto supone repensar toda una serie de prácticas en las cuales el sujeto es diseccionado por cada una de las disciplinas, sin otra función que el de ser receptor pasivo de una práctica hegemónica por la mirada *médica* (De Lellis y Mozobancyk, 2006).

Pero además conlleva una necesaria articulación entre los procesos de reforma que suponen la modificación de prácticas asilares y las que se desarrollan en escenarios comunitarios, en su mayoría referenciadas en torno de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (OPS-Levav, 1991).

3. Con excepción de los estudios realizados por el Programa de Epidemiología Psiquiátrica dirigido por el doctor Pagés Larraya en la década de 1980 y con el aval científico del CONICET.

Enfoque de derechos y reforma de las instituciones asilares

En nuestro país la reforma del modelo asilar se sitúa en un proceso dinámico, conflictivo, surcado por contradicciones y determinaciones de muy distinto orden que se sustentan en dos vertientes de legitimación.

En primer lugar, cabe citar como antecedentes la crítica que sobre el modelo manicomial ejercieron representantes de la antipsiquiatría (Anguelergues y col., 1975), los trabajos de inspiración historiográfica realizados por Michel Foucault (2001), los ensayos de Szasz (1970, 1994) en los cuales se denunciaba el mito de la enfermedad mental, el movimiento de desinstitucionalización iniciado en Estados Unidos durante la década de 1960 (Zax y Specter, 1979) y la experiencia italiana de Reforma Psiquiátrica realizada durante los años 70 (Bassaglia, 1980), la cual ha representado un hito significativo en el desplazamiento del paradigma asilar, al menos en Trieste y Milán. Cabe añadir, como antecedentes locales, los trabajos pioneros que se realizaron en el Servicio de Psicopatología del Hospital Aráoz Alfaro, de Lanús, bajo la dirección de Goldenberg (Wolfson, 2009), las reformas emprendidas en las provincias de San Luis, Río Negro y Buenos Aires (De Lellis y Rossetto, 2006).

En segundo término, la perspectiva de protección y defensa de los derechos humanos del paciente con sufrimiento mental comprende un abigarrado conjunto de leyes, normativas, acuerdos y pactos internacionales que definen axiológicamente un modelo de acciones a adoptar y otorgan dirección y legitimidad al proceso de reforma (Kraut, 2005). Precisamente, uno de los principales factores que han permitido colocar en la agenda pública cuestiones ligadas a la necesaria *reforma de los servicios de salud mental* son las Declaraciones, Recomendaciones y otros instrumentos de carácter normativo centrados en una perspectiva de protección y defensa de los derechos humanos. Estos han ido alcanzando aceptación y consenso en gran parte del mundo, y establecieron una saludable tensión entre aquello que, en tanto instrumentos normativos, prescriben y lo que efectivamente sucede en las instituciones o entidades que brindan servicios de atención.

Entre los documentos que refuerzan la legitimación formal se halla la Declaración de Caracas, a la que adhieren y se comprometen los distintos países de Indoafroiberoamérica. Dicho documen-

to propone la progresiva supresión de los establecimientos psiquiátricos asilares e incentiva todas aquellas medidas que logren la reducción de camas y la constitución de una red integrada de servicios de salud mental basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (OPS, 2001).

De acuerdo con esta perspectiva, existe consenso acerca de que el encierro institucional para las personas con problemas de salud mental debiera ser el último recurso de intervención (Pellegrini, 2005). Sin embargo, a la luz del proceder cotidiano de los agentes que implementan las políticas públicas o la administración de justicia, suele ser la primera y –a veces– la única respuesta disponible, lo cual entra en contradicción con las disposiciones internacionales y nacionales mencionadas. Entre otros perjuicios, esto ha incrementado el grado de hacinamiento entre los pacientes asistidos en las colonias e instituciones psiquiátricas, con severo daño a sus condiciones de salud y bienestar general.

De acuerdo con lo prescripto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), hoy incorporada a la Constitución Nacional, el Estado debe garantizar derechos tales como los que a continuación se enumeran:

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Nos hallamos aquí ante normativas vinculadas de manera genérica a la perspectiva de los derechos humanos. Cuando existe un riesgo para la salud o para la vida, por ejemplo, surge un resorte ciudadano para apelar a la administración de justicia y exigir el cumplimiento de la protección y defensa de los derechos humanos.

Ahora bien, existe otro conjunto de normativas que, aunque es poco conocido, aborda aspectos vinculados específicamente al

campo de las políticas públicas de salud dental que encuentran un respaldo doctrinario y un sustento jurídico irrefutable.

A modo de simple ejemplo, sería estratégico que los prestadores de servicios de salud concibieran a la Declaración Universal de los Derechos Humanos como:

- a) Acta fundante del mayor grado de consenso alcanzado nunca acerca de una concepción del hombre, sin privilegios ni discriminaciones de ningún orden (raza, color, sexo, idioma, religión, posición política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o diferencia de cualquier otra índole).
- b) Conquista de la humanidad después de luchas prolongadas de grupos, sectores y comunidades oprimidas y/o discriminadas, que alcanzaron, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reivindicaciones de justicia y requerimientos de igualdad largamente anhelados.

Salud comunitaria y políticas públicas

Si se pretende cumplir con los requerimientos de reforma en el modelo de atención, se impone el desarrollo de una política pública destinada al mejoramiento de la salud comunitaria, lo cual supone incluir la atención clínica en un abordaje que aúne la promoción con la prevención primaria, la asistencia y la rehabilitación para atender las problemáticas sanitarias emergentes (psicosomáticas, trastornos alimentarios, adicciones, dependencias en general, violencia, exclusiones por discriminación, etcétera). Todas estas problemáticas (tan diversas como complejamente multideterminadas) requieren ser atendidas superando las ficticias antinomias entre lo mental y lo corporal, lo individual y lo social, lo sectorial y lo extra-sectorial, lo normal y lo patológico.

Ahora bien, al adoptarse con más vigor la perspectiva de los derechos humanos, las políticas de reforma de las instituciones asilares han desarrollado en particular algunas estrategias cuyos resultados deben considerarse altamente promisorios, si evaluamos los logros obtenidos durante las últimas décadas en el Hospital Escuela de San Luis, la Colonia Oliveros, el Neuropsiquiátrico de Liniers, las experiencias de externación asistida realizadas en el Hospital Estévez, los procesos de apertura a la comunidad mediante la crea-

ción de centros de día –que funcionan en la misma comunidad– realizados en el Hospital Alejandro Korn, de Melchor Romero, la articulación con municipios para profundizar procesos de externación en la Colonia Open Door y la reforma emprendida en la Colonia Nacional Montes de Oca (Rossetto y De Lellis, 2007; CELS, 2005). Algunas de esas estrategias son:

- a) La implementación de nuevos dispositivos de externación asistida tales como subsidios a familias biológicas o sustitutas para reintegración de pacientes, reubicación en su localidad de origen, o por medio de convenios para emplazar dispositivos residenciales en la comunidad.
- b) La adopción de medidas de cuidado y humanización en el trato que aseguren la satisfacción de necesidades básicas (alimentación, vestuario, cuidados relativos al aseo y la higiene personal) y la supresión de toda forma de violencia institucionalizada que se halle encubierta o justificada eufemísticamente desde lógicas pretendidamente asistenciales.
- c) La ampliación en los niveles de ciudadanía, mediante acciones que apunten a la reinserción social, la revinculación familiar y el fortalecimiento de competencias que ofrezcan posibilidades de inclusión por medio de la educación, el trabajo, la acción social, la participación cívica o política en la comunidad.

A su vez, es preciso incidir en la educación superior para cumplir con estos requerimientos de política pública que, concertadamente con otros actores sociales, los referentes institucionales responsables de la formación de profesionales deben promover. Algunos componentes de reforma de políticas de educación superior en salud pública son:

- a) La actualización de los planes y programas universitarios de formación, para que apunten al desarrollo de acciones comunitarias, la planificación estratégica y la gestión institucional de políticas salubristas. Ello demandará a la universidad el desafío de volcarse hacia la comunidad que la alberga, permitiendo a los estudiantes visualizar claramente las prácticas ajustadas a derecho y, a su vez, la necesidad de que las mismas orienten la atención y se conviertan también en una herra-

mienta que garantice su protección y bienestar como trabajadores del campo de la salud (Di Nella, 2005). Particular interés tiene la urgente necesidad de revisar los planes de estudio, toda vez que –salvo excepciones– no incluyan una adecuada articulación deontológica con el nuevo paradigma de derechos, y sigan, como tradicionalmente se hizo, organizando los contenidos “a puertas cerradas”, muchas veces de espaldas a lo prescripto en la Constitución Nacional.⁴ En este punto se destaca como oportunidad de cambio la inclusión de la psicología como una de las carreras que compromete el interés público y, enmarcándose ello en lo normado por el artículo 43 de la Ley de Educación Superior 24.521, la necesidad de que las mismas sean reguladas por el Estado, para generar el mayor grado de evaluación y control en torno de las modalidades pedagógicas, la carga horaria, los contenidos curriculares, perfiles de los graduados y ámbitos de inserción laboral. En virtud del impacto potencial que tendrá el trabajo de sus graduados, se requiere ajustar los contenidos de formación a las demandas y expectativas de la sociedad. Esta dimensión, la de la realidad social de la problemática de la salud pública, encuentra serias resistencias en el ámbito académico, por lo que resulta muy dificultoso organizar programáticamente su inclusión plena en los planes de estudio.

- b) Diversas experiencias nos indican la ventaja que implican, en términos de generar oportunidades para la formación y para promover a la vez la transferencia de conocimientos, las actividades de extensión universitaria que se articulan con instituciones clave en la vida en comunidad.

La experiencia desarrollada por la Cátedra de Salud Pública y Mental I con instituciones educativas emplazadas en el conurbano bonaerense, a fin de comprometerlas en el proceso de constituirse como Escuelas Promotoras de Salud,⁵ así como las experiencias de extensión realizadas con alumnos de grado en el marco de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental I de la Facultad de Psicología de la UBA y la Cátedra Marie Langer de Salud Mental y Derechos Humanos de la

4. Nos referimos al artículo 75, inciso 22.

5. Aprobado formalmente por la Resolución 1324/06 del Consejo Directivo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Universidad Nacional de La Plata, mediante la cual los alumnos analizan o se incorporan a las actividades asistenciales que llevan adelante distintas Unidades Sanitarias, implican un camino posible hacia un mayor compromiso social de los jóvenes profesionales y una oportunidad de consolidar las bases para una formación con mayor corresponsabilidad social. Esto consolidará el respaldo científico y tecnológico tendiente a superar los tradicionales contenidos y formas de capacitación e intervención que no contemplan las nuevas normativas internacionales (Naciones Unidas) y del país (Constitución Nacional). Por ejemplo, mediante la participación de alumnos y graduados que se desempeñan en calidad de voluntarios en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata en el proyecto sobre “Revinculación de pacientes institucionalizados”⁶ se ha logrado la reintegración de aquellos pacientes que se encontraban en situación de alta clínica, pero que no participaban en acciones tendientes a la progresiva inclusión social y familiar. En el marco del proyecto, se desarrollaron acciones como régimen de salidas terapéuticas, visitas al propio hogar, participación en actividades recreativas fuera de la institución, y sobre todo mediante la inclusión concreta y sistemática en dispositivos de rehabilitación emplazados en la comunidad, trabajando articuladamente con los equipos actuantes de las instituciones de salud participantes (la Colonia Nacional Montes de Oca, el Hospital Estéves y el Hospital Alejandro Korn), a fin de facilitar la integración de la persona con padecimiento mental en las redes sociales e institucionales propias de su localidad de pertenencia. La comunicación establecida con juzgados y con las familias de procedencia permitió disponer de información más exhaustiva sobre las condiciones sociales, económicas, jurídicas y familiares que atraviesa cada paciente, a fin de facilitar intervenciones oportunas de parte de los

6. Proyecto original: Restitución del derecho a vivir en comunidad para personas con padecimientos mentales en situación de internación prolongada (Experiencia piloto de la UNLP con tres centros de salud mental de la provincia de Buenos Aires acreditado con subsidio en 2006, 2007 y 2008 en la Secretaría de Políticas Universitarias de la Nación (Programa de Voluntariado Universitario)).

- equipos que, desde la propia institución, trabajan fortaleciendo los procesos de rehabilitación e inclusión social.
- c) Estas experiencias demostraron su efectividad, al mejorar sustancialmente los indicadores de mejoría y el porcentaje de externaciones y revinculaciones alcanzadas (Cátedra de Salud Mental y Derechos Humanos, 2009).
 - d) Armonización de políticas para la cooperación intersectorial e interinstitucional. En nuestro país, el respaldo comunitario resulta progresivo, en la medida en que las políticas públicas vayan dando sus frutos e integren la participación de las organizaciones sociales locales. En este sentido la Argentina resulta ser un país con experiencias fecundas y originales, como la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos.⁷ El objetivo de la Mesa es articular acciones y debatir sobre las problemáticas del campo de la salud mental, y se ha constituido como un dispositivo de alto valor para la integración de instituciones sectoriales en torno de un objetivo común: la vigencia y protección de los derechos humanos en el campo de la salud mental. Este dispositivo intersectorial, constituido hace cinco años, se replica con éxito en diversas provincias del interior del país y ha dado lugar a distintos tipos de acciones en la arena pública: pronunciamientos, declaraciones, auspicios u organización de jornadas científicas, reformas curriculares, producción de modificaciones programáticas, asesoramientos legislativos e intercambios con referentes destacados del exterior del país.

7. La Mesa Federal se nutre con la participación de profesionales, técnicos, ciudadanos y usuarios, en representación de sus respectivos sectores sociales y políticos. Cuenta con la colaboración de expertos que, desde una perspectiva de derechos humanos, desarrollan la temática de las transformaciones institucionales y las políticas públicas en salud mental. Integran dicha mesa la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, representada por la Dirección de Derechos de Grupos Vulnerables, el Ministerio de Salud de la Nación, representado por la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable, la Organización Panamericana de la Salud (área de Salud Mental) –OPS/OMS–, los organismos de Salud Mental y de Derechos Humanos de las provincias, algunos directores de grandes hospitales psiquiátricos y colonias monovalentes, ONG especializadas en el tema, entidades de familiares de personas con padecimientos mentales y de usuarios de servicios de salud mental.

- e) El desarrollo de abordajes que posibiliten la adecuación y difusión de las políticas específicas en el marco de la Constitución Nacional, específicamente, de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y demás instrumentos incluidos en el artículo 75, inciso 22. Por otra parte, desde la jurisprudencia se consignan normativas y recomendaciones de Naciones Unidas en el resguardo de los derechos de las personas con padecimientos mentales, como los llamados *Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas*⁸ y documentos conexos.

Sin embargo, el conocimiento de los profesionales sobre estos instrumentos normativos y orientadores de la praxis aún es precario. La Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, a través de su Programa de salud mental y derechos humanos, desarrolló una actividad intensiva de sensibilización y capacitación destinada a los agentes de salud mental. Cabe ejemplificar con lo realizado en la Colonia Nacional Montes de Oca de 2006 a 2008. Las jornadas tuvieron como eje en sus contenidos la protección de derechos de las personas con padecimiento psíquico, planteándose como objetivo transmitir y reflexionar acerca de los derechos tales como son prescritos por la Constitución Nacional y estipulados o recomendados por las Naciones Unidas. Tales estrategias de capacitación introducen una nueva forma de abordar los principios que regulan la atención en salud mental, subordinando la acción técnica y profesional al derecho de la persona con padecimientos mentales a recibir –por parte de personal calificado– el tratamiento menos restrictivo, alterador e invasivo posible que corresponda a sus necesidades de salud. En cuanto a los contenidos tratados en estas jornadas para alcanzar estas metas, se trabajó en torno de las Convenciones, Declaraciones, Recomendaciones y demás instrumentos de carácter internacional, leyes y normativas que regulan el quehacer profesional y técnico en el área de la salud mental y, en el ámbito de la discapacidad, así como las especificaciones del Código Civil de la Nación Argentina. Se observó un muy escaso conocimiento de este material, y su lectura y su elaboración ofrecieron

8. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (véase anexo).

dificultades que –aunque superadas– dejaron ver una formación profesional al margen del enfoque de derechos y muy asimilada a concepciones restringidas y parcializadoras del sujeto de intervención (De Lellis, Rossetto y Di Nella, 2008).

En síntesis, todas las personas con padecimiento mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, pues de este modo se preservan los demás derechos consagrados en la Constitución Nacional. Esta visión protectora de la vida y la seguridad de las personas debiera ser parte del sistema de asistencia sanitaria y social, el cual parte de una noción de Estado en tanto garante, y de sus agentes como representante fácticos de esa función indelegable en cada uno de sus organismos.

De acuerdo con nuestra experiencia, y con otras que sería largo enumerar aquí, es evidente que amplios sectores de la población desconocen el marco jurídico y normativo que permite orientar la atención y el tratamiento de los servicios de salud, y que prescriben, entre otros derechos, los siguientes: el consentimiento informado, las prestaciones básicas que debe garantizar el Estado, el derecho a la defensa jurídica en ocasión de privación de derechos como la intimidad o la libertad de circular (De Lellis y Di Nella, 2008).

Las estrategias para hacer efectiva esta corriente de pensamiento, con un importante fundamento axiológico y operativo, son diversas y, a nuestro juicio, incluyen la actualización y formación continua de los recursos humanos, el fortalecimiento del respaldo científico y tecnológico, el creciente compromiso social de todas las instituciones incluidas en este campo.

En esta tarea debe conjugarse la participación de los diversos actores institucionales en cuestión con la difusión y reflexión en torno de los instrumentos de promoción de los derechos humanos como eje de las políticas públicas en salud mental.

Anexo normativo

1. ONU y organismos internacionales:⁹ Marco Normativo y Conceptual Internacional sobre los Derechos Humanos,

9. Los documentos están ordenados cronológicamente, independientemente de su carácter jurídico como instrumento.

Discapacidad y Salud Mental; en la materia es profuso aunque ciertamente muy poco conocido. Presentamos a continuación algunos instrumentos, sin la pretensión de dar un listado completo, sino de señalar algunos fundamentales para el diseño de una política pública en lo mental en la salud:

- Recomendación sobre la “Adaptación y readaptación profesionales de los inválidos”. Organización Internacional del Trabajo. 22 de junio de 1955. Sesión de Conferencia General n° 38 OIT.
- Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Asamblea General. Naciones Unidas, Resolución n° 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971.
- “Declaración de Alma-Ata”, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978.
- Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Para el Año Internacional de los Impedidos (1981). Aprobado 3 de diciembre de 1982 por Asamblea General, Resol. 37/52.
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud en la protección de personas presas y detenidas. Asamblea General. Naciones Unidas. Resolución n° 37/194 del 18 de diciembre de 1982.
- Convenio sobre “Readaptación Profesional y Empleo de Personas Inválidas”. Organización Internacional del Trabajo. 20 de junio de 1985. Sesión de Conferencia General n° 69 OIT.
- Reunión Mundial de Expertos para examinar la marcha de la ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos. 1987. Estocolmo.
- “Declaración de Caracas”, resultado de la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Asamblea General. Naciones Unidas. Resolución n° 119. 46ª sesión. 1991.

- Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. 1995.
- Inclusión plena y positiva de las personas con discapacidad. Asamblea General. Naciones Unidas. Resolución n° 48/95 del 20 de diciembre de 1993.
- Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Asamblea General. Naciones Unidas. Resolución n° 48/95 del 20 de diciembre de 1993.
- Declaración de Montreal sobre la inequidad en el acceso al derecho a la salud. IX Congreso de la Asociación Internacional de Economía de la Salud. 16 de junio de 1996.
- Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos. Asamblea General. Naciones Unidas. Resolución n° 53/144. 9 de diciembre de 1998. 85ª sesión.
- Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de la Personas con Discapacidad Mental. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001, aprobado por la Comisión en su 111º Período extraordinario de sesiones).
- Nuevas directrices para medir la salud. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa OMS/48. 15 de noviembre de 2001.
- OMS (2001) Informe “Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”.

2. *Algunos instrumentos internacionales de carácter constitucional:*¹⁰

- Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General. 1948.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. 9ª Conferencia Internacional Americana. 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General. 1966.

10. Se han incluido, ya que, si bien no son específicos del área de la salud o la salud mental, delimitan una serie de derechos y garantías hacia los sujetos de atención y de obligaciones para con el Estado, que permiten establecer parámetros y ponderaciones para la normativa interna.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General. 1966.
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General. 1966.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica). Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos 1969.
- Convención contra la tortura, otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Asamblea General. 1984.

3. *Normativa nacional:*

- Decreto-Ley n° 8204/63. Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas (especialmente el capítulo 14: Inscripción de las Incapacidades).
- Decreto n° 6216/67. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina y Actividades Auxiliares. Decreto Reglamentario Nacional n° 6216/67. 24 de enero de 1967.
- Decreto-Ley n° 22.431/81. Protección Integral de las Personas con Discapacidad.
- Decreto-Ley n° 22.914/83. Régimen Legal de la Internación en Establecimientos Asistenciales. 15 de septiembre de 1983.
- Resolución 1121/86. Establecimientos de Salud Mental y Atención Psiquiátrica (Requisitos para su Habilitación y Funcionamiento). Resolución del Ministerio de Salud y Asistencia Social. 12 de Noviembre de 1986.
- Ley n° 24.660/96. Ley de Ejecución de la Pena Privativa de Libertad. 19 de junio de 1996 (capítulos referidos a temas de salud mental: IX: Asistencia médica. XV: Establecimientos de ejecución de la pena. Anexo 1: Reglamentación del Cap. XI: “Relaciones familiares y sociales”).
- Ley n° 24.901/97. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad. Se crea por Decreto 762/97, Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad (por Decreto 1193/98 Reglamentario de la Ley, crea la Estructura para la Implementación del Sistema).
- Ley n° 25.421/01. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental. 4 de abril de 2001 (no está reglamentada; tiene un claro enfoque de derechos, con escasa precisión operatoria. Vetado el artículo sobre financiamiento).

- Ley n° 25.504/01. Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. 14 de noviembre de 2001 (modifica el Art. 3 de la Ley 22.431).
- Resolución n° 245/98. Plan Nacional de Salud Mental. Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social. 20 de abril de 1998.
- Ley n° 27.277. Ejercicio Profesional de la Psicología. 27 de septiembre de 1985. Reglamentada por Decreto n° 905 del 11 de diciembre de 1995.
- Código Civil de la Nación (artículos que tratan aspectos o tópicos del tema):
 - *Libro primero: De las personas (Sección primera: de las personas en general):*
 - Título X: *De los dementes e inhabiliados*: artículos 140 a 152bis.
 - Título XIII: *De la curatela*: artículos 468 a 490.
 - Título XIV: *Del Ministerio Público de Menores*: artículos 491 a 494.
 - *Libro segundo: De los derechos personales en las relaciones civiles (Sección segunda: de los hechos y actos jurídicos que producen la adquisición, modificación, transferencia o extinción de los derechos y obligaciones):*
 - Título I: *De los hechos*: artículos 896 a 903.
 - Título II: *De los actos jurídicos*: artículo 944.
- Código Procesal Civil y Comercial de la Nación (artículos que tratan aspectos o tópicos del tema):
 - *Libro cuarto: Procesos especiales:*
 - Título II: *Procesos de declaración de incapacidad y de inhabilitación*: artículos 624 a 637quinter.

CAPÍTULO 4

De las políticas públicas a la construcción del sujeto de las políticas

Marcelo Sandomirsky

Las perspectivas de estudio que intentan dar cuenta de la particular relación entre *el Estado* y *el individuo* ocupan un amplio espectro y una larga tradición. Así como la teoría política moderna muestra su preocupación en la construcción del Estado por parte del individuo, esta relación se invierte en la teoría política contemporánea; la inquietud rota y se desplaza a la comprensión del Estado y su influencia en la construcción de sujetos.

En una caracterización esquemática, se puede señalar que la relación *Estado/individuo* en la teoría política contemporánea permite reconocer dos desarrollos diferentes. En el primero, que abreva en las corrientes holísticas y estructuralistas, se ubican Althusser y el análisis de los aparatos represivos o ideológicos de Estado que funcionan, precisamente, mediante la violencia y la ideología. En esta línea de pensamiento existe un reconocimiento de cómo el Estado, por medio de la ideología, interpela a los sujetos.

Diferenciado de este y con una presencia que va incrementándose en los últimos años, se encuentra un grupo heterogéneo de trabajos en el que convergen distintos objetos de estudio, disciplinas y metodologías, y a los que se puede denominar (solo con fines clasificatorios) *estudios aplicados*. En este grupo se hallan trabajos con intenciones más descriptivas, e incluso analíticas, pero que no conforman en sí un corpus teórico homogéneo como el primero de los desarrollos señalados. Los *estudios aplicados* se caracterizan por precisar su interés en casos, procesos o circunstancias muy particulares como, por ejemplo, las diferentes formas de ajuste estructural que fueron implementadas en países en vías de desarrollo desde la

década de 1980 en adelante, o situaciones de terrorismo de Estado –entendiéndolas como políticas deliberadas que incluyen el actor Estado y con incidencia en la gente–. Está presente aquí la extensa gama de estudios, también aumentada en el último tiempo, de tipo psicosocial y/o etnográfico, acerca del impacto –en las personas, sus hogares y sus comunidades– de contextos de desempleo generalizado o de las condiciones de pobreza –u otras situaciones contextuales adversas–, y de qué manera va modificando la población su percepción del Estado, los gobiernos y otros actores involucrados. Igualmente, se encuentran otras prácticas anexas que se ocupan de la articulación Estado/actores individuales, como la observación y análisis de la opinión pública acerca de determinadas decisiones gubernamentales, o en las evaluaciones propias de la gestión de un programa sobre un grupo meta, por ejemplo.

Solo para situar el presente trabajo, se dirá que, en contraste con la producción existente, tanto la bibliografía como el debate son mucho más pobres cuando se intenta reflexionar sobre el vínculo que se establece entre las políticas públicas y la constitución de subjetividad, o, más precisamente, de qué manera estas participan en la constitución de la subjetividad.

De tal modo, un doble propósito motiva este artículo, cuyo tono pretende plantear interrogantes para estimular nuevas discusiones y proponer un modelo de análisis, sin ánimo de clausurar con certezas. El primero de los propósitos, amplio e introductorio, es describir brevemente lo que se llamarán *dispositivos de las políticas públicas*. Esto permitirá, posteriormente, desarrollar el eje de este trabajo: la idea de que las políticas públicas, desde su concepción, en su formulación y en su propuesta, llevan expresa o implícitamente una noción o idea de sujeto. Un segundo propósito, sostenido y determinado a partir del primero, es rastrear de qué manera las políticas públicas participan en la constitución de subjetividades. Alguna evidencia permite pensar que la noción o idea de sujeto que está presente ya en la gestación de una política pública, en definitiva, participa en la constitución de subjetividades.

Adelantando el plan sobre el que se formula este capítulo, se presentarán sucesivamente los argumentos extraídos de diferentes vertientes teóricas para explicar la relación *política pública / sujeto / subjetividad*. Para ello se entenderán las políticas públicas en un carácter amplio, sin particularizar en algún campo o temática específica y se aludirá de manera general a algunos comportamientos,

acciones y decisiones sin especificidad con ningún tópico, asunto o materia.

Para este análisis y sus niveles implicados, la perspectiva sobre la subjetividad elegida comprende y compone los significados construidos a través de negociaciones con el universo simbólico y cultural que rodea al individuo, lo que posteriormente definirá maneras de percibir, sentir, pensar, conocer y actuar, modelos de vida, formas de comprender el pasado y de pensar el futuro (Giorgi, 2006; Delgado Tornés, 2004; Bruner, 2004).

Dispositivos de políticas públicas

Desde la singular visión de la que partimos, las políticas públicas están cruzadas y conformadas, en su historia y en su horizonte, por estructuras, organismos, estilos de liderazgo, formas de organización, incumbencias específicas y anexas, clausuras y continuidades, ordenamientos administrativos, etcétera. A su vez, nada de ello compone, por sí solo y efectivamente, a la política pública.

La cara más evidente de las políticas públicas son las iniciativas de Estado que efectivamente se implementan, cualquiera que sea el poder o el nivel de gobierno, desde el central hasta el local. Esto deriva de que las políticas públicas son *iniciativas que se llevan a cabo* y, por eso, se revelan ante el ciudadano¹ llamando su atención y que se destinan para operar en cualquier campo de lo público. Aquellas iniciativas impactan de manera más directa sobre los ciudadanos.

La instancia *iniciativa de Estado que efectivamente se implementa* es una condición absoluta de las políticas públicas; incluso en el sentido de omisión o inacción sobre una problemática particular, constituye en sí misma una forma de política, tal como lo señalan diversos autores. De cualquier manera, los funcionarios o los

1. Aquí “el ciudadano” es la noción que se deriva de la ciudadanía formal, o sea aquella delimitada por la pertenencia a un Estado-nación, diferenciada de la llamada ciudadanía sustantiva, o conjunto de derechos civiles, políticos y sociales que garantizan la participación en los asuntos de gobierno. Esta es una distinción atribuida al teórico W. Rogers Brubaker. Para profundizar sobre estos aspectos de la ciudadanía, véase la producción clásica en esta materia del autor T. H. Marshall (1965) *Class, Citizenship and Social Development*, Nueva York, Anchor Books.

legisladores determinan y establecen una doctrina o intereses sectoriales, y se sabe que no lo hacen en un contexto exento de una corriente de pensamiento. Las iniciativas surgen o son producto del interjuego de poderes entre diferentes actores con mayor o menor capacidad de influencia. Actor social o individual interviniente en el juego de intereses y poder, pensado como una unidad de decisión-acción responsable, que tiene medios y capacidad para decidir y/o actuar intencionada y estratégicamente para la consecución de un objetivo (lo que lo identifica y diferencia frente al resto) y también una unidad a la que se le puede atribuir alguna responsabilidad por sus decisiones y/o actuaciones (García Sánchez, 2007): actores sociales como portadores de *agentividad*, o, lo que es lo mismo, con capacidad de acción.²

Este trabajo centra su atención en algunos tipos de decisiones establecidas o determinadas por funcionarios o legisladores. Dado el énfasis del análisis, la adopción de un determinado sistema de promoción de los recursos humanos dentro de un organismo de la administración pública, como iniciativa de un funcionario, será juzgado como la aplicación de ciertos criterios organizacionales extraídos de la administración de los recursos humanos en un ámbito público; mientras que una definición sobre criterios de aplicación de un impuesto a contribuyentes con una característica definida, o las medidas tomadas para la regulación y control de una pandemia, se ajustan a la idea de *dispositivos de políticas públicas* –DPP–.

Una política pública puede estar conformada por más de un dispositivo, entendiendo que estos son una forma de implementación en un contexto amplio, o simplemente circunscribirse a uno solo. La correlación entre política pública y DPPs puede ser, entonces, una a uno o una a varios.

¿Qué se dice cuando se piensa en términos de dispositivos?

El vocablo “dispositivo”, utilizado de manera coloquial, se refiere en general a algún mecanismo que se posee para producir una

2. La definición de agente implica las funciones de intención, control consciente sobre la acción, autonomía y origen en la causa o iniciación de un proceso; en este sentido, la agentividad hace referencia a la realización de acciones que producen cambios en la realidad o que provocan transformaciones visibles y concretas.

acción prevista. De igual manera, *disponer* implica, entre otras cosas, establecer que algo se hará, y la mayoría de las veces de qué manera se hará. *Disponer* también puede interpretarse como un particular modo de arreglar y conducir ciertos elementos o cosas para orientarlos a una nueva situación, un nuevo escenario: alguien dispone que algo se realizará o no se realizará, o cómo se realizará –en el primero de los casos–, y alguien dispone contenidos, elementos, situaciones y contextos para que las cosas se dirijan en un sentido y no en otro –en el último caso–. Cabe acá la primera definición de DPP:

Un *dispositivo de políticas públicas* es cualquier decisión que parta de un diagnóstico a manera de una interpretación de la realidad, se encuentre dentro de los márgenes y entre los mecanismos previstos en *lo público*, y dé lugar a la acción de alguno de los Poderes –Judicial, Legislativo, Ejecutivo–.

Al sentido de “disponer” se le agrega entonces la *implementación* de las políticas. Como se dijo, estas pueden ser normativas o representarse en planes, programas, proyectos, creación de organismos o comités. Todos son DPPs, pero no todo es lo mismo. Para Revuelta Vaquero (2007), la ley por su propia naturaleza es un proceso más formal comparado con la creación de programas, planes o regulaciones administrativas, ya que ocupa no solo la intención del Poder Ejecutivo, sino la necesidad de que el Legislativo la apruebe. Por lo tanto, como iniciativa, una ley tiene mayor posibilidad de ser preservada en el tiempo. En contraste, los planes, programas o regulaciones administrativas están más sujetos a la voluntad de un gobierno o autoridad específica, y pueden suspenderse con mayor facilidad.

Las iniciativas, para establecerse como dispositivos, deben tender a que su formulación se realice en función de modificar un estado o situación de base, y que tenga, al menos en parte, efectos previstos al momento de ser ideadas. Esto habla de una intencionalidad expresa y manifiesta. Los dispositivos de las políticas públicas pueden confundir u ocultar los intereses que persiguen, pero su sola aparición define una voluntad o interés.

Algo especialmente destacable en la naturaleza de los DPP es su carácter dinámico. Este es sin duda una de las cualidades que mayor peso posee sobre el concepto para nominarlo como *dispositivo* en el marco de lo público. En términos generales se diría que los DPP impulsan, resuelven, accionan mecanismos, oponen, contienen,

inmovilizan o simplemente producen consecuencias. Esto habla de la posibilidad de generar efectos que se deriva de su atributo dinámico, independientemente de la duración, la potencia y la legibilidad de estos efectos.

Una vez concebido, formulado y ejecutado, el dispositivo no necesariamente transitará su curso tal como fue pensado. Las diferencias de los recorridos previstos que puede tener un DPP son mayores o menores dependiendo de una diversidad de factores, aun cuando existe un amplio abanico de instrumentos de calibración a los cuales echar mano y así lograr mayor precisión. También es verdad que ciertos dispositivos son poco perceptibles, pero su capacidad de alterar escenarios es significativa, mientras que otros aparecen con fuerte presencia en el ámbito de lo público y posteriormente muestran incapacidad para conseguir impactos o resultados reales.

De ahí que es importante recordar que la política pública, en mayor o menor medida y por definición, incide en la vida cotidiana de las personas, dado que conecta los sistemas socioculturales en el nivel macro con la vida privada de los sujetos. Este concepto será desarrollado con mayor detalle posteriormente.

El siguiente punto que define a los DPP: *nunca las decisiones que se toman son “neutrales” o carentes de contenido ideológico*. Ya se había señalado el interjuego de intereses en el que maduran y se definen las decisiones de políticas públicas. En esta línea existe un acuerdo extendido sobre uno de los efectos más importantes de las políticas públicas: los distributivos; las decisiones públicas tienen consecuencias distributivas (Przeworski, 2004). Esto implica que, en materia de decisiones públicas, generalmente se promueven intereses de algunos en detrimento de otros.

Los dispositivos expresan una voluntad, compartida o no, arbitraria o fundada, que se basa en la determinación de llevar una situación dada a una situación mejorada o ideal de la original. Esto podría pensarse en acciones puntuales o en acciones coordinadas que se ordenan con un sentido coherente para la consecución de determinadas finalidades.³

3. Solo a modo informativo, diremos que, sobre la concepción y conformación de políticas públicas, existen diversos criterios y escuelas de pensamiento que se han desarrollado a lo largo de los últimos 150 años aproximadamente (a grandes rasgos se pueden citar algunas, tales como el modelo de política racional, el modelo del proceso organizativo y el modelo de política burocrática, etcétera).

El sistema de valores que adoptan los funcionarios u otras personas en condiciones de tomar decisiones, sea explícita o implícitamente, es central en el curso que seguirán las políticas. El sistema de valores sirve de fundamento para las decisiones que se emplean en el momento de comparar, jerarquizar o elegir los diferentes cursos de acción y evaluar los resultados del o de los DPP seleccionados.

Como sea, cualquier DPP tiene la posibilidad de generarse a partir de algo que debe ser solucionado (necesidad) o de algo que puede ser potencialmente mejorado. Esta percepción, como se vio, generalmente se funda en la expresión de una insatisfacción, en la manifestación de intereses de algunos actores o sectores o en una configuración de oportunidades que da lugar a la inclusión de una temática en agenda. Es legítimo pensar que algunas políticas buscan desmovilizar actores, o dinamizar sectores que no participan del espacio público en la prosecución de determinados fines. Las políticas públicas permiten capitalizar poder en ese sentido también, pero este aspecto configura un análisis que excede los objetivos de este capítulo.

Para percibir y luego disponer, habrá que diagnosticar. Esta es otra de las propiedades de los DPPs. Surgen de un diagnóstico: la posibilidad de ejecutar algo siempre basado en una determinada forma de explicar la realidad. Así un diagnóstico implica actividades más o menos sistemáticas para definir una situación lo más acabadamente posible, tal como sucede con la investigación más clásica que intenta generar nuevos conocimientos.⁴

Lo que se percibe, lo que se diagnostica o de lo que alguien se anoticia es la existencia de un *problema*. En su definición, de una posición más o menos clara de las herramientas diagnósticas, es decir, de los instrumentos a través de los cuales se interpretará la realidad. Por eso, un diagnóstico no solo define cómo se interpretan las situaciones, circunstancias y condiciones que inscriben el problema, sino también las alternativas que se consideran válidas para abordarlo, y qué sectores o actores participarán de los diálogos y debates en torno de la definición del problema. El hecho de diagnosticar, entonces, implica en sí mismo la elección de recursos para interpretar, problematizar, vehiculizar el diálogo de actores y

4. Esta observación simplemente intenta ligar el préstamo permanente que la investigación social, sus métodos y técnicas realizan al proceso de interpretación de la realidad que conlleva un diagnóstico.

sectores, y crear alternativas; de aquí que es perfectamente lícito alegar que *los problemas no existen como una realidad materialmente inobjetable, sino que son una construcción surgida de quien la está interpretando*.

Problematizar es también un proceso que no ocurre de manera espontánea. Una temática que necesita resolución o tratamiento va dando señales de su existencia en el espacio de lo público. En términos de Oszlak y O'Donnell (1982), sería una cuestión que despierta la atención, el interés o la movilización de los actores sociales. Muchos autores se refieren a ello como “problematización de una cuestión social” (De Lellis, 2006). Dicha cuestión social es entendida como núcleos problemáticos presentes en una sociedad, tales como desigualdad, desocupación y pobreza, que alcanzan hegemonía en determinados períodos y ocupan un lugar destacado en el debate público, en el pensamiento social y en las preocupaciones de gobierno (Bloj, 2006).

La aparición de un *problema* o una *cuestión social problematizada* se da en la zona que media entre una situación dada y la expresión deseable de la misma. Allí se trazará el sendero del problema y se expresará como una dificultad percibida socialmente. Hay una definición del problema que se da en el plano social, y esto hace que las maneras de informarse sobre él sean múltiples y no revistan sencillez.

Por eso el *problema* en las políticas públicas puede describirse teniendo en cuenta:

1. Que surge en un contexto, siempre complejo.
2. Que se incluye en una red de significados (conceptos, ideas, nociones) que le dan sentido para poder ser interpretado.
3. Que existen causas que lo ocasionan, y que el esquema causal es lo suficientemente amplio para que merezca detenerse en él e intentar comprenderlo. Pensar problemas atendidos por la agenda pública como de causalidad única implica cierta ingenuidad.
4. Que existe la posibilidad de visualizar sus consecuencias, sea a partir de la experiencia o previendo escenarios futuros.

Aun cuando pueda ser habitual que la manera de representar el problema no incluya los puntos señalados, siempre existirá algún tipo de ilusión o certidumbre –por parte de los funcionarios o quienes estén en condiciones de decidir– de que hay un problema per-

fectamente delimitado sobre el cual pueden adelantarse dispositivos para su resolución.

Una aproximación al sujeto de las políticas públicas

Como inicio, en este punto se retoma la idea de que las políticas públicas y los mecanismos que impulsa el Estado nunca son herramientas neutras (Bloj, 2005). Más aún, entre otras cosas, traen aparejada una noción acerca de quién o cómo es el *sujeto de las políticas*.

En los últimos años, el contenido y la discusión sobre el *sujeto de las políticas* que han logrado mayor énfasis en la implementación de políticas sociales han girado en torno de diferentes ejes, entre los cuales los más relevantes son:

- La discusión universalismo – focalización (Lautier, 2006; Gay, 1997; Bustelo y Minujin, 1998).
- La mirada integral sobre un sujeto complejo con múltiples necesidades *versus* la percepción fragmentada de un sujeto centrada sobre alguna necesidad particular (Franco, 2005).
- La vigencia de ciertos argumentos que reclaman revisar la noción de *beneficiario* para evitar el carácter pasivo de los perceptores de un bien o servicio, tanto en su devenir como en las decisiones que los implican (Duschatzky y col., 2007).
- Nuevos desarrollos e impulsos sobre el concepto de *ciudadanía*, especialmente ligados a la llamada *perspectiva de derechos* (Fleury, 1997; Fleury y Molina, 2002; Kymlicka y Norman, 1996).

Detallar estas líneas de discusión (que muchas veces se oponen y articulan en argumentaciones y análisis) sirve a los efectos de contrastar nuestro centro de interés: la construcción de subjetividad a partir de las políticas públicas, y, de este modo, desde ahí acercarse al sujeto de las políticas.

Para orientar al lector, se considera la *producción de subjetividad* como un *proceso*, donde el sujeto está construyendo y modificando tanto sus condiciones de conocimiento o su inclinación a satisfacer determinadas necesidades, de manera dinámica y permanente; no como algo preestablecido en alguna fase temprana de la infancia ni

como un proceso que utiliza una secuencia previamente estipulada, sino como algo en continuo desarrollo y multideterminado.

Un estudio concreto

Hechas las consideraciones, y como forma de graficar estas ideas, se tomará un estudio de reciente data en el que se representa la vida sexual cotidiana de una comunidad de jóvenes de Namibia. Este caso resulta especialmente interesante para visualizar algunos elementos del análisis sobre las maneras en que las políticas públicas sostienen un perfil/modelo del sujeto involucrado en ellas, y así participan en la construcción de un *sujeto de las políticas*.

Los jóvenes del estudio en cuestión participan en relaciones heterosexuales, y el trabajo se centra en el debate de las teorías mundiales en materia de salud pública, particularmente las que caracterizan el “sida en África” como una epidemia indiscutiblemente heterosexual. El estudio destaca cómo la continua denigración de los homosexuales por parte de los organismos oficiales del Estado sirve de estigma para los jóvenes que experimentan y practican su sexualidad. Con información recabada en un estudio etnográfico a lo largo de 20 meses, se ilustra qué opinan los hombres jóvenes sobre el riesgo del sida y qué tipo de relaciones sexuales tienen. Asimismo, se subrayan las complejidades en la subjetividad sexual que se forman en las políticas culturales sobre la competencia masculina, la retórica antihomosexual impulsada por el Estado y la protesta transnacional de los derechos de los *gays*. Entre los resultados más interesantes de este estudio, se informa que la noción confinada y monolítica de la identidad sexual y de género no sirve por sí sola para entender y analizar el riesgo del VIH-sida y la vulnerabilidad en esta comunidad (Lorway, 2006). Citamos al autor para entender más claramente los alcances de este estudio:

Dentro del proyecto de reconstrucción de la nación poscolonial, la “verdad” de la sexualidad de Namibia como tradicionalmente heterosexual se produce a través del silenciamiento de prácticas e identidades alternativas. La consiguiente exclusión de la homosexualidad de Namibia de la salud pública se traduce, de maneras inesperadas, en mitos locales en relación a que la forma de tener sexo seguro es entre hombres. Por lo tanto, las construcciones de salud pública nacional e internacional del “sida africano heterosexual” están implícitas de algu-

na manera en la estructura de vulnerabilidad del VIH en muchas de las personas encontradas en el estudio.

Interesa observar los contextos en que surge o se realiza la planificación de DPP (campañas, programas y cuidados) sobre una temática que implica miradas, opiniones y creencias enraizadas. Probablemente, no resulta fácil promover un proceso autorreflexivo acerca de la idea de sujeto que se sostiene incluso en la materia específica sobre la que se toman decisiones. Esto, a su vez, impacta directamente en la conformación de la identidad de los sujetos, quizás en sus prácticas sexuales y en los cuidados ante el VIH-sida, y en la reproducción de determinadas representaciones sobre la diversidad sexual. Es de imaginar un considerable impacto en las minorías sexuales que, como cualquier minoría, son objeto de estigmatización, despertando actitudes de extrañamiento con consecuencias, la mayoría de las veces, desafortunadas.

Volviendo a la conceptualización general

Un sujeto puede configurarse como beneficiario, cliente, usuario, ciudadano, portador, contribuyente o destinatario, que, más allá de su denominación, reúne características singulares, a veces claramente definidas, a veces más difusas, a menudo múltiples, y muchas veces en sentidos encontrados y contradictorios. Estas características se podrán ajustar más o menos a la realidad referenciada y a la realidad del sujeto al que se intenta abordar o incluir a través de una práctica, una iniciativa o una definición. En cualquier caso, *siempre* se parte de una idea de sujeto concebida a priori. Estas imágenes que funcionan como modelos o tipos establecen consecuentemente barreras y accesos en la provisión y recepción de bienes y/o servicios, por ejemplo.

Con argumentos similares, Ruth Lister (citada en Parsons, 2007) explica la importancia del lenguaje que cada uno emplea, por ejemplo, para conceptualizar “la pobreza”. Este tipo de lenguaje transmite imágenes capaces de definir actitudes hacia los pobres y las propias actitudes de los pobres como la imagen que estos tienen de sí mismos. Lister agrega:

Las personas que viven en la pobreza no quieren ser dueñas del mundo. Algunos políticos han explotado claramente esa ambivalencia. Es

importante el hecho de que las concepciones de la pobreza entrañan la construcción de un elemento dinámico que no niega la individualidad ni la agencia de las personas que viven en la pobreza.

El mapa complejo en el que se desarrollan los DPP, que exceden aquellos mecanismos puestos en marcha por el Estado y que cobran sustancia a partir de la circulación y restricción de representaciones, discursos y saberes, conforma una manera no solo de aprehender la realidad por parte de cada sujeto sino también de enfrentar su propia realidad.

Sea por exclusión o inclusión, por las mecánicas previstas en la manera propia de ejecución y concepción de las políticas públicas y otros elementos intervinientes, se genera un espacio de alteridades y reciprocidades entre el mundo de lo público y los sujetos. Un espacio que opera de manera dinámica, que se redefine permanentemente, habitado por múltiples actores, y que es motivo de interés de diferentes ciencias y disciplinas sociales. Significa, entonces, que este juego en diferentes sentidos, que genera alteridades y reciprocidades, participa como un elemento constitutivo de la(s) subjetividad(es).

Al decir que la política pública incide en la vida cotidiana de las personas conectando los sistemas socioculturales de nivel macro con la familia o la vida privada de los sujetos, en el nivel micro se descubre el nexo distintivo que se establece en diferentes puntos de contacto. Visualmente, se puede pensar en una especie de tejido que se superpone a otro: uno correspondería al nivel macro y el otro al nivel micro. Entre ambos, y con cierta distancia, podrían observarse variantes a trasluz: una trama más profusa o más rala según las configuraciones que aparezcan entre ambos niveles. En este caso, las DPP serían una forma de eslabones entre niveles, solo un tipo de eslabón más dentro de una gran variedad, que permitirían fortalecer o debilitar la relación entre los dos niveles.

En palabras de Tozzi (2005), las personas que se clasifican (aquellas que acá consideramos sujetos de las políticas) no son ubicadas en *el espacio vacío del lenguaje*, sino en instituciones y prácticas, y las interacciones con las personas clasificadas ocurren en matrices que incluyen elementos sociales y materiales (diarios, documentos, edificios) y personas, las clasificadas o descritas por dichos conceptos y las que rodean a dichas personas. El ejemplo utilizado en este caso es el de *mujer refugiada*. Esta *clase*, como lo denomina la

autora, no es solo un tipo de persona, sino también una entidad legal usada por trabajadores sociales, activistas y la propia mujer refugiada, en oficinas migratorias o albergues, por ejemplo. Un cambio conceptual en este sentido tendría que ser revisado por las entidades materiales, y a su vez también las personas que están involucradas en esa matriz pueden tener que modificar su estatus o hasta ser reemplazadas.

El sujeto, tal como se puede concebir a finales del siglo XX y principios del milenio, asume características (o se pretende que sean asumidas) de la diversidad, la dignidad, la integralidad, la universalidad, la capacidad y la autonomía. A la vez que estas características son complementarias y actúan entre ellas, se asumen de manera no solo personal, sino en sociedad, de manera intersubjetiva, pensando la intersubjetividad como una manera de transacción y negociación de significados.⁵ En función de esta articulación entre lo individual y lo social, el hombre puede realizar o trazar un *plan de vida individual* (y también colectivo).

Ricoeur (2006) llamará “planes de vida” a esas vastas unidades prácticas que se designan con el nombre de “vida de familia”, “vida profesional”, “vida de ocio”, etcétera. Lo fundamental de estos planes de vida es que se configuran en el intercambio entre los ideales (entendidos como algo vago y móvil, necesitado de concreción) más o menos lejanos y la consideración de los límites y alcances que tiene el plan de vida en el nivel de las prácticas. De esta manera, estos planes constituyen una *zona mediadora* de intercambio entre la indeterminación de los ideales rectores y la determinación de las prácticas.

El plan de vida exige que el sujeto pueda imaginar diferentes objetivos en consonancia con sus intereses, lo que lo satisface o lo que desea, que se materializarán en una estrategia para conseguirlos y prever riesgos en cada paso hacia su consecución. Tanto los objetivos personales como las estrategias y la percepción de los riesgos están mediados y condicionados por las emociones y por la subjetividad multideterminada, para actuar en el mundo a través de la trama de lo que Delgado Tornés (2004) identifica como percepciones, aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos que impulsan a las personas. Pensando en el mundo privado en el que se recorta, el sujeto está terciado por aquellos espacios que va dinámi-

5. El concepto de la intersubjetividad como negociación de significados está extraído de Bruner, autor que se incluirá más adelante para otros análisis.

camente ocupando en la vida, como la edad, el género, la pertenencia a una nación, a un pueblo o una comunidad, y también a las relaciones sociales y de poder en que se ve inmerso. En estas relaciones sociales y de poder las políticas públicas cumplen un papel de importancia: *los sujetos y la subjetividad se transforman en sujetos de política, también, por la función que desempeña la política pública para las personas: participando en la definición de sus relaciones sociales, de poder, de los planes de vida.*

Significado, sentido y sujeto de las políticas públicas

Bruner, en su obra *Actos de significado* (2006), introduce algunas ideas acerca de cómo el *significado* es construido y utilizado por el hombre, conectándolo con la cultura. Estos significados se hacen públicos y compartidos, y la forma de vida adaptada culturalmente depende de formas de discurso que sirven para negociar las diferencias de significados e interpretación. La intersubjetividad, como se adelantó, es una forma de negociación de significados.

Para lo que este autor llama *instituciones culturales* (leyes, instituciones, estructuras familiares, etcétera), el Estado y sus iniciativas se asimilan a este concepto. Tal como ocurre con el resto, las políticas públicas se incorporan a aquello que hace que la gente se anticipe, juzgue o concluya de una u otra forma sobre el sentido de sus vidas. Se trata del individuo pensado como actor y agente.

El componente intencional, la agentividad, esta posibilidad de decidir y actuar en determinado sentido, es inherente a la idea de acción. Para Arendt (1974) quien ha dedicado gran parte de su obra a meditar y desarrollar la idea de acción mediante esta y el discurso, los hombres muestran quiénes son, revelan activamente su única y personal identidad y hacen su aparición en el mundo humano. No hay acción que no sea intencional, a diferencia de la conducta (González Rey, 2002), y los significados se encuentran fuertemente determinados por la acción en que transcurren. Igualmente, retomando a Arendt, dado que la acción actúa sobre seres que son capaces de sus propias acciones, la reacción, además de ser una respuesta, siempre es una nueva acción que toma su propia resolución y afecta a los demás. Se trata de una acción que genera nuevas acciones y que revela activamente en el hombre su personal identidad.

El hombre o sujeto referido es un sujeto de pensamiento, no en forma exclusiva de un pensamiento en su plano cognitivo, sino, más aún, un pensamiento como proceso de sentido, es decir, que actúa solo a través de situaciones y contenidos que implican su emocionalidad (González Rey, 2002). El sujeto, en su procesualidad reflexiva, interviene como momento constituyente de sí mismo y de los espacios sociales en los que actúa y desde los cuales puede afectar otros espacios sociales.

Así se ve una acción en una doble dirección, que compromete tanto al sujeto como a los espacios sociales, y de manera dinámica, como un proceso. Los sistemas de relación en los que la procesualidad se ve comprometida son muchísimos. Se apunta al modo en que en este proceso se juega permanentemente la producción de sentidos y significados.

La realidad subjetiva que constituye el sentido que tiene un individuo de su mundo, cuando remite al quehacer humano, al mundo social, se estructura según la modalidad del relato y la narrativa (Bruner, 2004). Es la modalidad narrativa la manera típica de enmarcar la experiencia y organizarla. Un medio de “construir” el mundo y caracterizar su curso es la organización de marcos propios de la forma narrativa.

Las *narrativas del sí mismo* son procesos por los cuales constantemente damos sentido al mundo y nos dotamos de sentido a nosotros mismos (Goolishian y Anderson, 1998). El sí mismo es siempre aprendido y en desarrollo: es un modo de caracterizar en el discurso la propia capacidad como agente, como alguien que puede hacer, como actor. Es así como la narración de la individualidad de los sujetos no está fijada a un momento o a un tiempo sino que siempre es cambiante.

Los dispositivos de políticas públicas, que se han caracterizado como intencionales, nunca imparciales, siempre dinámicos y orientados de tal manera que expresan voluntades, producen significados y dan sentido, participando de las narraciones que (se) hacen los individuos sobre el mundo y sobre sí mismos. Con la misma noción, pero centrados en los DPP, se puede decir que, históricamente, la política pública genera sentido para la subjetividad, cuando crea conceptos de mundo y un modo de producir experiencia, desde el lugar de un discurso cognitivo-instrumental, que racionaliza las percepciones (Rodríguez, 2001).⁶

6. Es interesante cómo se presenta en un estudio que pretende aproximar-

Entonces, para recapitular, el hombre, sus experiencias y sus acciones están moldeados por estados intencionales, tal como los DPP, los que a su vez ya llevan implícita una noción de sujeto. El Estado y las DPP proveen y participan en la configuración de los sistemas de relación, y de gran parte de ellos, o sea que también participan de las narraciones que los sujetos hacen de sí mismos.

Ligado a lo anterior y de fundamental importancia en la línea que se está tratando, se argumentará una síntesis a partir de la alianza entre las siguientes ideas:

1. La reciprocidad ha sido desde siempre parte de la constitución ontológica del hombre; el proceso de reciprocidad, en sus múltiples formas de negociación, se entreteje a lo largo del ciclo de vida, con la continua composición y recomposición de la identidad propia (Arciero, 2005).
2. La dimensión *sentido* compone un aspecto esencial en la definición de lo subjetivo, en la que el sentido no es tan solo emoción o significado, sino la expresión de una nueva síntesis que puede ser comprendida exclusivamente dentro del movimiento permanente de los significados y las emociones que definen el sentido subjetivo (González Rey, 2002).
3. Las identidades serían formadas en parte por lo que se piensa de uno mismo y en parte por sobre cómo se relata lo cotidiano de cada uno. Esta apreciación sobrepasa hoy, ya que se discute el concepto de identidad, es decir si existe la identidad o solo existe la subjetividad. Pero todo ello es también un discurso que tiende a imponer un determinado modelo de *ser* y de percibirse a sí mismos (Delgado Tornés, 2004).

se al discurso de la representación estatal de la vivienda popular en Venezuela: se centra en los discursos que las instituciones portan, como representaciones sociales que el Estado “tiene” en relación a la vivienda popular (Salcedo, J. 2004). Allí se analiza cómo el discurso de las políticas públicas, junto al conjunto de las instituciones propias del sector público de vivienda, serían dispositivos de poder que generan, producen y definen las representaciones simbólicas y cognitivas, “la subjetividad”, del gobierno nacional, y por extensión del Estado, en torno de la vivienda como objeto social construido. A partir de las instituciones y sus representaciones, según el autor, el Estado buscaría imponer y hacer dominante su modo de reproducción de la subjetividad (representaciones sociales) (Rodríguez 2001).

Extractando los términos expresados y en refuerzo de los argumentos que vienen exponiéndose, se puede decir que, con diferentes orientaciones, las DPPs que conllevan y reproducen en su ejecución una concepción de sujeto, lo hacen con una manifiesta intencionalidad e interactúan en un proceso de reciprocidad con los sujetos y de las narraciones que los sujetos tienen de sí mismos; están participando en la composición y recomposición *continua* de la identidad, de formas de subjetividad, cuando no identidad. En la reciprocidad y el movimiento que están comprometidos en la dimensión “sentido”, el sujeto se notifica sobre sí mismo y sobre el mundo.

Últimas impresiones

Para finalizar, no es indispensable pensar solo en situaciones tan contundentes como la del sida en África, la *pobreza* y los *pobres* y las mujeres refugiadas para rastrear la relación Estado/subjetividad en los términos establecidos: aun el trazado de las políticas de obra pública o de seguridad podrán aportar elementos para descubrir qué idea de sujeto subyace en una política y la imagen de sujeto con la que se establecerá un diálogo de sentidos.

La subjetividad y el desplazamiento pendular que va de aquella a la intersubjetividad están presentes tanto en el momento de la formulación de los DPP, en su forma de implementación, en la manera en que son recepcionadas y percibidas, impactando en las imágenes que cada sujeto tiene de sí mismo y de los demás. La política pública y las iniciativas que la componen producen una huella identificable en la cotidianidad de los sujetos, en sus planes de vida, en sus arreglos en la búsqueda de sentidos compartidos e individuales: en definitiva, una profusa gama de impactos en gran parte de los planos que componen la vida del sujeto: el mundo interior y el mundo social.

En el intento de identificar nociones propias de modelos y marcos de análisis a menudo no articulados, se ha realizado un sucinto recorrido apenas ilustrado en el que se descubren razonamientos solidarios entre sí para la comprensión del mundo de las experiencias personales con experiencias más abarcativas. Resulta oportuno recordar que las experiencias abarcativas referidas aquí fueron descriptas en su relevancia distintiva: son las políticas públicas, tan sintéticas como fueron definidas y tan complejas como se esbozaron, construyendo y dando sentido tanto al mundo como a uno mismo.

SEGUNDA PARTE
ÁMBITO DE APLICACIÓN

Para reflexionar sobre la salud humana y las formas adoptadas por Occidente para ocuparse de ella desde el Renacimiento hasta nuestros días se pueden seguir cuatro caminos: a) revisar la producción escrita cuyo objetivo ha sido brindar teorías y técnicas a quienes autorizadamente se han hecho y se hacen cargo de esta tarea; b) indagar los conocimientos y destrezas técnicas en las que las universidades han formado a los profesionales que han convergido y convergen en el campo de la atención de la salud humana; c) observar los contenidos de la actividad que cotidianamente se llevan a cabo en las instituciones donde se planifica y se controla el quehacer de los servicios de salud públicos y privados, así como también las instancias de la práctica liberal de las profesiones; d) observar la actividad cotidiana que desarrollan los profesionales y técnicos en estos servicios e instancias. Antes de señalar qué se halla en el trayecto y en el final de estos caminos, es necesario destacar que a esa producción escrita se la denomina genéricamente “bibliografía sobre salud”, los estudios universitarios se agrupan en la categoría de “carreras de ciencias de la salud”, los profesionales se

1. Con respecto a lo que se desarrolla en este capítulo, es necesario hacer una advertencia: salvo condiciones muy especiales, estos planteos no pueden formularse para el ámbito de todo un país, en el ámbito de un gobierno nacional, ni estadual o provincial. Dada la situación de los países de nuestra región, consideramos que esta propuesta es viable en los ámbitos de los gobiernos locales (municipios, intendencias, prefecturías) o directamente a través de programas cuyos escenarios de ejecución sean comunidades.

denominan “profesionales de la salud” y las instituciones que se ocupan de planificar y controlar las actividades de estos profesionales se llaman “ministerios de salud”, “secretarías de salud”, “organizaciones de salud”.

Ahora bien, si se transitan los cuatro caminos, desde la actualidad hacia atrás, hasta el Renacimiento, o desde el Renacimiento hasta nuestros días, se encuentra, tal como fue señalado en los capítulos 1 y 2, solo enfermedad. Los conocimientos aplicables, las destrezas, las técnicas, los instrumentos, los presupuestos, los sistemas de control, absolutamente todo implica solo enfermedad. Este eufemismo universalizado resulta, por un lado, un obstáculo, en tanto oculta un vacío y disfraza funciones institucionalizadas y por otro lado, es un elemento positivo puesto que las irracionalidades flagrantes suelen ser útiles para poner en marcha procesos de desnaturalización y de disonancia cognitiva dándole relieve a la incoherencia implicada en las expresiones cotidianas del lenguaje escrito y hablado, los símbolos, las representaciones sociales, las denominaciones institucionales y una serie extensa de manifestaciones referidas a la enfermedad que son denominadas no enfermedad, o sea salud.

Tal vez, la total ausencia de una teoría de la salud y una sobreaundancia de teorías de la enfermedad han permitido este eufemismo cuya adjetivación permite categorizar como perteneciente a la salud aquello que solo pertenece al campo de la enfermedad (profesiones, instituciones, sistemas, etcétera).

También es factible que esta situación haya afectado negativamente a los médicos y psicólogos que, sin haber abandonado sus raíces éticas y su formación humanista, resisten profundamente la deshumanización que conlleva el conocimiento científico y la asistencia profesional al servicio de la racionalidad del mercado.

El kilómetro cero de los caminos debe ubicarse en el Renacimiento, dado que en ese período histórico se produjeron cambios culturales generalizados que se hicieron más profundos en ciertas áreas del conocimiento como la astronomía y la medicina. Si se retrocede desde la Edad Media hacia la antigüedad grecorromana y se llega a Alcmeón, Tales de Mileto, Hipócrates, Heródico de Selimbria, Praxágoras, Serófilo, Erasístrato, Celso, Dioscórides y Galeno (más de siete siglos de desarrollo de la medicina), se observa que el centro es la higiene, o sea la salud. Inclusive, la mirada higienista tuvo la suficiente fuerza cultural, no así científica, para

proyectarse hasta bien avanzado el siglo XX; no hay más que observar los programas de estudio de las facultades de medicina para encontrar una materia de grado denominada *Higiene*, así, en solitario, o acompañada por *Salud pública* o *Medicina social*. Gradualmente, esta denominación fue desapareciendo de los currículos de esta carrera (de modo acompasado y en la misma medida en que, tal como fue descrito en los capítulos 1 y 2, el complejo industrial-profesional fue desarrollando el mercado de la enfermedad). Sin embargo, la asignatura pasó a llamarse solo *Salud pública* (excepcionalmente *Medicina social*), pero resulta que el cambio de nombre implicó también el cambio de contenido, una salud pública anacrónica y puramente retórica; en muchos casos se modificó aquel antes que la denominación. La etimología del vocablo *higiene* muestra que la preocupación y el esfuerzo estaban puestos en lograr que la gente sana siguiera estando sana; modernamente se diría que el empeño se focalizaba en la promoción de la salud y la prevención primaria; la supresión de la higiene implicó ocuparse centralmente de la prevención secundaria, la terciaria siempre fue dejada a un lado.

Cuando las cátedras de higiene fueron reemplazadas por las de salud pública, al igual que cuando se institucionalizó la salud pública como un campo disciplinar y como una actividad específica, en realidad trataron de la *enfermedad pública* (tal como se la definió en el capítulo 2) al punto tal de que es opinión generalizada, entre los especialistas de este campo, que la salud pública es ocuparse de la enfermedad. Los respectivos planes de estudio de posgrado son clara muestra de esta afirmación.

Ahora bien, resulta muy significativo el concepto de *enfermedad pública*, dado que abre un campo que debe ser investigado desde la perspectiva epidemiológica y psicosociosanitaria. Si bien la *salud pública oficial* se ocupa de las enfermedades por las cuales las poblaciones demandan atención, no se ocupa en lo más mínimo de las prescripciones indebidas de estudios o de tratamientos (que en todos los casos son tóxicos o radiantes y/o generan otras injurias), ni de los múltiples factores que inciden en mantener tasas de morbilidad muy superiores a las que se darían si el mercado de la enfermedad no estuviera presente y en funcionamiento, dominando todo el campo de la salud (pública, privada y de la seguridad social).

De hallarse comprometida seriamente con el bienestar de la población, otra fuente de enfermedad pública que la *salud pública*

oficial debería estudiar son todos aquellos riesgos para la salud que se asocian con una inadecuada regulación social, así como la acción deletérea de los medios masivos de comunicación que instalan comportamientos y estilos de vida patogenizantes (véase, a modo de ejemplo, el accionar del *marketing* de alimentos dirigidos a los niños en el capítulo 8), la puesta en el mercado de infinidad de tecnologías sumamente perjudiciales para la salud humana, o bien el insuficiente control bromatológico de los alimentos que llegan a la mesa de los hogares. Este listado podría extenderse en forma significativa y todo lo involucrado implica a distintos sectores del mundo de los negocios, la producción y los gobiernos, más fieles al interés corporativo que a la protección del ciudadano o, eventualmente, del consumidor. Por supuesto, estas instancias no implican a la salud pública pero la obligan moralmente a investigar y denunciar de manera pública los hallazgos, para informar así a la población a fin de que tenga la libertad de exigir protección para su salud y decidir con más libertad a qué político votan y, una vez en funciones, qué recriminarle, cómo presionarlo y en qué controlarlo.

Diversas ciencias han efectuado los aportes de conocimiento suficientes para llegar a la situación actual en la que, por un lado, se visualiza con claridad lo afirmado en los párrafos anteriores en cuanto a las responsabilidades incumplidas por la *salud pública oficial* y, por otro, se hace evidente la total carencia de teorías de la salud a pesar de los múltiples reclamos de prestigiosos tratadistas como John Ryle (1948), quien, al referirse a los estudiantes de medicina, decía:

Ojalá que sus preguntas diarias cambien de “¿cuál es el tratamiento?” a “cuáles son las causas?”, y “si es evitable, entonces ¿por qué no ha sido evitada?” [...]. El estudio de las causas finales de la enfermedad –las causas procatárticas, sin las cuales los factores específicos jamás pueden encontrar su oportunidad– va junto con el estudio de las causas de la salud y todavía tenemos mucho que aprender sobre el sentido y la medición de la salud. Cuando la patología social y la higilogía encuentren su plena justificación, podremos asistir a una reparación –pero esta vez con autoridad científica más completa para guiar a la población y a sus profesores y gobernantes– de aquel antiguo orgullo en la salud como objetivo central, el cual ha estado en gran parte en suspenso desde los días de la antigua civilización griega (John Ryle, 1948).

Esto se acompasa con los señalamientos de Milton Terris (1982) sobre la necesidad de contar con estudios de *epidemiología positiva*,

que necesariamente llevarían al desarrollo de la reclamada teoría de la salud.

También remite a lo señalado por George Rosen (1985) en relación con las concepciones y las propuestas de esos jóvenes grandes médicos de mediados del siglo XIX –como Rudolf Virchow, a cuyo pensamiento nos hemos referido en el capítulo 1, Rudolf Leubuscher y Salomon Neumann, entre otros– en cuanto a lo que Virchow resumió con su famosa frase (también transcrita por Rosen en esta obra) “la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala”:

De las discusiones de los contemporáneos queda claro, sin embargo, que los que planteaban esta idea no estaban soñando con un mundo imaginario de la medicina sino que la utilizaban más bien como una formulación apropiada con la cual resumían principios fundamentales. El primero de ellos es que la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros. [...] El segundo principio contenido en la idea de la medicina como una ciencia social es que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica. [...] Si la sociedad [o sea el Estado] tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros, y si se reconoce que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, entonces es lógico que se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas. Este es el tercer principio implícito en la idea de la medicina como ciencia social...

Solo una especialidad médica, que posee condiciones tan particulares que la han llevado a ser la menos mercantilizada y el reservorio más completo del saber médico, la pediatría, posee una prototeoría de la salud: la puericultura, el *arte* de mantener sano al niño sano (el arte, no la ciencia). No es el caso (además sería engorroso) de intentar encontrar una explicación a esta situación, pero tal vez resulte sugerente reflexionar sobre dos condiciones que marcan en su esencia al pediatra: a) es el único profesional de la salud cuyo paciente principal, el que le otorga su identidad, no habla, razón por la cual se le hace tan insoslayable la diferencia de poder y esta es tan contrastante que, salvo profundas anomalías del médico, termina por generarle un respeto extremo; además, necesita hacer intervenir a un intermediario (madre, padre o adulto responsable)

cada vez que decide efectuar una recomendación o ensayar una intervención sobre su persona; b) es de suponer que no puede darse en el Occidente moderno una situación de mayor exigencia moral e integridad profesional que ver sufrir a un bebé o a niños.

La enorme distorsión a la que ha sido llevado el campo de la atención de la salud centrado excluyentemente en la enfermedad como instancia de lucro ha influido en la génesis de la visualización de la salud como algo diferenciado de la enfermedad, no como una categoría vacía que solo se constituye por el hecho de que la enfermedad está ausente. Esta situación ha promovido que algunos autores postulen que la enfermedad y la salud no constituyen en forma absoluta un continuo sino que son dos fenómenos que deben ser tomados en cuenta desde perspectivas diferentes que, a su vez, exigen enfoques y trabajos relativamente independientes. Por caminos indirectos, a estas ideas aportan autores como André-Pierre Contandriopoulos (2000) y su diferenciación entre ciencias de la vida y ciencias humanas, muy discutible por cierto, pero interesante como disparador de reflexiones al respecto.

También es factible que solo la presión de quienes usufructúan el mercado de la enfermedad obligue a desvincular la enfermedad de la salud y a borrar los conceptos que, con variantes, se fueron configurando alrededor de la idea de que el proceso de salud implicaba un continuo, con ambos emergentes en los extremos, y una casi infinita sucesión de puntos con una zona intermedia de deslinde (más o menos amplia y fluctuante, dependiente de circunstancias y escenarios, momentos históricos, culturas, circunstancias personales de quien decide dónde se ubica determinado caso).

Estas reflexiones llevan a plantear la necesidad de desarrollar programas y sistemas *integrales de gerenciamiento y gestión de salud positiva*. En tal sentido, el surgimiento del modelo de *salud comunitaria* en los comienzos del siglo actual en Indoafroiberioamérica, descrito en el capítulo 2, como una nueva forma de hacer salud pública, brinda una excelente oportunidad para llevarlo a cabo.

A tal fin, es conveniente comenzar por algunas reflexiones que conectan la ética, la política y, por qué no, ciertas apelaciones al buen sentido o sensatez. Estas cuestiones resultan las premisas fundamentales del planteo de la *gestión de salud positiva*. Al respecto surgen cuatro premisas fundamentales y tres preguntas básicas; las premisas son:

- En la democracia, el poder es del pueblo.
- La ética obliga a usar con eficiencia los dineros públicos.
- La ética también obliga a respetar los derechos humanos y su jerarquía.
- La ciencia muestra que gran parte de la salud humana depende de la subjetividad y el comportamiento (sistemas valorativo-actitudinales, hábitos, representaciones sociales, estilos de vida, autoestima, autodeterminación, etcétera).

Estas premisas, así formuladas, llevan al esbozo de las tres preguntas básicas, cuyas respuestas intentaremos ir construyendo en el presente capítulo:

- ¿Cuál deberá ser la orientación del quehacer, éticamente orientado, en el campo de la salud comunitaria?
- La salud comunitaria ¿debe orientarse hacia la gestión de salud positiva, o sea aportar a que la gente sana permanezca sana, pudiéndose así atender con mayores recursos a los que inevitablemente enferman o, por el contrario, ocuparse de la gente solo cuando ya está enferma?
- ¿El derecho a no enfermar no está jerárquicamente antes que el derecho a ser curado una vez enfermo?

En función de la concepción de salud que encierran estos interrogantes, centrada a su vez en la perspectiva de los derechos humanos, se desarrolla a continuación una propuesta de programa intracomunitario de gestión de salud positiva, que presenta como punto de partida un objetivo específico: *Mejorar las condiciones de salud de la población gastando menos dinero*. El único propósito de *gastar menos* es poder atender más humanamente y con mayor eficacia la enfermedad inevitable, cuya atención es menoscabada siempre por el hecho de que se desvían recursos de todo tipo para la atención de enfermedad totalmente evitable si se gestionara la salud positiva.

Planteado el objetivo, resta analizar cuáles serían los caminos básicos para alcanzarlo, o lo que es esencial tener en cuenta para el desenvolvimiento de un programa de esta naturaleza. Al respecto se plantean cuatro cuestiones nucleares:

- Colaborar en el fortalecimiento de los recursos que la comunidad ya utiliza.

- Ayudar a poner en acción recursos que la comunidad aún no ha usado.
- Colaborar con el Estado para lograr una mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la salud.
- Ayudar a que la población use más eficaz y eficientemente, en beneficio propio, los recursos que el Estado pone a su disposición.

La primera y la segunda de estas cuestiones exigen acercarse a la comunidad abandonando el concepto y la posición de actuar ante *población en riesgo*, rasgo del paradigma centrado en la enfermedad. Una breve digresión: el concepto de riesgo, elaborado en el ámbito de la epidemiología es de gran importancia y de significativa utilidad; no obstante los intereses del mercado de la enfermedad lo han degradado a través del uso que le dan, el cual, sobre todo en el ámbito de lo público, se emplea para generar una fuga hacia delante en busca de desresponsabilizarse y/o favorecer objetivos lucrativos. Por ejemplo, a una población afectada por pobreza estructural se la define como población de riesgo y se pone así en marcha una serie de acciones para prevenir ese futuro daño sin hacer nada por la situación actual y, lo más negativo de todo, prescindiendo del potencial de salud que todo ser humano y conglomerado social presenta, cualquiera que sea su situación. Activar ese potencial puede contribuir a resolver los problemas actuales o ponerse en el camino eficaz para evitarlos. En síntesis, dado que todo riesgo implica un daño ya presente, el actuar orientados por el enfoque de riesgo, no favorece la resolución del daño actual ni, en general, se evita el perjuicio que se pretendía o se decía pretender evitar.

La tercera cuestión, la de colaborar con el Estado para lograr una mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la salud, supone trabajar, con la anuencia de la jurisdicción gubernamental correspondiente, en el mejoramiento de la relación entre el componente formal (el personal de las instituciones de salud) y el informal (los usuarios del sistema) del primer nivel de atención del sistema público de servicios de salud. Entre ambos componentes se establece un espacio intersubjetivo virtual (Saforcada, 1999b) en el que se procesan las reacciones afectivo-emocionales coyunturales (producto de la interacción circunstancial entre la subjetividad de los pobladores y la subjetividad del personal), que luego retroalimentan las subjetividades estables y las

representaciones sociales que regulan los comportamientos posteriores. Cuando las reacciones afectivo-emocionales circunstanciales son negativas, se establece una barrera psicosociocultural creciente que explica gran parte de la ineficacia e ineficiencia de la inversión en salud (recursos humanos, económicos, edilicios, etcétera). Por otra parte, esta barrera tiene consecuencias muy negativas para la salud de la población, ya que desalienta la demanda y la canaliza por vías engañosas que pueden agravar cuadros reales de enfermedad haciendo perder tiempo para intervenciones oportunas y/o generar comorbilidad por procedimientos dañosos y para la salud del personal del componente formal.

La cuarta cuestión se refiere a los cambios en las representaciones sociales y las concepciones de salud en la población, para que pueda visualizar los riesgos que implica decidir por sí misma la concurrencia directa al segundo nivel de complejidad, lo cual implica entrar en una dinámica institucional en la cual por inercia se solicitan generalmente muchos más estudios que los necesarios; por tal motivo se incrementa el riesgo de infecciones hospitalarias, de ser irradiado innecesariamente, de someterse a situaciones de estrés, etcétera. De allí que resulte sumamente positivo lograr que la población adopte como equipo de salud de cabecera al del primer nivel de atención y de ese modo evitar los riesgos señalados y que su historia clínica, su persona, su familia y sus problemas sean ya conocidos cada vez que necesita atención.

Indudablemente es responsabilidad del Estado y de los gobiernos lograr unidades de atención en el primer nivel, donde el personal trabaje en equipo y sus integrantes sean responsables en el cumplimiento de sus horarios de trabajo, de sus obligaciones profesionales y técnicas junto a un adecuado desarrollo de trato humano y respetuoso para con la población usuaria. El logro de estas condiciones está implícito en la tercera cuestión desarrollada.

Se comprenderá, por lo tanto, que estas cuatro cuestiones implican una dinámica sistémica que se retroalimenta y avanza progresivamente hacia instancias positivas de superación y mejoramiento de los servicios; asimismo, cuando las cosas ocurren en sentido adverso, se da una retroalimentación negativa que configura una espiral creciente de desmoralización, estrés y *burn-out* junto a procesos crecientes de anomia por parte del personal y una creciente negativización de los indicadores de salud de la población.

Finalmente, en la gestión de salud positiva, lo más conveniente

es que los programas se lleven adelante de modo tal que su desarrollo cotidiano implique una estrategia de acción que involucre al gobierno local con sus vecinos, o sea una tarea participativa integral de la población.

Este tipo de programas de gestión parte de la base de que es necesario concertar lo más posible las racionalidades puestas en juego en todo trabajo comunitario: la de la comunidad, la del gobierno en su función política, la del gobierno en su función administrativa y la de los profesionales y técnicos que ejecutan el programa (véase la noción de *racionalidades concurrentes* en el capítulo 6). Por tal motivo, salvo inconvenientes insalvables, todo proyecto o programa de gestión de salud positiva debe incluir al gobierno local del área de la comunidad. La mínima implicación será que quienes lleven adelante el programa informen verbalmente y con entrega de material impreso a las autoridades pertinentes de ese gobierno sobre las características, lapsos de ejecución y finalidades de las acciones programadas, para tratar de dejar establecida una línea de comunicación que permita elevar evaluaciones periódicas de las actividades desplegadas.

Al respecto es pertinente recordar que todo proyecto comunitario exige un equipo profesional específicamente entrenado para trabajar con comunidades, y los dos primeros pasos que debe dar en la ejecución de un proyecto son: a) el proceso de inmersión; b) el estudio de factibilidad social.

La cuestión de la factibilidad psicosocial es un tema delicado y en más de una ocasión, por no tenerlo en cuenta, ha llevado al fracaso de equipos y programas de excelencia.

En apretadísima síntesis, la evaluación de factibilidad psicosocial implica la exhaustiva visualización de los factores de poder que forman parte tanto del ámbito comunitario (organizaciones vecinales, ministros de religiones asentados en la comunidad, líderes o dirigentes políticos locales, instituciones tales como escuelas o radios FM barriales, etcétera) como externos a este ámbito pero con incidencia en su dinámica en forma directa o indirecta (el gobierno local y sus componentes, directivos de mayor jerarquía de credos religiosos, partidos políticos, instituciones externas a la comunidad pero cuya *clientela* es residente en ella, etcétera). En virtud de que estos factores de poder se hallan a menudo en condiciones para influir en el comportamiento de la comunidad y reaccionar positiva o negativamente ante las propuestas del programa,

debe tratar de identificarse cuáles son sus actitudes y opiniones con respecto al proyecto o programa que se busca implementar para lograr que adopten posiciones favorables y, de esta manera, reforzar o estrechar vínculos con las mismas.

Cuestiones operativas

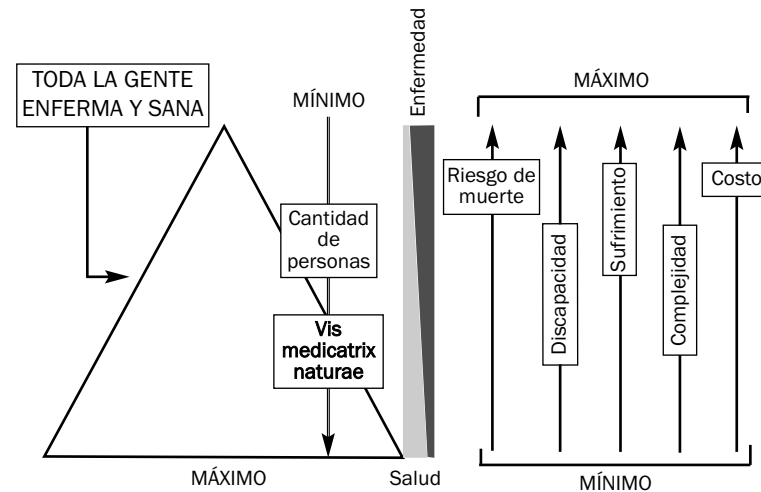
Con la finalidad de marcar algunas pautas prácticas para desarrollar en terreno programas de gestión de salud positiva, se despliegan a continuación cinco ideas o recursos técnicos básicos que se tratan de transmitir mediante frases aforísticas que faciliten su aprehensión. Primero se los enumera y luego se explica en qué consiste cada uno:

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

No olvidar nunca el triángulo inteligente de la salud

A continuación se inserta un diagrama (figura 1) en que se representa un conjunto de cuestiones centrales para reflexionar y tomar decisiones en relación con el proceso de salud y su atención.

Figura 1. No olvidemos el triángulo inteligente de la salud



A partir de una figura geométrica se puede representar estadísticamente a toda una comunidad; por ejemplo, un triángulo puede expresar al 100 % de una población. Con fines ilustrativos se podría tomar a toda la población de la ciudad de Córdoba, en la Argentina, que tiene alrededor de 1.400.000 habitantes o la población de la localidad de Isidro Casanova, partido de La Matanza (provincia de Buenos Aires, Argentina), de aproximadamente 27.000 personas. La superficie del triángulo puede representar a cada una de estas poblaciones, sanos y enfermos.

El concepto de *persona sana* es muy difuso y todas las perspectivas desde las que se lo intenta definir o precisar apelan a indicadores de muy poca fiabilidad, lo que, por un lado, refuerza la vieja idea de que sano es el que no padece ninguna enfermedad visualizable o diagnosticable (por los profesionales, *con o sin base científica*) y, por otro, hace flagrante el desconocimiento científico sobre lo que es la salud y la ausencia de la higiología reclamada por parte de figuras como Ryle y Terris u otros tratadistas que, por caminos un poco más indirectos, pero también más contundentes, hacen evidente esta necesidad de generar una teoría de la salud y promover su aplicación. Ejemplos de esta última posición son la obra de de R. G. Evans, M. L. Barer y T. R. Marmor *¿Por qué alguna gente está sana*

y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones (1996) o la compilación editada por la Organización Panamericana de la Salud titulada *Promoción de la salud. Una antología* (1996).

También, para caracterizar de algún modo a la población sana, se puede apelar a un enfoque práctico que, además, es finalmente el que guía a los administradores gubernamentales del área de la salud en sus tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal): población sana es la que no concurre a ninguno de los subsistemas de servicios de salud (público, privado, de la seguridad social). En estudios como los de Kerr White (1961) y Green y col. (2001) se reportan promedios mensuales calculados a partir del comportamiento de 1000 personas (en el primer estudio de 16 años y más, en el segundo de todas las edades) que muestran que entre el 75% y el 78% de las personas no concurre a ningún servicio de salud o consultorio. Estos porcentajes están integrados por una proporción de personas, que oscila entre el 25% y el 20%, que durante el lapso de observación no tuvo ningún malestar y otra proporción, que varía entre el 50% y el 58%, que sí tuvo algún malestar o síntoma, inclusive un 11% (en el segundo porcentaje) que los malestares que sintió lo llevaron a pensar que necesitaba ir a un médico pero no lo hizo. Estos valores llevan a reflexionar sobre aquello que la medicina grecorromana denominaba la *vis medicatrix naturae*, el poder sanador de la naturaleza.

Todos los sistemas de salud se apoyan significativamente en esta *vis medicatrix naturae*, dado que entre el 60% y el 70% de las personas presenta problemas de salud que se resuelven sin la intervención profesional, tal como lo señala el salubrista mexicano Guillermo Fajardo Ortiz (1983). Este proceso, determinado por el poder curador de la naturaleza, es frecuentemente obstaculizado por supuestas acciones (chequeos, programas o proyectos de detección y resolución de problemas, etcétera) que hacen evidente la demanda potencial de servicios que los operadores del mercado de la enfermedad transforman, rápida e instintivamente, en acciones de mercado, sin ninguna consideración sobre el mencionado proceso natural. La masa poblacional que presenta este tipo de malestar es presionada por medio de diversas estrategias de persuasión propias del libre mercado (la publicidad gráfica o audiovisual, los suplementos de salud de la prensa impresa, internet, etcétera) y los administradores de la salud pública y de la seguridad social omiten u obstaculizan el trabajo que podría realizarse para su adecuada

detección. Por un lado, sería importante que se investigara qué ocurre cuando este proceso sanador natural es alterado por intervenciones artificiales propias de los profesionales formados y orientados solo hacia la enfermedad y, por otro, cómo se podría aprovechar este proceso natural sin poner en riesgo de agravamiento o cronicidad a quienes están siendo objeto del mismo.

Continuamos con el análisis de la figura 1: al observar la representación triangular de la totalidad de una población, sanos y enfermos, observamos que en el vértice superior la superficie es mucho menor que en la base de la misma, o sea, en el vértice hay muchas menos personas que en la base; el mínimo está en el vértice y el máximo está en la base.

Ahora, si a este triángulo se le acopla el continuo de salud/enfermedad, tal como lo plantea Terris, y se lo posiciona en relación con la representación geométrica de la población según lo indican la práctica, el sentido común y toda la información epidemiológica de que se dispone para poblaciones en situaciones de vida no excepcionales (guerras, epidemias, etcétera), se hará evidente que la mayor parte de la población (la base del triángulo) está sana y que la enfermedad incrementa su preponderancia hacia el vértice superior (la menor cantidad de población). De la base hacia el vértice avanza tanto en términos de cantidad de enfermos (que no es lo que representa el continuo pero sí el triángulo) como en el *quantum* de enfermedad en los que están enfermos (malestar, disminución del rendimiento, impedimentos, etcétera).

Si se toman en cuenta las siguientes subdimensiones de la enfermedad: a) riesgo de muerte; b) discapacidad; c) sufrimiento del paciente; d) complejidad del problema y su solución; e) costo, y luego se las transforma gráficamente en vectores que se extiendan de un mínimo a un máximo y se los coloca en relación con la representación triangular, tal como se ha efectuado en la figura 1, se podrá observar que el extremo correspondiente al mínimo de estos vectores estará ubicado en la base del triángulo y el máximo en el vértice superior. Esto es evidente para los cinco vectores o subdimensiones.

Pasando a una elemental reflexión final y partiendo del hecho de que, salvo excepciones, el grueso de las personas que se encuentran en la parte superior del triángulo estuvo antes en la base porque eran personas sanas y que la condición negativa que en el momento actual los ubica en la parte superior o en el vértice mismo

de esta representación gráfica implicó un camino que se inició en condiciones de salud, pasando luego por estadios prodrómicos de la enfermedad, con sus alarmas habituales (insomnio, ansiedad, malestares corporales, manifestaciones cardíacas disfuncionales, etcétera), para luego llegar a evidenciar daños incipientes que, por agravamiento progresivo, llevan a la situación en que estos cinco vectores se manifiestan en el extremo superior o de máximo, se llega a la evidencia de que lo inteligente y ético es actuar lo más cerca de la base del triángulo, o en la base misma, y no esperar a que las personas asciendan para recién ocuparse de sus enfermedades cuando el daño ya está avanzado. Tampoco es inteligente ni ético esperar a que la enfermedad se manifieste en sus estadios leves.

Lo inteligente y ético es trabajar con la gente sana para que continúe estando sana, estrategia que disminuiría el monto de enfermedad atendida que, si nos atenemos a los estudios citados y a otras estimaciones, disminuiría en al menos un tercio, sobre todo en hospitales. Permitiría a la vez que en estos lugares se trabaje mejor y con menor estrés en su personal; todo lo cual disminuiría la iatrogenia negativa, sacaría personas de la situación de sobremedicación y sobreprestación llevando a sumar alrededor de un 10% a la disminución de enfermedad a ser atendida.

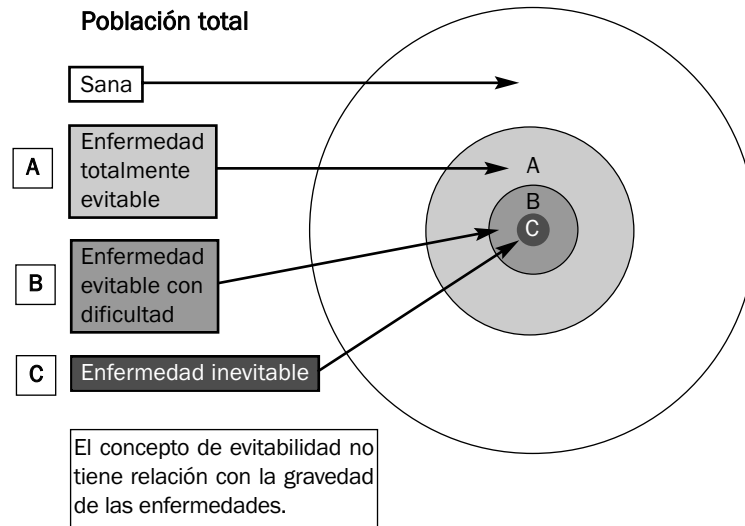
Por supuesto que, para la reproducción del actual modelo que incentiva el mercado de la enfermedad, lo más importante y racional es esperar en el vértice superior del triángulo a que llegue la mayor cantidad de personas posible, y así aumentar proporcionalmente sus clientelas. Asimismo, es para atender al segmento de la población enferma que llega a estos niveles que se forma a los profesionales de la salud –o, bien dicho, de la enfermedad–. Esto lo señaló claramente Kerr White, durante las décadas de 1960 y 1970, en múltiples trabajos sobre la formación médica; pero sus observaciones fueron y son válidas para todas las profesiones que actualmente desarrollan sus actividades en función de la enfermedad.

Usar el blanco al revés

Si se pasa a otra forma geométrica para representar la totalidad de una población, tomando como figura básica la circunferencia y las coronas circulares (figura 2), tendríamos en la corona más exter-

na y más ancha (por lo tanto la de mayor superficie) a las personas sanas y en las dos coronas siguientes y el círculo central a las personas enfermas (A+B+C).

Figura 2. Usar el blanco al revés (I)



Ahora bien, este conjunto se subdivide en tres subconjuntos: A) las personas que padecen enfermedades o daños a su salud totalmente evitables con los medios con los que hoy se cuenta (conocimientos, recursos humanos, tecnológicos, edificios, etcétera); B) personas que padecen enfermedades o daños evitables pero con cierta dificultad (desarrollar conocimientos adecuados en la población, lograr visualización del riesgo, desaprender hábitos adquiridos tempranamente, etcétera); y C) personas que padecen enfermedades o daños inevitables.

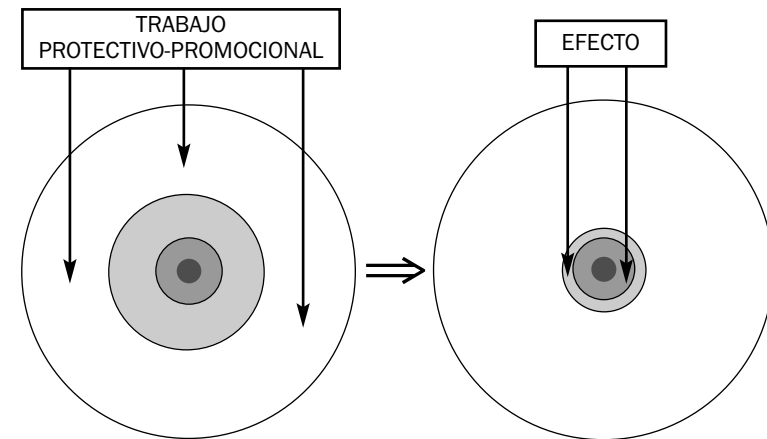
Es fundamental tener en cuenta que *evitabilidad no se relaciona en absoluto con gravedad*.

En la corona A puede estar presente un resfrío al igual que la muerte de un niño en su hogar por electrocución, debida a que sus padres no habían instalado un disyuntor diferencial o las condiciones de la red eléctrica del hogar no eran totalmente seguras para los

niños pequeños. De igual modo, la superficie de la enfermedad inevitable puede implicar una persona con gripe o con una dolencia seriamente invalidante y crónica, o una enfermedad terminal.

Si en una comunidad se interrumpiera totalmente la atención de la enfermedad y solo se trabajara en acciones protectivo-promocionales en la población sana (figura 3) de un modo planificado, al cabo de un tiempo relativamente breve (medido en términos solo de meses) podría verse que las coronas A y B disminuyen su superficie.

Figura 3. Usar el blanco al revés (II)



Este achicamiento sería gradual y podría llegar a la desaparición de la corona A y a una disminución muy significativa de la B. Con el tiempo (medido en años), la corona B podría desaparecer.

Si es tan simple, ¿por qué no se lo hace? Una cuestión muy significativa para la respuesta a la pregunta de Perogrullo es que este tipo de acciones de protección y promoción tienen bajísimo costo dado que descansa fundamentalmente en el apropiado uso del lenguaje, la generación de relaciones positivas y en la adopción de conductas a partir de eficaces estrategias de comunicación. Este tipo de programas o de acciones no implica el uso de drogas, ni aparatos, ni tecnologías artificiales. Tampoco requiere de recursos humanos

con altísimo grado de especialización profesional, que deben estar sí representados en el equipo de planificación pero no necesariamente en el de ejecución. Esos integrantes pueden ser miembros de la comunidad debidamente capacitados como agentes primarios de protección y promoción de la salud (para un ejemplo del papel de estos agentes primarios en un programa de salud comunitario, véase el capítulo 10).

Las acciones de protección y promoción de la salud son de tal modo inespecíficas que, tal como se ha demostrado con intervenciones de política pública, mediante adecuados programas de educación formal inicial (jardín maternal, escuela primaria), han logrado que la superficie de las coronas A y B se reduzcan muy marcadamente. Esto queda demostrado, además, por los estudios transversales que correlacionan nivel de escolaridad y condiciones de salud de una población. Más aún, para un mejoramiento marcado de las condiciones de salud de una comunidad, basta con aumentar la escolaridad de las niñas, que serán a la vez futuras madres.

Anticipemos entonces una posible respuesta a la pregunta de Perogrullo, que para nosotros se constituye en una hipótesis de trabajo: esto no se hace porque es totalmente disfuncional al mercado de la enfermedad y no genera lucro para los que usufructúan este mercado. Pero, como, al mismo tiempo, estos programas reducen el monto de enfermedad en la población, se activa el complejo industrial-profesional del mercado de la enfermedad que, ante el surgimiento de estrategias que apuntan a establecer este tipo de orientación en el campo de la salud (cambio de planes en facultades de medicina, programas intracomunitarios de envergadura, etcétera), ponen en acción sus *lobbies* para impedirlos.

Ejemplo de ello fue lo ocurrido en Chile tanto con respecto al cambio de planes de estudio en la Regional Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile como con el Programa Intracomunitario de Salud Mental, instaurado desde esta Facultad por el doctor Juan Marconi Tassara. Ambas innovaciones fueron suprimidas tras el golpe militar de 1973 y nunca más se volvieron a activar. Pero ya durante su funcionamiento, desde 1968 hasta 1973, fueron duramente criticadas dentro de la universidad por los integrantes de la Regional Norte de la Facultad de Medicina, el Colegio Médico y otras instancias de estos poderes.

Otro aspecto a destacar sobre la protección y promoción de la salud: si bien se trata de un campo totalmente multidisciplinar, las

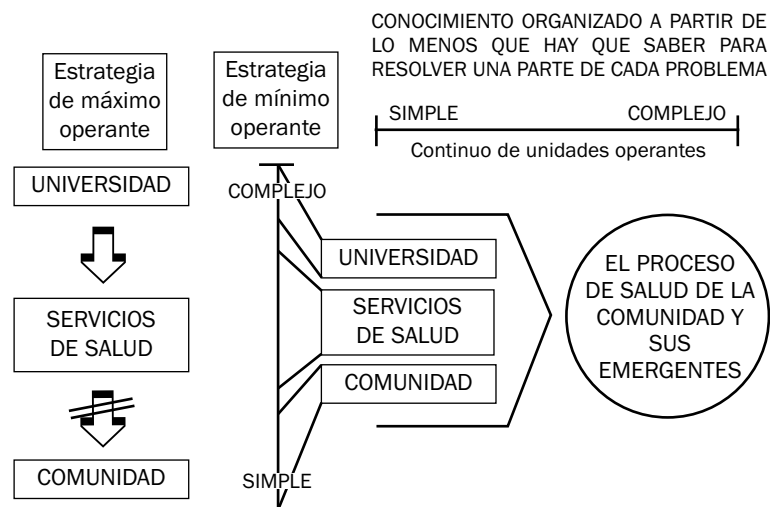
disciplinas esenciales para este tipo de acciones son las ciencias sociales, fundamentalmente la antropología y la psicología (tal como se desarrollará ampliamente en el capítulo 8). También tiene un destacado relieve la ecología humana que, desgraciada e incomprensiblemente, tiene muy poco desarrollo y, en parte, este poco ha sido colonizado en forma excluyente por la sociología, lo cual la ha esterilizado casi hasta hacerla totalmente ineficaz por perder su objeto: la mente, la subjetividad y el comportamiento de los seres humanos. La ecología humana con un sesgo marcadamente sociológico gira alrededor del ser humano sin mirarlo y sin tocarlo: de ahí su ineficacia.

Usar siempre el conocimiento más simple

Las universidades forman a los profesionales y técnicos para desempeñarse en *estrategias de máximo operante*, que responden a la pregunta: ¿Qué es *lo máximo* que debo saber para resolver *la totalidad* del problema? La *gestión de salud positiva* requiere de una estrategia ubicada en las antípodas: la de *mínimo operante*, que tiene como pregunta orientadora la siguiente: ¿Qué es *lo mínimo* que debo saber para resolver una parte del problema?

Las bases conceptuales, técnicas y operativas de esta ya antigua estrategia (aunque resulta novedosa por las exiguas aplicaciones que prodigó) fueron desarrolladas en Chile hace cerca de cuarenta años por Marconi, uno de los psiquiatras salubristas más destacados del mundo. En 1968 comienza a desarrollar esta estrategia aplicada a la formación intracomunitaria de los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y, desde la Regional Sur de esta Facultad (que había cambiado radicalmente el plan de estudios de grado de modo tal que efectivamente se formaban médicos sociales), desde 1968 y hasta 1973, año del cruento golpe de Estado de Pinochet y comienzo de la feroz dictadura, la aplica a gran escala en la población de La Victoria a través del Programa Intracomunitario de Salud Mental en alcoholismo, neurosis y retardo por privación sensorial, este último dirigido a niños. Cabe señalar que, en el módulo de alcoholismo, este programa logró la tasa de recuperación de alcohólicos enfermos, medida a cinco años plazo, más alta en el mundo: 65 por ciento.

Figura 4. Usar siempre el conocimiento más simple



Lo más aceptado y difundido en el campo de la salud es que las universidades capacitan a sus profesionales con el máximo del conocimiento científico, tecnológico y destrezas derivadas del saber científico-técnico. Más allá de que esto solo tenga parciales visos de realidad, es lo que se declara como objetivo de las mismas y lo que se genera en los graduados como autopercepción y puesta en escena en los espacios de la práctica profesional, independientemente de las incontestables evidencias en contrario que se manifiestan en la realidad en la que actúan.

La universidad no solo se desentiende de cómo sus graduados actúan en el ámbito público, sino que, además, forma predominantemente para las prácticas privadas, que son mucho más simples que las prácticas públicas. Esta aseveración se basa en el supuesto de que en el ámbito público se requiere una mirada integral que, sostenida en la definición universalmente aceptada de salud, obliga a una comprensión compleja de la realidad si se quiere ser eficaz y eficiente, tal como una ética elemental demanda cuando se opera y se utilizan recursos del campo de lo público.

En manos de los profesionales estos conocimientos y destrezas son transferidos a las unidades de los tres niveles de complejidad de los subsistemas público y de la seguridad social del sistema de ser-

vicios de salud y desde ahí son ofrecidos a la población, en función de una posición cuanto menos autocrática y reduccionista propia del *paradigma individual restrictivo* (Saforcada, 1999b), ya descrito en el capítulo 1.

Apoyados en esta posición autocrática y reduccionista, en un proceso de retroalimentación negativa, se menosprecian y rechazan todos los saberes sobre salud de las comunidades y se instala un verdadero sistema despectivo sobre los ciudadanos que llega frecuentemente, y en términos institucionales y de sistema, al maltrato cotidiano, todo lo cual construye una sólida barrera psicosociocultural progresivamente más alta y más ancha. Esta barrera explica, asimismo, un porcentaje muy elevado de la ineficacia e ineficiencia de la inversión total en salud que hace el país (presupuestos de salud de los gobiernos de las tres jurisdicciones –nacional, provincial y municipal– más los presupuestos universitarios de las facultades y escuelas donde se forman los profesionales y técnicos del área). Un ejemplo de cómo operan estas barreras psicosocioculturales se desarrolla en el capítulo 7.

Si admitimos que todas estas situaciones se plantean asociadas a la estrategia de *máximo operante*, veamos ahora cuáles serían las consecuencias de la estrategia opuesta, la de *mínimo operante*, que exige una serie de pasos para desarrollarla. El primero de ellos implica descomponer el conocimiento sobre el problema que se quiere afrontar en *unidades operantes*. Una unidad de este tipo es un conocimiento limitado pero suficiente para resolver una parte del problema. Por ejemplo, el conocimiento necesario para diferenciar entre un bebedor moderado, uno excesivo y un bebedor con dependencia física del alcohol, o sea un enfermo. Otro conocimiento operante es saber que la ingesta excesiva, mantenida durante un lapso que oscila entre ocho y quince años, lleva a la tercera parte de quienes tienen este hábito a hacer del alcoholismo una enfermedad, la cual es crónica y se hace evidente por las dos formas de dependencia física del alcohol: la incapacidad de abstenerse y la de detenerse. También son unidades operantes en alcoholismo conocer por qué y cómo se desencadena el síndrome de privación cuando el nivel de alcohol en sangre llega a ciertos valores, lo cual implica complejos procesos neuroquímicos en el sistema nervioso central.

Los emergentes más habituales del proceso de salud, positivos y negativos, se pueden descomponer en mínimos operantes. Es importante tener esto en cuenta, dado que permite usar esta estra-

tegia tanto en políticas, programas o proyectos de protección y promoción de la salud como de prevención primaria, secundaria o terciaria de la enfermedad.

Ahora, si bien es factible trabajar exhaustivamente en la descomposición del problema en sus unidades operantes, debe ponerse en esto un límite práctico, ya que se podría entrar en un camino casi infinito o bien que se detendría forzosamente en los límites del conocimiento científico del problema. A la sistemática pregunta “¿Por qué?”, efectuada con respecto a un mínimo operante, surgirá una respuesta que implicará otro “¿Por qué?”, y así se entraría en una sucesión no útil de unidades operantes o se frenaría en la respuesta “No sé” o “La ciencia no lo ha descubierto o explicado”.

El ámbito de la salud pública en cualquiera de sus manifestaciones prácticas (salud pública tradicional, salud colectiva o salud comunitaria) es eminentemente pragmático y su objetivo es solucionar los problemas de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad toda. Por lo tanto, el problema que se afronte debe ser descompuesto en todas las unidades operantes que resultan imprescindibles para resolverlo de un modo eficaz, eficiente y permanente.

Una vez que el problema ha sido descompuesto en las *unidades operantes imprescindibles* (UOI), estas deben ser puestas en un continuo que se extienda de lo más simple a lo más complejo. Este será el *continuo de UOI*.

Luego, se coloca a los tres componentes que deberían estar presentes y ser partícipes activos en todo programa de salud pública (universidad, servicios de salud, comunidad) ordenándolos de modo que la universidad esté seguida de los servicios de salud y luego la comunidad. Finalmente, el continuo debe ser rotado en 90° de modo que lo más complejo quede arriba y lo más simple abajo; lo cual señala en manos de quién deben ser puestas esas UOI. Las de mayor nivel de complejidad quedan dentro de los centros donde se desarrolla la investigación básica, las de complejidad intermedia en manos de los profesionales y técnicos que están en los servicios de salud y las UOI más simples en manos de la población.

En función de la construcción de estos conocimientos propios de las UOI más simples y el desarrollo de las técnicas y destrezas necesarias para ponerlas en práctica se convoca a los voluntarios que toda comunidad tiene para formarlos como agentes primarios de salud y aportar a la solución o atenuación del problema que se

quiera afrontar. Pueden ser problemas de nutrición (Saforcada, 2001b), de promoción del desarrollo neurocognitivo, de calidad de vida en la vejez, de desarrollo de buenas pautas de crianza, de atenuación de la violencia familiar, de lucha contra el vector del dengue y la fiebre amarilla, de lucha contra la tuberculosis o las parasitosis, etcétera.

Establecida así la estrategia de trabajo, se ve con facilidad que los problemas deben afrontarse mancomunadamente por la universidad, los profesionales y la comunidad, sin que se presenten fracturas o se levanten barreras esterilizantes del esfuerzo que debe ser compartido por todos los actores.

Pero tal vez el rédito socioeconómico más importante es que este tipo de estrategia y ejecución de las políticas, programas y proyectos genera capacidades institucionales para el desarrollo salubrista en las comunidades con las cuales se trabaja desde esta perspectiva.

A grandes rasgos, resulta claro el concepto de desarrollo económico de una sociedad o bien de una comunidad. Tal como lo define el *Diccionario de la Real Academia Española* es la “Evolución progresiva de una economía hacia mejores niveles de vida”.

En el ámbito de la salud, también es pertinente y muy importante hablar de *desarrollo salubrista* de una sociedad o de una comunidad. En este caso implicaría la evolución progresiva de los conocimientos, valores, creencias, hábitos y comportamientos de los integrantes de la sociedad o de una comunidad determinada hacia mejores niveles de salud.

Por ejemplo, se ha encontrado una asociación sistemática, en casi todos los estudios epidemiológicos, entre el nivel de educación de las madres y las condiciones de salud de los hijos y también del núcleo familiar, es decir: a mayor nivel de escolaridad, mejores condiciones de salud.

La escolarización de las madres es un aporte no específico al mejoramiento de las condiciones de salud de una comunidad, pero también se puede avanzar mucho más si esa construcción de conocimientos y destrezas generales para la vida (esto es lo implicado en el tránsito por la educación formal) se incrementa con conocimientos y destrezas específicamente vinculados con el proceso de salud humana.

Surge una pregunta importante: ¿por qué incide el nivel de escolaridad de las madres en las condiciones de salud de los hijos y

del núcleo familiar? En los hijos incide porque su cuidado depende directamente de ella cuando son muy pequeños; luego incidirá por los hábitos (alimentarios, de uso del tiempo, de prevención ante riesgos, etcétera) y conocimientos relacionados con el cuidado de la salud que ellas transmitirán y generarán en sus hijos así como también por el logro de que no adquieran hábitos patogénicos (fumar, uso o abuso de sustancias tóxicas, desarrollo de pautas agresivas de comportamiento, etcétera). Con respecto a la familia, es sabido que, prácticamente en todas las culturas, su agente natural de salud es la madre o el ama de casa. Tal vez esto surge del hecho de que ella se hace cargo de la maternidad, de la alimentación del grupo, de las diligencias cuando alguno de sus miembros enferma y de sus cuidados en el hogar (preparación de dietas, administración de remedios, etcétera).

De estas consideraciones y otras muchas se desprende que, indudablemente, la educación de las madres es un factor fundamental para el desarrollo. No obstante, se puede lograr mucho más desarrollo de este tipo cuando el nivel de escolaridad de toda la población aumenta (no solo las niñas, sino los varones y los adultos en general si no la tuvieron cuando niños) y más aún cuando esta vía de construcción de conocimientos y destrezas no tan específico se complementa con construcciones específicas de conocimientos salubristas. Por añadidura, en situaciones que plantean importantes obstáculos para la escolarización de la población se la puede suplir con adecuados programas de promoción y prevención relacionados con aspectos generales del proceso de la vida o con cuestiones inherentes directamente con el proceso de salud.

Tomemos como ejemplo un “Programa de promoción y prevención en neurocognición en niños de comunidades pobres estructurales” en el que se toma en cuenta una cuestión puntual: la neurocognición y su desarrollo. La neurocognición se manifiesta en dos vertientes en la salud:

- a) Incide en forma directa o indirecta en todo el proceso de salud a través de las condiciones de vida que posibilita o determina: una persona con deterioro o disminuciones de su potencial intelectual tendrá por esta razón impedimentos para construir o adquirir conocimientos; desarrollar hábitos y destrezas para el cuidado de su salud; carecerá de las visualizaciones necesarias para activar las alertas frente a situacio-

nes negativas de su propia salud o de los otros integrantes del hogar; no podrá desarrollar adecuadas y eficaces habilidades en lo que se refiere a pautas de crianzas y cuidado de los hijos. Se podrían señalar muchas más, a las que se debe agregar el hecho de que estas falencias intelectuales también serán un impedimento para que logre una inserción laboral bien rentada y estable, lo cual retroalimentará negativamente todo lo consignado anteriormente. También carecerá de un adecuado desarrollo de las destrezas vitales necesarias a fin de enfrentar con cierto éxito los problemas que para su desenvolvimiento surgen en la sociedad. Entre esas habilidades se puede señalar la defensa de sus derechos ciudadanos. A partir de dichos desvalimientos configurará el escenario en que criará a sus hijos, y profundizará estos problemas en su descendencia. El problema así se va reproduciendo con incremento negativo de sus consecuencias y con una progresión geométrica cuantitativa: las características negativas de los padres con deficiencias intelectuales incidirán en un promedio de entre cinco y seis hijos por hogar (en poblaciones pobres estructurales).

- b) En sí misma implica una discapacidad o anormalidad dado que el potencial genético está orientando el desarrollo hacia niveles más altos. Por supuesto que esto no es válido para los casos en que la persona ya nace con predisponentes genéticos que le imponen severas restricciones a su desarrollo psicológico normal.

Si se logra detener el círculo vicioso “potencial genético normal / obstaculización de la actualización de este potencial / capacidad intelectual disminuida / descendencia con deficiente desarrollo neurocognitivo” y se promueve el desarrollo neurocognitivo normal, se permitirá que los miembros de la comunidad se encaminen a la adquisición progresiva de pautas de autocuidado de su salud que, en la juventud, aplicarán a sus hijos y, por la simple interacción social natural y cotidiana, a los otros miembros del núcleo familiar y también a otros miembros de la comunidad, individualmente considerados o estructurados en núcleos familiares y en redes sociales espontáneas. Se podrá caracterizar esta transformación como un buen ejemplo de *proceso de desarrollo salubrista*, el cual, al cabo de un tiempo, hará emerger muchas mejores condiciones de salud de la población y un mayor bienestar o mejores posibilidades de alcanzarlo.

Todo programa o proyecto de salud comunitaria es verdaderamente eficaz (logro de los resultados), eficiente (logro de los resultados con costo decreciente y beneficios espontáneamente crecientes), sustentable² (por su bajo costo) y sostenible³ (los mismos miembros de la comunidad quedan capacitados como agentes primarios de salud voluntarios) cuando logra en la comunidad o en la sociedad un buen nivel de *desarrollo salubrista* capaz de ser evaluado y promovido como tal.

Trabajar por el derecho principal

Este comienzo de siglo y milenio presenta un panorama muy extraño en el campo de los derechos humanos: altísimos niveles de violación de estos derechos en formas de dictaduras brutales y terrorismo de Estado nacional e internacional coexistiendo con los más sonoros discursos, la mayor profusión de actividad legislativa y actividad judicial sobre ellos. También extraña la facilidad con la que no se visualiza la cotidiana violación y microviolación de los derechos humanos, dado que en el seno de la sociedad existe gran cantidad de bolsones en que los derechos son o están permanentemente violados. Uno de estos ámbitos es el de la salud: se transgreden los derechos humanos en los ámbitos de atención de la salud y, por lo tanto, se viola el derecho a la salud al que todo ser humano debe aspirar.

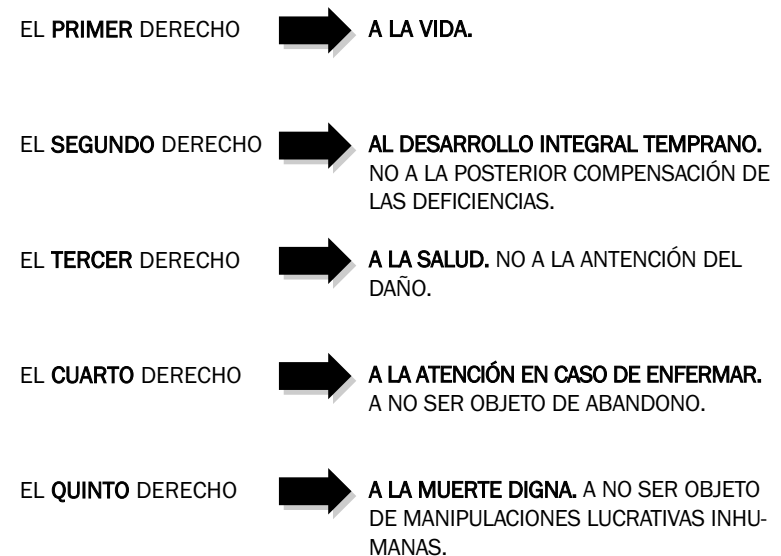
Para considerar la obligación de prestar atención y respetar estos derechos es necesario establecer, en un orden de prelación, cuáles son los derechos principales en lo relativo a la salud humana.

2. “Sustentabilidad” está utilizado en este texto como un concepto económico relacionado fundamentalmente con el costo de un determinado programa de acción o de una estrategia de acción y vinculado con la posibilidad de que su financiamiento esté asegurado para el futuro o que el costo económico sea tan bajo que pueda preverse que en adelante no habrá inconvenientes para mantener dichas acciones.

3. Sostenibilidad está utilizado en este texto como un concepto operativo y hace referencia a la mayor o menor facilidad para la formación de los recursos humanos que mantendrán vigentes las acciones emprendidas. En los trabajos con comunidades, la sostenibilidad depende de la estrategia de mínimo operante a fin de que parte de los mismos pobladores se formen como agentes primarios, o sea como expertos de bajo nivel de complejidad en las temáticas implicadas en los objetivos de la acción.

En términos de esta línea reflexiva, se puede establecer una jerarquización de los derechos principales en la que el primero es el *derecho a la vida* (figura 5), sin cuyo respeto no queda más que posibilitar el derecho al esclarecimiento de la causa de muerte, a la aplicación de la ley en caso de que la muerte haya sido provocada por un acto criminal o doloso, y a la disposición del cadáver por parte de los deudos.

Figura 5. Trabajar por el derecho principal



El segundo derecho principal es al *crecimiento y desarrollo integral* y no a la posterior compensación de las deficiencias evitables que frecuentemente no son completas y, en algunos casos, como los de la talla o el del hipotiroidismo congénito, son imposibles de revertir.

La cuestión del crecimiento y desarrollo integral es de marcada complejidad y mucho de lo logrado en cuanto a mayor conocimiento científico con respecto a algunos de sus componentes y procesos fundamentales se ha dado en el componente *desarrollo*. En la obra editada por Horacio Lejarraga (2004) se diferencia con claridad entre crecimiento, cuya variable de cambio es el *tamaño* (talla,

peso, etcétera) y el desarrollo, cuya variable de cambio involucra un conjunto de cuestiones que, en la obra mencionada, Lejarraga agrupa en cuatro categorías: a) proceso madurativo; b) conducta aprendida; c) erotización del cuerpo y resolución de conflictos; d) proceso cognitivo.

No es este el espacio adecuado para adentrarse en tan complejo tema, pero sí es oportuno, en relación con la gestión de salud positiva, señalar con particular énfasis la importancia definitoria que tiene el neurodesarrollo en un mundo en el que el intelecto y el resultado de su actividad, el conocimiento, ha adquirido un peso definitorio para el desarrollo personal, familiar y social. Este proceso está implicado en las cinco categorías que Lejarraga marca para adentrarse en el estudio y el quehacer práctico en el ámbito del desarrollo de la criatura humana.

Las neurociencias cognitivas y las neurociencias sociales –este último enfoque también responde al paradigma cognitivo pero toma en cuenta cuestiones que vinculan el cerebro con desempeños sociales, tales como los producidos y reseñados por John Cacioppo y Gary Berntson (1992, 2004)– no tienen más de dos o tres décadas de desenvolvimiento. No obstante, mucho se ha avanzado y hoy es posible comenzar a planificar acciones intracomunitarias que tiendan a una actualización plena del potencial genético vinculado con el neurodesarrollo.

Cabe señalar, por ejemplo, la importancia que para la evolución progresiva de la neurocognición tiene la interacción del ser humano con el ambiente, desde sus estadios fetales hasta el final de la pubertad. El concepto de *ambiente*, que se trabaja ampliamente en el capítulo 8 de este libro, debe ser entendido en un sentido amplio en tanto conjunto de circunstancias que rodean a una persona y que involucra un compuesto de categorías que agrupan los factores que inciden en este proceso y que, en términos negativos, pueden ser: a) asfixia al nacer, traumas del parto, no uso de lactancia materna y poca estimulación sensorial y afectivo-emocional; b) infecciones durante el embarazo; c) carencias nutricionales; d) sustancias contaminantes en el ambiente; e) factores congénitos.

Cuando el concepto de ambiente se amplía para poder reflexionar sobre los procesos de socialización durante la pubertad, se deben agregar otros factores propios de lo psicosociocultural: sistemas valorativo-actitudinales, representaciones sociales, procesos de facilitación de la construcción de la autoestima y la realización per-

sonal, sistemas de atribución, entre otros, los cuales van a incidir en los posteriores procesos de toma de decisión y resolución de conflictos por parte del adolescente.

Hace unos treinta años, en este campo de las neurociencias cognitivas, aparece el concepto de *función ejecutiva* que se caracteriza como:

Un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio (Pineda, 1998).

Los nombres de Lev Vygotski, Alexander Luria, Erik Kandel, Michael Posner, Elkhonon Goldberg se vinculan, directa o indirectamente, con esta cuestión íntimamente relacionada con la maduración cerebral en el lapso que, aproximadamente, se extiende entre los seis y dieciséis años de edad, lo cual nos introduce en el tema de los procesos de socialización que se da en este período de la vida, que resultan luego en las características psicosociales de la adaptación de las personas al medio social en que viven. Estas características se expresarán en sus comportamientos y en sus perfiles de personalidad (seguros o inseguros, activos o pasivos, adaptativos o no adaptativos, prosociales o antisociales, etcétera).

Los niños y púberes de las familias afectadas por pobreza estructural (al respecto es importante tener en cuenta que es generada por las dinámicas sociales y no por cuestiones atribuibles a los mismos pobres estructurales) con frecuencia se ven vulnerados gravemente en sus derechos humanos por no acceder a las condiciones necesarias para un neurodesarrollo pleno acorde con su potencial genético ni para un positivo proceso de socialización. Esto desemboca, por ejemplo, en bajos rendimientos en la escuela primaria que el sistema resuelve expulsando al niño o, en la pubertad, en comportamientos delictivos que luego la sociedad y su sistema policial-judicial victimiza nuevamente apelando al principio político de la *mano dura* y el encarcelamiento durante la sustanciación del proceso en establecimientos que provocan una profunda degradación humana, lo cual se constituye entonces en una segunda violación de los derechos humanos de estos púberes.

Es como si el Estado pretendiera resolver el problema de la violación del derecho humano de la infancia y la adolescencia a lograr un pleno desarrollo neurocognitivo y un positivo proceso de socialización, de la que el Estado mismo es responsable, conculcando nuevamente el derecho humano de estas personas a la igualdad ante la ley, a no ser vejados ni torturados, y a no ser privados de los derechos constitucionales.

Por el contrario, está suficientemente probado y es de sentido común que la satisfacción de estos derechos incide directa o indirectamente en el bienestar y en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población en general a través, por ejemplo y como se ha expuesto, de la vinculación entre el nivel de escolaridad de la madre y las condiciones de salud de los niños y la familia, o la relación entre el nivel de desarrollo neurocognitivo y el mejoramiento de las condiciones laborales.

Continuando con la jerarquización de los derechos principales, vemos que el tercero es el *derecho a la salud*, no a ser atendido si se está enfermo: este último es un derecho con un orden de jerarquía menor o posterior. El derecho a la salud implica que los organismos públicos de la salud y las políticas de salud de los gobiernos en las tres jurisdicciones deben priorizar las políticas de protección y promoción de la salud y de prevención primaria por sobre las destinadas a la atención de las personas ya enfermas.

El cuarto es el *derecho a ser atendido en caso de enfermar y no ser objeto de abandono*, a lo cual se debe agregar que la atención debe estar encuadrada dentro de principios de respeto a la persona y su familia a la vez que dentro de la observancia de los derechos humanos en las distintas vertientes en que deben orientar todas las acciones en el ámbito de la salud.

Finalmente, el quinto es el *derecho a la muerte digna*, es decir, no ser objeto de manipulaciones que implican elevados sufrimientos inútiles que solo se explican por la avidez lucrativa e inhumana del mercado de la enfermedad. Este problema, el de los casos terminales, es un vacío muy marcado en el trabajo en salud comunitaria y en salud pública en general, por el entramado actual entre el miedo a la muerte y su habitual desnaturalización. De allí la difusión de una dinámica impulsada por el mercado de la enfermedad que, ante los familiares sufrientes por la muerte inevitable del ser querido, estimulan la adopción de intervenciones médicas que tienen por consecuencia, siempre, la exacerbación del sufrimiento del agoni-

zante. El velorio del familiar muerto, que es un rito de pasaje para la familia y un medio muy eficaz de atenuar el estrés, también ha sido desnaturalizado y comercializado. Este cúmulo de factores ha incentivado los comportamientos evasivos de las familias ante la enfermedad letal del familiar, lo cual genera daños a la salud del grupo y severos problemas económicos. Estas consideraciones nos llevan a pensar en la necesidad de trabajar reflexivamente este tema con las comunidades, integrando la muerte al proceso natural de la vida.

Tomar siempre por el camino del menor esfuerzo

Esta cuestión del menor esfuerzo se vincula indudablemente con la base ideológica de la estrategia de mínimo operante. Como ocurre con gran número de temas vinculados con el proceso de la vida, las acciones destinadas a proteger y promover la salud, al igual que a prevenir primariamente la enfermedad, son muy simples y de bajo costo económico; además, son de gran sustentabilidad y sostenibilidad.

Este señalamiento, que podría ser mirado ingenuamente y pensar que esto facilitaría y promocionaría la utilización de este tipo de orientaciones (estrategia de mínimo operante, tomar el camino del menor esfuerzo) para las acciones de salud, busca hacer evidente que todo lo que es de bajo costo económico y exige insumos sin costo (como es, en general, la palabra humana utilizada por pobladores) es fuertemente rechazado y obstaculizado por los grupos de presión (*lobbies*) del mercado de la enfermedad.

Otra dificultad que se presenta para la aceptación y el empleo de esta ideología, que en definitiva consiste en usar lo más simple en el campo de la salud, es que para llegar a lo simple hay que acumular una enorme cantidad de conocimiento *complicado y complejo*.

Complicado es sinónimo de *difícil*, o sea un conocimiento cuya construcción exige mucho esfuerzo y una mente muy abierta a la multiplicidad teórica, a la información proveniente del campo científico y del campo de la cultura.

Complejo no es sinónimo de complicado, sino que guarda relación con una forma de comprender o buscar comprender la realidad. Hay que tener presente que *complejidad*, como se señala en la *Enciclopedia Libre Wikipedia*, proviene etimológicamente del tér-

mino latino *complectere*, cuya raíz *plectere* significa “trenzar, enlazar”; el agregado del prefijo *com-* añade el sentido de la dualidad de dos elementos opuestos que se enlazan íntimamente, pero sin anular su dualidad. Esto plantea una comprensión de los fenómenos, a partir de aceptar la dualidad *unidad/multiplicidad*, a los que hay que agregar la aceptación –como constituyentes de los procesos de la vida– del holismo (un todo sinérgico), la indeterminación y la incertidumbre dentro de una perspectiva de permanente devenir.

Esta idea de tomar por el camino del menor esfuerzo es vieja en salud pública y se la suele plasmar en una narración que se conoce como la parábola del río:

Un grupo de socorristas se encontraba a orillas de un río cuyas aguas arrastraban náufragos a punto de ahogarse. Los socorristas entraban al río y los sacaban. Pero cada vez los náufragos eran más y los socorristas estaban a punto de sucumbir bajo el peso de su agotadora tarea. Más voluntarios se sumaron al grupo, pero también aumentó el número de náufragos. Los socorristas estaban ya casi sin fuerzas, de modo que eran incapaces de reanimar correctamente a los náufragos que lograban sacar. Cada vez más desgraciados pasaban de largo y se ahogaban aguas abajo. Hasta que en un momento dado, uno de los socorristas le dijo a los otros: “Remontemos el río y veamos dónde es que la gente cae al agua; allí pongamos protecciones y muy pocos serán los que caerán al agua”.

Esta es una idea muy sencilla y relativamente fácil de poner en práctica y elaborar políticas, programas y proyectos de protección y promoción de la salud a la vez que de prevención primaria de la enfermedad (de esto es de lo que habla esta parábola); lo único que exige es voluntad política y el monto de ética necesaria por parte de los gobiernos de las tres jurisdicciones como para no entregar las sociedades que gobiernan como botín de guerra a las entidades y profesionales que usufructúan el mercado de la enfermedad. Hacerlo implica un acto de violación de los derechos humanos, de mala administración de los dineros públicos (gastando mucho más que lo necesario y erogando en lo que no se debe gastar) y de entorpecimiento del desarrollo nacional.

La *gestión de salud positiva* debería ser el eje central de la política de salud de los buenos gobiernos. El núcleo duro de su ideología se

centra en lo siguiente: la salud *de cada persona* depende de lo que su familia sabe, de cómo su familia valora las cosas de la vida y de lo que su familia hace todos los días, también de lo que en la familia sienten y se expresan entre sí quienes la integran.

**Construcción de ciudadanía y salud:
las racionalidades concurrentes
al trabajar para y con las comunidades**

Es conveniente señalar que el desarrollo de este capítulo se ha llevado a cabo en medio de un escenario sociopolítico indoafroiberoamericano que ofrece promisorias oportunidades para repensar nuestra historia y proyectar esperanzas de mejorar la calidad de la participación y el bienestar de sus pueblos. Desde México hasta el mar Antártico, Indoafroiberoamérica está brindando al mundo un espectáculo magnífico, aunque muy difícil y cargado de incertidumbres.

Hay un elemento novedoso en la circunstancia actual con respecto a la histórica: los pueblos originarios, cuyo sistema de pensamiento y de valores es capaz de involucrar el proceso de inclusión y ciudadanización integral, han adquirido un peso político mucho mayor que el de décadas pasadas. Esto va a contrapelo de construcciones psicosocioculturales provenientes de Europa, *civilización* edificada a partir de sus dos simientes culturales que fueron Grecia y Roma, tan afectas al crimen y a la muerte (no hay más que leer la *Iliada* y la *Odisea*) así como también a construir un sistema jurídico, el Derecho Romano, que catalogaba de *bárbaros* a todos los extranjeros, razón por la cual no podían alcanzar la condición de sujetos del derecho. Esta es la base epistemológica, jurídica y cultural que justificó y alentó como virtud la colonización del mundo por parte de países europeos, el intento de exterminar las culturas de los pueblos originarios de América y el comercio de esclavos a escala industrial, entre otras muchas manifestaciones degradantes de la condición humana.

Esas construcciones psicosocioculturales fueron luego reelaboradas y reafirmadas durante más de 500 años en el contexto de la dominación ejercida por las potencias occidentales sobre los pueblos originarios de América.

Desde el inicio del proceso de liberación latinoamericana (al cual no podemos denominar “indoafroiberoamericana” porque los indios y los africanos fueron excluidos, cuando no sus víctimas) a la actualidad han pasado dos siglos y de los planteos de Copérnico a la aceptación plena de sus teorías transcurrieron también alrededor de 200 años. Sin embargo, la velocidad de los actuales procesos de desenvolvimiento cotidiano de nuestras sociedades, que serán la historia de futuras generaciones, por la naturaleza de los factores de poder puestos en juego, no nos da ese tiempo.

Estas son circunstancias favorables para que nuestros pueblos avancen en los campos de la legislación, la economía política, la justicia, la educación, la salud y la cultura con miras a lograr escenarios de verdadero desarrollo humano integral, o sea sin la dependencia ideológica y material de los centros hegemónicos de poder –originalmente europeos, ahora vinculados a los Estados Unidos de América– que ha minado la confianza en las propias capacidades y tanto ha cercenado las potencialidades genuinas de desarrollo en nuestras sociedades.¹

También existen inéditas oportunidades para poner nuestros conocimientos en ciencias sociales y nuestras destrezas profesionales al servicio de las sociedades de la región. Igualmente, son una gran coyuntura para que nosotros, universitarios, podamos aprehender realidades humanas y construir conocimientos importantes gracias a las características y los saberes de nuestras comunidades y de los pueblos originarios de nuestra Indoafroiberoamérica.

Por último, también para poner voluntad y esfuerzo humano y profesional en desandar el camino que acertada y críticamente señala Remo Bodei (2006):

1. Los desvaríos de esta ideología siempre dispuesta a admirar lo extranjero y despreciar lo propio ha sido denunciada muy acertadamente por Arturo Jauretche. En *El medio pelo en la sociedad argentina* (1966) reproduce la oración pronunciada por Mitre al saludar a los soldados que venían de sangrarse en los esteros paraguayos: “Cuando nuestros guerreros vuelvan de su larga y victoriosa campaña a recibir la larga y merecida ovación que el pueblo les consagre, podrá el comercio ver inscriptos en sus banderas los grandes principios que los apóstoles del libre cambio han postulado para mayor felicidad de los hombres”.

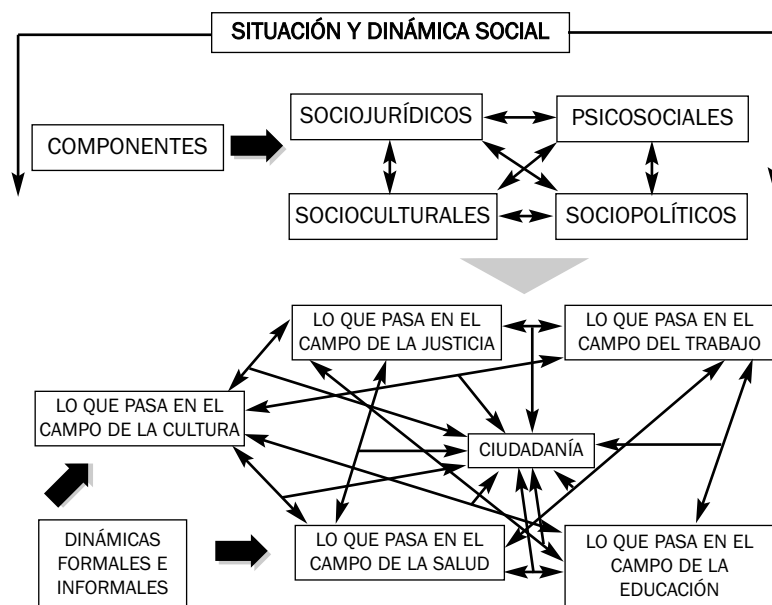
El trayecto inicial de la curva: el estadio que, filosóficamente, va de Locke a Schopenhauer –de la construcción del yo como sujeto de conciencia, intelecto y voluntad autónomos, a su abandono a poderes extraños– e históricamente, de la defensa del individuo y de su autonomía a una fase de renovada negación de su papel. [...] La primera trayectoria, caracterizada por una progresiva diferenciación, enriquecimiento y problematización de la individualidad, conduce de Locke a Nietzsche, de Proust a Simmel, de Pirandello a los sociólogos anglosajones contemporáneos; la segunda, caracterizada por la voluntad de borrar o reabsorber las diferencias individuales, va de Schopenhauer a Le Bon, y de Gentile a los totalitarismos del siglo XX (Bodei, 2006).

El tema que queremos desarrollar y poner en discusión se apoya en cuatro premisas básicas:

1. No se logrará nada significativo que no se desarrolle desde la base de la sociedad hacia las estructuras superiores del poder económico-político y gubernamental.
2. Los comportamientos personales y las dinámicas de los ecosistemas familiares, vecinales y comunitarios son los elementos que, a través de procesos sistémicos y sinérgicos de agregación y escenificación, determinan y constituyen el acaecer macrosocial (esta idea se ilustra con mayor extensión en el capítulo 9, referido a la pobreza estructural y al desarrollo infantil y puberal, y también en el capítulo 8, que aborda los ambientes psicosociales de determinación de las problemáticas alimentarias infantiles).
3. Todo trabajo comunitario integral y participativo implica poner en interacción un conjunto de racionalidades que, preponderantemente, tienen validez y regulan el acaecer de la interacción humana en espacios socioculturales específicos y de muy diferente naturaleza; su convergencia y la interacción mencionada plantean un problema complicado.
4. El accionar recíproco entre los componentes psicosociales, socioculturales, sociojurídicos y sociopolíticos de las sociedades, así como también las racionalidades puestas en juego en las dinámicas formales e informales de interacción en los ámbitos de la cultura, la salud, la justicia, el trabajo y la educación, configuran y son la sustancia esencial de los procesos de construcción de ciudadanía (esquema 1). De la interacción sistémica y sinérgica de estos factores surge el perfil psicoso-

ciocultural del ciudadano, entendiendo por tal a la *persona considerada como miembro activo de un Estado, titular de derechos políticos y sometido a sus leyes* (DRAE, 2008).

Esquema 1. Escenario y procesos de la construcción de ciudadanía



¿Cómo llega la criatura humana a constituirse en ciudadano? Esta es una pregunta simple pero central. Desde las ciencias sociales, que consideramos parte de las ciencias de la vida, se postula que es un proceso gradual, de naturaleza psicosociocultural y que, desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano, implica diferentes contextos a los cuales los niños van accediendo gradualmente por medio de la participación, en procesos psicosocioculturales en los que van adquiriendo un sentido de pertenencia y de posesión consciente de derechos y responsabilidades humanos, políticos, sociales, ambientales, culturales y jurídicos. En una sociedad o en una comunidad hay más ciudadanía cuanto más tejido social abarcan estos

derechos y responsabilidades, y cuanto más se pasa de perspectivas utilitarias a perspectivas de desarrollo humano integral.

Lógicamente, el primer contexto en que se inicia este proceso es la familia, que involucra por lo menos a la madre y su hijo, razón por la cual, tomando en cuenta los componentes germinales, tiene un estadio pregestacional y un subsiguiente estadio intrafamiliar. Luego surgirán, por ejemplo, la guardería, el jardín maternal, la escuela y así, por vía directa o indirecta, todos los entornos señalados por Bronfenbrenner (1987) como integrantes del micro, meso y ecosistema. En función de estos subsistemas y sistemas, por participar directamente en estos contextos o por las influencias que de ellos reciben a través de los integrantes de sus entornos sociales, los seres humanos se socializan instituyendo lo ciudadano y la ciudadanía misma, lo que, a su vez, determinará significativamente la calidad y la riqueza humanas de las dinámicas formales (sistemas de servicios de salud, sistemas de servicios educacionales, sistemas judiciales y legislativos, sistemas de servicios culturales) e informales de la sociedad y sus procesos de retroalimentación, creación de capital social y desarrollo humano integral.

El *nuevo fenómeno* (mal denominado *globalización*, dado que la globalización tiene ya siglos de desarrollo) de *dominación económica mundial* por parte del Occidente hiperdesarrollado tecnológicamente e inundado por la especulación financiera, va progresivamente demoliendo la estructura jurídica de los Estados (Italia es un buen ejemplo al legitimar por ley los *balances imaginativos* –en buen romance: fraudulentos– que permiten elevar engañosamente el valor de las acciones que cotizan en las bolsas de comercio) y, mucho más, socava el derecho internacional que regula o debería regular las relaciones entre los Estados, cuerpo legal que no se ha podido formalizar y que, en su forma consuetudinaria, cada día es más erosionado. Este escenario no es propicio para el desarrollo de ciudadanía, ya que no solo lo que ocurre dentro de una nación va a determinar el desarrollo o la destrucción de ciudadanía, sino también lo que acaece entre las naciones. Es necesario y razonable que los fenómenos y procesos básicos de socialización que la ciencia detecta y describe en relación con una sociedad determinada comiencen a ser comprendidos como existentes en la *sociedad humana planetaria* o, como la denominaba Alberdi (1934) el *pueblo-mundo*. Este pensador argentino sostenía:

Si hay un pueblo que esté llamado a realizar perpetuamente el gobierno de sí mismo (*self government*), es ese pueblo compuesto de pueblos que se llama el género humano (Alberdi, 1934).

La sociedad de mercado ha sido el germen de esta mal llamada globalización y, desgraciadamente, no es el ámbito adecuado para el desarrollo de ciudadanía; la *ciudadanía de mercado* está lejos de una *ciudadanía integral*. El neoliberalismo, prácticamente, limita el concepto de ciudadanía al derecho al consumo (del que posee el dinero necesario para consumir) y el respeto a la propiedad privada de los conciudadanos. Por supuesto, en esta concepción, no tiene cabida el “no consumo involuntario” ni los portadores de esta condición que son sutil o groseramente excluidos. Tal vez, tampoco tendría cabida el “no consumo” que, si se generalizara en una sociedad, seguramente daría lugar a situaciones y procesos como los que tan bien narra José Saramago (2005) en su *Ensayo sobre la lucidez* en relación al sagrado acto de votar en las democracias formales.

Pero ahora reflexionaremos sobre el tema específico del trabajo profesional en escenarios comunitarios. En estas tareas siempre tienen presencia, directa o indirectamente, los componentes fundamentales que modelan estos escenarios de trabajo, componentes que, ordenándolos desde una perspectiva democrática de jerarquización ideal en términos del poder de decisión, se pueden enumerar del siguiente modo: 1º) la comunidad, en tanto pueblo soberano; 2º) el gobierno local, en tanto poder político; 3º) también el gobierno local, pero en tanto instancia administrativa; 4º) la universidad y sus profesionales, en tanto aporte científico-técnico.

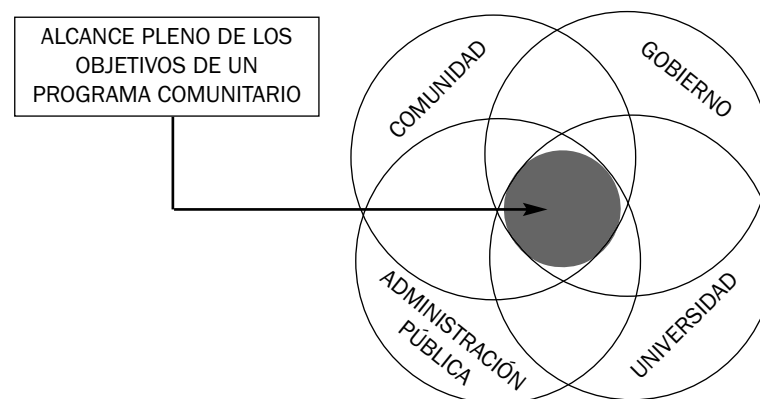
Veamos cuáles son las racionalidades básicas correspondientes a cada uno de estos componentes (esquema 4):

- En el caso de la comunidad, se pone en juego la búsqueda de satisfacción de las necesidades de la vida cotidiana.
- Para el gobierno local, en cuanto poder político, la acción política.
- Para la administración pública, la gestión económica y de los recursos humanos de la misma organización dentro del marco de las leyes y normas vigentes.
- Para la universidad, sus profesionales y sus técnicos, la aplicación de las ciencias a través de las técnicas, y/o la aplicación

de técnicas puras, a la solución de problemas y el logro de los objetivos de estas acciones con el mayor grado de eficacia posible.

Estas racionalidades interactúan siempre, directa o indirectamente, más allá de nuestra voluntad y con resultados muy diversos. Podemos imaginar cada una de ellas (esquema 2) como un círculo que, al juntarlos de modo que se traslapen, dejan en el centro un espacio compuesto por las cuatro racionalidades y, si suponemos que esta convergencia es armónica, en este espacio se podrán alcanzar plenamente los objetivos de un programa comunitario con un alto grado de participación y desarrollo de ciudadanía.

Esquema 2. Interacción entre las racionalidades básicas



Veamos entonces cuáles son las dimensiones fundamentales de estas racionalidades que el trabajo comunitario pone en juego:

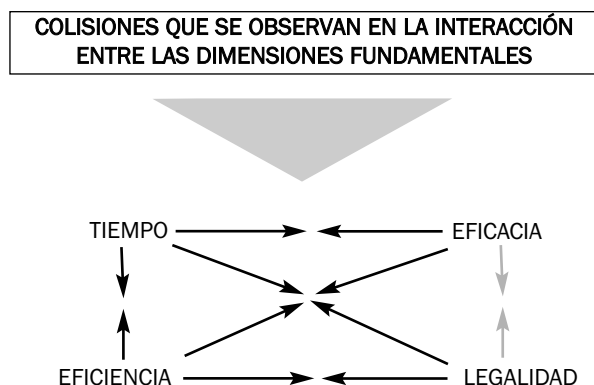
- En la búsqueda de satisfacción a las necesidades de la vida cotidiana, el *tiempo* y la *eficacia* (entendida como el logro del objetivo).
- En la acción política, también son las mismas: el *tiempo* y la *eficacia*.
- En la gestión económica y de los recursos humanos de la

administración pública, la *legalidad* y la *eficiencia* (entendida como la relación entre eficacia y costo económico).

- Finalmente, para la aplicación de la ciencia y de la técnica, la *eficacia*.

Cuando se analizan las interacciones libres o espontáneas de estas racionalidades en la realidad concreta de la cotidianidad (esquema 3), se observa que sus dimensiones fundamentales tienden a colisionar, es decir a estar en desacuerdo. La dimensión tiempo choca con la dimensión eficacia, la eficiencia y la legalidad; la dimensión eficiencia entra en desacuerdos con el tiempo, la eficacia y también la legalidad; la eficacia colisiona con la eficiencia y el tiempo; al igual que la legalidad. Las únicas que no chocan entre sí, o es menos frecuente que ocurra, son la eficacia y la legalidad (tal vez porque las leyes y normativas buscan defender derechos). Es relativamente sencillo visualizar estos desacuerdos o conflictos pensando en casos concretos, pero sería demasiado extenso y tedioso hacerlo en estas páginas.

Esquema 3. Síntesis de las dificultades en la orquestación de las racionalidades



Es necesario reflexionar sobre cómo vivencian y valoran estas dimensiones los actores sociales implicados en los cuatro componentes fundamentales sobre los que venimos trabajando.

- Para los integrantes de la comunidad, en general, el tiempo es perentorio porque la necesidad requiere satisfacción inmediata y, a su vez, la eficacia se exige de modo absoluto, dado que la solución del problema que genera la necesidad debe ser definitiva o duradera a largo plazo; por el contrario, la legalidad y la eficiencia tienen poca relevancia para ellos.
- Para los políticos en función de gobierno, el tiempo también es efímero, pero la eficacia es relativa y, al igual que para los integrantes de la comunidad, la legalidad y la eficiencia son poco relevantes para ellos.
- Para la administración pública, la legalidad debe respetarse de modo absoluto y la eficiencia es muy relevante; en contraste, el tiempo y la eficacia tienen poca relevancia.
- Finalmente, para los profesionales y los técnicos, la exigencia de eficacia es absoluta; el tiempo, la legalidad y la eficiencia son frecuentemente irrelevantes.

Un camino que conduce a cierta solución en la búsqueda de orquestar o armonizar estas racionalidades básicas es desarrollar y poner en acción actitudes mediadoras. Para ello es necesario lograr la comprensión de la importancia de las racionalidades ajenas y valorar las dimensiones implicadas en cada una de ellas:

- Los profesionales y técnicos deben acceder, desde la perspectiva de que están brindando un servicio a la comunidad, a la valoración del tiempo, la eficiencia y la legalidad, así como también percibir el valor relativo de la eficacia con respecto a todas las otras racionalidades y dimensiones importantes dentro del ámbito de lo público.
- Los administradores públicos deben desarrollar comprensión del valor del tiempo y la eficacia en el accionar comunitario.
- Por su parte, los políticos deben alcanzar la capacidad de valorar la legalidad y la eficiencia, junto con la incorporación de la autoexigencia de una mayor eficacia porque ellos son servidores públicos y la satisfacción de las necesidades de la comunidad debe ser completa y poseer sustentabilidad.

- A su vez, los integrantes de la comunidad deben alcanzar la comprensión de la importancia de la eficiencia y la legalidad, vinculando el valor de la eficacia no con lo absoluto e inmediato sino con el logro progresivo de la misma a partir de su participación (para construirla y controlarla), teniendo en cuenta que el dinero que se emplea es público, o sea que le pertenece a toda la población y debe ser muy bien administrado.

Pero hay otro camino que, si bien es más complejo como proceso social, resulta más eficaz y es, en el mediano y largo plazo, también más eficiente. Consiste en trabajar para cambiar los paradigmas puestos en juego y las formas de asumir las responsabilidades cívicas. Haciendo una apretada síntesis de estos dos objetivos, se puede decir que los cambios planteados implican respetar lo público en todos sus componentes, dimensiones y finalidades.

Veamos estas cuestiones de manera pormenorizada:

- Por parte de los miembros de una comunidad, respetar lo público implica participar comunitariamente, no individualmente o corporativamente, y actuar para el bien común.
- Para los políticos, involucra la comprensión y aceptación de su condición de servidores públicos. Por ejemplo, desde este punto de vista, la protesta y la resistencia social masiva que pacíficamente tengan por objetivo denunciar la injusticia y/o arbitrariedad de un determinado gobierno, lejos de ser hechos que subvierten la institucionalización, son manifestaciones genuinas de la democracia.
- Los integrantes de la administración pública deben transformar el uso de su poder pasándolo de la obstaculización a la facilitación.
- Por último, para los profesionales y técnicos implica construir sus conocimientos científico-técnicos y desarrollar sus destrezas a partir de los problemas del país y de las comunidades con las cuales trabajen anteponiendo, por lejos, el valor de los problemas y su solución al valor de sus teorías, sus técnicas y sus funciones.

Reflexionando sobre cuál es el núcleo de todo esto, se llega al tema del poder. Esta es una cuestión muy compleja y que puede ser

tratada desde muy diferentes perspectivas. Una de ellas, tal vez la más frecuente, es la de la relación entre poder y política. Al respecto, es interesante y útil traer algunas consideraciones del peruano Salomón Lerner Febres (2008) en las que señala que esta relación:

Puede ser concebida, al menos, en dos sentidos distintos y opuestos. El primero y más difundido de ellos es el que asume el poder apenas en la acepción de potencia transformadora de un sujeto sobre un objeto. El poder sería, en esta línea de reflexión, la capacidad de una persona o grupo de personas para hacer prevalecer su opinión, sus intereses o sus deseos sobre el resto de los miembros de su comunidad y para dirigir, modificar o inhibir la conducta de estos. [...] Por fortuna, no es esta la única forma de concebir las relaciones entre política y poder. Este puede ser entendido de una manera distinta, no como una fuerza orientada a la manipulación de los otros, sino como una fuerza que nace de los otros y que está al servicio de todos. Más que una sustancia, el poder es una relación social (Lerner Febres, 2008).

Desde esta segunda concepción, que es la que corresponde cuando se busca tratar este tema dentro del marco de la democracia y de la ética, la reflexión lleva a detectar dos dimensiones que inciden y se manifiestan fuertemente en las prácticas del poder: la actitud y los comportamientos ante el proceso de la vida, y la actitud y los comportamientos ante la perspectiva o posibilidad de logro (alcanzar, obtener, conseguir lo que se pretende o desea).

Ambas cuestiones son complicadas, mucho más la primera que la segunda, pero una aproximación inicial posible es la de tomar en cuenta que, en relación con el proceso de la vida, se da un continuo que va de la actitud/comportamiento de promoverlo a la actitud/comportamiento contraria, entorpecerlo. Es necesario remarcar especialmente que lo importante sobre el poder no son la actitud y los comportamientos frente a la vida sino al *proceso de la vida*, con todos sus condicionantes y requerimientos. Por ejemplo, los genocidas argentinos que actuaron en la última dictadura militar (1976-1983) podrían haber exterminado directamente a las mujeres embarazadas que secuestraban, matando a ellas y al niño en el vientre; pero no, las conservaban con vida hasta el parto porque *protegían la vida* del niño, luego mataban a la madre y entregaban al niño para que continuara la vida.

El proceso de la vida implica desarrollos completos y continuos, e implica sistemas dinámicos (procesos) tan importantes como la

vida misma observable en un individuo de una especie o en un determinado ser humano en un momento dado del tiempo y del espacio.

Con respecto al logro o consecución (conseguir lo que se pretende o ambiciona), las actitudes/comportamientos posibles se extienden de la ilimitación a la autolimitación. Sobre esta última, es significativo que, al menos en la Argentina, genera desconcierto o rechazo, dado que se entiende que lo que habla bien de una persona es que de aquello que puede lograr debe tomar el máximo, sin otro límite que el que proviene de las propias capacidades o ambición, lo cual está en los cimientos del surgimiento del liberalismo práctico en el siglo XIX y en la médula de este liberalismo degradado y delictual que da hoy en llamarse neoliberalismo y que nada tiene que ver con los primeros planteos que promovieron una conceptualización no solo económica sino fundamentalmente filosófica, social y política con un fuerte eje en principios jurídicos protectores de la condición humana y su dignidad, tal como se desprende de los textos de Adam Smith, Jeremy Bentham o Stuart Mill, en los que la ética y lo psicológico aparecen como soportes fundantes de sus concepciones.

Yendo de lo microsocioal a una instancia más amplia, esta posición lleva a una empresa a crecer *ad infinitum*, e incluso a destruir ecosistemas para expandirse o generar una profundización de la pobreza al bajar los salarios a fin de incrementar exponencialmente las ganancias o a desestabilizar países y regiones conduciéndolos al sufrimiento y a las muertes masivas violentas. Volviendo a lo microsocioal, a una persona puede llegarle la posibilidad de compra de una casa cuya propietaria, de muy avanzada edad y con signos de senilidad, ofrece por 150.000, cuando en realidad tiene un valor de 300.000. El trato se cierra y el comprador, luego, tal vez hasta se reúna con sus amigos para comentar el excelente negocio que ha realizado. Estos ejemplos son claras manifestaciones de actitudes/comportamientos de logro ilimitado. En la literatura hay un pasaje que Sándor Márai (2005) escribió hace alrededor de sesenta años en el que describe magistralmente este tipo de comportamiento humano:

Porque de todo tenían más de lo necesario... dos coches, dos gramófonos, dos máquinas para hacer helados en la cocina, y en las habitaciones varias radios, varios prismáticos... uno con funda, de esos que se

llevan al teatro, de nácar y esmalte, y otro para las carreras de caballos, y otros más, de los que se colgaban al cuello cuando querían contemplar la puesta de sol desde la cubierta de un barco en el mar. No lo sé, pero creo que no me habría extrañado que tuviesen unos prismáticos especiales para ver las cumbres de las montañas, otros para ver el amanecer y otros distintos para ver los pájaros en vuelo... Compraban todo lo que hacía más plena su plenitud [...]. Si se compraba una nueva colección de discos para el gramófono, siempre se compraba la colección entera, todas las obras de un gran compositor a la vez, Wagner o Bach al completo, en toda clase de grabaciones. Nada era tan importante como tener a todo Bach en un armario, todo Bach... ¿Entiendes? [...]. Todo era completo y perfecto en la cocina, en el salón, en los diferentes almacenes... Lo único incompleto eran sus vidas (Márai, 2005).

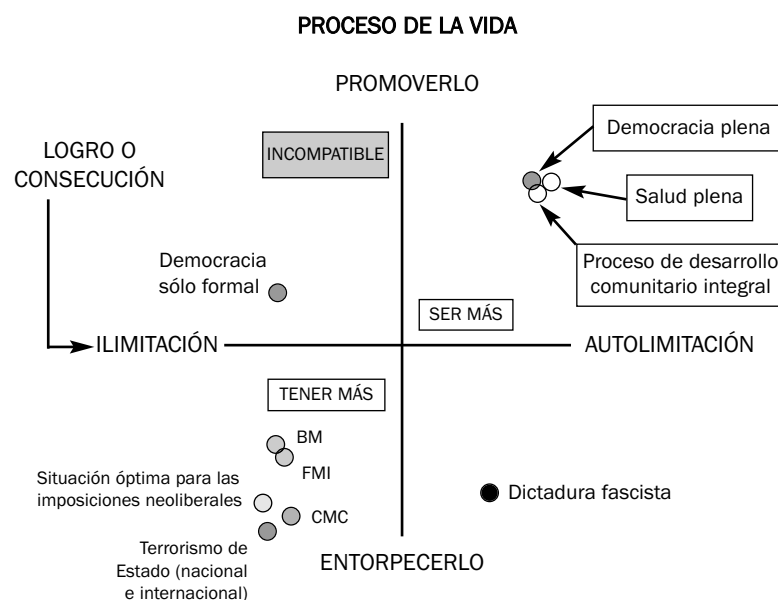
La actitud/comportamiento contraria sería que aquellas empresas limitaran su crecimiento para no alterar ningún ecosistema, respetaran la paz y la legalidad de las otras sociedades, y que el ciudadano que mencionamos no le comprara la casa a la señora y la acompañara a un lugar donde la asesorasen adecuadamente o, si tiene interés en la casa y posibilidades económicas, se la pagara al monto que realmente vale.

Se puede avanzar en el análisis de estas dos dimensiones fundamentales del poder construyendo un sistema de coordenadas plano (admítase este indebido uso metafórico de un concepto matemático a fin de poder graficar mejor la idea que se está desarrollando) con los dos continuos mencionados, colocando en el eje de la ordenada la correspondiente a la actitud/comportamiento hacia el proceso de la vida y en el de la abscisa la correspondiente a la actitud/comportamiento ante el logro (esquema 4). Se obtiene así un plano cartesiano rectangular en donde se pueden observar los cuatro cuadrantes que surgen de la intersección de estos dos continuos.

Antes de pasar a hacer un breve comentario sobre los resultados de este análisis, es importante recordar que de la definición de salud, implicando en ella el actual paradigma de la complejidad, se desprenden dos cuestiones fundamentales: que el proceso de salud es el proceso mismo de la vida y que este implica no solo las vertientes física, psíquica y social sino también la espiritual (entendida como lo que surge del contacto entre la mente y la cultura) y la ambiental. Al vincular este proceso con lo espiritual y con lo ambiental, se alcanza a comprender que se trata de un verdadero fenómeno ecosistémico, a partir de lo cual, avanzando en una pers-

pectiva holística, se llega al concepto de biosfera. Si tomamos en cuenta la ecología profunda del noruego Arne Naess o, recurriendo a los ancestrales conocimientos de los pueblos originarios de nuestra América, apelamos a lo afirmado en 1854 por Noah Sealh, Cacique de los Suquamish, comprendemos que *el hombre no tejó la trama de la vida: es apenas una hebra de ella; todo lo que le haga al tejido, se lo hará a sí mismo* (Grinberg, 1999).

Esquema 4. Sistema de coordenadas con las dimensiones actitudes/comportamientos ante el proceso de la vida y ante el logro



No hay un concepto más sintético y claro para comprender la autolimitación de logros que la metáfora de la *hebra de una trama* pues, rápidamente, nos lleva a entender que los seres humanos no somos individualidades dueñas absolutas de la vida propia y ajena (como propone e impone el neoliberalismo) ni tampoco meros objetos subordinados a la voluntad y designios de otras hebras

(como propuso el comunismo soviético y otros sistemas de autoritarismo extremo) porque en una trama no hay jerarquías.

Pero volvamos al metafórico plano cartesiano. Se podría hacer una larga disquisición sobre la naturaleza de lo que determina cada cuadrante y lo que se ubica en cada uno de ellos, pero la razonabilidad que debe guiar la extensión de un escrito como el presente no lo permite. Solo haremos dos reflexiones y algunos señalamientos:

- En función de las dos dimensiones trabajadas, surge en cada cuadrante la forma específica de gobierno a la que le son inherentes las actitudes/comportamientos que definen los valores implicados en cada una de ellas. Cuando las actitudes/comportamientos implican el máximo entorpecimiento del proceso de la vida y la máxima ilimitación de logro, surge el terrorismo de Estado, nacional o internacional, que es el modo más degradado de lo dictatorial (la Alemania de Hitler, las dictaduras genocidas de la década de 1970 del Cono Sur de Latinoamérica o los Estados Unidos de Bush hijo). Si nos desplazamos por el eje de la abscisa hacia el extremo de la autolimitación, manteniéndonos en el extremo del entorpecimiento de la vida, aparecen las dictaduras fascistas, como fue el caso de la Italia de Mussolini o las dictaduras que tuvimos en América latina durante el siglo pasado (Getulio Vargas, Víctor Paz Estenssoro, etcétera). Si, por el contrario, nos movemos por el eje de la ordenada hacia el extremo de la promoción del proceso de la vida, pasando un poco por arriba del punto de origen o neutro pero desplazados al extremo de la ilimitación del logro, aparecen las democracias formales que por estas épocas estamos acostumbrados a ver. Los extremos de este cuadrante generan un espacio vacío, dado que pareciera que hay una incompatibilidad en la posibilidad de que converjan los valores máximos de la promoción del proceso de la vida y de la ilimitación del logro en una misma mente humana puesto que un extremo anula al otro, y pareciera que son racionalmente incompatibles. Por último, en el cuadrante superior de la derecha, máximo de promoción de la vida y de la autolimitación, se ubica la democracia real, como las de Guatemala con las presidencias de Juan José Arévalo (1945-1951) y de Jacobo Arbenz (1951-1954) o la de la Argentina con Arturo Illia (1963-1966).

- Las condiciones de salud de una sociedad están íntimamente relacionadas con las características de las dinámicas política y económico-política de la misma y de su gobierno, en la jurisdicción que corresponda: municipal, provincial/departamental, o nacional. La mejor situación de salud posible surge en el extremo del cuadrante superior derecho, siendo inherente a la democracia plena. En el cuadrante superior izquierdo, donde se ubican las democracias formales actuales, con gobernantes frecuentemente empleados de las corporaciones transnacionales y respondiendo a los designios de las dictaduras internacionales neocolonialistas, la situación de salud de la población es tan mala como la que logra generar el mercado de la enfermedad en su ambición ilimitada de lucro. Ahora, la dinámica política de una comunidad o de una sociedad (también la calidad de su gobierno) depende del desarrollo de ciudadanía alcanzado por sus integrantes, de lo que se puede deducir, desde nuestro punto de vista, que el avance en la construcción de ciudadanía incidirá directamente en las condiciones de salud de los miembros del conglomerado social del que se trate y, por un proceso de retroalimentación, la buena situación de salud, entendida esta como proceso pleno de la vida e instancia de desarrollo humano integral, reforzará su condición de ciudadanos que, al propagarse y profundizarse, irá progresivamente transformando las democracias formales en democracias plenas o sustantivas.

Se señalan tres cuestiones para reflexiones posteriores a la lectura de este capítulo:

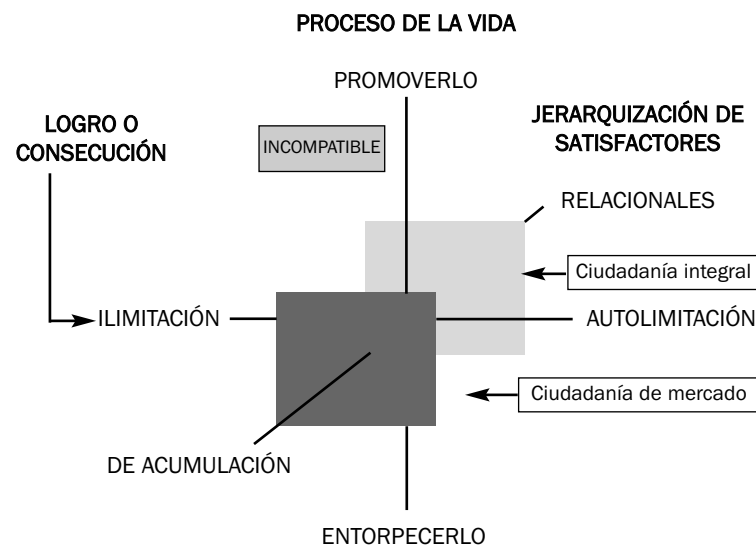
- Primera cuestión: pareciera que, en el cuadrante virtuoso, el desarrollo humano estuviera guiado por el deseo de *ser más*, a diferencia del cuadrante vicioso en el cual el desiderátum es *tener más*.
- Segunda cuestión: es interesante pensar en qué cuadrante se ubican las organizaciones internacionales pertenecientes al Sistema de Naciones Unidas (ONU), que la famosa Hazel Henderson (2003), una de las creadoras de los Indicadores Calvert-Henderson sobre calidad de vida, clasifica como "...agencias internacionales no democráticas", el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la

Organización Mundial de Comercio (OMC). La OMC, cuyos tratados firmados multilateralmente por los 132 países que la integran (casi todos los países que conocemos) obliga a los mismos, por sobre sus leyes nacionales, a aceptar lo que tipifican como mercancías sometidas al libre comercio, entre ellas: la salud y la educación. Ningún país signatario de los tratados promovidos por la OMC puede impedir que en su territorio una empresa privada extranjera monte un sanatorio, una escuela o una universidad (Feldfeber y Saforcada, 2005).

- Tercera cuestión: si al sistema de coordenadas le agregamos una dimensión más, la correspondiente a la jerarquización de satisfactores, ubicando en un extremo del continuo la máxima valoración de los satisfactores de acumulación (dinero y lo que se puede adquirir con el dinero) y en el otro extremo la máxima valoración de los satisfactores relacionales (el afecto, la asociatividad, la cooperación, el reconocimiento, los intercambios conversacionales sin fines prácticos, la comprensión humana, el apoyo social, etcétera) se estructura un espacio tridimensional con ocho celdas cúbicas (esquema 5). La demarcada por la ilimitación del logro, el entorpecimiento del proceso de la vida y la jerarquización de los satisfactores de acumulación es propicia para la construcción de *ciudadanías restringidas*, sea por la imposición de dictaduras o por la hegemonía del fundamentalismo de mercado; en la demarcada por la promoción del proceso de la vida, la autolimitación y la jerarquización de los satisfactores relacionales parecería adecuada para el surgimiento de *ciudadanía integral*.

Lo que se ve con claridad, aunque es factible estar en un error con tal consideración, es que si no se logra concertar con cierta armonía las cuatro racionalidades señaladas al comienzo o, mucho mejor aún, si no se logra orquestar y modelar positivamente las principales dimensiones del poder, no se podrá construir ciudadanía integral y lo que se alcance en el mejoramiento de las condiciones de salud de las comunidades y en su bienestar será significativamente menor que lo humanamente posible.

Esquema 5. El sistema de coordenadas del esquema anterior con el agregado de la jerarquización de las categorías de satisfactores



Para finalizar, sacamos a colación parte de un texto de David Bohm (1996), físico cuántico, en el que se adentra en el campo de la posibilidad de entendimiento entre los seres humanos; se lo transcribe porque la posibilidad de ubicarnos en el cuadrante virtuoso antes mencionado depende también de este tipo de procesos:

Consideremos ahora, por último, una representación muy frecuente en nuestra sociedad, la de que “uno tiene que cuidar de sí mismo e ir con cuidado con los demás, porque son peligrosos y no se puede confiar en ellos”, una representación que da lugar a una respuesta, no solo externa sino también interna y activa una reacción neuroquímica que pone en marcha cierta tensión corporal. Y, si bien es cierto que el mundo es un lugar peligroso, este planteamiento es inadecuado. El mundo no es hostil porque la gente sea intrínsecamente mala, sino por las falsas representaciones que normalmente damos por sentadas. Tenemos que ver con claridad la causa correcta y, en consecuencia, no podemos acercarnos a las personas como si fueran intrínsecamente peligrosas, sino

como víctimas de falsas representaciones. El cambio de representación abre entonces la puerta de transformaciones más profundas. [...] Son muchos los mundos posibles y todos ellos dependen de nuestra representación, especialmente de nuestra representación colectiva. Para construir un “mundo” se requiere más de una persona y, en consecuencia, la clave radica en la representación colectiva. Lo que quiero destacar aquí es que no basta con que una persona cambie su representación –aunque eso, por cierto, estaría muy bien–, sino que el verdadero cambio radica en la transformación de nuestras representaciones colectivas (Bohm, 1996).

**El sistema de servicios de salud:
la perspectiva de los usuarios**

El presente capítulo presenta algunas conclusiones y posteriores reflexiones a propósito de una investigación psicosociosanitaria realizada, dentro del marco de las Becas Carrillo-Oñativia del Programa CONAPRIS del Ministerio de Salud de la Nación y en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sobre la evaluación que hacen los usuarios de Centros de Atención Primaria de la Salud en cuanto a las prestaciones que brindan y la satisfacción que las mismas les generan.

Comenzamos contextualizando el estudio en el marco de la Atención Primaria de la Salud y destacando los rasgos imprescindibles a la hora de plantear la evaluación de los servicios. Revisamos, a continuación, las distintas aproximaciones empíricas que se han hecho al estudio de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud. Presentamos, luego, los aspectos centrales del estudio empírico realizado, para finalizar con algunas reflexiones e hipótesis de trabajo que nos deja como saldo la experiencia de investigación transitada.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud

Al calor de los movimientos ideológicos, sociales y políticos que atravesaron la década del 60 y buena parte de la siguiente, se formula, en un ámbito de legitimación internacional como el propuesto por la Organización Mundial de la Salud, la Declaración de

Alma Ata que postula la Atención Primaria de la Salud (APS). Surgida inicialmente como estrategia capaz de hacer concreta la visión formulada con el lema *Salud para Todos* en el Año 2000 la APS ha dado lugar, desde sus inicios hasta la actualidad, a las más variadas orientaciones y propósitos.

En tal sentido, se la ha concebido como:

- a) Una estrategia trazadora de las políticas públicas en salud que implica la reforma en los sistemas de atención.
- b) Una modalidad más racional de administrar conjuntos de actividades destinadas a poblaciones en riesgo.
- c) Un nivel de atención que permitiría, convenientemente gerenciado y con adecuada capacidad resolutive, achicar los crecientes costos que demanda la atención de una población cada vez más envejeciente y padeciente de enfermedades crónicas.
- d) Una filosofía que debería impregnar todas las acciones contenidas en el sistema de atención.

De esta forma, la APS contenía un elemento de transformación de alto impacto potencial en aquellos sistemas con bajo grado de organización y comprobada ineficacia e ineficiencia en la utilización de recursos y con mayores necesidades relativas, tales como los sistemas sanitarios de aquellos países eufemísticamente reconocidos como “en desarrollo”. Se abría el camino para diseñar estrategias de atención con mayor grado de racionalidad, organizando y disponiendo los servicios de acuerdo con las necesidades y las privaciones de los distintos grupos sociales. También llevaba implícito un cuestionamiento en torno de los patrones de distribución de los recursos sociales y económicos que caracterizaban a estas sociedades, atravesadas por la creciente estratificación y desigualdad social; los cuales se expresaban a su vez en un acceso desigual a los servicios de salud.

Pero los procesos de creciente endeudamiento de los Estados en desarrollo, la multiplicación del fenómeno de la pobreza y la desigualdad que comenzó a manifestarse en estas sociedades, y que no ha dejado de profundizarse en las décadas subsiguientes, conllevaban riesgos adicionales no suficientemente advertidos por quienes pensaban los alcances de esta estrategia, aun cuando en su formulación estuviese comprendida la íntima relación entre el

logro de las metas sanitarias y el desarrollo económico-social de las sociedades.

Entre otros aspectos, en el ámbito de los gobiernos nacionales, el sector salud fue perdiendo cada vez mayor protagonismo y liderazgo, situación que se reprodujo en escala internacional con el progresivo declive de la Organización Mundial de la Salud a expensas del predicamento que fueron adquiriendo las organizaciones multilaterales de crédito, que sentaron su primacía en el escenario que planteaba la deuda contraída por los principales países en desarrollo.

Asimismo, el discurso hegemónico de los '80, impulsado y promovido por los organismos multilaterales de crédito que financiaban los programas sociales destinados a remediar la situación de las poblaciones carecientes, fue desplazando el eje hacia una concepción de la APS que enfatizaba la organización de un conjunto de actividades programáticas dirigidas hacia los grupos considerados como de más alto riesgo. El discurso sanitario comenzó a incorporar un conjunto de principios, valores, metodologías e incluso una terminología propia que se diferenciaba nítidamente de la utilizada la década anterior: comenzó a hablarse en términos de gerenciamiento, racionalidad administrativa, eficiencia y costo efectividad.

En los términos planteados por Barbara Starfield (1992), se trataba entonces de recuperar la concepción acerca de la APS como una estrategia que concebía integralmente los problemas de salud-enfermedad y atención de las personas y del conjunto social a través de la organización y el despliegue de todos los recursos destinados a la promoción, protección y restauración de la salud, sustentada en una filosofía que introducía criterios valorativos tales como la equidad, accesibilidad, integralidad y universalidad de las prestaciones.

En este punto podemos revisar la importancia que alcanza la calidad de atención en el primer nivel, ya que allí es posible constatar más fácilmente algunos de los hechos o fenómenos que definen un sistema orientado según estos principios y, fundamentalmente, la posibilidad de lograr una resolución concreta y oportuna de casos que, de no tratarse adecuadamente, impactarán con un incremento de la demanda en el segundo y tercer nivel de atención, por ser este nivel, además, el responsable principal de desarrollar las estrategias de prevención primaria y de promoción de la salud.

Pero, al mismo tiempo, resultaba necesario plantear la discusión en torno de qué medidas permitirían desplazar el eje del discurso a la acción, e ir hacia la construcción y validación de instrumentos que permitieran hacer viable este propósito.

Por ejemplo, algunas de las principales cuestiones apuntadas por autores (Starfield, 1992; Frenk, 1992) que han indagado sobre tales aspectos son las siguientes: a) ¿En qué medida el sistema ofrece mayor facilidad de acceso, tanto por su ubicación geográfica como por una mayor disponibilidad de horarios de atención?; b) ¿En qué medida el sistema de turnos permite una atención oportuna y continua de los casos que llegan a consulta?; c) ¿Cuán integral o inclusivo es el paquete de beneficios ofrecidos a la población?; d) ¿Es el sistema reconocido como el ámbito habitual para la atención de su salud por parte de aquellos individuos claramente identificados como usuarios?

En este marco, y de acuerdo con el juicio de dichos expertos, la satisfacción del usuario es una de las dimensiones fundamentales para lograr una adecuada evaluación de la calidad de la atención primaria en el primer nivel de atención, habiéndose incrementado exponencialmente la cantidad de estudios al respecto durante la década pasada.

Han obrado a este fin distintos factores concurrentes, entre los que cabe citar:

- La constatación de que el sistema de atención se activa a través de la demanda, razón por la cual los vecinos deben estar convencidos de que el centro de salud es el ámbito donde recibirán una atención adecuada, accesible y oportuna.
- La perspectiva del usuario comienza a considerarse como una de las vías estratégicas más importantes para ampliar la base de legitimación de los servicios públicos de salud, posibilitando mayores niveles de participación y responsabilidad en el conjunto de la ciudadanía.

Desde el enfoque que, por otro lado, aportan las tendencias gerencialistas, la perspectiva de los usuarios se abrió paso en la bibliografía sobre gestión de servicios de salud ceñida a una mirada instrumental que, de manera lineal, identifica aspectos discretos que pueden ser objeto también de una respuesta específica y acotada a ese propósito. Desde esta lógica instrumental, se interroga, de

manera preponderante, acerca de cuáles son los medios para actuar en el control de las variables estudiadas con miras a lograr una administración más racional de los recursos disponibles y una mayor eficacia en las acciones adoptadas.

Revisemos, entonces, cuáles han sido alguna de las contribuciones que, en la región de Indoafroiberoamérica, han cernido este campo de estudio e intervención.

Aproximaciones empíricas al estudio de la satisfacción con los servicios

La evaluación de la calidad de los servicios de salud (originalmente concebida como atención médica) se inició en las primeras décadas del siglo XX, y, a partir de la segunda mitad de ese siglo, se convirtió en una herramienta indispensable en la gestión de los sistemas de salud, respondiendo a las demandas de mayor eficacia y eficiencia técnica, responsabilidad social e incluso, en ciertos sistemas de aseguramiento, para determinar el tipo y cantidad de los reembolsos o bien la posibilidad de incluir o excluir a proveedores de servicios del listado de oferentes de una determinada entidad.

Más recientemente, se ha incorporado en la comunidad científica la necesidad de evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios, inaugurando así una vertiente con contribuciones fundamentales al desarrollo de los servicios de salud. Esta nueva tendencia se basa en la convicción de que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios de salud deben dirigirse primordialmente a la disminución del sufrimiento y al incremento del bienestar general de los pacientes, sin descuidar los adelantos científicos de la práctica asistencial.

El estudio acerca de la satisfacción con los servicios de salud resulta en la actualidad una cuestión hartamente compleja, dado que existe un bajo grado de consenso en torno de su conceptualización y medición.

Mira y col. (2002) comprenden en el concepto “satisfacción del paciente” los estudios que tratan acerca del “arte de la atención”, constituyéndose como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud. De acuerdo con otros autores (Linder-Pelz, 1982), la satisfacción puede ser considerada como una actitud, entendida esta como “una evaluación gene-

ral o sentimiento de estar a favor o en contra del objeto en cuestión, la cual puede variar a lo largo de un continuo entre *totalmente a gusto* y *totalmente a disgusto*" (Azjen y Fishbein, 1980).

Diversos autores (Zastowny y col., 1989) han señalado que, por un lado, la satisfacción del usuario puede ser considerada como *input* o, en otros términos, como causa de determinados comportamientos, ya que la insatisfacción produce una mala utilización de los servicios de cuidado de la salud: desalienta a los usuarios de utilizar los servicios sanitarios potencialmente útiles, de manera tal que, cuando se produce la interacción con los profesionales e instituciones, esta se realiza de forma poco gratificante, arrojando como resultado bajo nivel de cumplimiento de las prescripciones por parte del paciente, bajo grado de eficacia en el tratamiento y mayor insatisfacción, prolongando nuevamente el circuito de retroalimentación positiva.

En una esclarecedora aproximación al tema desde la perspectiva de inclusión de la psicología en los servicios de salud, Morales Calatayud (1999) señala que la satisfacción está relacionada, básicamente, con el nivel de las expectativas del paciente con respecto al servicio que aspira a recibir, lo que a su vez se relaciona con la representación previa de la calidad de esos servicios, y de sus derechos con respecto a su uso; asimismo, consigna una aseveración muy ilustrativa al señalar la relatividad misma del concepto de satisfacción:

Cuando los servicios tienen un máximo de accesibilidad y se comparte la opinión de que a la vez tienen un máximo de calidad, las personas aspiran a que esa calidad se aplique a su caso particular no como algo que se les puede dar o no, sino como algo que de hecho les corresponde, por lo que no se disculpa ninguna insuficiencia (Calatayud, 1999).

La satisfacción de los pacientes con respecto a sus expectativas y las actitudes hacia la atención médica es tal vez una de las variables más frecuentemente medida en Estados Unidos. En efecto, ha aumentado la cantidad de estudios al respecto en las décadas pasadas. Sin embargo, muchos de los instrumentos usados en las primeras investigaciones no toman en cuenta cómo los pacientes definen y perciben la calidad y no tienen prioridades explícitamente incorporadas.

Más que de un aspecto objetivo de la calidad habría que hablar de calidad percibida o, en otros términos, de los aspectos subjetivos

de la calidad de la asistencia. En nuestro país cabe citar la relativamente reciente investigación realizada por la Fundación Isalud (Romano y col., 2004), que apuntó a recuperar el protagonismo del usuario, en cuanto a la definición de las variables a incluir en los estudios de satisfacción.

La inclusión de los usuarios de los servicios de salud en las actividades de evaluación de la calidad de los mismos es un requisito para mejorarla, por lo que se está poniendo especial atención en el análisis crítico de las implicaciones metodológicas de reconocer como elemento clave en el mejoramiento de los servicios la participación de los beneficiarios (Saturno, 1995). Así, se abre la posibilidad de planificar estrategias y programas tomando en consideración las necesidades y los intereses de la población de acuerdo con sus propios criterios u opiniones (Gonzalves y col., 1995).

Los estudios realizados por Carmel (1985) y Weiss (1990) consideran tres aspectos fundamentales que influyen en la satisfacción:

- a) Características sociodemográficas del paciente (edad, sexo, nivel educativo, nivel de ingresos).
- b) Características de los proveedores, en las que se destaca por ejemplo la claridad y extensión de la información brindada por el profesional.
- c) Factores estructurales y de organización (forma de pago, accesibilidad, duración del tratamiento, continuidad de los cuidados, condiciones físicas en las que se produce el servicio).

En un trabajo de metaanálisis realizado por Hall y Dornan (1988) sobre la base de 221 estudios sobre satisfacción del paciente, las dimensiones de aquella que aparecen, por orden de evaluación, han sido: calidad humana del profesional que presta la asistencia, cantidad y calidad de la información facilitada, calidad de los servicios en general, competencia técnica del profesional, satisfacción general con los servicios, burocracia, acceso, costo, resultados, continuidad de los cuidados y atención a los problemas psicosociales.

Dentro de la Unión Europea, se han impulsado encuestas de satisfacción para medir la percepción que tienen los usuarios de la atención sanitaria recibida y han abarcado, por ejemplo, aspectos tales como las consultas externas hospitalarias y ambulatorias, los programas de detección precoz del cáncer de mama, los centros de

salud, el hospital de día, los servicios de hospitalización a domicilio y los servicios de atención primaria.

En la gran mayoría de los estudios relevados, existe una tendencia hacia la utilización de escalas basadas en puntuaciones numéricas (*scores*) que evalúan el desempeño de los servicios de salud según la opinión de los usuarios. Estas escalas permiten identificar áreas susceptibles de mejoría. Adicionalmente, otro método para medir satisfacción es el basado en el balance de las percepciones del usuario durante su visita al establecimiento en función de sus expectativas. De hecho, Parasuraman y col. (1985) definen la calidad como:

Un juicio global del usuario respecto de la calidad del servicio que resulta de la comparación realizada por los usuarios entre las expectativas sobre el servicio que van a recibir y las percepciones en torno al desempeño de las organizaciones prestadoras del servicio.

A partir de la reseña realizada antes respecto a estudios de satisfacción de usuarios de servicios de salud, se hace evidente que, tanto las variables tenidas en cuenta por los usuarios como definitorias de la calidad de los servicios, como la importancia otorgada a cada una de ellas, están sujetas a una amplia variabilidad según características psicosocioculturales de los usuarios y de organización de los servicios, por lo que se hace necesario identificar estos aspectos en el nivel local.

Asimismo, a partir de los estudios citados, resulta conveniente formular algunas precisiones, que pasamos a señalar:

1. Los servicios de salud están fuertemente condicionados, en su estructura y su génesis, por la concepción que de los mismos (y de los recursos y acciones allí producidas) ha establecido el modelo clínico hegemónico. Desde esta concepción, los profesionales médicos adquieren una gran centralidad en el proceso de atención, se enfatiza la dimensión biológica del proceso salud/enfermedad y la relación entre quienes demandan y ofrecen atención se halla sostenida en una fuerte asimetría de poder; ya que el saber y el conocimiento están concentrados prioritariamente en uno de los polos de dicha relación.
2. Los aspectos ligados a la satisfacción con un determinado servicio no pueden desligarse de aspectos constituyentes de la intersubjetividad; esto es, cuestiones ligadas con la reciprocidad

dad de expectativas que vincula a prestadores y usuarios de un servicio de salud: las atribuciones de función, la percepción que cada uno de los actores se hace respecto de la capacidad que el otro tiene para comprender y actuar en resolución de determinados problemas y a la significación misma que adquieren las experiencias vinculadas al “*sufrimiento, el dolor y la angustia, que son producto y manifestación de las condiciones objetivas y estructurales en que viven los colectivos humanos*” (Magalhaes Bosi y Mercado, 2007).

De allí que, aun cuando añada mayor complejidad al análisis, la cuestión de la satisfacción debería asociarse más estrechamente a factores ligados al contexto sociocultural: por ejemplo, cuáles son los derechos y deberes que en cada sociedad enmarcan la prestación de servicios de salud, cuál es el grado de legitimación del rol que se les asigna a los profesionales que integran los equipos y qué participación se les asigna a los usuarios legos como responsables en el cuidado de su propia salud. A la vez que es necesario considerar estos y otros aspectos psicosocioculturales en los contextos específicos en donde se desarrollan las investigaciones.

Por otra parte, si analizáramos cada uno de los grupos que recibe asistencia (usuarios de servicios ambulatorios, de pediatría, psicología o medicina general, pacientes internados en condiciones prolongadas de hospitalización), se observarían diferencias de perspectivas que deben considerarse a la hora de determinar qué y cómo evaluar.

La cuestión acerca de cómo medir la satisfacción en cuanto indicador de calidad debería implicar también a proveedores y a los usuarios indirectos (familiares, amigos), así como al personal que brinda asistencia.

En su caracterización del Sistema Total de Salud, Saforcada (1999b) incorpora al análisis del proceso de satisfacción dos componentes intersubjetivos constituyentes: el general y el sectorial, y menciona la necesidad de estudiar la interacción de los contenidos de las estructuras psicosocioculturales del componente formal referidos al cuasiformal y de este referidos al formal. Señala a su vez que cada uno de esos componentes configura, dentro de la cultura organizacional hospitalaria (que se traslada a las unidades sanitarias, centros de salud, salitas, postas sanitarias, etcétera), su propia subcultura y plantea expresamente:

Cada uno de estos componentes configura los contextos en los cuales se procesan las experiencias y vivencias individuales y compartidas que dan origen, y transmiten subculturalmente, a las representaciones sociales, los sistemas de significación, las imágenes y tantos otros de los ingredientes psicosociales que configuran la naturaleza relacional de cada uno de estos componentes (Saforcada, 1999).

El componente intersubjetivo sectorial queda conformado, según Saforcada, a partir de la red de interacciones que estructura y dinamiza el STS, y está constituido por la carga afectivo-emocional de los emergentes psicosocioculturales de la interacción entre el componente formal y el componente formal/cuasi formal (efectores del sistema), interacciones que van a influir por medio de procesos de retroalimentación y a través de reforzamientos y cambios estructurales en las subjetividades de las personas integrantes de cada uno de dichos componentes.

No obstante, ubicarnos en el plano de las relaciones intersubjetivas no implica desconocer otros factores que inciden sobre el grado de satisfacción percibido por los usuarios: por ejemplo, la cercanía geográfica, la adecuación de la infraestructura física, la entrega de beneficios tales como leche o medicamentos, la conveniente disponibilidad u oferta de especialidades.

Pero, y esto debe ser resaltado, tales factores no deberían ser evaluados como variables discretas sino como aspectos que se articulan complejamente en una trama de procesos, relaciones, significados que, configurados sistémicamente, influyen sobre aspectos tales como el grado de satisfacción global que el usuario percibe respecto de la institución proveedora de servicios y, sobre las variables que pueden estudiarse analíticamente, a través de cuyo examen puede investigarse el peso relativo que tienen en la elección de o satisfacción con un determinado centro de salud.

Para decirlo en otros términos, las variables identificadas y convertidas en unidades discretas para su medición empírica por el investigador no aparecen configuradas de esta manera en la percepción del usuario, dado que influyen en su conducta tomando en consideración tales variables de manera fuertemente articulada entre sí, y cuya resultante es, en términos de opción prácticamente seguida, por ejemplo, la elección de una determinada institución proveedora de servicios de salud.

Las consideraciones precedentes nos permiten señalar aspectos relativos al abordaje empírico de esta clase de cuestiones.

Habitualmente, los estudios de satisfacción están orientados de acuerdo con una metodología estadística que trabaja con instrumentos estandarizados para el relevamiento de percepciones, actitudes y opiniones y su posterior procesamiento cuantitativo, lo que permite efectuar una medición independiente de las variables bajo estudio para facilitar su análisis (relaciones, peso relativo, etcétera).

No obstante, en virtud de las características fuertemente articuladas de las variables bajo estudio, y, principalmente, de la importancia asignada a los aspectos de significación otorgados por los usuarios, en el decurso histórico de las investigaciones realizadas sobre el tema, han resultado de utilidad otras aproximaciones metodológicas, apoyadas en un paradigma de naturaleza cualitativa.

Pueden señalarse algunos principios que fundamentan este enfoque de la investigación cualitativa y cuál es su contribución al estudio de los servicios de salud:

- a) Asumir que no existe una realidad única sino muy diversas realidades que derivan de la forma en que los distintos sujetos y grupos perciben e interpretan el mundo y su lugar en él, lo cual implica que se trata, en la mayoría de los casos, de interpretaciones acerca de interpretaciones que los actores hacen sobre determinados hechos y situaciones lo que configura, al decir de Giddens, una doble hermenéutica.
- b) Colocar como foco del análisis los procesos de significación y valoración, así como también de aquellas conductas que pueden ser observables directamente, sin que medie el relato o narrativa que los sujetos expresan sobre la realidad por ellos significada.
- c) Poner entre paréntesis la cuestión acerca de la legitimidad de que están revestidos ciertos conocimientos a fin de poder estudiar con idéntico interés y dedicación el conocimiento lego o popular y el conocimiento científico.

En tal sentido, la triangulación de aproximaciones cuantitativas y cualitativas se ha concretado en numerosos estudios.

Plantearemos, a continuación, la estrategia metodológica seguida en el presente estudio y los resultados obtenidos, así como la interpretación de los datos y las principales conclusiones o hipótesis extraídas de los mismos.

Esta aproximación ha resultado de utilidad para evaluar la percepción de los usuarios en el primer nivel de atención, pero también para reflexionar en torno de las metodologías y técnicas empleadas para su evaluación.

La perspectiva de los usuarios en el primer nivel de atención: hallazgos obtenidos en un estudio local

Objetivos

Dados los antecedentes expuestos, un equipo de la cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, bajo la dirección de dos de los autores de este libro, desarrolló un estudio acerca del grado de satisfacción de los usuarios de tres centros de salud pertenecientes al Área Programática de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El estudio comprendía, además, otros objetivos, tales como comparar el grado de satisfacción de los usuarios de los tres centros de salud y vincularlo con características de gestión y atención de los mismos.

Metodología

Se trató de un estudio exploratorio, descriptivo, en dos etapas, con utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas. Se realizó un muestreo intencional, por cuotas, en función de variables de sexo, edad y servicio consultado, representativas de la población usuaria de los Centros bajo estudio. Se tomaron 100 encuestas a cargo de un equipo de encuestadores capacitados a tal efecto en cada uno de los centros de salud. Se llegó a un total de 300 encuestas.

Universo y muestra

El universo de estudio fueron los usuarios de tres Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) del Área Programática del Hospital Santojanni que más consultas atendían y que son instituciones de referencia para la población del área.

Los centros de salud mencionados atienden, principalmente, población de bajos recursos procedente de barrios del área programática, pero también, en buena proporción, de otras zonas carenciadas de la provincia de Buenos Aires. El 25% de la muestra alcanzó el nivel de estudios primarios como máximo nivel de escolarización. A su vez, la población se caracteriza por un alto porcentaje de usuarios inmigrantes (del interior del país y, principalmente, de países limítrofes).

La primera etapa de la investigación, de índole cualitativa, tuvo por objeto conocer las variables a partir de las cuales los usuarios definen su satisfacción con los centros de salud. Las mismas fueron relevadas por medio de la metodología de entrevistas semiestructuradas, tomadas a usuarios que concurren a los centros de salud del área en estudio y sirvieron como base para elaborar el cuestionario estandarizado que se aplicó en la segunda etapa.

El estudio también partió de una fundamentación epistemológica en la cual es factible triangular datos de diversa naturaleza. Así, fue arrojando una serie de datos cualitativos que, incorporados al diseño del instrumento, permitieron aprehender una serie de cuestiones vinculadas a la relación entre dichas variables desde la perspectiva de los propios usuarios.

El instrumento estandarizado tomó como base las variables identificadas en la primera etapa y fue discutido con el jefe del Área Programática y con los jefes y equipos de salud de los CESAC participantes, a fin de incorporar sugerencias y variables de interés para dichos efectores. Luego se administró una prueba piloto para ajustar el lenguaje del instrumento a las características socioculturales de la población.

En una segunda etapa, se procedió a la administración del instrumento estructurado que evaluó la satisfacción de los usuarios sobre aspectos específicos de los centros de salud. Para eso, se utilizó una serie de preguntas cerradas y una escala Likert de respuestas que medían el grado de satisfacción. Esta encuesta se acompañó de un instrumento cualitativo, abierto, que apuntaba a la profundización en las respuestas brindadas a la encuesta.

El instrumento relevó los siguientes aspectos: a) El grado de satisfacción global experimentado por los usuarios en una escala de 0 a 10 puntos; b) El grado de satisfacción percibido en relación con variables específicas; c) El orden de relevancia de las variables (según la percepción de los usuarios) que inciden en la satisfacción

con el centro de salud; d) Las variables que inciden en la elección de un centro de salud y su orden de importancia (de acuerdo con el ordenamiento establecido por los usuarios).

Principales hallazgos

a. La dimensión cuantitativa

A continuación veremos las principales conclusiones que resultan de particular interés comunicar respecto de la investigación realizada. A los efectos de la presentación de los datos, las variables relevadas fueron agrupadas en las siguientes categorías ordenadoras:

- Atención médica (incluye las variables: tiempo que el profesional dedica a la consulta, trato brindado, modalidad de atención de los problemas de salud, explicaciones ofrecidas al paciente y atención en la guardia).
- Atención brindada por otros miembros del equipo de salud (incluye la atención del personal de enfermería, exámenes ginecológicos, ecografías, análisis de sangre y test de VIH).
- Asistencia del personal de apoyo (incluye la atención del personal administrativo, personal de seguridad y personal de limpieza).
- Beneficios (incluye satisfacción con la entrega de medicamentos y de leche).
- Organización y gestión (incluye satisfacción con la oferta de especialidades médicas, espera para sacar turno, espera hasta ser atendido, información brindada, accesibilidad geográfica).

Como se expone en el cuadro 1, uno de los hallazgos más significativos guarda relación con las variables que determinan la satisfacción con un centro de salud y su orden de relevancia, según jerarquización establecida por los usuarios. La calidad de la atención médica como una de las variables más influyentes al momento de evaluar su grado de satisfacción con el centro de salud en que se atendían.

Otro aspecto que se destaca de manera evidente, a partir de los resultados observados, es la importancia otorgada a los aspectos vinculados con la gestión de los servicios (ejemplos: cantidad y asig-

nación de los turnos, organización de la entrega, tiempo de espera, rapidez en la atención) así como el buen trato dispensado por el personal médico y el personal administrativo.

Cuadro 1. Variables que determinan la satisfacción con un centro de salud, según orden de relevancia

Orden de relevancia	Centro A	Centro B	Centro C
1°	Buena atención médica, en general, y pediátrica, en particular.	Buena atención médica, en general, y pediátrica y ginecológica, en particular.	Buena atención médica, en general, y pediátrica, en particular.
2°	Turnos, especialmente para pediatría (cantidad y organización de la entrega).	Turnos (cantidad y organización de la entrega).	Turnos, especialmente para pediatría (cantidad y organización de la entrega).
3°	Rapidez en la atención y cantidad de profesionales (este segundo aspecto se vincula, tanto con la mayor rapidez en la atención médica, como con la posibilidad de existencia de más cantidad de turnos).	Rapidez en la atención y cantidad de profesionales (este segundo aspecto se vincula, tanto con la mayor rapidez en la atención médica, como con la posibilidad de existencia de más cantidad de turnos).	Guardia: existencia de guardia pediátrica, en primer lugar, y buen funcionamiento de la guardia de adultos, en segundo lugar.
4°	Buena organización (que redundará en la rapidez en la atención).	Buen trato, en general y administrativo, en particular.	Buen trato del personal médico, administrativo y enfermeras.



Orden de relevancia	Centro A	Centro B	Centro C
5°	Buen trato administrativo.	Buena organización (que redundará en la rapidez en la atención).	Cantidad de especialidades disponibles.
6°	Cantidad de especialidades disponibles.	Cantidad de especialidades disponibles.	Limpieza e higiene.
7°	Buen funcionamiento de la guardia.	Limpieza e higiene.	Puntualidad en el comienzo del horario de atención, tanto administrativa como médica.
8°	Limpieza e higiene.	Seguridad en el acceso.	Buena atención administrativa.
9°	Entrega de medicamentos.	Entrega de medicamentos.	Cantidad de médicos, pediatras especialmente, (se vincula, tanto con la mayor rapidez en la atención, como con la posibilidad de existencia de más cantidad de turnos).
10°	Buena información.	Buena información.	Entrega de medicamentos.

Otra cuestión destacada en el resultado de la investigación ha sido observar cómo, a pesar de manifestar los usuarios una evaluación global positiva (incluso *muy* positiva) del centro de salud donde se atienden (cuadro 2), al evaluar variables relevantes específicas aparecía un alto grado de insatisfacción. Esta aparente con-

tradicción fue objeto de análisis más profundos y condujo a la formulación de nuevas hipótesis de trabajo.

Cuadro 2. Percepción global de la satisfacción

GRADO DE SATISFACCIÓN	CENTROS DE SALUD					
	CESAC A		CESAC B		CESAC C	
		Total		Total		Total
Muy conforme	20	87	27	95	19	96
Conforme	67		68		77	
Disconforme	7	8	3	4	3	3
Muy disconforme	1		1		0	
No sabe/No contesta	5	5	1	1	1	1
Total	100	100	100	100	100	100

Se presentaron niveles altos de satisfacción global con los centros (del 87% al 96%) en los tres CESAC bajo estudio. Asimismo, un porcentaje de usuarios que va del 63% al 72%, según el centro, le otorga al centro donde se atiende un puntaje de ocho puntos o más (en una escala de uno a diez) en cuanto a su satisfacción general con el mismo.

Los factores específicos que generan la mayor satisfacción y la mayor insatisfacción con los centros se presentan en los cuadros 3 y 4. Allí se los puede apreciar en su conjunto y facilitar las comparaciones.

Cuadro 3. Aspectos que generan mayor satisfacción entre los usuarios

Orden	Centro A	Centro B	Centro C
1°	Trato del profesional que lo atiende.	Explicaciones que da el profesional.	Atención médica a los problemas de salud.
2°	Atención médica a los problemas de salud.	Trato del profesional que lo atiende.	Trato del profesional que lo atiende.
3°	Explicaciones que da el profesional.	Atención médica a los problemas de salud.	Explicaciones que da el profesional.
4°	Exámenes diagnósticos (ginecológicos, ecografías, test de VIH).	Exámenes diagnósticos (ginecológicos, ecografías, test de VIH, sangre).	Exámenes Diagnósticos (ginecológicos, ecografías, test de VIH).
5°	Entrega de medicamentos.	Entrega de medicamentos.	Entrega de medicamentos.

En los tres centros estudiados, se observa que la satisfacción exhibe los niveles más altos en torno de variables vinculadas con la atención médica (trato del profesional, explicaciones brindadas, resolución médica de los problemas). Asimismo, es objeto de alta satisfacción la entrega oportuna y gratuita de medicamentos que permiten el cumplimiento de las prescripciones.

En cuanto a los tópicos que son objeto de un mayor grado de insatisfacción por parte de la población usuaria, se ha identificado, en primer lugar, en los tres centros bajo estudio, problemas vinculados con el tiempo de espera para la obtención de turnos y la modalidad de organización de la entrega de los mismos, así como el tiempo de espera desde que se obtiene el turno hasta el llamado

para ser atendido. Otro significativo factor de disconformidad es la calidad del trato brindado por el personal administrativo.

Cuadro 4. Aspectos que generan mayor insatisfacción entre los usuarios

Orden	Centro A	Centro B	Centro C
1°	Atención del personal de enfermería.	Espera y organización para sacar turno.	Espera y organización para sacar turno.
2°	Espera y organización para sacar turno.	Tiempo espera hasta que lo llaman para atención.	Tiempo espera hasta que lo llaman para atención.
3°	Tiempo espera hasta que lo llaman para atención.	Organización de la entrega de leche.	Oferta de especialidades.
4°	Organización de la entrega de leche.	Atención del personal administrativo.	Atención del personal administrativo.
5°	Oferta de especialidades. Funcionamiento de la guardia.	Limpieza e higiene.	Análisis de sangre (extravío de resultados, etc).
6°	Limpieza e higiene.	Seguridad en el acceso.	Confort de las instalaciones.
7°	Atención del personal administrativo.		Atención del personal de enfermería.

b. La dimensión cualitativa

Tal como hemos señalado, desde una perspectiva teórica que indaga sobre las dimensiones subjetivas de la atención, la calidad de

los servicios está asociada al recorte perceptivo que realiza el usuario, a su definición de una “buena” atención, a su percepción del derecho a la misma y a sus expectativas sobre ella.

En ese sentido, expondremos en primer lugar, las razones por las cuales los usuarios elegían atenderse en cada uno de los centros de salud, aspecto que se indagó con una pregunta abierta. En los tres CESAC estudiados las dos primeras razones invocadas por los encuestados para su elección fueron la *accesibilidad geográfica al centro* y la *buena calidad de la atención médica*.

Desde la tradición de estudios sanitarios, la accesibilidad ha sido una de las categorías centrales que ha permitido definir la eficacia del sistema de atención desde la óptica de los beneficiarios. A su vez, suele caracterizarse a la accesibilidad según distintas dimensiones, tales como la económica, administrativa, geográfica y cultural.

Según los sujetos entrevistados, no obstante la importancia que se le otorga a la cercanía al centro, con frecuencia prima la calidad de la atención sobre la accesibilidad geográfica, rasgo que evidencia la preferencia de los usuarios por atenderse en lugares más lejanos a su domicilio –en tanto esto les sea posible económicamente– para obtener una atención de mayor calidad y/o mayor comodidad en la misma: “Vengo desde Fiorito porque no me gusta cómo atienden en otros lugares”; “Yo vivo en Laferrère, pero pienso que acá la atención es mejor, por eso vengo hasta acá” (Centro B); “El centro de la Villa 20 está lindo de afuera, pero no hay médico”; “Hay una salita donde vivo, en la Villa 20, pero es fea, te pisan” (Centro A); “Fui a la salita del barrio donde vivo cuando estaba embarazada pero es chiquitito, no es como este y hay mucha gente y tenés que esperar un montón, no hay guardia, no es como aquí, y no siempre hay médico”; “Vivo en Madero, hay una salita ahí pero no cuenta con todos los servicios que hay acá, no tiene vacunas, nada” (Centro C).

La *guardia* (en dos de los centros) es el otro factor más mencionado como un factor de elección importante: “Porque en la guardia atienden rápido y porque Pediatría atiende bien, son los dos servicios por los que vengo al centro, a mí me corresponde la salita de Villa 20”; “La guardia es muy buena”; “Porque la guardia atiende toda la noche, es lo que más uso”; “Porque tienen guardia”; “Por guardia es la que me queda más cerca, solo uso la guardia porque tengo el plan Médicos de Cabecera y a los nenes los hago atender ahí”; “Tengo obra social pero vengo aquí a la guardia”.

Aparecen luego, en menor orden de importancia, otras razones de elección como el tiempo de usuario del centro: “Siempre me atendí acá”; “Me atiende la doctora desde mi primera nena, siempre la atendieron acá”; “Siempre vengo aquí, desde hace muchos años, tengo mi historia aquí, ya estoy acostumbrada, aunque vivo en San Justo, atienden muy bien”; “Vengo acá porque ya tengo una confianza”.

Pasemos ahora, en segundo lugar, a analizar la valoración que hacen los usuarios sobre los distintos aspectos del funcionamiento y los servicios ofrecidos por los centros de salud en que se atienden y los argumentos que despliegan en relación a la misma.

En lo que hace a la satisfacción con la *atención médica*, el trabajo indagó, como hemos señalado, los siguientes aspectos: tiempo que el profesional dedica a la consulta, trato brindado, modalidad de atención de los problemas de salud, explicaciones ofrecidas al paciente. Y, como hemos anticipado, se halló que un porcentaje importante de los pacientes que declaran estar *conformes* con los aspectos en evaluación antes mencionados manifiesta quejas y disconformidades que, en algunos casos, aparecen como contradictorias con su respuesta, particularmente cuando hacen referencia al trato dispensado por el profesional: “Según el médico que te atiende, vienen de mal humor, hay que tener suerte”; “A veces te atiende rápido y ni te revisa”; “Depende qué pediatra te atiende”; “A veces tardan porque revisan, a veces no revisan y te dan la receta rápido y después el nene sigue igual”; “Ayer me tocó otra obstetra, porque la doctora que me atiende tuvo una reunión, estaba con el celular, no me escuchaba...”; “A veces le entiendo, otras veces no le entiendo”. En relación con la *entrega de medicamentos*, dentro del grupo que se manifiesta satisfecho con el beneficio, la principal razón para la satisfacción es la disponibilidad efectiva de los medicamentos, aunque se expresan algunas quejas referidas a su falta de disponibilidad, teñidas, en algunos casos, de expresiones discriminatorias y, en otros, de discrecionalidad en la entrega: “Los bolivianos se llevan pilas de remedios, por ahí cuando llego no quedan más” (Centro A); “A veces mezquinan un poquito y dicen que no hay más para dar a otras personas” (Centro C).

Respecto de la *rapidez en la atención*, se halla a menudo condicionada por la planificación y asignación de turnos, uno de los elementos fundamentales que intervienen en el proceso de atención. La satisfacción con este aspecto ha sido definida, en la mayoría de

los casos, sobre la base de la comparación que establecen los usuarios con otros centros asistenciales conocidos por ellos y donde la espera puede ser aun mayor: “Porque me parece más rápido que en el Hospital”; “Te atienden en el día, al Hospital tenés que ir mucho más temprano”; “No pasa que te den el turno para dos meses o más” (Centro A).

En ocasiones, los vecinos del barrio atribuyen las dificultades para conseguir turno a que los mismos son tomados por gente que no debería estar allí (personas ajenas al barrio y extranjeros): “Como en todos lados, hay que venir a las cinco de la mañana, porque viene gente de otros lados”; “Estoy conforme, menos en pediatría, porque tenés que venir a las cinco de la mañana, porque viene gente que no es del barrio”; “No me molesta mientras sea bien atendida, los centros de salud y los hospitales están llenos por culpa de los bolivianos y paraguayos y eso me da bronca” (Centro A); “Se pelean, casi se pegan, las bolivianas, viene una y saca diez turnos” (Centro C).

Respecto a los *tiempos de espera para sacar turno*, este tema se constituye en el mayor factor de disconformidad entre la población usuaria entrevistada en los tres centros. Entre el grupo de usuarios que está insatisfecho se menciona, en primer lugar, la necesidad de llegar muy temprano para asegurarse la obtención del turno (debido a su escasez), con la consiguiente espera hasta que se empiezan a asignar: “Dan poca cantidad de números, se necesitaría más médicos”; “Hay que venir a las cinco de la mañana”; “Tenés que venir a las cuatro o cinco de la mañana y si hay mucha gente no alcanzás al número”; “A veces hay que venir muy temprano, cinco o cinco y media para sacar turno, a veces no llegamos a sacar turno, si venís directamente seis y media o siete, ya no tenés turno”; “Hacen esperar mucho y después tenés que esperar hasta que te atienden”; “Venís a las cinco de la mañana y ya hay diez personas, ahora, por lo menos, a las seis abren la puerta, antes no abrían hasta las siete pasadas” (Centro A); “Tenés que venir a las cinco o seis, demorás mucho”; “Algunos días esperás y no alcanzás a agarrar turno y, al final, hay que ir a otro lado”; “Tenés que madrugar, hoy vine a las siete de la mañana para que me atiendan a la tarde y ya no había números”; “Es un desastre, por ahí venís a las cinco, son las dos de la tarde y seguí sentada”.

Aun en el grupo de usuarios que expresa estar conforme con los tiempos de espera, se manifiestan, reiteradamente, malestares y

quejas sobre los mismos aspectos que en el grupo anterior: necesidad de llegar muy temprano a hacer cola para asegurarse la obtención del turno; la larga espera que ello implica (especialmente en pediatría, caso en el que las madres esperan con los chicos, y también en el caso de embarazadas y personas enfermas) y los problemas de seguridad que acompañan la espera; problemas de organización de la modalidad de asignación (que favorece conflictos entre los usuarios, en relación al respeto del orden de llegada); impuntualidad en el comienzo de la atención; quejas por la asignación de turnos a extranjeros.

En cuanto a la *atención del personal administrativo*, es interesante observar que la problemática que enfrenta a los usuarios con el personal administrativo queda enlazada, con frecuencia, a la problemática en el manejo (y la falta) de los turnos: por una parte, los usuarios manifiestan quejas sobre el manejo discrecional que hacen los empleados en el otorgamiento de turnos y, por otra, aparecen atribuciones de responsabilidad por cuestiones vinculadas a los turnos que, en realidad, exceden el ámbito de decisión y manejo de los empleados administrativos (cantidad de turnos a otorgar por día, o por especialidad, por ejemplo), lo que se observa con claridad en los siguientes testimonios correspondientes al Centro B: “Dan muchos turnos a una persona, para ella, para otra persona, para su vecina, y los números se acaban, entonces los presentes se quedan sin número”; “Si venimos a las siete de la mañana, nos dicen que no hay turno, para ginecología, por ejemplo, pero hay, no nos quieren dar porque llegamos tarde... o tratan mal”; “No atienden nada bien, es una pesadilla, la secretaria es muy agresiva, te dice ‘andate, retirate que tengo mucho trabajo’, cuando le pregunto por un turno, cuando no hay”; “A veces traés al nene con fiebre y no te quieren dar turno”; “A veces venís temprano y no conseguís turno, te hacen dar vueltas, te mandan de acá para allá, te mandan arriba y tenés que esperar mucho tiempo, me dijeron que no daban turno para odontología y me mandaron con la doctora, pero ella me dijo que ella no da turno”.

El trato del personal administrativo se constituye en uno de los principales motivos de malestar, y se evidencia en expresiones como las siguientes: “En el mostrador atienden muy mal por la mañana”; “Te atienden rápido, les preguntás algo y te mandan a la m...”; “Atienden de mala gana”; “A veces no tienen paciencia”; “Le querés hacer una pregunta y te dicen: ‘a las ocho’, no le cuesta nada

aclarar una pregunta, saber si hacer la cola o no, son medio asquerosos, tienen esa forma fea”; “Tienen mala onda”; “Preguntás y no responden, hoy pregunté y me ignoró, dijo: ‘¿quién sigue?’”; “Te tratan muy mal, su manera de hablar, te gritan, me gritaron, yo sabía en mi cabeza el DNI y yo ya tenía la ficha hecha, pero igual, por no traer el DNI no me dieron el turno”; “Se olvidan de vos, tratan mal, piensan que son los dueños, discriminan”; “Tardan en atender, a veces no se les puede preguntar, ni te hablan”; “Nunca están en su lugar, nadie nunca sabe nada, nunca los encontrás”; “Faltaría alguien, sobre todo a los abuelos, que los maltratan y gritan, tendría que haber alguien con más paciencia”; “A veces no escuchás algo y le preguntás y te dice ‘yo no hablo castellano?’”.

En relación con la *atención en la guardia* (en dos de los centros estudiados) el sentimiento de satisfacción está vinculado, principalmente, a la buena atención, la rapidez de la misma y la posibilidad de ser derivado en ambulancia al hospital de referencia: “Yo soy epiléptica, me descompuse varias veces y me han atendido bien”; “Atienden en seguida”; “Me atendieron en el momento y me pudieron derivar con la ambulancia”; “Me lo atienden en seguida al nene”; “He venido a la una, las dos, las tres de la mañana por las vías respiratorias y me atendieron muy bien” (Centro A); “Me llevaron al Hospital con la ambulancia, me atendieron muy bien y rápido, en el Centro B no tienen guardia y te mandan al Hospital y a veces no tenés plata”; “Llamaron la ambulancia en el momento, la derivaron y llevaron al Hospital a la nena”.

No obstante, este servicio es, también, para muchos usuarios, fuente de insatisfacción y en este caso, los argumentos vinculados a la misma se despliegan, principalmente, en torno de la demora en la atención y en el trato recibido, tanto de parte de los médicos como de las enfermeras. Asimismo, se mencionan casos de rechazo de la demanda: “Hay doctores que atienden bien, otros que dicen ‘esta zona no te pertenece ¿por qué no vas a tu zona?’, yo vine con mi nena que estaba con fiebre y en mi zona [Villa Celina] no hay guardia”; “Ahora cambió, antes decían ‘acá no atendemos curaciones, tenés que ir al hospital’”.

Respecto de los *otros servicios disponibles*, existe un porcentaje de los usuarios que se atiende en otras instituciones y acude a alguno de los centros en particular, para utilizar un servicio específico; los más mencionados son: pediatría, ginecología, la guardia y el servicio de vacunación.

En lo que hace a la *obtención de información*, se trata de un aspecto del funcionamiento de los centros de salud que genera importante insatisfacción, la que aparece vinculada, por una parte, con la desatención en la gestión y el manejo de la misma (ausencia de referentes que informen, ausencia de carteleras o información desactualizada en las mismas, colocación de carteles informativos en sectores que no están a la vista de los usuarios, ausencia de folletos informativos, transmisión verbal de la información, etcétera) y, por otra, con déficit en la misma, en lo que se refiere a acompañar los procesos de normal funcionamiento de los servicios: organización del sistema de turnos, oferta de especialidades, vacunación, entrega de la leche, cambios en las modalidades, días y/u horarios de atención sin que sean debidamente informados. Cabe destacar que dichas actividades son consideradas oportunidades que permitirían perfeccionar el funcionamiento de la red asistencial según los principios de la Atención Primaria de la Salud, pues ofrecen la posibilidad de efectuar otras prestaciones en ocasión de la asistencia que realiza el usuario al centro de salud.

Precisamente, muchos de los usuarios, ante las dificultades que traban el proceso de atención en los centros de salud, optan por concurrir directamente al hospital de referencia, lo cual podría estar generando aún mayores dificultades para efectuar una adecuada coordinación y funcionamiento de la red asistencial.

Hemos dejado para el final la presentación de un aspecto que consideramos de especial importancia y que nos ha encaminado hacia la formulación de nuevas hipótesis de trabajo. En tal sentido se ha observado, en los tres centros y en una variedad importante de situaciones, una *naturalización* (en el sentido psicosocial del término) que lleva a que las mismas sean percibidas como aceptables o normales, lo que no da lugar a que los usuarios formulen ningún tipo de cuestionamiento crítico al respecto. Esto se manifiesta, con evidencia, al analizar, por ejemplo, la actitud ante los *tiempos de espera relacionados con la obtención de turnos*, vinculándolos, principalmente, a una modalidad de funcionamiento habitual e inherente a las instituciones públicas de salud.

Dicha situación plantea la paradoja de que muchos usuarios manifiestan explícitamente que están satisfechos con el tiempo de espera y, al mismo tiempo, sus narraciones evidencian que padecen la misma: “Mientras me atiendan...”; “En todos lados es igual”; “En todos los hospitales tenés que esperar”; “Hay mucha demanda,

atender atienden, pero hay que esperar, viene gente de todos lados”; “Pido número y espero”; “A veces molesta, pero no me hago problema”; “Lo normal en todos los hospitales: hacer cola, venir temprano”; “Hay que venir temprano, pero en todos lados es así”; “Se sabe que hay que esperar, se espera lo normal, también vengo a las seis de la mañana, pero a las ocho ya me atienden en ginecología”; “Pero hay que venir temprano”; “Es muy temprano, pero en todos lados es así”; “Porque hay mucha gente y tenemos que esperar, pasa en todos lados”; “En todos los hospitales es igual: hay que esperar” (Centro B); “Estoy conforme, pero hay que venir muy temprano, a las cinco y media”; “Con multitud de gente ¿qué se va a hacer?”; “Viene tanta gente... hay que venir temprano, hay un cupo, pero hay que tener algún control”; “Sí, estoy conforme, pero hay que venir muy temprano y uno ya está grande, no está para esperar tanto” (Centro C).

“Lo normal es que haya mucha gente”; “Hay que madrugar, a las cuatro de la mañana, si no, no agarrás turno, pero si te querés atender, hay que hacerlo”. A veces la obtención del turno se percibe como un logro tan difícil, que se lo asimila a un golpe de suerte: “Las veces que vine la vine pegando, siempre conseguí turno”.

En este sentido, es llamativo el testimonio de una de las pocas usuarias que manifestó estar “muy conforme” con el tiempo de espera, quien deposita la responsabilidad de conseguir turno en el empeño que ponga el usuario: “Muy conforme, porque cuando venimos temprano todos conseguimos, depende de nuestra voluntad”.

El mismo proceso psicosocial de naturalización se observa en relación con el *tiempo de espera desde que se obtiene el turno hasta que se es atendido*. Tal como en el caso de la variable anterior, se observa también aquí, entre los usuarios que se manifiestan satisfechos con el tiempo de espera, una naturalización o, cuando menos, una percepción normalizada de la situación:

“Hay que tener un poco de paciencia”; “Sí que espero, pero no estoy todo el día” (Centro A); “No queda otra”; “Otra no queda”; “Como en todos lados”; “Hay que saber esperar” (Centro B); “En todos lados igual, ya es una norma así”, “En cualquier lugar hay que esperar”; “Hay que esperar, no hay otra”; “Yo ya me adapté, en todos los lugares públicos es así, lo que es inmanejable es el tema de la cola y en la guardia tardan mucho en atender”; “No tengo trabajo, puedo esperar” (Centro C). Asimismo, se menciona que la buena calidad de la atención médica justifica la espera: “Estoy con-

forme, espero porque es buena la atención”; “Por eso uno espera tanto”.

La visión naturalizada se reproduce en gran cantidad de aspectos del funcionamiento de los centros de salud. En los siguientes tramos de discurso se pone de manifiesto en lo referido a las condiciones de confort en las que transcurre la espera hasta ser atendido:

“Peor es estar parada”; “Es un lugar público, no podemos exigir mucho, con todo es gratis, no podemos pedir mucho más”; “No podés pretender mucho”; “Más o menos conforme, qué se puede pedir más”; “A veces el lugar de espera se hace un poco chico, pero es lo que tenemos, hay que dar gracias”; “Y, sí, faltan sillas, pero esto es lo que hay”.

Algunas reflexiones a partir de la evidencia empírica

Como puede inferirse de la presentación de los datos, el estudio de la satisfacción con los servicios de salud y sus determinantes nos coloca ante una realidad compleja, dinámica y multidimensional, la cual requiere la triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos para su mejor abordaje y estudio.

Indudablemente, las estrategias de aproximación empírica que tratan de medir la satisfacción convirtiendo en aisladas las variables intervinientes solo ofrecen la ilusión de que así puede estudiarse más eficazmente el fenómeno.

Puede pensarse que, desde un enfoque cuantitativo, otros instrumentos (utilización de escalas) y análisis estadísticos más complejos (análisis factoriales, regresiones logísticas) podrían dar mejor cuenta de la estructura del constructo satisfacción y sus dimensiones.

No obstante, en este estudio las regularidades cuantitativas encontradas que arrojan como resultado una alta satisfacción con los servicios recibidos, al triangularse con la información cualitativa relevada, permite formular, como hipótesis de trabajo, que la población tiene muy bajas expectativas sobre la posibilidad de recibir una mejor atención, lo que elevaría, por consiguiente, el nivel de satisfacción con los servicios que se le brindan.

De este modo, un examen más cuidadoso de los hallazgos cualitativos nos ha conducido a reflexionar sobre cómo enriquecer el análisis cuantitativo de las variables en estudio con una perspectiva que indague las dimensiones subjetivas, las cuales comprenden las

experiencias, sentimientos, creencias, percepciones, expectativas y valores.

Desde un enfoque cualitativo, hasta ahora poco aprovechado, se debería explorar más profundamente en las dimensiones (inter)subjetivas implicadas por medio de un variado repertorio de técnicas que podría incluir la toma de entrevistas semiestructuradas o en profundidad y/o los grupos focales sobre algunas categorías de usuarios que resulten de especial interés.

Por otra parte, cabe formular, también, un cuestionamiento en torno de la unidad de análisis que se toma habitualmente en los estudios: por regla general el paciente aislado y no la unidad familiar. Dicho sesgo en el enfoque (producto del paradigma individual restrictivo internalizado tanto por los efectores como por los investigadores) está, a la vez, plasmado en la planificación y organización de los servicios ofrecidos a sus usuarios. Al enfocar sobre usuarios individuales (la mayor parte de las usuarias son mujeres y madres jóvenes con niños pequeños) y no sobre el tipo de familia predominante, las madres despliegan una serie de estrategias (que pasan inadvertidas para los administradores) que tienden a compensar la falta de adecuación cultural en la oferta de los servicios. En relación a la modalidad de organización de turnos, por ejemplo, las madres concurren muy temprano a la mañana para obtener su turno, acompañadas de cuatro o cinco niños pequeños, aunque solo logren obtener turnos para dos de ellos; o concurren a sacar turno muy temprano mientras dejan a los niños durmiendo en casa, para luego volver a buscarlos y retornar más tarde al Centro, en una hora más próxima al turno asignado para la consulta.

Otra de las hipótesis que cabe formular surge del análisis del ordenamiento de prioridades efectuado por los propios respondientes, en el cual sobresale la ubicación de la atención médica como la principal de ellas, con las que existe un alto grado de conformidad.

Podría formularse en este punto la hipótesis de que, puesto que los usuarios perciben como más importante la buena atención médica, y este aspecto aparece como garantizado a partir de las respuestas que dan los servicios de salud, este hecho compensa otros motivos generadores de insatisfacción. Esto último resultaría consistente, también, con las principales razones que dan los usuarios para elegir un centro de salud (accesibilidad geográfica y buena atención médica).

La hipótesis que podemos efectuar sobre este punto es la siguiente: los servicios de salud están configurados de acuerdo con la hegemonía del modelo médico, que se impone jerárquicamente sobre el resto de las profesiones (ubicándolas de este modo en una posición de subalternidad) y que halla su correlato (según el principio de considerar la intersubjetividad que rige para estas situaciones) en la apreciación relativa que los propios usuarios realizan de esta variable en comparación con las restantes.

Si la atención médica es considerada satisfactoria respecto de las expectativas del usuario, la insatisfacción relativa generada por las restantes variables no afecta la satisfacción global. La cercanía geográfica, la recepción de beneficios o los adecuados estándares de confort e higiene no son tomados en cuenta como factores decisivos en el momento de evaluar un centro de salud y decidir la opción, como usuario, de recibir allí asistencia profesional.

A partir del presente estudio surge también, como interrogante fundamental, la cuestión acerca de en qué grado se incluyen los aspectos psicosociales y culturales en la planificación de los servicios.

Otro de los aspectos fundamentales es el tipo predominante (absolutamente mayoritario) de usuario: mujeres y niños que acuden a los servicios de ginecología y pediatría, respectivamente. En este sentido cabe la pregunta por las razones de la muy baja utilización de los servicios por parte de otros usuarios: hombres y mujeres adultas, adolescentes de ambos sexos, ancianos y/o pacientes crónicos que, acaso, no hallan un “referente válido” (Saforcada, 1999b) en los Centros y por esa razón deciden no concurrir. La respuesta acerca de tales interrogantes, tal vez, nos estaría indicando un valioso indicador de insatisfacción o de inadecuación de los servicios a las necesidades de estos grupos específicos de usuarios.

Por último, cabe señalar que, tal como refieren numerosos autores (Ferreira Deslandes y Gomes, 2007), la investigación que se centra en los aspectos ligados a la subjetividad desde una posición epistemológica de respeto a las diferencias y al saber no autocrático del conocimiento científico entiende a la producción de conocimiento como un proceso mediante el cual los propios actores implicados van desarrollando una mayor conciencia crítica sobre los supuestos y condicionantes que rigen su accionar, ampliando los horizontes de transformación sobre las mismas prácticas de atención investigadas.

En este sentido, también, al ser buena parte de las personas objeto de la investigación una población étnicamente minoritaria, con raíces socioculturales diferentes de la media de la población de la ciudad de Buenos Aires, que vive en condiciones de pobreza, muchas veces indocumentados y con estrategias para la resolución de problemas de salud que se desarrollan, con frecuencia, de manera no integrada al sistema formal de salud, nos lleva a interrogarnos acerca de aquellos aspectos que deberían investigarse más exhaustivamente para dotar de mayor validez a la aproximación empírica desarrollada.

No obstante, creemos que la información ofrece interesantes insumos para la planificación y gestión de los servicios de salud en el nivel local, de acuerdo con los principios que deben orientar la Atención Primaria de la Salud.

La mayor parte de los factores mencionados anteriormente, que generan elevados niveles de insatisfacción, se refiere a aspectos relativos a la gestión de los servicios que no requerirían de una inversión económica significativa para ser modificados, sino que podrían comenzar a ser resueltos con un mejor nivel de organización y gestión de los recursos con los que ya se cuenta y con la mejora de los aspectos comunicacionales y afectivos que enmarcan el proceso de atención desde una perspectiva que destaque la cuestión misma de la subjetividad.

TERCERA PARTE
ÁMBITO DE CONSTRUCCIÓN TEMPRANA
DE LA SALUD

**La psicología en la promoción de la salud:
el caso especial de la alimentación infantil**

El enfoque de Promoción de la Salud (PS), hoy ampliamente aceptado a escala internacional, ha abierto una nueva etapa en la historia de la salud pública. Este enfoque supera las concepciones medicalizadas de la salud para enfatizar los determinantes colectivos y proponer estrategias y herramientas de intervención socio-culturales y políticas. Incluido en las tendencias de la *Nueva Salud Pública* (Ashton, 1990), este punto de vista reclama con avidez los aportes que, al campo del sanitarismo, pueden hacer los profesionales provenientes de las ciencias sociales: sociólogos, politólogos, antropólogos, comunicadores sociales, educadores, psicólogos.

Si bien hasta ahora este aspecto no ha sido conceptualizado, las intervenciones de PS operan siempre mediatizadas por variables psicológicas y psicosociales, puesto que siempre tienen como fuente y destino al *factor humano* (Saforcada, 2001a). Por tal motivo, el enfoque de PS abre, para los psicólogos sanitaristas, un campo de intervención tan amplio y variado como nunca antes había sido posible. Se hace necesario, entonces, identificar e investigar las variables psicológicas y psicosociales intervinientes en las acciones de PS a fin de aportar las de mayor eficacia. Esta tarea permitirá, por una parte, poner en evidencia la relevancia de dichas variables y, por otra, destacar el importante lugar que la psicología sanitaria está llamada a ocupar en estas nuevas orientaciones de la salud pública. El presente trabajo tiene por objetivo caracterizar la visión de PS, mostrar las estrategias de intervención que de ella se desprenden y poner de manifiesto los aportes que el psicólogo puede

hacer en esta área. A fin de que estos aspectos puedan apreciarse con mayor amplitud y profundidad, se ejemplificarán a partir de las intervenciones de promoción de la alimentación infantil saludable y una de sus contrararas: la problemática del sobrepeso infantil, que se ha constituido en un preocupante problema sanitario emergente, debido tanto a que su incidencia va en rápido aumento, como a las graves consecuencias sanitarias que ocasiona y a los importantes costos que acarrea al sistema de salud.

Se ha elegido esta problemática, también, por ser uno de los muchos problemas de alta relevancia sociosanitaria que, paradójicamente, todavía no es visualizado por los psicólogos, ni en su magnitud y gravedad, ni en la gran cantidad de aportes específicos que reclama a la profesión.

El concepto de promoción de la salud

El término PS está hoy ampliamente difundido en el discurso de los gestores de salud, los efectores sanitarios, los docentes y estudiantes de ciencias de la salud y aun en la prensa y entre el público lego. No obstante, dicha expresión se utiliza, frecuentemente, con un alto grado de imprecisión, en un sentido que alude a la noción general de *mejorar* o *fortalecer* la salud.

Por tal razón creemos necesario distinguir entre el uso que ha adquirido el término a los fines de su divulgación popular y el uso mucho más preciso que ha adquirido en el campo de la salud pública durante las últimas décadas.

Entendida en su acepción más general de mantener, proteger e incluso fomentar la salud individual y colectiva, la noción de PS encuentra sus antecedentes en fuentes tan remotas como las concepciones y preceptos higiénicos y filosóficos de los antiguos hebreos, griegos y romanos, pasando por los postulados religiosos del cristianismo y de los árabes, hasta las denuncias de la naciente medicina social en el siglo XIX (Restrepo, 2001). Concebida como concepción ideológica y estratégica desarrollada en el marco de las orientaciones de la *Nueva salud pública*, la PS tiene un origen mucho más preciso y reciente.

Probablemente, una de las influencias más directas que impulsó el desarrollo del concepto de PS fue la propuesta del modelo de *Campo de Salud*, en 1974, utilizado por el ministro de Salud de

Canadá, Marc Lalonde (1981), como base para la reorganización del sistema de servicios de salud de su país. Este modelo, basado en datos epidemiológicos, mostraba cómo los principales factores que determinan la salud de la población no están vinculados con la prestación de los servicios de salud, sino con los estilos de vida que llevan los habitantes y con el medioambiente en que viven. Estos factores aparecían directamente asociados con las enfermedades de mayor prevalencia que causaban, a su vez, las mayores tasas de discapacidad y mortalidad, es decir con las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes, accidentes). Paradójicamente, la porción de presupuesto volcado por el Estado para tratar de incidir sobre estos determinantes principales de la salud –estilos de vida y medioambiente– era ínfima, mientras que la mayor parte del presupuesto sanitario se volcaba a sostener los servicios asistenciales, aunque estos tuvieran una incidencia relativamente escasa en el grado de salud y calidad de vida de que podía gozar la población.

Con base en estos análisis, la reforma del sistema de salud canadiense se orientó a zanjar esta incoherencia entre los principales determinantes de la salud y el destino del presupuesto sanitario, destinando una mayor parte del financiamiento sectorial hacia el mejoramiento de los ambientes y los estilos de vida.

El modelo canadiense se difundió ampliamente a escala internacional y fue poniéndose cada vez más en evidencia que la cobertura y el acceso a los servicios de salud no podían ser ya entendidos como la principal meta de la salud pública, sino que esta debía orientarse prioritariamente a mejorar los *determinantes* de la salud: el modo y las condiciones en los cuales se vive.

Otra influencia directa que contribuyó a la elaboración del constructo de PS fue la formulación por parte de la OMS, en 1978, de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que concibe la salud como un objetivo de desarrollo nacional y como un derecho de la población, enfatizando el criterio de equidad. Dicha formulación destacó, asimismo, la importancia de los niveles locales de atención de la salud, la participación comunitaria, la intersectorialidad y la educación para la salud, aspectos todos que fueron retomados en las postulaciones de la PS.

Finalmente, el concepto de PS fue formalmente definido en 1986 en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud

realizada en esa ciudad de Canadá, bajo el auspicio de la OMS, como *el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla*.

Esta definición destaca, por una parte, que las acciones de salud pública orientadas por la PS están dirigidas a modificar los determinantes de la salud –por oposición a las orientadas a la organización y mantenimiento de servicios asistenciales–. Por otra parte, ubica la fuente y el objeto de dichas acciones en *las personas*, es decir, en individuos, grupos o comunidades, quienes, a partir de aumentar su percepción respecto de los factores y procesos que afectan su salud, pueden comprometerse y participar más activamente en la toma de decisiones para la transformación de los mismos.

El concepto de PS que, en un principio, emergió delimitado con contornos difusos, fue precisándose, enriqueciéndose y complejizándose con el paso del tiempo, gracias al aporte de sanitaristas de diversas disciplinas, a las experiencias de programas de promoción de la salud desarrollados en distintas partes del mundo y a los debates que, en torno de las distintas dimensiones del constructo, tuvieron lugar en las subsiguientes conferencias internacionales de promoción de la salud (Adelaida, Sundsvall, Bogotá, Yakarta, México, Bangkok). En todas ellas se trató un aspecto específico y relevante del mismo (políticas públicas saludables, ambientes favorables para la salud, equidad en salud, PS en países en desarrollo, PS y globalización, y otros). Estos aportes dieron por resultado lo que hoy es un constructo complejo y, si bien flexible, lo suficientemente delimitado y consensuado para identificar qué tipo de estrategias y acciones sanitarias pueden considerarse enmarcadas dentro del mismo y cuáles no.

Los determinantes de la salud desde una aproximación psicológica

Desde la difusión del Informe Lalonde, las acciones de salud pública orientadas por los principios de PS han cobrado cada vez más importancia. No obstante, con frecuencia, los programas sanitarios se han focalizado sobre algún aspecto parcial de la estrategia, sin tomar en cuenta su integralidad. La principal confusión, a escala internacional, ha sido entender el concepto de PS como sinónimo de modificación de los estilos de vida, sin atender a los corres-

pondientes cambios ambientales que lo posibilitan. Tal como expresa Restrepo (2001), a partir de la formulación inicial han surgido dos corrientes, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la PS; una de ellas, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamiento o estilos de vida mediante intervenciones más individuales; la otra defiende la acción sociopolítica que involucra más actores y trasciende al sector de la salud; en esta corriente se han ubicado, sobre todo, los canadienses y los europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas y multi-sectoriales.

Esta diferencia de enfoques encuentra su fundamento en las concepciones filosóficas e ideológicas que, en cada uno de estos contextos, rige sobre lo público, en general, y sobre la salud pública en particular. En Estados Unidos, una cultura que tiene una alta valoración por el desempeño individual, al que ubica en el centro del funcionamiento social, existe una concepción basada en la responsabilidad estrictamente individual sobre los actos en general y sobre los comportamientos que determinan la salud, en particular, lo que conlleva una posición de muy escasa intervención del Estado sobre los mismos. En Europa y Canadá existe una filosofía que valora mucho más la responsabilidad y los derechos sociales, lo que lleva a plantear las acciones de salud pública desde un enfoque sociocultural y político, a fin de modificar las condiciones de vida que inciden sobre la salud.

Desde nuestro enfoque, uno de los aspectos centrales a comprender es que individuo y sociedad son parte de una dialéctica constructiva permanente, ya que la sociedad produce sujetos sociales portadores de ideologías, visiones, valores, normas, creencias, propias de los contextos en que han sido socializados, a la vez que estos sujetos reproducen y recrean el contexto social del cual son emergentes. Por ello, resulta imposible concebir a los individuos fuera del marco social que los determina y, recíprocamente, es imposible pensar los contextos en que las personas viven, sin las dinámicas intersubjetivas que los construyen y sostienen.

Consideramos que la comprensión de esta perspectiva es imprescindible para el psicólogo sanitarista, puesto que, debido a que su objeto de intervención es la salud entendida en su plano colectivo, su accionar siempre se ubica en el campo psicosocial, es decir, en el marco de las interacciones sociales a partir de las cuales se construyen valores, percepciones, creencias, representaciones

sociales, culturas y subculturas, prácticas sociales, modalidades de organización y participación, redes, espacios de poder y, en fin, todos aquellos procesos intersubjetivos que, por una parte, configuran los estilos de vida y, por otra, modelan los ambientes –físicos y sociales– en los cuales los grupos humanos viven. De este modo, los cambios en los ambientes físicos y sociales de pertenencia producen efectos en los sujetos, a la vez que los cambios en las relaciones intersubjetivas originan modificaciones en los ambientes.

A fin de comprender mejor la interdependencia entre estilos de vida y ambiente, vale la pena examinar el significado y la relación que distintos autores de referencia establecen entre estos conceptos. Es de interés destacar que tal relación no siempre es aceptada por los autores y que la comprensión de esta divergencia de puntos de vista tiene enormes implicancias para el tema que nos ocupa y es, por lo tanto, de la mayor importancia para el psicólogo sanitarista.

A partir del Informe Lalonde y la difusión del concepto de *Campo de Salud* se han dado muchas definiciones de los *estilos de vida*. Podríamos clasificar las mismas en un gradiente que va desde las concepciones más estrictamente individualistas, principalmente imperantes en Estados Unidos, hasta aquellas que son totalmente sociales (incluso, sin dejar demasiado margen a la acción individual o interpersonal). De este modo, y en el polo más individual, Dever definió los estilos de vida como “Los riesgos autogenerados que incluyen el conjunto de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se tiene mayor o menor control”. Divide estos riesgos autogenerados en tres áreas: los inherentes al ocio, a los modelos de consumo y los ocupacionales. Asimismo, agrega que “Las decisiones incorrectas dan como resultado modos de vida destructivos que contribuyen a un mayor nivel de enfermedad o de muerte prematura” (Dever, 1991).

Costa y López (1996) afirman:

Los estilos de vida, entrañan verdaderas constelaciones de comportamientos más o menos organizados, más o menos complejos y coherentes, más o menos estables y duraderos y, todos ellos, fuertemente impregnados del ambiente o entorno en el que viven las personas.

Por su parte, Pedersen (1988) sostiene:

Los comportamientos que conllevan los estilos de vida no pueden abordarse desde un plano individual, puesto que estos comportamientos no ocurren al azar en la población, ni aparecen en el vacío. En realidad, los comportamientos individuales son expresiones que ocurren dentro de un contexto político y económico y son modelados por poderosas fuerzas e influencias sociales y culturales que se manifiestan en unidades o agregados sociales más amplios como la familia, el grupo o la comunidad.

Desde una postura claramente social, Frenck (citado por Behm Rosas, 1992), definió los estilos de vida como:

Los comportamientos compartidos por un grupo social en un contexto específico, que tienen componentes ideológicos y dependen también de situaciones de mercado. Los estilos de vida son la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de comportamiento. Son, por ejemplo, pautas de consumo y distribución; o de formación de uniones y procreación. Así, las desigualdades sociales se traducen en desiguales condiciones materiales de la existencia (condiciones de vida) sobre las que los distintos grupos desarrollan estilos de vida particulares que determinan la mayor parte de la morbimortalidad.

La OMS (1998) considera que:

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

En tanto que, por condiciones de vida, entiende “El entorno cotidiano de las personas, donde estas viven, actúan y trabajan”. Agrega, además, que:

Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo.

Tomando aspectos que nos interesa destacar de las anteriores definiciones e incorporando una perspectiva psicológica, podemos delinear la siguiente caracterización: a) los estilos de vida son patrones de comportamiento complejos, coherentes y bastante estables a

lo largo del tiempo, que tienen un impacto considerable sobre la salud (pueden constituirse tanto en factores de riesgo como en factores protectores para la misma); b) tienen una dimensión individual, en tanto conductas dotadas de significado personal, desarrolladas por sujetos singulares, a la vez que una dimensión colectiva, lo que explica que miembros de grupos específicos lleven estilos de vida muy similares; c) emergen como producto de la interacción con los contextos sociales de pertenencia (familia, grupos, instituciones, redes sociales, comunidad); d) conllevan tramas representacionales personales y sociales (significados, creencias, actitudes, valores, ideologías) que median los comportamientos en cuestión; e) están fuertemente determinados por las condiciones materiales y sociales de vida de los distintos grupos; f) todos los aspectos antes mencionados están intensamente modelados por factores macro sociales, culturales, económicos y políticos.

Del análisis precedente se desprende que, para definir los estilos de vida, se torna imprescindible hacer referencia al ambiente, ya que el límite que separa los estilos de vida de los ambientes donde se desarrollan es difuso, en tanto ambos son términos de un mismo proceso dialéctico de producción/reproducción. Tal como expresa Morales Calatayud (1999), “En algunos ambientes, ciertos comportamientos no saludables son inevitables”. Esta concepción permite comprender la propuesta de la Carta de Ottawa de que la PS debe trabajar con estrategias combinadas que aporten simultáneamente a la modificación positiva de ambos.

Esta revisión conceptual no estaría completa sin hacer una referencia explícita a la noción de *ambiente* que implícita y necesariamente aparece como opuesto dialéctico de los estilos de vida.

La OMS (1998) lo define del siguiente modo:

El medioambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud (OMS, 1998).

Esta es una definición sumamente restrictiva, puesto que considera al ambiente solamente en su dimensión física, no toma en cuenta los efectos de los riesgos psicosociales para la salud pero, sobre todo, porque no conceptualiza la complejidad de la dinámica sociocultural, económica y política que está en el origen de todos los peligros ambientales que señala y que no es otra cosa que una manifestación de la misma.

El Ministerio de Salud de la Nación (2005a) ofrece una definición más conceptual, dinámica y constructiva del ambiente, al entenderlo como:

El conjunto de factores naturales, culturales, tecnológicos, sociales o de cualquier otro tipo, interrelacionados entre sí, que condicionan la vida del hombre y de todos los seres vivos, a la vez que, constantemente, son modificados por la especie humana (Ministerio de Salud de la Nación, 2005).

No obstante, desde la psicología, nos interesa enfatizar la dimensión psicosocial del ambiente en la línea que hemos venido exponiendo. La psicología comunitaria de perspectiva ecológica o contextual (propuesta por autores como Newbrough, Kelly, Rappaport y Barker, a la que nos referiremos más adelante) reconoce la influencia de las variables ambientales (físicas y sociales) en el comportamiento de las personas. Postula la interdependencia persona/ambiente, entendiendo que estos dos términos no son solo dos factores en interacción sino una unidad de funcionamiento que se caracteriza por su permanente cambio e intercambio. De allí la concepción de que es mejor intervenir sobre los ambientes para hacerlos más saludables antes que intentar *curar* a los individuos, en forma aislada: para obtener resultados de salud sobre los individuos se debe actuar sobre el ambiente. El individuo, por su parte, tiene carácter de sujeto activo y constructor de la propia realidad en que vive (hasta cierto punto).

La visión sistémica completa constituye esta perspectiva dinámica del ambiente, aportando una concepción compleja pero integrada del mismo, al concebir a las sociedades humanas como sistemas abiertos en constante transformación, que pueden estudiarse en distintos niveles de análisis, cada uno de ellos con diferentes grados de determinación, que van desde lo macrosocial, pasando por lo mesosocial, hasta los sistemas microsociales y el nivel individual, sistemas que se vinculan mediante las redes sociales y los flujos comunicacionales que circulan entre dichos niveles.

Retomando estas conceptualizaciones, digamos entonces, que, por oposición a la salud pública tradicional, que tenía como principal escenario de trabajo a los servicios de salud, el enfoque de PS asume que es necesario llevar la salud a los ambientes donde las personas viven, trabajan y estudian, esto es, a los lugares donde transcurre su vida cotidiana, anclaje de sus estilos de vida.

De esta consideración se desprende el enfoque

De escenarios para la salud, entendidos como los lugares o contextos sociales en que las personas desarrollan las actividades diarias y en los cuales interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar (OMS, 1998).

El enfoque de escenarios encuentra claramente su antecedente en la psicología ecológica de Barker y Wright que no podemos desarrollar aquí, pero cuyas interesantes investigaciones pueden consultarse (Barker y Wright, 1951; Barker, 1968). Digamos, sí, que la definición de la OMS recupera la caracterización de los escenarios elaborada por los autores mencionados, en cuanto que normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos y una estructura organizativa. De allí que las acciones para promover la salud desde el enfoque de escenarios a menudo consistan en modificaciones del entorno físico y de la estructura de la organización. Los escenarios más habituales en los que se han llevado adelante programas de PS son los municipios, las escuelas, las empresas y las universidades, aunque también se han realizado programas en escenarios menos convencionales como cárceles, mercados, hoteles, etcétera. En cualquier caso, los escenarios locales, que permiten el mayor involucramiento y participación comunitaria, a partir de problemáticas particulares, son ambientes privilegiados para implementar estrategias de PS.

A modo de síntesis, podemos recuperar la definición de determinantes de la salud de la OMS:

El conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones [...] no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sani-

tarios adecuados y los entornos físicos y que, combinados, todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud (OMS, 1998).

Esta definición da sustento a una concepción de la PS, en tanto

Proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OPS, 1996).

En el resto del capítulo caracterizaremos las estrategias de intervención que se desprenden del enfoque de PS, ejemplificándolas con la problemática de la alimentación infantil y mostrando el rico abanico de intervenciones que este enfoque posibilita y reclama de la psicología.

Dedicaremos, en primer lugar, algunas páginas a delinear una caracterización de los hábitos alimentarios en los niños, la construcción de pautas alimentarias durante la infancia y el problema de la obesidad infantil. Así, se intentará recuperar la perspectiva ecológica-contextual, antes expuesta, y la complejidad que pone de relieve la interacción de los determinantes en distintos niveles de análisis (global, nacional, local, comunitario, institucional, familiar) y sus efectos en el nivel individual, para luego analizar qué estrategias de promoción de la salud sería apropiado implementar.

Alimentación en la infancia desde una perspectiva compleja¹ de salud pública

El sobrepeso como problema de salud pública

La carga de las enfermedades no transmisibles ha venido aumentando rápidamente a escala mundial. En el año 2001, fueron responsables de casi el 60% de las muertes y del 47% de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2003). Unos pocos factores de ries-

1. Para un desarrollo de una visión compleja de las problemáticas de salud en el ámbito de la salud pública, consultar De Lellis y Mozobanczyk (2009).

go muy importantes son responsables de este exceso de morbilidad y mortalidad: el exceso de peso, la falta de actividad física y el consumo de tabaco. En cuanto al problema del peso, el 30% de la población mundial padece obesidad y se proyecta que, para el año 2030, el 40% de la población será obesa si no se toman medidas sanitarias para modificar la tendencia (OMS, 2003).

En nuestro país, el 49,1% de la población adulta presenta exceso de peso (34,5% presenta sobrepeso y el 14,6% presenta obesidad), según datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Ministerio de Salud, 2005b), con una mayor prevalencia en las personas pertenecientes a hogares de menor nivel de ingresos y en personas con menor nivel educativo.

En el Gran Buenos Aires, por su parte, la prevalencia de sobrepeso es de 35% y la de obesidad 13%, mientras que en la ciudad de Buenos Aires las mismas son de 32,5% y 11,5%, respectivamente, según datos de la misma fuente.

Hay cuarenta y cinco patologías asociadas con la obesidad, de las cuales las más importantes son las cardiopatías, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes tipo 2 y el cáncer. No obstante, la obesidad está relacionada también con enfermedades respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas, renales, ginecológicas, urológicas, endocrinas y neurológicas. Se calcula que el exceso de peso corporal y la inactividad física son responsables de alrededor de la cuarta parte de varios de los cánceres más comunes: cáncer de mama posmenopáusico, colon, endometrio, riñón y esófago (OMS, 2003).

Las tasas de mortalidad y el riesgo de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión aumentan de forma sostenida a medida que lo hacen los grados de exceso de peso medidos en función del Índice de Masa Corporal (IMC).²

La actividad física, por su parte, ayuda a mantener un peso normal, a la vez que presenta beneficios físicos, psíquicos y sociales considerables para la salud en general. Entre otra gran cantidad de efectos positivos, reduce la tensión arterial, mejora el nivel del colesterol y reduce el riesgo relacionado con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer de colon y el cáncer de mama,

2. El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida que pone en relación el peso con la talla de la persona y se calcula dividiendo el peso por la talla elevada al cuadrado.

variando estos beneficios, en función de la intensidad, tipo y frecuencia de la actividad física (OMS, 2003).

Las implicancias del aumento de la obesidad para la salud pública son enormes, sea por su costo directo para la sociedad y el gobierno o por su impacto en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

En Estados Unidos se han realizado cálculos económicos de la carga que representa la obesidad y sus consecuencias para el sistema de salud. Los costos directos de la obesidad incluyen los gastos de salud por servicios de diagnóstico, tratamiento, internaciones, medicamentos, etcétera, necesarios para tratar la obesidad y sus complicaciones (diabetes, enfermedades cardiovasculares, etcétera) y representaron, en 1995, casi el 7% de los costos totales en atención sanitaria, esto es, 70.000 millones de dólares. Los cálculos realizados en otros países industrializados también confirman que los costos directos de la obesidad implican una proporción considerable de los presupuestos sanitarios nacionales. Se ha observado, por ejemplo, que el gasto en medicamentos se incrementa en forma proporcional al IMC y que por cada punto que aumenta el IMC se eleva en un 2,3% el costo sanitario. Por su parte, los costos indirectos de la enfermedad son mucho mayores que los directos e incluyen los días de trabajo perdidos, la disminución de la productividad, las pensiones por discapacidad y la mortalidad prematura (OMS, 2003). Los costos intangibles de la obesidad –y sus patologías asociadas– como la menor calidad de vida, son también enormes.

En cuanto a la distribución mundial de la obesidad según el nivel de desarrollo de los países y, contrariamente a la creencia más difundida, el problema está lejos de limitarse a las regiones desarrolladas del mundo. La proporción de personas que padece sobrepeso y obesidad es cada vez mayor en los países en desarrollo, así como también en los sectores de bajos ingresos de los países ricos, por lo que su antigua consideración como *enfermedad de la abundancia* está perdiendo validez. Esta transición del perfil de morbilidad se está produciendo a ritmo acelerado y en los países en desarrollo está teniendo lugar con más rapidez que en las regiones industrializadas del mundo (OMS, 2003).

¿Por qué abordar los hábitos alimentarios y el sobrepeso infantiles?

Adoptando un criterio preventivo de intervención primaria temprana que se anticipe a los daños futuros para la salud, es necesario atender el problema de la obesidad antes de que llegue a instalarse, es decir, en las etapas tempranas de la vida.

Si, tal como expusimos antes, la tendencia al aumento de la prevalencia de la obesidad es preocupante, no lo es solamente porque afecta ya a una gran parte de la población mundial, sino también porque ha comenzado a aparecer en niños cada vez más pequeños. La obesidad está considerada una condición crónica, esto es, un problema que, una vez que se ha instalado, es muy difícil de revertir. Los tratamientos suelen ser prolongados, costosos y con resultados difíciles de mantener a largo plazo.

Distintos estudios han puesto en evidencia que los niños que tienen exceso de peso en etapas tempranas de la vida (a partir de los tres años) corren mayor riesgo de convertirse en adolescentes con sobrepeso y padecer obesidad durante la vida adulta (OMS, 2003). Es decir que, una vez que la obesidad se ha instalado en la persona, tiende a persistir (y no a revertirse) con el paso del tiempo y a lo largo de la vida. Por todo ello, la intervención más efectiva es el abordaje temprano del problema antes de que el trastorno llegue a manifestarse en grados avanzados.

En nuestro país, y según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Ministerio de Salud, 2007), encontramos que hay una prevalencia de obesidad infantil, en niños de entre 6 meses y 5 años de edad, del 10,5%, la que supera la de desnutrición aguda, que es de 1,4%. En cuanto a su distribución geográfica, esta prevalencia es mayor en los niños del Gran Buenos Aires (11,4%), donde se registra la cifra más alta del país.

La obesidad en los niños está relacionada con niveles altos de colesterol en sangre y alta presión arterial, condición que los hace propensos a mantener estos factores de riesgo también durante la adultez. Asimismo, tener sobrepeso u obesidad durante la niñez y la adolescencia ha sido asociado con un incremento de la mortalidad durante la etapa adulta (MMWR, 1996).

Sin embargo, la obesidad infantil no solo es un problema porque aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad en la vida adulta, sino porque está relacionada con problemas de salud inmediatos, en el presente de los niños, como desórdenes respiratorios,

problemas ortopédicos e hiperinsulinemia, entre otros (MMWR, 1996).

En el nivel psicosocial, los niños y adolescentes con sobrepeso son a menudo discriminados y excluidos por su grupo de pares y aun por los adultos, por lo que pueden experimentar un alto estrés psicológico. La obesidad infantil también se ha relacionado con una imagen corporal pobre, una baja autoestima, depresión, dificultades para establecer vínculos con sus pares y aislamiento social (MMWR, 1996).

Determinantes de la alimentación infantil

El problema de las pautas alimentarias poco saludables y el sobrepeso infantil está determinado por una trama de factores biológicos, psicológicos, psicosociales, sociales, culturales, económicos y políticos que integran un sistema complejo. Por ello, su modificación tanto en el nivel individual como poblacional requiere de intervenciones estratégicas combinadas que operen en distintos aspectos.

En cuanto a la definición biológica del problema (que es la que tradicionalmente ha sido considerada desde una perspectiva clínica y biomédica), la obesidad es un exceso de grasa corporal que se determina según el IMC antes mencionado. Distintos estudios sugieren que hay bases genéticas que predisponen a la obesidad. Uno de los estudios más citados para apoyar esta perspectiva es el de Marild y otros (2004) que encontró, en un estudio sobre niños de 10 años, que un niño tenía el 10% de probabilidad de ser obeso si ninguno de los padres lo era, un 40% si uno solo de sus padres lo era y el 80% si ambos padres lo eran. Estos resultados, no obstante, admiten interpretaciones alternativas, puesto que aún no está claro qué parte de la obesidad del niño debe atribuirse a factores genéticos y qué parte puede atribuirse a pautas alimentarias familiares que son incorporadas por los niños.

En cualquier caso, la predisposición genética no es suficiente para explicar el acelerado aumento de este problema en las últimas décadas. Dado que nuestra dotación genética, como humanos, no ha cambiado desde hace decenas de miles de años, se hace necesario incluir el componente ambiental para lograr explicarlo. Dicho de otro modo, la predisposición genética necesita de un ambiente que configure las condiciones necesarias para su manifestación.

El componente ambiental puede analizarse en distintos niveles de complejidad; los más relevantes se exponen a continuación.

Procesos económicos, tecnológicos, sociales y culturales globales

Asistimos hoy a una etapa de cambios económicos, tecnológicos, sociales y culturales de impacto mundial que conocemos como *globalización*. En el plano alimentario estas tendencias se manifiestan en un proceso progresivo de homogeneización de las pautas de alimentación que ha dado en llamarse *globalización alimentaria*, por la cual, cada vez más, los habitantes de distintos puntos del planeta tendemos a llevar dietas muy similares.

Los intereses económicos de la industria agroalimentaria, centrados en producir cada vez mayor cantidad de alimentos a menor costo, los avances en las tecnologías de su producción masiva y los nuevos métodos de transporte y conservación trajeron como consecuencia que, a escala mundial, se fabriquen, distribuyan y consuman los mismos tipos de alimentos. En los supermercados de todas partes del mundo están disponibles similares productos y, muchas veces, las mismas marcas, que corresponden a grandes empresas transnacionales. De este modo, se ha pasado de un predominio del consumo de alimentos frescos, de tradiciones culinarias y alimentos locales, a un consumo generalizado de alimentos altamente industrializados, de producción a escala internacional (Contreras, 1993).

En este momento, se verifica un aumento notable de la disponibilidad y el consumo de lo que llamamos comida *chatarra*, esto es, de alimentos hipercalóricos, poco nutritivos, con alto contenido de grasas (principalmente grasas saturadas) y azúcares, tales como hamburguesas envasadas, salchichas, panificados y gaseosas. Como contrapartida, asistimos a un consumo deficitario de alimentos nutritivos como frutas, verduras, legumbres y cereales. El consumo de agua y leche, sobre todo por parte de los niños, está siendo aceleradamente desplazado por el consumo de gaseosas que, en ocasiones, llega a ser preocupante.

Las tendencias alimentarias globalizantes son acompañadas por poderosas y bien cuidadas estrategias de *marketing* que tienen por finalidad imponer este tipo de alimentos en el mercado y a cuyo efecto sobre la salud de los niños nos referiremos más adelante.

Por otra parte, las nuevas funciones sociales de la mujer, su

entrada en el mercado de trabajo y el vertiginoso ritmo de vida actual llevan a que, cada vez con más frecuencia, las madres elijan, para la dieta familiar, alimentos muy industrializados, semilistos, de preparación rápida. Este es otro factor social de importancia en la problemática de las pautas alimentarias poco saludables en la infancia. Las nuevas labores asumidas por la mujer ya no permiten su dedicación amplia a las tareas del hogar, entre las cuales la cocina ocupaba un lugar privilegiado. Esto ha llevado a la utilización de alimentos industrializados (listos para hornear, de cocción rápida, congelados, enlatados, instantáneos, etcétera) que permiten el ahorro de tiempo: “cada vez más, tareas que antes se realizaban en la cocina van siendo transferidas a las fábricas” (Contreras, 1993).

Las cadenas de restaurantes *fast food* o de comida rápida, que sirven alimentos abundantes en grasas saturadas, colesterol, sodio y azúcar (hamburguesas, papas fritas, bollería, cremas), con presencia en la mayoría de países del mundo, han tenido, también, una gran influencia en el cambio de la cultura alimentaria.

Gracias a poderosas y bien diseñadas estrategias de *marketing* (las cadenas de comida rápida, tipo Mc Donald's, invierten anualmente miles de millones de dólares en publicidad) los alimentos que ofrecen –inapropiados para el consumo frecuente por parte de los pequeños– han pasado a ser culturalmente considerados como *alimentos de niños* estando hoy ya prácticamente naturalizada esta representación en muchos sectores de la sociedad.

Por su parte, en las sociedades modernas, la tecnificación ha llevado a la proliferación del transporte automotor, el aumento de la disponibilidad de ascensores y a una presencia cada vez más frecuente, en los hogares con mayor poder adquisitivo, de todo tipo de artefactos que alivian los trabajos manuales. Asimismo, las tecnologías de la comunicación (teléfonos, televisión y más recientemente, las computadoras personales e internet) han experimentado un crecimiento muy acelerado.

Todas estas tecnologías han tornado la vida mucho más sedentaria, al ahorrar viajes y movimientos, y favorecer la cantidad de tiempo dedicado al ocio pasivo, lo cual redundará en una reducción importante del gasto calórico diario.

En el caso de los niños, varios estudios muestran que la cantidad de horas frente al televisor está directamente asociada con la obesidad (Dietz y col., 1985) y que los niños que pasan más horas frente al televisor tienen, también, hábitos alimentarios menos

saludables que los que dedican menos tiempo a esta actividad (Kunkel y col., 2004).

En el caso de nuestro país, según datos del COMFER (2004) sobre población del AMBA, la cantidad de horas diarias que los niños de entre siete y trece años miran televisión se distribuye de la siguiente manera: el 23% mira hasta dos horas diarias, el 47% mira entre dos y cuatro horas diarias y el 7% mira ocho o más horas diarias. Si bien la encuesta no se basó en una muestra representativa, arroja un dato indicativo de la gran cantidad de tiempo que los niños dedican a ver televisión.

Asimismo, vivimos en un mundo cada vez más urbanizado, especialmente en las grandes ciudades (como la de Buenos Aires), tanto los problemas de seguridad como el inadecuado diseño urbano suelen constituirse en factores que desalientan el movimiento físico en el espacio público.

El menor gasto energético que conlleva este modo de vida sedentario se combina con las ofertas alimentarias modernas y las estrategias publicitarias para dar como resultado lo que se ha dado en llamar un *ambiente obesogénico*, es decir un ambiente que favorece el desarrollo del sobrepeso y la obesidad.

Factores socioeconómicos

Acceso a los alimentos

Los procesos económico-sociales, en particular la distribución de ingresos, tienen fuerte impacto en la situación nutricional, debido a que condicionan el acceso a los alimentos.

Hay una distribución diferencial de la dieta en los distintos grupos sociales que está condicionada (en lo que a los factores económicos se refiere) por el nivel de ingresos de la familia, por un lado, y el precio de los alimentos, por el otro.

Los sectores de menor nivel socioeconómico tienden a ingerir alimentos de mayor densidad, valor calórico y contenido de grasas saturadas que son, a su vez, los de más bajo precio y los que producen mayor sensación de saciedad. Estos alimentos son, también, los que más engordan y los que, por otra parte, tienen el menor valor nutritivo.

Tal como lo expresa Aguirre (2004):

El ensanchamiento agudo y desmesurado de la brecha entre ricos y pobres en los años noventa también genera una dicotomía en el patrón de consumo alimentario de los argentinos: mientras las clases media y alta disponen de unos 250 alimentos diferentes, a la mano de los sectores más pobres solo llegan 22 productos. Así comenzó a surgir un patrón diferenciado: ahora los pobres consumen más pan, fideos y papas y menos carnes, frutas, verduras y alimentos lácteos.

Un estudio realizado en una muestra representativa de 893 escolares de entre seis y diez años de la ciudad de Buenos Aires (Durán, 2007) encontró que los chicos de hogares con ingresos bajos seguían una alimentación menos variada, completa y saludable, comparados con los del estrato socioeconómico más alto (por ejemplo, 20% de los primeros comían fideos diariamente, contra un 5% de los segundos). Asimismo, se encontró que los niños de hogares más pobres comían carne, huevos y verduras con una frecuencia menor que los de los niveles socioeconómicos más altos. En contrapartida, el consumo de hamburguesas envasadas era mayor en el nivel socioeconómico más bajo. Por otra parte y, tal como era de esperar, entre aquellos niños que presentaron sobrepeso, el consumo frecuente de salchichas, hamburguesas, fiambres y también de golosinas y productos de copetín era significativamente mayor. Si bien la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue similar en ambos grupos, la dieta de los niños no lo era y, en cada caso, hay que buscar el origen del problema en factores diferentes.

En este punto debemos hacer una referencia obligada a la llamada *desnutrición oculta* definida por carencias de micronutrientes que no afectan mayormente el crecimiento del niño pero sí funciones biológicas de importancia para su desarrollo (O'Donnell y Porto, 2007). Dicho de otro modo, la obesidad y la desnutrición pueden coexistir: un niño que presenta sobrepeso u obesidad, puede, al mismo tiempo, estar desnutrido –por carecer su dieta de nutrientes importantes– sin que esta condición sea apreciada a simple vista, al quedar oculta por la apariencia de robustez del niño.

No obstante la importancia del nivel económico del grupo familiar como factor determinante de su dieta, este no es, sin embargo, el único a considerar, dado que influyen también otros factores sociales y culturales como el nivel educativo y de información de los padres, las modalidades de crianza de la familia y el grupo cultural de pertenencia, las creencias y valoraciones hacia los alimentos y la alimentación, entre otros.

Publicidad de alimentos dirigida a los niños

En los párrafos siguientes realizaremos un análisis de las estrategias publicitarias de alimentos dirigidas a los niños y sus efectos sobre los mismos, haciendo un abordaje desde el punto de vista psicológico, que es el que nos interesa en relación al presente trabajo.

Una parte de la estrecha asociación constatada sistemáticamente entre el hábito de ver la televisión y la obesidad en los niños puede estar relacionada con la publicidad de alimentos no saludables a la que están expuestos mientras lo hacen (Nestle, 2003; Robinson, 1998).

La publicidad dirigida a los niños ha crecido aceleradamente en las últimas décadas, hasta alcanzar niveles sin precedentes. En Estados Unidos, el 80% de dicha publicidad corresponde a cuatro tipos de productos: juguetes, cereales, golosinas y restaurantes *fast food* (del tipo McDonald's) y se estima que los niños de entre dos y once años ven un promedio de cinco mil quinientos anuncios de alimentos no saludables al año.

Los estudios han puesto en evidencia que los niños y adolescentes que ven mucha televisión tienen más probabilidades de tener actitudes no saludables hacia la alimentación y hábitos alimentarios no saludables (MMWR, 1996). Asimismo, la cantidad de tiempo que los niños miran televisión es un predictor significativo de la frecuencia con que los niños piden a sus padres la compra de alimentos publicitados en ese medio (Kunkel y col., 2004).

La estrategia persuasiva más utilizada en los avisos dirigidos a los niños es la asociación del producto con la diversión y la felicidad, sin información concreta sobre él. Las publicidades dirigidas a los chicos evitan toda apelación a lo racional, siendo, más bien, piezas de entretenimiento. Los rasgos comerciales del payaso Ronald McDonald's, danzando y riendo en los restaurantes de su marca, sin ninguna mención a los productos alimentarios disponibles en los mismos, es un claro ejemplo. Esta estrategia de *marketing* se complementa con la venta en los locales de productos tales como *la cajita feliz* y con una ambientación festiva de los mismos que, por medio de colores, espacios de juegos, etcétera, subrayan permanente los atributos de diversión y felicidad con que la marca quiere ser identificada.

Otra estrategia que, según las investigaciones psicológicas realizadas, incrementa la eficacia de los anuncios dirigidos a los niños, es la utilización de personajes de ficción y figuras populares.

Una estrategia de *marketing* también bastante utilizada para conseguir la compra de los productos es la oferta de premios y la inclusión de pequeños juguetes, figuritas o cosas similares dentro de los paquetes de alimentos. La colocación de juguetes en productos como bolsas de papas fritas, patitas de pollo, cereales, etcétera, se ha mostrado muy eficaz, puesto que los niños identifican el juguete con el alimento. De esta manera, se establece en la mente una asociación engañosa entre aspectos recreativos y alimentarios. Por tal motivo la Asociación Europea de Normalización para el Consumo (ANEC) tomó posición en contra de esta práctica por considerar que implica un riesgo para la salud de los niños, dado que incita al consumo de alimentos que pueden ser desaconsejables desde el punto de vista nutricional y que, incluso, pueden favorecer la obesidad.

Numerosas investigaciones de psicología infantil han puesto en evidencia que los niños pequeños no tienen las habilidades cognitivas necesarias para comprender los mensajes comerciales del modo en que lo hacen los adultos o los niños mayores y, por ello, son especialmente vulnerables a su influencia. En particular, los niños menores de ocho años no comprenden que el objetivo que conlleva un comercial es persuadir al televidente para que compre el producto y que la perspectiva e intereses del anunciante son diferentes de las del espectador; tampoco son capaces, todavía, de utilizar habilidades de pensamiento crítico para decodificar las estrategias de *marketing* que subyacen en este tipo de mensajes (Kunkel y col., 2004).

La exposición a los anuncios conduce a un incremento estadísticamente significativo del deseo de los niños por los productos publicitados. Pero, además de este efecto inmediato, las publicidades de alimentos tienen también, como efecto acumulativo a largo plazo, el desarrollo de creencias erróneas sobre la nutrición y de actitudes negativas hacia los hábitos alimentarios saludables (Kunkel y col., 2004).

Asimismo, las investigaciones han puesto en evidencia que la lealtad a las marcas, construida en edades tempranas, puede representar altas retribuciones económicas para las empresas a lo largo de toda la infancia del niño y aun después. El efecto psicológico de tal *lealtad* ha sido puesta en evidencia, por ejemplo, por el estudio de Robinson y col. (2007), que mostró que niños californianos muy pequeños, entre tres y cinco años, reconocen y eligen la marca

McDonald's. En este estudio se les ofreció a los niños productos de la cadena Mc Donald's y otros comprados en el supermercado. Los productos fueron envueltos con paquetes idénticos, salvo que unos presentaban la marca McDonald's, mientras que otros no mostraban ningún logo. Luego de probarlos, en la mayoría de los casos, los niños prefirieron la comida que creían que procedía de la cadena de comida rápida e, incluso, afirmaban que tenían mejor sabor que los alimentos idénticos pero que no llevaban el logo.

El enorme cuerpo de evidencias procedentes de investigaciones psicológicas que muestra los efectos perjudiciales de las publicidades de alimentos sobre la salud de los niños ha llevado a algunos países, como Australia, Canadá, Inglaterra y Suiza, a prohibir tal tipo de publicidad. Con base en que los niños no cuentan con las habilidades cognitivas necesarias para comprender los fines que los anuncios persiguen, este tipo de publicidad es considerada falta de ética, debido a que intenta explotar, con propósitos comerciales, la inmadurez, la inexperiencia y la credulidad infantiles.

Un análisis similar merecerían los anuncios publicitarios orientados a las madres que transmiten mensajes engañosos, ambiguos o información incompleta respecto de las propiedades nutricionales de los productos alimenticios dirigidos a los niños. Por razones de espacio no trataremos aquí este aspecto del problema, aunque sí consideramos necesario dejar señalada su importancia.

Factores psicosociales y culturales

Los hábitos de alimentación no saludables que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas se establecen, en general, en edades tempranas y tienden a perdurar a lo largo de la vida, pues es difícil modificarlos una vez que se han adquirido. Por ello, es importante la formación de hábitos alimentarios saludables –y de actividad física– durante la niñez.

Entre los aspectos psicosociales que determinan los hábitos alimentarios de los niños debemos considerar, en primer lugar y como el más importante, a la familia.

El modelo alimentario de los niños se construye en el ambiente familiar desde el momento mismo del nacimiento y aún antes (distintos estudios muestran que la alimentación de la madre durante el embarazo influye en las posteriores preferencias alimentarias del

niño). Entre los primeros y más importantes condicionantes de la futura alimentación del niño se encuentra la lactancia materna, por varias razones, de las que mencionaremos solo una: es un factor protector para la obesidad infantil. Según encontraron distintos estudios, el mamar permite al bebé la regulación de sus mecanismos de saciedad y, con ello, una mejor regulación de su ingesta, todo lo cual ayudará a ejercerla también en el futuro (OMS, 2003).

Los valores y simbolismos otorgados por la familia a los alimentos, así como sus tradiciones y técnicas culinarias, son factores determinantes del modelo alimentario de los niños. Las actitudes, conocimientos y creencias de la familia, particularmente de las madres, respecto a la alimentación infantil es otro de los factores determinantes de los hábitos alimentarios de los niños. Por ejemplo, se ha encontrado que la obesidad de los niños está relacionada con determinadas creencias de las madres que asocian el sobrepeso con una buena salud, con un buen desarrollo y con la fortaleza de los niños. Por su parte, Hirschler y col. (2006), en un estudio sobre niños de preescolar de la ciudad de Buenos Aires, encontraron que un alto porcentaje de las madres de niños con sobrepeso no percibían esta condición de sus hijos, al tiempo que pensaban que sus hijos no comían en exceso sino adecuadamente.

La madre, desde el punto de vista cultural, sigue siendo la referente del cuidado de la salud familiar y de la crianza y alimentación de los niños, dado que tiene un papel central en las decisiones sobre la compra y preparación de alimentos. No obstante, en la familia moderna, el padre también participa activamente en la decisión del menú familiar. Debido a que las pautas alimentarias involucran y afectan a toda la familia, el estudio y la modificación de las mismas debe enfocarse con un criterio que tome como unidad de análisis al grupo familiar.

Dado que la cantidad de padres y madres que trabajan fuera del hogar es mayor que hace algunas décadas, los niños muchas veces se alimentan sin supervisión adulta o según el criterio de otros adultos cuidadores. Asimismo, las horas que las mujeres destinan hoy al trabajo fuera de casa ha quitado el tiempo que antes dedicaban a la cocina casera, tradición que se está perdiendo. Hoy las familias resuelven el menú cotidiano apelando, frecuentemente, a comidas de preparación rápida como salchichas, hamburguesas y sándwiches o utilizando servicios de *delivery* (empanadas, pizzas). Cada vez se dedica menos tiempo no solo a la preparación de ali-

mentos sino al momento de comer. El tiempo para la mesa familiar se está perdiendo debido a la aceleración y las exigencias de la vida moderna. No obstante, es importante señalar que comer, mucho más que un hecho biológico, es un hecho social: implica un espacio de encuentro para compartir que no solo satisface necesidades nutricionales sino también emocionales y, cuando se pierde este espacio de comensalidad, se pierde también la oportunidad de acrecentar los vínculos interpersonales.

Una tendencia preocupante que viene en aumento es la falta de desayuno en los niños. Cada vez son más los niños que no desayunan antes de asistir a la escuela o que toman desayunos de pobre valor nutritivo, o muy poco saludables (como un vaso de gaseosa con galletitas dulces). Distintos estudios muestran que un desayuno nutritivo evita que los niños coman durante la mañana golosinas u otros entremeses poco sanos y que engordan (MMWR, 1996). Nuevamente, en este caso, la falta de tiempo para la preparación de un desayuno nutritivo y la baja percepción, por parte de la familia, de su importancia son factores que están llevando a la pérdida de este importante hábito alimentario.

La actitud que los padres asumen frente al consumo de golosinas, *snacks* dulces y salados entre comidas y gaseosas es otro factor que tiene una influencia importante en los hábitos alimentarios de los niños.

Muchos estudios psicosociales han puesto en evidencia que los niños desarrollan las mismas preferencias y hábitos alimentarios presentes en su hogar (por ejemplo, Orlet Fisher y col., 2002), por lo que se hace imprescindible la consideración amplia de su contexto familiar, a fin de instalar buenas pautas alimentarias en el niño.

Lo mismo cabe decir de las prácticas de actividad física, que suelen ser incorporadas como hábitos familiares. En la actualidad, las familias suelen destinar gran parte de su tiempo de ocio a actividades de recreación pasiva como, por ejemplo, ver televisión. Asimismo, con frecuencia, los paseos familiares involucran actividades que no implican desgaste calórico de importancia (cine, videojuegos, *shopping*, paseo en auto, etcétera).

El segundo de los aspectos psicosociales que influye en la formación de pautas alimentarias por parte de los niños, y que nos interesa considerar, es su grupo de pares. Los niños, y más aún los adolescentes, están fuertemente influidos por las opiniones y com-

portamientos de sus compañeros y amigos, quienes se constituyen en puntos de referencia para la formación de preferencias, actitudes y valores.

El grupo de pares tiene una fuerte influencia sobre la elección y oportunidad de consumo de ciertos alimentos, por parte de los niños, como, por ejemplo, el tipo de merienda que se lleva a la escuela, el tipo de alimentos que se compra en el quiosco escolar, el deseo de concurrir a locales de comida rápida o la práctica de festejar los cumpleaños infantiles en este tipo de locales. A través de todos estos contextos y prácticas sociales se otorga significado y valoración particulares a los alimentos.

Procesos similares también tienen lugar entre los adultos. Por ejemplo, un estudio sobre doce mil personas, realizado desde una perspectiva de redes sociales, determinó que, si el mejor amigo es obeso, la persona estudiada tenía un 60% más de probabilidades de ser también obesa (Christaki y Fowler, 2007). Las hipótesis explicativas para estos resultados se orientan en el sentido de comprender cómo las pautas alimentarias y de uso sedentario del tiempo libre se construyen, mantienen o modifican en la interacción con los otros. De este modo, se elige permanecer con personas con quienes se pueden compartir hábitos alimentarios y otros aspectos importantes y significativos del estilo de vida personal.

La institución escolar es, también, una poderosa fuente de influencia sobre la formación de los hábitos alimentarios y de las pautas de actividad física en los niños. Este factor será abordado en detalle más adelante.

Señalemos, para finalizar este apartado, que el nivel de análisis comunitario es de central importancia para el buen desarrollo de la salud infantil y familiar, en general y de las pautas alimentarias y de actividad física, en particular. Una comunidad bien organizada (preocupada y ocupada por el desarrollo integral de sus niños, con ofertas alimentarias locales saludables, con equipamiento urbano seguro y accesible para la práctica de actividades físicas y recreativas, con instituciones escolares y deportivas que fomenten la alimentación saludable y el movimiento, con políticas públicas saludables que promuevan, entre otros aspectos relevantes, el acceso equitativo a los alimentos nutritivos, la regulación de las publicidades de alimentos perjudiciales para los niños, la educación alimentaria formal y no formal y la organización de servicios locales de salud que apoyen la promoción de la alimentación saludable) será,

sin duda, un excelente ambiente promotor de la salud nutricional infantil y familiar.

Recomendaciones alimentarias para los niños

Las recomendaciones que hacen las autoridades sanitarias internacionales (por ejemplo, OMS, 2004) para la alimentación infantil, con base en la opinión de pediatras, nutricionistas, especialistas en actividad física y otros expertos son muy sencillas de enunciar y comprender, aunque difíciles de lograr en la práctica de la vida cotidiana de la población. Dichas recomendaciones se orientan a limitar la ingesta de grasas, azúcar y sal; aumentar el consumo de frutas, verduras y cereales integrales y realizar actividad física. Para la alimentación de los bebés se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del niño y evitar la adición de azúcares y almidones a las mamaderas (OMS, 2003; Ministerio de Salud, 2006).

Llevadas a la vida diaria, estas recomendaciones implicarían restringir, en los niños, la ingesta de alimentos muy calóricos y pobres en nutrientes como hamburguesas industriales, salchichas y otros embutidos, fiambres, *snacks* (papas fritas, chizitos, palitos), frituras, alfajores, golosinas, gaseosas y otras bebidas azucaradas. Paralelamente, implicaría un aumento del consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales, lácteos, proteínas poco industrializadas, jugos de frutas naturales y agua. En cuanto a la actividad física, implicaría limitar la cantidad de horas que los niños pasan frente al televisor o la computadora y aumentar la cantidad de tiempo de actividad física escolar y extraescolar y el tiempo dedicado a actividades de recreación activa.

Es evidente que estas modificaciones, consideradas en un nivel poblacional, no son fáciles de lograr, puesto que involucran estilos de vida que están fuertemente determinados, sostenidos y reforzados por condiciones de contexto, esto es, por el ambiente urbano moderno que hemos descripto y que algunos autores califican de *obesogénico*.

La complejidad de los determinantes que está en juego en la problemática de la alimentación infantil poco saludable, y que hemos venido exponiendo, responde a muy distintos niveles de análisis, los que involucran la escala global, nacional, local, comu-

nitaria, institucional, familiar e individual y demanda distintos enfoques interdisciplinarios de análisis (económico, político, cultural, social, psicosocial).

A fin de dar respuesta a este tipo de problemáticas, se requieren intervenciones complejas, articuladas y sinérgicas que permitan incidir, estratégicamente, sobre las principales fuerzas determinantes del problema. Este es el propósito que persigue el enfoque de intervención en PS, que será presentado en las páginas siguientes.

Las estrategias de trabajo en promoción de la salud

En el resto del trabajo caracterizaremos las estrategias de intervención que se desprenden del enfoque de PS, ilustrándolas con su aplicación a la temática de las pautas alimentarias durante la infancia y la problemática del sobrepeso infantil. Pondremos de manifiesto, para cada uno de los ejes de abordaje, las distintas oportunidades de intervención que este enfoque abre para el psicólogo sanitario.

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud:

- a) Abogacía por la salud: implica todas aquellas acciones llevadas adelante por individuos, grupos, instituciones, comunidades, destinadas a hacer visible algún problema sanitario en particular y a conseguir apoyo y compromisos políticos para la formulación de programas orientados a dar respuesta al mismo. Estas acciones suelen utilizar, para lograr sus propósitos, los medios de comunicación masivos, la apelación directa a los políticos y la movilización de la comunidad. Uno de los colectivos clave que pueden participar en las acciones de abogacía de la salud son, por supuesto, los profesionales sanitarios, a quien les cabe un importante papel como defensores de la misma.
- b) Fortalecimiento (*empowerment*) para la salud: es un proceso de fortalecimiento individual y colectivo que apunta a facilitar que todas las personas puedan desarrollar su potencial de salud. Se logra por medio de la información sanitaria, el desarrollo de habilidades y el incentivo a la participación de las distintas personas y grupos en la formulación de las políticas y programas de salud y de otras áreas que la afectan.

- c) Mediación en favor de la salud: se refiere al proceso mediante el cual el Estado y los gobiernos interceden en pro de aquella cuando hay intereses encontrados en el seno de la sociedad. Las acciones de promoción de la salud muchas veces afectan intereses (personales, sociales, económicos) de distintos grupos de la sociedad, los que deben ser puestos de acuerdo, a fin de llevar adelante las políticas y programas sanitarios necesarios.

Estas estrategias se articulan en cinco áreas de acción prioritarias que, aunque se diferencian, siempre se retroalimentan entre sí. Debido a la complejidad de los determinantes que operan en la problemática de la alimentación humana, las intervenciones de promoción de una alimentación saludable más eficaces serán las que logren conjugar, de un modo sinérgico, las distintas acciones realizadas en estas cinco áreas.

Establecer una política pública saludable

El concepto de *política pública*³ *saludable* aspira a superar el clásico concepto de *políticas públicas de salud*. Estas últimas implican las directrices oficiales emanadas del sector salud, a fin de dar respuesta a los problemas sanitarios de la población. Pero, como se ha expuesto, los determinantes que tienen mayor influencia en la salud de una población no se encuentran, principalmente, en el sector salud, sino que se ubican en áreas tales como educación, vivienda, alimentación, derechos humanos, empleo, ingresos, seguridad, ambiente, transporte. Por lo tanto, la salud debe figurar, de un modo articulado, en la agenda política de todos los sectores y de todos los niveles del gobierno (nacional, provincial, municipal). A esta inclusión transversal de la preocupación por la salud en cada uno de los sectores de gobierno se la denomina *política pública saludable* y la tarea que la posibilita se denomina *articulación intersectorial*.

Las políticas públicas saludables tienen como finalidad crear los entornos necesarios para que puedan desarrollarse estilos de vida

3. Una discusión respecto a las políticas públicas y la noción de sujeto que conllevan se ha desarrollado en el capítulo 3.

saludables, haciendo que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir. Una política pública saludable adecuada, coherente y comprehensiva brinda el marco para la realización de acciones eficaces en las otras cuatro áreas de acción de la PS. Estas políticas se instrumentan por medio de mecanismos legislativos, fiscales, presupuestarios, administrativos y de incentivos económicos.

El establecimiento de políticas públicas saludables requiere siempre de la colaboración intersectorial (estatal y privada); de allí que un aspecto central a tener en cuenta para su éxito sea la creación de alianzas estratégicas entre el sector público, el privado, y también con distintos sectores sociales (ONG, universidades, medios masivos de comunicación, asociaciones profesionales) a fin de alcanzar las metas deseadas.

Sin embargo, el proceso de formulación de estas políticas siempre está signado por el conflicto, ya que afectan intereses contrapuestos de diferentes actores sociales, quienes intentan incidir sobre el curso de las mismas. Por ello, su formulación implica, necesariamente, un proceso de negociación y construcción de consensos que está atravesado por factores políticos, sociales y económicos que definen, en última instancia, el contenido de dichas políticas (véase, por ejemplo, De Lellis, 2006).

Dado el carácter intrínsecamente conflictivo que tiene el proceso de formulación de políticas públicas saludables, los distintos sectores intervienen utilizando las mencionadas estrategias de abogacía por la salud, mediación por la salud y fortalecimiento comunitario.

En relación al problema de las prácticas alimentarias en los niños y la obesidad infantil, se ha identificado una serie de políticas públicas que, aplicadas comprehensivamente, pueden contribuir sustancialmente a disminuir su prevalencia.

En la formulación de esas políticas, se involucran los responsables gubernamentales de áreas tales como agricultura, industria, hacienda, comercio, desarrollo social, educación, deportes y recreación, urbanismo, transporte y medios de comunicación, y corresponde a la cartera de salud la responsabilidad por el liderazgo y la coordinación de las acciones.

En cuanto a la buena alimentación familiar, está claro que aquellas políticas inespecíficas, que afectan de un modo general las condiciones y la calidad de vida de las familias, tienen una importancia principal; esto es, políticas en educación, trabajo, vivienda, ambien-

te. En lo específico de la temática alimentaria, incluida en la agenda de las políticas públicas, puede señalarse lo siguiente:

- Las *políticas alimentarias* tienen como primera prioridad garantizar el acceso de toda la población a alimentos nutritivos y saludables, de acuerdo con sus necesidades. En la Argentina, históricamente, distintos programas alimentarios se han focalizado en este objetivo, con resultados dispares. Entre las acciones ensayadas figuran, entre otras, la instalación de comedores escolares con programas de desayuno, almuerzo o merienda escolar; entrega de canastas de alimentos; entrega de tarjetas o vales para la compra subsidiada de alimentos; promoción de huertas familiares, escolares y comunitarias. Estos programas se han focalizado en prevenir o paliar las deficiencias nutricionales pero, hasta ahora, han descuidado la problemática del sobrepeso y la desnutrición oculta. Debido a esta y otras inconsistencias, se hace necesario que las políticas alimentarias tengan un enfoque integrado de los problemas relacionados con la dieta y la nutrición. De un modo solidario con las anteriores, es finalidad de las *políticas fiscales* influir en los precios de los alimentos (por ejemplo, mediante impuestos, subsidios, controles directos) para hacer accesibles a los consumidores, especialmente a los sectores más desaventajados, los alimentos prioritarios de alto valor nutritivo (frutas, verduras, lácteos, carnes). Paralelamente, muchos países gravan los productos considerados nocivos desde el punto de vista nutricional (gaseosas, golosinas), a fin de hacerlos económicamente menos accesibles. Planificadas con un horizonte de mediano o largo plazo, las *políticas agropecuarias* pueden tener, también, un efecto muy importante en las dietas nacionales. El tipo y los métodos de cultivos y de crianza de animales que se promuevan permitirán la disponibilidad de una mayor o menor diversidad de productos, de distintas calidades y a distintos precios, para el abastecimiento del mercado interno. Las decisiones que se tomen pueden afectar decididamente la seguridad alimentaria nacional, en particular en el actual contexto ambiental, donde el cambio climático global añade un desafío más al problema de la producción y distribución mundial de alimentos.

Las políticas alimentarias deben garantizar no solo la disponibilidad de los alimentos necesarios de alto valor nutritivo en los mercados locales, sino también el acceso a los mismos por parte de toda la población.

- En cuanto a las *políticas hacia la industria de producción de alimentos*, al Estado le cabe establecer normativas para la elaboración de los alimentos que se ofrecen en el mercado, tales como las referidas a los contenidos máximos de componentes considerados poco saludables (las que siempre es necesario negociar con la industria alimentaria). Como ejemplo, digamos que en este momento hay una preocupación sobre el contenido de grasas trans presente en los alimentos y la orientación política es llegar a su completa eliminación, acorde con recomendaciones de la OPS. Ya se produce en nuestro país una amplia variedad de alimentos (galletas, panes, pastas, entre otros) libres de este tipo de grasas nocivas para la salud. La colaboración del sector privado, principalmente las empresas del sector alimentario y los proveedores de servicios de comidas (restaurantes y otros), tiene una enorme influencia sobre la salud de la población. Su orientación hacia prácticas de impacto más saludable sin duda redundaría en grandes beneficios. Sin embargo, los grandes intereses económicos detrás de las grandes corporaciones de alimentos, principalmente las multinacionales, hacen que esta orientación sea, muchas veces, difícil de negociar.
- Paralelamente, dentro de las *políticas de comercialización*, las normas sobre rotulado y etiquetado tienen por objeto hacer efectivo el derecho de los consumidores a recibir una información veraz, sistemática y comprensible sobre el contenido de los productos alimenticios, que les permita tomar decisiones de compra saludables. No obstante, para que estas normas surtan el efecto deseado deben acompañarse de acciones de educación hacia los consumidores (en el caso de la temática que nos ocupa, muy especialmente dirigidas a las madres), a fin de que las etiquetas puedan ser correctamente interpretadas y den lugar a decisiones de compra más saludables para los niños.
- Las *políticas ambientales*, de *planificación urbana* y de *transporte* contribuyen significativamente a la adopción de estilos de vida

físicamente más activos por parte de la población. La instalación y el mantenimiento de parques públicos, centros deportivos, bicisendas y redes de transporte que permitan una circulación más ecológica favorecen las caminatas, el correr, el uso de bicicletas y la práctica de gimnasia y deportes.

En cuanto a las *políticas educativas* deben incluir, por una parte, los programas de educación alimentaria en los distintos niveles de escolaridad formal, los que necesitan articularse con los programas de promoción de la actividad física. Por otra parte, incluyen las acciones de educación no formal dirigidas a distintos grupos de la sociedad, particularmente a las madres, que se canalizan a través de instituciones oficiales y de organizaciones de la sociedad civil y en las que puede participar, también, el sector privado.

- En cuanto a las *políticas de comunicación*, pueden orientarse, por un lado, a la difusión de mensajes que promuevan los buenos hábitos alimentarios y de actividad física y, por otro, a regular aquellos mensajes publicitarios que puedan atentar contra ellos y, por ende, resultar perjudiciales para la salud. El trabajo colaborativo con los medios de comunicación masiva es un fuerte apoyo para tales objetivos. En nuestro país, están en discusión distintas medidas orientadas a regular los mensajes publicitarios y prácticas comerciales de promoción de alimentos no saludables dirigidos a los niños, tal como ocurre en muchas otras partes del mundo (para un estudio detallado de las regulaciones mundiales de la publicidad de alimentos dirigida a los niños, véase Hawkes, 2004).

En la Argentina son muy recientes las acciones de salud pública que tienen por objeto atender a la modificación de los hábitos alimentarios nocivos y a la problemática del sobrepeso infantil. La política nacional en que se encuadran dichas acciones es el *Plan Nacional Argentina Saludable*, lanzado a mediados del 2007, que integra a los Programas Nacionales de *Control del Tabaco*, de actividad física *Argentina en Movimiento* y de *Alimentación Sana*.

Según información oficial difundida al momento de su lanzamiento, el *Programa Nacional de Alimentación Sana* incluye, entre sus objetivos, prevenir el sobrepeso y la obesidad en distintos grupos etáreos y favorecer hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas. El Programa se propuso integrar tres ejes estratégi-

cos de importancia. En primer lugar, la realización de acuerdos con la industria alimentaria con el objeto de mejorar la calidad nutricional de los productos que elabora: con menores niveles de calorías, grasas totales, grasas trans, azúcar y sal, y enriquecidos con hierro, y en presentaciones comerciales de porciones de menor tamaño; la publicidad responsable y el compromiso de promover hábitos alimentarios saludables también forman parte del acuerdo de cooperación. En segundo lugar, un acuerdo de cooperación con los supermercados para llevar adelante acciones de información al consumidor sobre los beneficios de una alimentación saludable y la difusión de la reglamentación sobre rotulado nutricional de los alimentos. En tercer lugar, la realización de acciones de educación alimentaria y de actividad física en escuelas.

El Programa planteó la articulación de los sectores de salud, desarrollo social y educación, y la aspiración de contar con la participación, para el apoyo de las acciones, de otros actores clave como las asociaciones profesionales, representantes de la industria alimentaria, cámaras de supermercados, medios de comunicación y ONG.

Este programa es complementario del *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria* que se desarrolla bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social y que comenzó en el año 2003, luego de que el país atravesara su profunda crisis económico-social con el objetivo de garantizar el acceso alimentario a familias que viven en situaciones socialmente desfavorables y de vulnerabilidad nutricional.

Por su parte, el Ministerio de Educación de la Nación, en conjunto con la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos del Ministerio de Economía y con el apoyo de la FAO, está desarrollando el Programa Nacional de Educación Alimentaria Nutricional en algunas provincias del país. Este programa pretende diseñar estrategias y acciones para integrar la educación alimentaria y nutricional en los proyectos curriculares de las escuelas primarias, con el propósito de que los alumnos construyan una visión de la alimentación humana como fenómeno complejo, que integra las dimensiones biológica y sociocultural, y de contribuir a mejorar la salud y la nutrición de los mismos.

A la Subsecretaría de Defensa del Consumidor del Ministerio de Economía de la Nación, por su parte, le corresponden acciones de educación alimentaria con el fin de lograr una mejora en la calidad de vida ayudando a priorizar, dentro de la economía familiar, la

selección y el consumo de aquellos alimentos que, por su precio y valor nutricional, deben ser conocidos e incorporados a la cultura alimentaria. Colabora el Mercado Central de Buenos Aires con la donación de alimentos destinados a la capacitación culinaria y otras acciones educativas, así como distintas asociaciones comunitarias.

En relación con los derechos del consumidor, es importante mencionar, también, la nueva ley de rotulado de los alimentos que comenzó a implementarse a mediados de 2006 y por la cual todos los alimentos envasados deben contener un rotulado con información nutricional que orienta al consumidor al momento de la compra, al presentar los valores calóricos y nutritivos de los alimentos (señalemos que para que el consumidor pueda beneficiarse de esta información, debe poseer los conocimientos y las habilidades necesarias a fin de interpretarla y aplicarla, lo que requiere de acciones educativas que lo permitan).

En cuanto a los aspectos específicamente sanitarios, la política más reciente concretada en nuestro país fue la sanción, a mediados de 2008, de la Ley n° 26.396, por la cual se creó el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud. Este programa, al que nos referiremos más adelante, introduce normativas sobre la atención a las personas que padecen trastornos alimentarios a la vez que promueve mecanismos para su prevención.

En cuanto al papel y la tarea que le caben al psicólogo en el establecimiento de políticas públicas saludables, son múltiples y diversos, y los podemos presentar en dos vertientes: por un lado, destacamos las contribuciones que le corresponde hacer a la psicología en la democratización y legitimación del ciclo de las políticas públicas. Por otro, podemos subrayar la importancia de la psicología en brindar evidencia científica que avale la formulación de determinadas políticas públicas.

En cuanto a la primera vertiente podemos decir que este es un ámbito que demanda, ante todo, los aportes provenientes de la psicología comunitaria:

La formulación de políticas públicas surge y se apoya en un proceso de construcción colectiva que organizaciones sociales y agencias estatales tejen alrededor de cuestiones socialmente problematizadas. Allí se definirá el tipo de problemas sobre los cuales podrá trabajar la psicología comunitaria (De Lellis, 2006).

También, De Lellis destaca las contribuciones más importantes de la psicología comunitaria en relación al ciclo de las políticas públicas, de las cuales nos interesa señalar, sintéticamente, las siguientes: a) promover un mayor acceso de ciertos grupos sociales postergados a la toma de decisiones, facilitando mecanismos para aumentar su participación; b) mejorar la capacidad autogestiva de los grupos sociales y sus habilidades para que puedan desempeñar mejor sus roles de interlocutores y/o gestores de políticas públicas; c) favorecer procesos de toma de decisiones que gocen de mayor consenso y legitimación.

Asimismo, señala que a la psicología comunitaria le cabe una función en el fortalecimiento de competencias que facilitan la participación ciudadana en aspectos como los siguientes: a) inclusión de las cuestiones sociales en las agendas públicas; b) disminución de barreras u obstáculos que traban o limitan el proceso de participación; c) contralor social de las políticas públicas.

Respecto de la segunda vertiente de contribuciones, los aportes son innumerables. Solo a título de ejemplo, tomemos el caso de las políticas que regulan la publicidad de alimentos dirigida a los niños. Dichas políticas se han formulado en distintas partes del mundo apoyadas en una enorme cantidad de evidencia científica proveniente de investigaciones psicológicas que muestra –sin dejar margen a dudas– que estas publicidades tienen efectos significativos y deletéreos sobre la salud de los niños. Lo mismo podríamos decir de gran cantidad de otras áreas socialmente relevantes de políticas sustantivas cuyo análisis excede los objetivos del presente trabajo.

Crear ambientes favorables para la salud

Tal como hemos expuesto, la creación de ambientes que promuevan la salud es el objetivo principal de las políticas públicas saludables. Si bien la noción de ambiente abarca todas aquellas condiciones económicas, sociales, culturales y políticas en que vive inmerso el individuo y, dado que las más importantes de ellas han sido tratadas en puntos anteriores, nos referiremos aquí, específicamente, desde el enfoque de escenarios, a algunos entornos físicos y psicosociales sobre los que es importante trabajar en relación con la problemática de la alimentación infantil.

Hay varios escenarios privilegiados para desarrollar acciones de promoción de la alimentación saludable; el más evidente de ellos es el ambiente escolar.

Las escuelas son escenarios ideales para realizar acciones de promoción de la salud puesto que, por medio de ellas, se puede llegar a la mayor parte de los niños y adolescentes. Brindan la oportunidad de llevar a la práctica las recomendaciones sobre alimentación saludable debido a la gran cantidad de niños que desayunan, almuerzan y/o meriendan en las mismas. Puesto que, como hemos visto, comer es una práctica construida socialmente que está influida por las interacciones sociales, las escuelas son un ámbito privilegiado para desarrollar programas de educación alimentaria. Allí se pueden aprovechar las interacciones con compañeros y docentes para fomentar pautas de alimentación saludable, apoyadas en estrategias de aprendizaje colectivo. Asimismo, la participación de toda la comunidad escolar –incluidos los padres– en las actividades permite una identificación colectiva con los objetivos que contribuye a hacerlas más efectivas e, incluso, a extender sus efectos hasta el ámbito familiar.

Las escuelas son un escenario principal entre los contextos sociales que pueden contribuir a modelar los comportamientos alimentarios de los niños y adolescentes (por acción u omisión de programas educativos y de buenas prácticas alimentarias). Tienen un enorme impacto potencial en la formación de preferencias y hábitos alimentarios.

Se han formulado, en distintos ámbitos, guías para el desarrollo de programas escolares de promoción de la alimentación saludable que, de modo muy similar, toman los principios de la PS y los aplican al ámbito escolar. Entre las principales recomendaciones, podemos enumerar las siguientes (MMWR, 1996):

- a) Adoptar una política escolar de promoción de la alimentación saludable coordinada que conjugue la educación nutricional en el aula con un ambiente escolar de apoyo a este objetivo. Es evidente que la decisión de la institución de adoptar esta política será la base que permitirá desarrollar todas las acciones necesarias para promover una alimentación saludable en los niños y adolescentes. La adopción de este tipo de políticas asegura que los mensajes nutricionales dados en el aula no se contradigan o, mejor aún, se potencien en el resto de los espacios escolares. Sin los correspondientes

soportes ambientales, la educación nutricional aislada seguramente no tendrá el impacto buscado en la formación y el mantenimiento a largo plazo de buenas prácticas alimentarias. Así, por ejemplo, la política escolar alimentaria puede integrar un programa de educación nutricional en el aula con un programa de desayuno y/o almuerzo escolar saludable, venta de comida saludable en las máquinas, los quioscos y/o los bufés de las escuelas, un programa, con participación de los padres, de promoción de envío de viandas saludables, eventos deportivos y otras actividades especiales como quermeses o fiestas escolares donde se promueva la alimentación saludable. La política de actividad física, asimismo, debe estar articulada con la política nutricional escolar. La formulación de esta política debe ser participativa, de modo de incorporar las ideas y el compromiso de toda la comunidad escolar: directivos, profesores, alumnos, padres, gabinete escolar, responsables del comedor escolar, responsables de los quioscos escolares, profesionales de los servicios de salud del área de referencia de la escuela, organizaciones de la comunidad que, en cada caso, pudieran resultar relevantes para apoyar la iniciativa.

- b) Elaborar un currículo de educación nutricional y brindar educación nutricional a los alumnos. Estas recomendaciones serán tratadas ampliamente en el apartado siguiente (desarrollo de habilidades personales).
- c) Capacitar al personal escolar. Dado que este tipo de programas requiere la participación activa de los docentes, se hace imprescindible brindarles la capacitación necesaria. Los docentes, en general, manejan los contenidos que su materia puede aportar al programa aunque, con frecuencia, necesitan apoyo y entrenamiento para elaborar técnicas de enseñanza innovadoras que sean amenas, que permitan la aplicación de los aprendizajes a la realidad alimentaria cotidiana de los alumnos y que estén focalizadas en el desarrollo de habilidades y en la formación de hábitos alimentarios saludables, más que en la transmisión de información.
- d) Integrar los servicios de alimentación escolar y la educación nutricional. El comedor de la escuela brinda una oportunidad privilegiada para que los alumnos vivencien la alimentación saludable. Por ello, es importante, a los efectos de potenciar los mensajes de alimentación saludable, coordinar la educa-

ción nutricional brindada en clase con la alimentación ofrecida en el comedor.

En el ámbito escolar, los alumnos deben contar con el tiempo necesario y el espacio apropiado para ingerir sus comidas en una atmósfera física y socialmente amena. Comer es un acto social y las investigaciones señalan que, cuando los niños comen en un clima social agradable, desarrollan mejores vínculos con la alimentación.

- e) Promover la participación de la familia y la comunidad. Los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres influyen directamente en los hábitos alimentarios que desarrollan los niños, tal como ha sido expuesto. Por ello, es importante fomentar la participación de los padres en los programas de alimentación saludable, a fin de que la educación recibida en la escuela sea sostenida por las prácticas alimentarias familiares.

Otra iniciativa que se está utilizando para la promoción de la alimentación saludable en el ambiente escolar es la implementación de quioscos saludables. Esto se está llevando a cabo en muchas instituciones nacionales e internacionales, sea como parte integrante de un programa comprehensivo de promoción de la alimentación saludable o en forma independiente. Está claro que en el primer caso cabe esperar resultados más importantes que en el segundo. En la Argentina, distintas provincias como Misiones, Mendoza y Córdoba ya tienen legislación que regula el funcionamiento de los quioscos en las escuelas.

Muchas veces se integran los programas escolares de promoción de la alimentación saludable con programas de huertas escolares donde los niños pueden aprender, sobre una base experiencial, acerca de los beneficios de las frutas y verduras, a la vez que desarrollan habilidades de cultivo y cuidado de vegetales, y valores de preservación del medioambiente. En los casos de las comunidades de bajos recursos, este tipo de huertas (al igual que las huertas familiares y comunitarias) pueden constituirse en una importante herramienta para mejorar el acceso alimentario a este grupo de alimentos de gran valor nutritivo.

En distintos países, la implantación de *escuelas saludables* es una política de Estado, lo que implica acciones legislativas y administrativas de formalización de la iniciativa para su inclusión oficial en los programas de los sectores de salud y educación. La formulación

de esta política se encuadra en los principios generales de elaboración de *políticas públicas saludables*, expuestos en el punto anterior.

Otro escenario donde se han desarrollado acciones de promoción de la alimentación saludable que pueden impactar en la buena alimentación infantil son los supermercados. Debido a que la dieta diaria está determinada, en buena parte, por los alimentos presentes en el hogar, el momento de su adquisición es apto para influir en ella. En este sentido, los supermercados pueden desarrollar acciones dirigidas a los padres, con el fin de orientar la selección y compra de alimentos hacia los más saludables. A tal fin, se han utilizado y pueden utilizarse un sinnúmero de estrategias, como, por ejemplo, campañas informativas sobre el valor nutritivo y calórico de los distintos productos y sobre la importancia del desarrollo de buenos hábitos nutricionales desde la infancia; exhibición, en forma destacada, de alimentos saludables, como frutas y verduras; asesoramiento para la correcta lectura de etiquetas; consejos y recetas para la preparación saludable de alimentos; colocación de *stands*, medios audiovisuales y organización de exposiciones con distintos contenidos de promoción de la nutrición infantil y familiar saludable; señalización en las góndolas de los alimentos recomendados, entre otras.

El ámbito municipal es, también, un escenario privilegiado para el desarrollo de programas de promoción de alimentación saludable, ya que ofrece oportunidades para la aplicación de estrategias integrales a escala local y, muy especialmente, porque permite la participación directa de la comunidad en los procesos de toma de decisiones. En la Argentina, la Red de Municipios y Comunidades Saludables, coordinada por el Ministerio de Salud de la Nación, agrupa a centenas de municipios que llevan adelante programas de promoción de la salud, muchos de los cuales están orientados a promover la alimentación sana y el movimiento.

Respecto de los aportes que le caben al psicólogo sanitario en el desarrollo de ambientes promotores de la alimentación sana podemos clasificarlos en los siguientes ejes: a) intervención, a lo largo de todo el proceso de planificación (diagnóstico, formulación, ejecución y evaluación), con metodologías y técnicas participativas que faciliten el trabajo con la comunidad o institución para el desarrollo de los programas; b) aportes psicológicos específicos que contribuyen al desarrollo de hábitos alimentarios infantiles saludables (por ejemplo, estrategias de crianza); c) modificación de aspectos

tos físicos y organizativos del ambiente que inciden en los comportamientos alimentarios (por ejemplo, máquinas expendedoras de comidas y bebidas, presencia de quioscos, estructura física y funcionamiento de los comedores escolares, etcétera).

Señalemos, para finalizar, que en lo que se refiere a otros escenarios menos convencionales, como el trabajo en supermercados, le cabe al psicólogo sanitarista utilizar todas las herramientas propias del *marketing* social alimentario (por ejemplo, encuestas de hábitos de consumo, de decisiones de compra, diseño de estrategias comunicacionales, etcétera) para orientar la compra hacia los alimentos más saludables para los niños.

Fortalecer la acción comunitaria para la salud

La PS concibe los determinantes del proceso salud/enfermedad de un modo amplio y complejo, operando en distintos niveles; de allí que su propuesta implica “la articulación de conocimientos técnicos y populares y la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados para su desafío y resolución” (Buss, 2006).

Esta concepción se plasma en el concepto de *colaboración intersectorial*, que implica la cooperación entre diferentes sectores de la sociedad, como el sector público, la comunidad, los profesionales de la salud y el sector privado, para lograr los cambios ambientales y personales perseguidos. Dentro de este concierto de actores, al sector salud le cabe asumir un puesto de liderazgo o coordinación y de apoyo a las acciones.

Las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de base comunitaria tienen un papel relevante para lograr cambios ambientales y de estilos de vida. Pueden abogar por la formulación de políticas alimentarias saludables y la sanción de leyes que las respalden, realizar campañas de información y programas de educación nutricional, demandar a la industria alimentaria la oferta de productos más saludables, movilizar a la comunidad en apoyo de las distintas acciones y, en fin, participar en la formulación de políticas y programas, en forma unilateral o en colaboración con otras organizaciones.

Encontramos un ejemplo reciente de abogacía para la salud en la movilización comunitaria que realizaron personas afectadas de obesidad, bajo el liderazgo de un reconocido médico especialista en la problemática y promovida desde un popular programa televisivo

dedicado a ese tema, con el fin de lograr la sanción de la llamada *Ley de obesidad* (26.396, a la que nos hemos referido).

Con marchas y abrazos al Congreso de la Nación, miles de personas gordas lograron llamar la atención sobre el problema de la obesidad, atraer el interés de los medios de comunicación y sumar la adhesión de la opinión pública. La estrategia de movilización para la sanción de la ley se acompañó con el envío de cartas de apoyo dirigidas a los legisladores.

La presión comunitaria culminó con la sanción de la ley, por parte del Congreso nacional, en agosto de 2008, en un clima que despertó un amplio debate entre la opinión pública, los profesionales y los servicios de salud.

Así, mientras la opinión pública se vio fuertemente sensibilizada y comenzó a representarse a la obesidad como problema de salud (y no como cuestión meramente estética), fuente de importantes sufrimientos físicos, psíquicos y sociales para quienes la padecen, muchos especialistas manifestaron que la ley medicaliza el problema al dar mayor relieve a los aspectos clínico-asistenciales del mismo, en detrimento de su prevención y de la consideración de algunos determinantes socioambientales. Por su parte, los aseguradores pusieron el acento en el problema de los costos de atención que la sanción de la ley significa para los servicios, ya que preveían un fuerte aumento de la demanda de consultas, servicios diagnósticos, medicación, servicios quirúrgicos, etcétera. La versión final del texto de la ley es el resultado de las definiciones negociadas del problema por parte de los distintos actores sociales afectados por el mismo.

La ley en cuestión conceptualiza a la obesidad como enfermedad, por lo que exige su inclusión en el Programa Médico Obligatorio (MO) que rige para las obras sociales y la medicina prepaga, lo que implica, en la práctica, que en ambos tipos de aseguramiento deben cubrirse todos los tratamientos necesarios del problema, incluidos los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos y farmacológicos. Pese a que también norma respecto de otros trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) y a que incluye aspectos referidos a la prevención de la obesidad y a la promoción de la alimentación saludable y de la actividad física, es interesante observar, desde una perspectiva de psicología social, que la ley se ha hecho conocida en la opinión pública como *Ley de obesidad* y la representación social que existe de la misma se acota a los aspectos de atención

médica del problema, todo lo cual, entendemos, refleja la dinámica y la impronta que le dio origen (movilización de los gordos, apoyo desde un programa televisivo que trata la problemática).

Digamos, entonces, que la movilización comunitaria tuvo el efecto de instalar el problema de la obesidad en la opinión pública y en la agenda política, reflejando, así, el ciclo de gestación propio de toda política pública, como lo describe De Lellis (2006).

La participación comunitaria es necesaria no solo para las acciones de abogacía de la salud sino, de un modo más sistemático, en todo el proceso de formulación de políticas y planificación de programas de alimentación y actividad física. La comunidad participa, tanto por medio de sus organizaciones, como también mediante miembros representativos de la misma y de espacios de inclusión para la población general interesada en la problemática.

En este punto, el concepto de participación comunitaria se articula con el de *empowerment* o fortalecimiento comunitario para la salud, el que se entiende como un proceso tanto social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades en salud.

Debemos establecer aquí una distinción entre el *empowerment* para la salud del individuo y para la salud de la comunidad. El relativo para la salud individual se refiere a la capacidad de cada persona para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El *empowerment* para la salud comunitaria supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir más influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad (OMS, 1998). Este fortalecimiento es indisociable de los procesos de participación que permiten la acción colectiva en función de objetivos y estrategias consensuadas, en el marco de procesos democráticos que aumentan las oportunidades para la construcción de ciudadanía.

Es necesario señalar, de todos modos, que la participación comunitaria, para poder desarrollarse y ser eficaz, requiere de oportunidades de aprendizaje a fin de aumentar la conciencia política y las habilidades de organización y actuación en este plano.

En cuanto a la colaboración intersectorial que puede establecerse entre el gobierno, asociaciones de profesionales de la salud, universi-

dades, instituciones sanitarias, ONG, organizaciones de base comunitaria y el sector privado, los ejemplos son innumerables.

Mencionaremos dos, solo a título ilustrativo:

- 1) El Programa de Prevención del Infarto Argentina (PROPIA) es coordinado por la Universidad Nacional de La Plata y lleva adelante sus acciones desde una perspectiva de promoción de la salud comunitaria que toma como base la experiencia del Proyecto Karelia, de Finlandia, y se sostiene por un equipo de trabajo interdisciplinario. Promueve, además de la cesación tabáquica, la alimentación sana y la actividad física desde una perspectiva local con participación de la comunidad. El área nutricional tiene como principal objetivo promover hábitos alimentarios saludables, para lo cual realiza acciones de educación para la salud y alimentaria en escuelas, a la vez que trabaja con distintas organizaciones de la comunidad. Ha trabajado, de modo innovador, con distintos sectores de la industria alimentaria, con el propósito de modificar saludablemente alimentos de consumo masivo, disminuyendo o eliminando su contenido de grasas malas (colesterol, grasas saturadas e hidrogenadas) y aumentando el contenido de grasas buenas (Omega 3, 6 y 9), y contribuyendo, por esta vía, a una disminución significativa de la producción industrial de grasas trans en nuestro país. Citemos, a modo de ejemplo, su experiencia de trabajo con la Cooperativa Obrera de Bahía Blanca que, desde 2006, elabora el primer pan anticolesterol del país, libre totalmente de grasas trans.
- 2) *Cinco al día* es un programa internacional presente en cuarenta países que cuenta con el apoyo de la OMS y de la FAO, destinado a promover una dieta balanceada que incluya cinco porciones diarias de frutas y verduras. En la Argentina es un foro integrado por organizaciones que representan los distintos quehaceres frutihortícolas, así como por expertos en nutrición, educadores y científicos. A pesar de que en la Argentina abundan las frutas y las hortalizas, su consumo es bajo y no cubre las recomendaciones diarias (esta situación es debida tanto a problemas de disponibilidad como de precio y culturales). Para mejorar la situación, esta organización realiza acciones educativas entre los consumidores a fin de

difundir los beneficios de una dieta que incluya cinco porciones diarias de frutas u hortalizas, especialmente entre los más chicos. Asimismo, fomenta la práctica de huertas familiares y comunitarias y un estilo de vida saludable, trabajando articuladamente con gran cantidad de otras organizaciones, desde asociaciones de supermercados, el Mercado Central y organizaciones vinculadas al agro, hasta asociaciones profesionales, instituciones educativas y cooperativas de consumidores.

En el trabajo de colaboración intersectorial son frecuentes las alianzas como las que acabamos de mencionar y el trabajo en red para lograr objetivos de interés común.

En el nivel gubernamental, debemos citar la Red de Comunidades y Municipios Saludables, coordinada por el Ministerio de Salud de la Nación, a la que nos referimos anteriormente, como una forma innovadora de colaboración entre municipios, que permite sostener una política de promoción de la salud. A través de la red, los municipios participantes pueden comunicarse y compartir experiencias y recursos técnicos e informativos.

Con respecto a la función que le cabe al psicólogo en el fortalecimiento (*empowerment*) comunitario, es válido también aquí, puesto que un aspecto importante de ese fortalecimiento implica una mayor capacidad de incidir en la formulación de tales políticas.

En este sentido, la psicología comunitaria tiene un papel principal en facilitar el desarrollo de habilidades que mejoren la capacidad de la comunidad para realizar acciones de abogacía para la salud, construir espacios de poder y ubicarse de un mejor modo como interlocutora y/o gestora de tales políticas.

Si, como dijimos al principio de este trabajo, la PS puede definirse como *el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla*, se hace evidente que el fortalecimiento comunitario coincide, prácticamente, con esta definición. El aporte de la psicología comunitaria es aquí medular, puesto que “la definición misma de la psicología social comunitaria incluye desarrollar, fomentar y mantener el control y poder en la comunidad” (Montero, 2003). Según la autora, los elementos fundamentales que permiten los procesos de fortalecimiento comunitario son: participación, conciencia, control, poder, politización, autogestión y compromiso, todos los cuales tienen una clara base psicosocial.

En cuanto al trabajo asociativo, colaborativo y en red, los aportes de la psicología comunitaria también son centrales y se han identificado algunos procesos psicosociales que favorecen tal modalidad de trabajo (Montero, 2003). El psicólogo comunitario puede aportar a la facilitación del establecimiento de vínculos de buena calidad que el trabajo colaborativo necesariamente implica, lo que supone intervenir sobre aspectos como interés común, confianza y reciprocidad.

Asimismo, puede colaborar en el mejoramiento organizativo del trabajo en red, atendiendo a las características de las distintas instituciones que la componen y a la dinámica de trabajo que es posible establecer. La facilitación del desarrollo de habilidades de construcción de consensos y toma compartida de decisiones, resolución de conflictos y negociación, contribuyen en el mismo sentido.

Desarrollar habilidades personales

El desarrollo de habilidades personales es una formulación relativamente reciente que evoluciona del más tradicional concepto de Educación para la Salud.

La *Educación para la Salud* consiste en una oferta intencional de oportunidades de aprendizaje destinadas a facilitar la adopción voluntaria de formas de vida saludables. La *Educación Alimentaria y Nutricional*, por su parte, se entiende como la combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otras conductas relacionadas con la nutrición, que conduzcan a la salud y al bienestar (FAO, 1995).

Los programas tradicionales de educación para la salud se enfocaban (y muchos continúan haciéndolo) en proporcionar información sobre los riesgos que determinadas conductas (por ejemplo, determinados hábitos alimentarios) implican para la salud, bajo el supuesto de que el conocimiento de los riesgos conduce, directamente, a los comportamientos necesarios para su evitación. Este enfoque, no obstante, demostró ser, en la práctica, demasiado simplista y, por lo tanto, ineficaz (por ejemplo, es una experiencia cotidiana encontrarse en el ámbito escolar con alumnos que son capaces de enunciar correcta y prolijamente listas de nutrientes y de alimentos beneficiosos y perjudiciales para la salud para, ni bien suena el timbre del recreo, sacar de sus mochilas todo tipo de vian-

das no saludables que contradicen la información que acaban de recitar).

Por lo menos dos aspectos más deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar programas eficaces de educación alimentaria: la necesidad de *motivar* los cambios de comportamiento y la importancia de desarrollar las *habilidades* necesarias para ponerlos en práctica.

Para la modificación de actitudes alimentarias, es necesario considerar a la persona integralmente, tomando en cuenta sus saberes, experiencias alimentarias previas, valores y expectativas. Dado que comer es un acto social, es indispensable considerar, también, la cultura alimentaria de sus grupos de pertenencia (familia, instituciones, comunidad) ya que, como enfatizamos en páginas anteriores, los comportamientos alimentarios individuales no pueden mantenerse en contradicción con los ambientes donde se crean y sostienen los mismos. Por ello, el mejor enfoque para la educación alimentaria son las intervenciones grupales que afectan al individuo y al grupo, recíproca y simultáneamente (tal como lo propuso el psicólogo pionero Kurt Lewin, creador de la dinámica de grupos). Distintas teorías provenientes de la psicología social, que otorgan un lugar relevante a la influencia social sobre la formación y el cambio de actitudes, suelen utilizarse en este tipo de intervenciones (por ejemplo, la Teoría de la Acción Razonada, de Ajzen y Fishbein y la Teoría del Aprendizaje Social, de Bandura).

En la década de 1980 surge una nueva generación de programas de educación para la salud que se han mostrado como los más eficaces. Se trata de los programas centrados en la adquisición de habilidades y que asumen que ni la información ni las actitudes favorables son, por sí mismas, suficientes para lograr algunos tipos de cambio de comportamientos, sino que, además, es necesario brindar los recursos necesarios para poner en práctica, en la vida cotidiana, los conocimientos y la motivación con que se cuenta.

Las denominadas *habilidades para la vida* (Mangrulkar, 2001) incluyen una serie de competencias que abarcan las áreas cognitiva, afectiva, psicomotriz y psicosocial que permiten la integración de los conocimientos con las experiencias. Las habilidades cognitivas incluyen, por ejemplo, habilidades de pensamiento crítico, solución de problemas, comprensión de consecuencias y toma de decisiones. Las habilidades afectivas o de manejo de emociones incluyen el manejo del estrés y el aumento de la capacidad de autocontrol. Las

habilidades sociales (interpersonales) incluyen las de comunicación, negociación, asertividad, cooperación y empatía. Por último, las habilidades psicomotrices requeridas pueden ser muy diferentes, según la problemática a resolver.

Llevadas estas conceptualizaciones al ámbito escolar, los programas de educación alimentaria enfocados en habilidades posibilitan a los niños, por ejemplo, el establecimiento de relaciones básicas entre la alimentación y la salud, tanto en lo inmediato (su salud actual, apariencia física, peso corporal, sensación de bienestar y capacidad para las actividades físicas e intelectuales) como a largo plazo. Los ayudan a identificar y elegir, en la práctica, alimentos más y menos saludables, de un modo progresivo y acorde con su edad. Esta elección se acompaña con el desarrollo de la habilidad de lectura e interpretación de rótulos alimentarios (etiquetas) e información nutricional. Asimismo, este tipo de programas ayuda a los niños a identificar cuál es el tamaño apropiado de las porciones, de acuerdo con su edad, su contextura física y sus requerimientos energéticos.

En el plano actitudinal y comportamental, alienta la capacidad de toma de decisiones, estimulando al niño cuando hace elecciones alimentarias saludables, para fortalecer así su autoestima y su sentido de autonomía.

Los niños más grandes desarrollan habilidades de autoconocimiento, analizando sus preferencias y comportamientos alimentarios y los factores que los condicionan (incluyendo, por ejemplo, la relación entre determinados estados anímicos y su necesidad de comer), se complementan con habilidades de manejo de emociones. Asimismo, pueden aprender a fijar objetivos simples para introducir cambios positivos en su dieta y planificar estrategias para llevarlos a la práctica y sostenerlos en el tiempo.

El desarrollo de habilidades de pensamiento crítico para analizar los mensajes publicitarios referidos a los alimentos y las bebidas es otro de los ejes siempre presentes en este tipo de programas, debido a que ayudan a los niños y adolescentes a resistir la presión de la industria alimentaria y del poderoso *marketing* que le está asociado.

Dentro de las habilidades psicomotrices, los niños pueden desarrollar distintas destrezas culinarias, de modo progresivo, lo que les permite introducir variaciones en su dieta, fortaleciendo, a la vez, su sentido de autonomía. La práctica de actividades culinarias,

compartidas por varones y niñas, da la oportunidad, también, de trabajar sobre cuestiones referidas a las identidades de género en las tareas de compra de alimentos, su preparación, lavado de utensilios, etcétera.

El desarrollo de valores de respeto y no discriminación hacia todos los compañeros, independientemente de su condición de género o contextura corporal, está en la base, también, de este tipo de programas.

Este formato de educación alimentaria se realiza por medio de actividades participativas y amenas que permitan la interacción social y sean significativas desde el punto de vista personal y grupal, y apropiadas desde el punto de vista cultural.

Los programas de educación alimentaria basados en el desarrollo de habilidades pueden hacerse extensivos a las familias y desarrollarse, también, en el seno de la comunidad.

Es importante que las madres conozcan los requerimientos nutricionales de los niños y también que puedan utilizar estrategias apropiadas a fin de desarrollar en ellos hábitos alimentarios saludables, al tiempo que manejan las habilidades culinarias necesarias para preparar recetas prácticas y nutritivas que se adapten a los gustos y necesidades del grupo familiar.

Las habilidades de selección y compra de productos alimenticios, tomando en cuenta la relación precio/calidad, son importantes para todas las madres, pero aún más para las pertenecientes a familias socialmente desaventajadas, ya que les permitirán elegir aquellos alimentos que, al menor costo posible, brinden el mayor valor nutricional.

Estas habilidades pueden desarrollarse mediante programas de educación alimentaria en el seno de la comunidad (organizaciones sociales, instituciones, mercados, supermercados, etcétera), por medio de, por ejemplo, talleres educativos, actividades demostrativas como mesones saludables, quermeses, concursos de cocina, ferias expositivas y presentación de recetarios, en las que participan diversos actores locales. Tal es el caso, por ejemplo, de experiencias realizadas en el marco del Plan Nacional de Promoción de la Salud chileno *Vida Chile*.

No podemos cerrar este apartado sin mencionar la importancia de las estrategias de *Comunicación para la Salud* como apoyo de los programas de promoción de alimentación saludable que se lleven adelante.

La comunicación para la salud abarca distintas áreas, tales como el periodismo sanitario (difusión de noticias de salud a través de la prensa), la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones y los servicios de salud, y el *marketing* y la comunicación sociales.

Los mensajes masivos pueden ser ofrecidos por los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y comunitarias, y también por las empresas e industrias alimentarias. Pueden involucrar campañas gráficas (afiches, folletos, cartillas), radiales y/o audiovisuales.

El *marketing* social en el área alimentaria sirve para dar a conocer información relevante sobre las prácticas alimentarias (por ejemplo, los efectos de las grasas saturadas sobre el aumento de peso y del colesterol), para neutralizar o corregir mensajes publicitarios distorsionados que emiten las empresas alimentarias o para motivar al público a realizar cambios efectivos en sus comportamientos alimentarios. El aspecto más conocido del *marketing* es la publicidad. No obstante, existen otras estrategias que permiten influir sobre el comportamiento alimentario de las personas (por ejemplo, los precios, la distribución de los productos, la modalidad de exhibición de los mismos y las acciones de promoción en los centros de venta) (De la Cruz, 2003).

En cuanto a los aportes que puede hacer el psicólogo sanitario sobre este eje de la PS, la intervención en educación para la salud es una de sus más tradicionales áreas de trabajo, por lo que no cabe extendernos en desarrollos al respecto.

Sí, en cambio, merece un comentario especial la actuación del psicólogo en el campo del *marketing* social alimentario. Inspirados en algunos señalamientos de Saforcada (1988), apuntemos que es habitual observar que, mientras que en el campo del *marketing* comercial de alimentos las empresas elaboran sus acciones de comunicación masiva, utilizando servicios de profesionales que manejan tecnologías de alta eficacia, en el campo del *marketing* social (sanitario o alimentario) los mensajes y campañas suelen diseñarse de un modo mucho menos profesional, por lo que suele verse dificultada la evaluación de su impacto, en cuanto a los destinatarios específicos de los mensajes, cómo son decodificados por los receptores y si están teniendo algún tipo de efecto.

En la educación para la salud y alimentaria, la elaboración de acciones comunicacionales persuasivas de tipo masivo constituye

un campo legítimo de trabajo del psicólogo sanitario, que puede utilizar un bagaje conceptual, metodológico y técnico especializado, que incluye, por ejemplo, la segmentación de la población, identificación de grupos vulnerables, definición de los objetivos y metas comunicacionales, elaboración de argumentos persuasivos, plan de comunicación, etcétera. La intervención de psicólogos especialistas en el área puede lograr que los mensajes tengan un impacto más efectivo, al comunicarse por los canales apropiados, de un modo adecuado a las características de la cultura local, la edad y el sexo de los destinatarios, tomando en cuenta las diferentes condiciones socioeconómicas, barreras lingüísticas, creencias y actitudes en lo que respecta a los alimentos, la salud y la enfermedad.

Reorientar los servicios de salud

La reorientación de los servicios de salud implica, por una parte, una nueva dirección del financiamiento sectorial para hacerlo más coherente con los determinantes de la salud, es decir para canalizarlo en mayor proporción hacia programas de promoción de la salud. Por otra parte, implica la reestructuración de los propios servicios, a fin de que puedan sostener y acompañar la puesta en práctica de dichos programas. Esta reestructuración es un verdadero reto para los gestores de salud, dado que implica realizar cambios valorativo-actitudinales de importancia en los profesionales de la salud, así como también nuevas modalidades de organización de los efectores.

Los servicios de salud, especialmente los de atención primaria, tienen un papel preponderante a desarrollar en la promoción de la alimentación infantil saludable y la prevención de la obesidad infantil.

Distintos programas de acción pueden llevarse adelante desde los servicios de atención primaria. Teniendo en cuenta que las futuras pautas de alimentación del niño están condicionadas por factores que operan ya desde el momento mismo del embarazo y los primeros meses de vida, es necesario utilizar un enfoque de *ciclo vital*, comenzando por la salud materno-infantil. El seguimiento del estado nutricional de las embarazadas y, muy especialmente, la promoción de la lactancia materna tendrán los mayores beneficios sobre las futuras pautas alimentarias del niño.

La aplicación de estrategias como la de *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia* (AIEPI) (OPS, 2004), permi-

te enfocar la atención de los niños pequeños en su situación general de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. Para ello, es necesario aprovechar las consultas, cualquiera que sea el motivo, para realizar una detección y tratamiento precoz de enfermedades, así como para poner en práctica intervenciones preventivas. Es importante, entonces, aprovechar la oportunidad que dan las consultas, en la especialidad que fuere (incluida la psicología), para la detección de niños con sobrepeso, a fin de intervenir tempranamente antes de que la obesidad llegue a instalarse. Para que esta detección sea posible, es necesario que los servicios adopten como norma el registro sistemático de los datos de talla y peso del niño, en la historia clínica, así como la formulación, también sistemática, de preguntas sobre sus principales hábitos alimentarios y de actividad física.

El *consejo dietético y nutricional*, ofrecido sistemáticamente, es una herramienta clave en la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad infantil. Se realiza en forma individual y personalizada, y se brinda en el marco de la relación entre un profesional sanitario (médico, nutricionista, psicólogo u otro) y una persona sana o enferma con la intención de que siga determinadas pautas o régimen alimentario (Serra Majem, 2003). Está claro que, en el caso de los niños, el consejo nutricional está dirigido, principalmente, a las madres. Su puesta en práctica requiere, por parte del profesional, de buenas habilidades de comunicación que permitan, por un lado, establecer un vínculo positivo y, por otro, explorar las creencias maternas respecto de la nutrición infantil, así como la existencia de barreras percibidas para la puesta en práctica de los consejos brindados. El consejo nutricional necesita ofrecerse en un lenguaje accesible, negociando cambios posibles en las pautas alimentarias, y atendiendo a las restricciones y oportunidades que brinda el contexto familiar, social y cultural de pertenencia del paciente. Puede apoyarse con la entrega de materiales de comunicación impresos.

En cuanto a la atención clínica del sobrepeso infantil en el ámbito de la atención primaria, requiere de un abordaje interdisciplinario. El psicólogo que participa en el tratamiento de niños obesos necesita contar con marcos teóricos especializados, provenientes de la psicología, de cuya efectividad posea evidencia clínica.

En lo que hace a las acciones de salud comunitaria, les cabe a los servicios de atención primaria la responsabilidad de realizar los

estudios de tamizado (detección de casos de niños con sobrepeso) y la vigilancia epidemiológica del problema (por medio de instrumentos como mediciones antropométricas, aplicación de cuestionarios de actitudes y hábitos alimentarios, etcétera) en su población de referencia, con el fin de una posterior puesta en marcha de programas de promoción de alimentación sana y prevención de la obesidad infantil.

Asimismo, es parte de la tarea del equipo de atención primaria de salud coordinar programas de educación alimentaria participativos, con las escuelas, comedores y otras organizaciones de la comunidad, así como llevar adelante las acciones de comunicación masiva, a escala local, que acompañen la ejecución de dichos programas.

La inclusión de estas nuevas tareas en la práctica cotidiana de los servicios de atención primaria debería estar acompañada por los incentivos y cambios organizativos necesarios para permitir al equipo de salud hacer frente a dicha labor.

El mencionado cambio de orientación de los servicios hace indispensable, también, la formación del personal de salud, no solo en cuanto a aspectos profesionales teórico-técnicos y metodológicos, sino principalmente, en cuanto a los cambios valorativo-actitudinales que permitan una visión jerarquizada del trabajo con orientación comunitaria y de la importancia de las acciones de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad.

Podemos identificar dos vertientes principales de los aportes que puede realizar la psicología sanitaria a la reorientación de los servicios de salud.

Por un lado, y como parte del equipo interdisciplinario de salud, el psicólogo puede participar en la formulación y ejecución de programas de alimentación comunitaria, tanto sea colaborando con el proceso metodológico de planificación participativa de los mismos, como en lo referido a la inclusión de los aspectos específicamente psicosocioculturales que es necesario considerar y abordar (valores, significados, actitudes, prácticas en relación a la alimentación).

En segundo lugar, y en la específica reorganización de los servicios de salud, el psicólogo sanitarista puede trabajar en nuevas modalidades de oferta de servicios y en los cambios institucionales que las mismas requieren. Le cabe planificar y desarrollar acciones de capacitación hacia el interior del propio equipo de salud que le permitan un mejor desempeño, dentro de los programas de atención clínica, prevención de la obesidad infantil y de promoción de

una alimentación sana. Por último, le corresponde realizar acciones que faciliten la accesibilidad de la población a los servicios, particularmente la accesibilidad cultural, trabajando sobre el *componente intersubjetivo* (Saforcada, 1999) en que se vinculan los servicios con los usuarios y que redundan en mayores niveles de satisfacción por parte de ambos términos de la relación. Esto incrementaría el grado de eficacia y eficiencia de las acciones realizadas.

Palabras finales

Asistimos hoy a un acelerado cambio de paradigma que marca un pasaje de las acciones de salud pública orientadas desde un enfoque biomédico y asistencial hacia un enfoque complejo de los determinantes de la salud. En este contexto, el constructo de PS brinda un marco ideológico y estratégico para planificar intervenciones más eficaces que ponen en primer plano los aportes provenientes de las ciencias sociales:

La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (Restrepo, 2001).

Pero si al día de hoy hay acuerdo en sostener que la estrategia de PS es claramente social, política y cultural, debería decirse, también, que es una estrategia psicosocial. Digamos que, si las políticas públicas saludables, los ambientes favorables, la acción comunitaria, las habilidades personales y la reorganización de los servicios de salud operan siempre a través de procesos intersubjetivos, las relaciones interpersonales son tanto fuente como producto de los cambios, es decir son la base a partir de la cual los cambios se producen y reproducen a lo largo del tiempo.

Las intervenciones de PS operan *siempre* mediatizadas por variables psicosociales. No obstante, estas mediaciones psicosociales no han sido todavía claramente advertidas y, menos aún, conceptualizadas. Se hace necesario, entonces, identificar y evaluar las variables psicosociales intervinientes en las acciones de PS a fin de poder manejarlas intencionalmente, con rigor teórico y técnico, y dotar, así, de mayor eficacia a las intervenciones. Esta enorme tarea abre

para el psicólogo sanitarista un campo de aplicación tan vasto, rico y complejo, como nunca habríamos imaginado.

Contamos, de todas maneras, con algunos antecedentes que nos permiten reconocer el papel central que las teorías psicológicas provenientes de las ramas social y comunitaria están llamadas a desempeñar en los programas comunitarios de PS. El Proyecto Karelia, por ejemplo, considerado el primer gran programa comunitario piloto que se ha constituido en paradigma de la PS, tuvo a la psicología como uno de los pilares desde los cuales se construyeron las intervenciones, utilizándose, además de un enfoque de psicología comunitaria, distintos marcos teóricos provenientes de la psicología social, como el del aprendizaje social, de Bandura, de comunicación persuasiva, de McGuire, la teoría de la acción razonada, de Ajzen y Fishbein, y el enfoque de innovación-difusión, de Rogers (Puska, 1996).

Se ha destacado, a lo largo de estas páginas, que los principales factores que determinan la salud de los grupos humanos no están vinculados con la prestación de servicios de atención de la salud, sino con el modo y las condiciones en los cuales dichos grupos viven, los que denominamos *determinantes* de la salud, y cuya complejidad requiere, para su modificación, estrategias de intervención también complejas, que son sintetizadas en las cinco áreas que plantea la Carta de Ottawa. De hecho, las experiencias internacionales de promoción de la salud, en las pocas décadas que lleva de desarrollo, han mostrado que los enfoques basados en la combinación integrada de las cinco áreas de Ottawa son más eficaces que los centrados en una sola de ellas.

En este sentido, se ha puesto de manifiesto, a lo largo de este capítulo, el rico campo de acción que se abre para la psicología sanitaria en todas y cada una de las áreas de la PS (establecimiento de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables, desarrollo de habilidades, fortalecimiento de la acción comunitaria, reorientación de los servicios de salud), haciéndolo más visible a través de la utilización de un ejemplo vinculado a una problemática compleja, como los comportamientos alimentarios de los niños que pese a su alta relevancia sanitaria y social, todavía no ha recibido la debida atención por parte de los psicólogos sanitaristas.

Esta problemática, que integra distinto tipo de determinantes (políticos, económicos, sociales, culturales, psicosociales, biológicos) que pueden comprenderse en distintos niveles de análisis (glo-

bal, nacional, local), permitió poner en evidencia que las intervenciones de promoción de alimentación saludable más eficaces serán las que logren conjugar, de modo sinérgico, las distintas acciones realizadas en las cinco áreas de la PS.

En las primeras páginas de este capítulo se ha definido la PS como *el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud* y esto significa, en realidad, que las personas no solo estamos determinadas por nuestros ambientes de pertenencia, sino que somos constructoras de los mismos, en una dialéctica permanente. Pero implica, también, que las transformaciones necesarias para lograr mejores niveles de salud no podemos lograrlas a título individual, sino que apropiarnos de los determinantes de la salud implica, necesariamente, una construcción colectiva, un actuar con los otros.

Por tal razón, los aportes de la psicología sanitaria-comunitaria ocupan un lugar central en la PS: no solamente porque manejan marcos teórico-técnicos que permiten dotar de mayor eficacia a las acciones, sino porque la dirección de dicha construcción colectiva no es ideológicamente neutra sino que lleva la impronta de los valores con los que estas orientaciones estuvieron y están intrínsecamente comprometidas: una aspiración a una transformación social que implique una mayor equidad en las condiciones de vida y nivel de salud de la población.

**Algunas reflexiones sobre el concepto
y el fenómeno de *pobreza estructural***

Este capítulo es útil para abrir un espacio de discusión sobre una problemática complicada y compleja que caracteriza a un sector significativo de nuestra población: los pobres.

Enmarcando el desarrollo que se hará a continuación, se especifica que se lo lleva a cabo desde una perspectiva sociodemográfica y no de casos considerados aisladamente.

En primer término es necesario diferenciar cualitativamente la pobreza que se caracteriza solo por la falta de dinero de aquella que no está definida por dicha carencia. Aquí entendemos que “caracterizar” significa “determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás” (*Diccionario de la Real Academia Española*). Si se toma en conjunto a toda la población que se encuentra falta de dinero, o sea pobre, se observará que muchos se identifican *solo* por estar *necesitados*, *por no tener lo necesario para vivir* (la *bastardilla* reproduce la definición de “pobre” en el diccionario citado) y, en estos casos, proveyéndoles el dinero para cubrir todo lo necesario para vivir dignamente, la pobreza desaparecería y estos pobres dejarían de serlo y se ubicarían en los estratos socioeconómicos de *obrero organizado* o *niveles medios bajos* o *medios medios*. No obstante, se percibirá que otro subconjunto de los integrantes de esta población imaginariamente agrupada no se mueve de la situación en que está, y queda en esa condición previa de pobreza a pesar de tener los medios económicos para satisfacer las necesidades de la vida. Seguramente se vería que, ya con dinero, sus vidas se dañan aún más en muchos aspectos (salud, ciudadanía, convivencia, etcétera).

Frente a esta situación cabe preguntarse ¿qué caracteriza a estos pobres a quienes el dinero no puede sacarlos de la condición de pobres? Si se intentara dar una respuesta a este interrogante, se la comenzaría a elaborar viendo que este subconjunto involucra a muchas personas con baja talla física, con desnutrición compensada, con una marcada carencia de habilidades básicas para la vida y evidenciando el síndrome estudiado por Seligman de indefensión aprendida. Entre ellas también se encontraría el más bajo promedio de esperanza de vida y la más alta prevalencia de defectos neurocognitivos, muy baja autoestima y una marcada imposibilidad de generar proyectos de vida, una significativa presencia de comportamientos no adaptativos, etcétera.

A estos pobres a los que el dinero no saca del *estilo de vida de la pobreza extrema* y que, por el contrario, si les llega en forma directa, en general los perjudica, es lo que denominamos *pobres estructurales*. La pobreza estructural se caracteriza por un conjunto de indicadores que configuran una entidad polimórfica y extremadamente grave, entendiendo por gravedad no la cercanía o alta probabilidad de muerte sino la abundancia de daños (biológicos, biopsicológicos, psicosocioculturales, etcétera) y sufrimiento. Es una problemática compleja que se reproduce con progresivo agravamiento a través de la dinámica familiar y la interacción de la familia con el ambiente en donde reside, generándose un particular estilo de vida que obstaculiza el desarrollo pleno del potencial genético.

A este razonamiento o a esta mirada del problema se les puede criticar o contraponer el argumento de que visualizar así la realidad implica medicalizarla y psicopatologizarla. Pero esta oposición, a nuestro juicio, se equivoca al suponer que la conceptualización constituye o no la cosa y define su naturaleza. Esta tendencia a reproducir eufemismos que vacían de sentido aquello que se quiere transmitir enfáticamente tiene cada vez más presencia en el mundo académico y científico: es así como los discapacitados motores ahora son personas con habilidades especiales y los viejos son personas de la tercera edad o son adultos mayores, pero resulta que, aunque se les cambie el nombre, esos discapacitados y esos viejos no pueden correr o están limitados en un conjunto significativo de cosas, más allá de que hayan desarrollado otras habilidades o capacidades. Sería preferible denominarlos por sus limitaciones o con el concepto que claramente las señala, pero respetarlos y colaborar con ellos para hacer de sus vidas todo lo fértil, digno y pla-

centero que se pueda. Una persona que padece una tuberculosis no es una persona con un funcionamiento pulmonar especial: no, es simple y lamentablemente un tuberculoso y se debe actuar de inmediato para proveerle tratamiento y para que no se contagien sus convivientes y compañeros de trabajo; esto es, se lo debe desresponsabilizar de su problema para pasar a hacerse responsable de brindarle atención, respetarlo y no discriminarlo.

Volviendo al tema central, es importante tener en cuenta: a) que la *pobreza estructural* no es un síndrome individual sino familiar; b) que los factores y procesos que la generan obran fundamentalmente en el ámbito familiar; c) que su desarrollo implica por lo menos tres generaciones. Indudablemente, su resolución también debe ser pensada en términos de generaciones.

Toda familia pobre estructural tuvo antecedentes de abuelos o bisabuelos que fueron simplemente pobres. Y, si se retrocede más en la historia familiar, frecuentemente se encontrarán muchos casos de bisabuelos o tatarabuelos de niveles socioeconómicos medios y, a veces, altos.

Más allá de las discusiones sociopolíticas, psicosociales o filosóficas a que pudiera dar lugar, es fundamental comprender la naturaleza procesual intergeneracional y sindrómica de la pobreza estructural por tres razones fundamentales:

1. Porque, al igual que lo que ocurre con las personas que padecen alcoholismo, por ejemplo, su condición mórbida los desresponsabiliza de la misma, y la carga recae en la sociedad y en quienes trazaron y mantienen los lineamientos económico políticos que la generan y la perpetúan.
2. Porque los integrantes de estas poblaciones, por sus mismas características, están imposibilitados de ejercer derechos ciudadanos u organizarse políticamente para reclamar por sus daños.
3. Porque este modo de comprender su naturaleza permite planificar y ejecutar las acciones de reversión con toda la amplitud y sustentabilidad que requiere, involucrando todas las variables y revirtiendo todos los procesos que la generan.

La pobreza estructural exige una política de Estado porque es una de las más graves violaciones consuetudinarias de los derechos humanos y el obstáculo más eficaz para el *desarrollo nacional integral*,

concepto que implica el progreso del país en todos sus aspectos (económicos, culturales, tecnológicos, científicos, etcétera), empezando por el desarrollo humano, que es condición necesaria para los demás.

Su nosografía lleva a observar que los daños se manifiestan en cuatro componentes: el biológico y neuropsicológico, el psicosocial, el psicomunitario y el subcultural (en el sentido antropológico del término).¹

A continuación se mencionarán algunos de los problemas que, en cada uno de estos componentes, se observan en estas poblaciones. Al respecto se debe tener en cuenta que anteriormente se habló de síndrome, o sea conjunto de síntomas. Los síntomas son los indicadores de enfermedad, pero la enfermedad no son los síntomas aunque estos impliquen daños específicos. La enfermedad son los síntomas, las causas, los procesos implicados y las consecuencias. La comprensión y, además, el accionar científicamente correcto, frente a este tipo de problemas de salud, exigen una mirada sistémica y sinérgica.

Todos los problemas que se mencionarán, o sea los síntomas que configuran y constituyen el síndrome de pobreza estructural, deben ser comprendidos y evaluados en términos de su conjunto, pues integran un sistema dinámico y sinérgico.

En el componente *biológico y neuropsicológico* se observa: a) la desnutrición y los problemas asociados, o sea defectos en el crecimiento y desarrollo, y en el estado inmunológico; b) falta de estimulación sensorioafectiva y privación cultural, con el consiguiente efecto negativo en el desarrollo cerebral y neurocognitivo que se suma al proveniente de las carencias alimentarias señaladas; c) otras deficiencias en el desarrollo cerebral y neurocognitivo provocadas por otros factores tales como la contaminación del hábitat (por ejemplo, objetos pintados con pintura con plomo –que son las más baratas– y que los bebés babosean o introducen en la boca) y/o del ambiente barrial o por negativos procesos de socialización durante la pubertad que no permiten una buena maduración de los lóbulos

1. Se considera *subcultura* a las formaciones culturales presentes en grupos de personas o comunidades que, dentro de la cultura dominante de toda la sociedad a la que pertenecen, se diferencian por algunos de sus comportamientos y creencias; por ejemplo, la subcultura adolescente, la *rockera*, la subcultura de la pobreza estructural, etcétera.

frontales, desarrollo decisivo para la regulación del comportamiento en función de las características de la realidad externa, los propios valores y las consecuencias del mismo; d) prevalencia de enfermedades que responden a un perfil epidemiológico anacrónico no coincidente con el perfil de las clases medias de la misma sociedad; e) parasitosis endémica y problemas asociados, entre ellos su efecto pernicioso en el estado nutricional de los niños; f) una esperanza de vida mucho más baja que la del resto de la sociedad; g) ambiente del hábitat y barrial mucho más contaminado que el del resto de la sociedad de inclusión.

En el componente *psicosocial*, se manifiesta un conjunto significativo de síntomas que también refuerzan los señalados en el componente anterior y son a su vez potenciados por estos: a) el desaliento y la desesperanza; b) la defraudación, entendida como el sentimiento generado por la *estafa de gestión* en cuanto a lo prometido por los políticos y las figuras que pretenden llegar al poder y que, una vez que acceden al mismo, niegan todo tipo de apoyo o ayuda, sobre todo, se niegan a cumplir con lo que ofrecieron para obtener el apoyo necesario; c) los sentimientos de discriminación que llevan a ocultar o engañar con respecto al lugar donde viven cuando, por ejemplo, en los hospitales, si dan el domicilio real, no los atienden o los someten a maltratos (hacerlos esperar horas, reprenderlos degradantemente por las características que los configuran como pobres estructurales, etcétera); d) comportamientos de abandono como, por ejemplo, agusanarse en algunas heridas por no moverse ni espantarse las moscas (gente hallada en estas condiciones en los estratos más marginados de la Isla Maciel, en Avellaneda); comportamiento que implica prescindir de sí mismo; e) muy baja autoestima y una autoimagen negativa; f) desarrollo temprano de la indefensión aprendida con estilo explicativo retroalimentador, o sea no solo presentar la creencia de estar indefenso frente a las adversidades de la propia vida sino que elabora justificaciones de por qué es lógico que esto sea así; g) *locus* de control²

2. Concepto elaborado a mediados de la década de 1960 dentro del campo del aprendizaje social principalmente por Julián Rotter. El *locus* de control habla de cómo perciben las personas el origen de los acontecimientos positivos y negativos de sus vidas; cuando es *interno* perciben que los acontecimientos son producto de sus propios comportamientos y que los mismos están bajo su control, valoran positivamente sus esfuerzos y el desarrollo de habilidades para la vida; por el contrario, cuando es *externo* perciben lo positivo no como pro-

totalmente externo; h) desarrollo de comportamientos y destrezas no-adaptativos que traen problemas con la sociedad; se puede suponer que esto se ve potenciado, por ejemplo, por lo señalado anteriormente en cuanto a la maduración de los lóbulos frontales; i) bloqueo del aprendizaje de destrezas adaptativas para la vida. El tema del desarrollo de destrezas para la vida es de gran importancia en el trabajo comunitario en poblaciones pobres estructurales y da lugar a una serie de combinaciones que pueden desconcertar al profesional de campo y al mismo tiempo explicar aparentes paradojas. Por ejemplo, con respecto al desarrollo de comportamientos adaptativos y no adaptativos se pueden presentar tres situaciones que se esquematizan en la siguiente tabla en función de tres personas imaginarias: A, B y C:

DESARROLLO DE COMPORTAMIENTOS	Comportamientos adaptativos	Comportamientos no adaptativos
Desarrolla	A – B	A – C
No desarrolla	C	B

Tal vez llame la atención que existan personas como la del caso A, que desarrollan ambos tipos de comportamientos, o sea de destrezas: las adaptativas a la sociedad mayoritaria u “oficial”, amparada por la ley, y las no adaptativas a esa sociedad pero sí adaptativas a su propia microsociedad (la comunidad pobre estructural). Para dar un ejemplo extremo de esta posibilidad, no hay más que atender a lo que se observa en favelas de Río de Janeiro, como la Rocinha, la más grande de todas, en donde los habitantes incorporados al narcotráfico (lo cual implica el desarrollo de comportamientos y destrezas no adaptativos) son a su vez los grandes benefactores de su comunidad (les dan a todos los habitantes de esta favela apoyo económico, sanitario, educacional, etcétera), llegando a una especie de realismo mágico al tener organizadas empresas de

ducto de su empeño sino como resultado del azar, del destino, de la suerte o del poder de otros; hay una especie de desvinculación entre conducta y resultados, lo que lleva a desvalorizar todo esfuerzo y empeño.

turismo para que los extranjeros visiten y recorran esta favela, lo cual deja dinero en ella y genera una dinámica social muy apreciada por sus habitantes. Esto seguramente implica una innovación cultural de resultados aún no investigados en los procesos de socialización.

El hecho de habernos detenido un poco a analizar este aspecto de los comportamientos adaptativos y no adaptativos y traer este ejemplo extremo de la Rocinha, favela violenta por demás, donde se producen tremendos combates con las fuerzas de seguridad, se debe a su vinculación con lo que en el *componente subcultural*, que se desarrolla más adelante, se denomina en este trabajo *síndrome de Robin Hood*.

En el componente *psicocomunitario*³ se detectan cuestiones tales como: a) la imposibilidad de generar proyectos de vida adaptativos, tanto en los ámbitos familiares como en las personas consideradas individualmente (es muy factible, aunque debería ser investigado, que esta imposibilidad de elaborar proyectos de vida sea una de las causas principales por las que las adolescentes pobres estructurales se embaracen con una prevalencia muchísimo más alta que las adolescentes de los estratos medios, y que los adolescentes varones consuman sustancias psicoactivas –para peor, mucho más tóxicas, como el *paco*– también en mayor proporción que los de los otros estratos); b) los ambientes psicosocioculturales promotores y facilitadores de los impulsos tanáticos que se manifiestan en comportamientos autolesivos de muy diversa índole; c) consumo y adicción de sustancias psicoactivas; d) embarazo adolescente, aborto y maternidad con exclusión social (rechazo de la embarazada adolescente por parte de la propia familia y de la red de amistades).

En el componente *subcultural* se observan dos fenómenos que se pueden considerar, desde un punto de vista sociopolítico y en perspectiva de mediano y largo plazo, como los más preocupantes en relación con el tema de la pobreza estructural: a) el surgimiento de un fenómeno contracultural arquetípico, que se puede denominar

3. Se diferencia lo psicocomunitario de lo psicosocial por las características de la trama social presente en las comunidades propias de la pobreza estructural (denominadas en la Argentina *villas miseria*, en Brasil *favelas* o en Uruguay *cantegriles*), las cuales muestran un tejido social con entrelazamientos muy fuertes, una marcada solidaridad frente al mundo externo y marcados procesos de retroalimentación psicosociocultural.

comportamiento de Robin Hood,⁴ visible en los adolescentes y jóvenes que se dedican a robar y a su vez se convierten en benefactores de sus vecinos, lo cual brinda una gran admiración por parte de la comunidad y de sus madres al punto tal que alguno de ellos, muertos en enfrentamientos con la policía, se transforman en motivo de culto en la población, en orgullo de sus madres y en figuras arquetípicas que promueven el desarrollo de estos comportamientos no adaptativos en otros adolescentes, niños y jóvenes. Parte de esta formación subcultural son las letras de la *cumbia villera*, como la titulada *Soy pibe chorro*, y las camisetas impresas con este lema; b) la participación activa en la subcultura de *la exclusión aceptada*, lo que se manifiesta en familias que, contando con los recursos necesarios para salir de la *villa*, no lo hacen y prefieren continuar con ese estilo de vida y participar de esa trama social (afectos, valores, redes, etcétera).

Los dos fenómenos señalados sobre este componente subcultural pueden considerarse como los más preocupantes porque cooperan desde adentro de la pobreza para que se perpetúe, presentándose como obstáculos estructurales a todo intento de desarrollo humano integral dirigido a estas poblaciones.

Para finalizar, desarrollamos tres cuestiones:

- Qué debe considerarse pobreza estructural en cuanto a síndrome.
- Qué implica para el país la pobreza estructural.
- Qué otros impactos negativos cabe esperar si la pobreza se expande en nuestro país.

Con respecto a *la visualización de la pobreza estructural* es bueno tener en cuenta que no son suficientes las características físicas del ambiente urbano en que generalmente se la encuentra: las *villas miseria*. Este es su escenario más frecuente y, por otra parte, es generado por las características de la dinámica sociocultural de la vida de las familias pobres estructurales cuando están agrupadas en comunidades, pero podría hallarse una familia pobre estructural

4. Robin Hood es un personaje del folclore inglés, cuya vida transcurre en la Edad Media, que se dedicaba a robar a los enriquecidos ilegítimamente, en general nobles o comerciantes, y a distribuir lo robado entre los pobres y las víctimas de esos ricos.

solitaria en medio de un desierto, como es el caso histórico narrado en la película *Gerónima*, dirigida por Raúl Tosso y en la que trabaja la actriz mapuche Luisa Calcumil. Este es un buen ejemplo de que no se puede solucionar este síndrome avasallando a las personas que lo padecen.

Tampoco tiene validez encontrar este síndrome en una persona tomada en cuenta individualmente; por el contrario, como hemos señalado, es un *síndrome familiar polimórfico*; es el conjunto de síntomas antes descriptos distribuidos entre los miembros de cada familia. Unos pocos de estos síntomas o daños o problemas, como se los quiera denominar, no configuran el síndrome de pobreza estructural.

Para evaluar lo que implica este problema para el país, hay que tener en cuenta que el crecimiento vegetativo de estas poblaciones es geométrico en comparación con los otros estratos socioeconómicos. Una pareja pobre estructural comenzará a tener descendencia, aproximadamente, a los 13 años de edad de la mujer y, para cuando ella esté por los 20 a 25 años, tendrá un promedio de alrededor de 6 hijos, los cuales comenzarán a procrear también en torno de esa edad inicial de 13 años: quiere decir que en una generación la primera pareja tendrá, o comenzará a tener, 36 nietos y en otra generación más comenzará a tener 216 bisnietos.

El porcentaje de familias pobres estructurales, que en las estadísticas nacionales aparecen mal caracterizadas dentro de la categoría *indigentes*, es alto en la actualidad en la Argentina. Nadie sabe a ciencia cierta cuál es el número de familias pobres estructurales, pero sí es razonable estimar que alcanza alrededor de una décima parte de la población total de familias. Este es un número reversible si se cuenta con políticas de Estado específicas. Cuando la indigencia asciende a valores porcentuales como los del Brasil, donde llega a más de un tercio de la población, es razonable pensar que se vuelve irreversible, al menos hablando en términos de décadas, tal vez no si se piensa en siglos.

Cuando se piensa en términos de procesos de desarrollo nacional, este problema adquiere la debida dimensión (esto sin entrar en algo más importante que son los derechos humanos, que hacen que la pobreza estructural sea inadmisibile, cualquiera que sea su proporción en relación con la población total). En estos procesos, las clases medias y obreras van disminuyendo su crecimiento vegetativo, mientras los pobres estructurales lo mantienen estable o lo

aumentan si las condiciones de vida hacen entrar la procreación también en las estrategias de sobrevivencia familiar.

Desde estos puntos de vista y teniendo en cuenta el desarrollo nacional como un desarrollo integral (económico, cultural, social, humano, del bienestar, etcétera), un país como Brasil es inviable. Podrá alcanzar una gran acumulación de riqueza dineraria y de bienes materiales, podrá tener un enorme potencial destructivo bélico, podrá tener enormes museos y todo lo que se quiera como manifestación directa o indirecta de riqueza económica, pero siempre todo esto estará acumulado en pocas manos, el acceso a estos bienes estará profundamente limitado y no repercutirá en un bienestar comunitario generalizado. Desgraciadamente para el Mercosur y toda “Indoafroiberoamérica”, Brasil, en este siglo al menos, nunca alcanzará un desarrollo que implique su paralelo humano integral de su sociedad. Es similar al caso de la India, si bien la dimensión del problema en este país es muchísimo mayor.

La Argentina, por el contrario, dado el relativamente bajo porcentaje actual de familias pobres estructurales (aun cuando es muy preocupante), puede revertir la situación de esta masa poblacional con políticas adecuadas. Para ello deberá invertir un tiempo no menor al de tres generaciones, o sea, unos treinta años en esta subcultura. Pero resulta que en tres décadas los pobres estructurales habrán aumentado en proporción geométrica, como se señaló anteriormente, y, además, seguramente habrán integrado nuevos síntomas y daños a este perfil nosográfico. Indudablemente que la situación se presenta con características dramáticas, porque pareciera no haber escapatoria o casi no tenerla. Siempre estarían apareciendo pobres estructurales y, cuando la situación socioeconómica del país pueda ofrecer salida a estas familias, muchos de sus miembros no estarán en condiciones de aprovecharlas dado que, entre otras cuestiones, una de las manifestaciones que caracterizan a este síndrome es el daño intelectual. Por ejemplo, se podría contar con buenas escuelas, pero se tendrían muchos chicos y chicas con serios problemas de aprendizaje, o habría buenos trabajos pero personas carentes de las condiciones necesarias para asumirlos por poseer déficit neurocognitivos que les impiden construir los conocimientos y desarrollar las destrezas requeridos en ellos.

Si la Argentina permanece en el camino actual de desarrollo, se presenta un resquicio científico-técnico y político por donde afrontar este problema con grandes posibilidades de éxito en un lapso

razonable, no mayor a un lustro. Esta senda es trazar una política de Estado que se ocupe específicamente del neurodesarrollo de los niños, desde el estadio pregestacional de la madre hasta el fin de la pubertad, pasando por el período de la gestación, el perinatal y el de la infancia. De esta manera, más allá de las condiciones de vida de las familias pobres estructurales, desde el punto de vista intelectual y adaptativo, los hijos de estas familias tendrán la posibilidad de no ser pobres estructurales pues no poseerán el mismo perfil nosográfico que caracteriza a este síndrome.

Seguramente que estas familias y sus descendientes seguirán siendo pobres por bastante tiempo, pero, a diferencia de lo que ocurriría hoy, apenas el país pueda ofrecerles oportunidades de vida no pobre, sus hijos podrán aprovecharlas apropiándose de estas nuevas condiciones, pues su desarrollo habrá sido completo.

Todos los otros problemas y daños que integran el perfil nosográfico de esta enfermedad familiar son solucionables o no impiden el desarrollo de una vida plena. El entorpecimiento del crecimiento (talla, peso, etcétera) no es un obstáculo para que una persona se integre plenamente a la sociedad; las parasitosis, la contaminación del hábitat y del ambiente, así como todos los otros componentes que hemos especificado, se pueden revertir (con distintos grados de complejidad de los procesos necesarios para lograrlo).

No se puede remediar lo que no se logró en cuanto al neurodesarrollo en la estrecha ventana que ofrece la naturaleza: 33 meses desde el inicio de la gestación y 12 meses más para algunas de las funciones y procesos; pasado este tiempo, el daño es irreversible. Pueden lograrse mejorías gracias a la plasticidad cerebral, pero el resultado no es óptimo y el proceso es complejo y costoso, muchísimo más costoso que las intervenciones necesarias para lograr un desarrollo neurocognitivo normal.

El daño se manifestará esencialmente en el plano del intelecto; en los obstáculos para el aprendizaje, para la construcción de conocimientos y para el desarrollo de las destrezas intelectuales, comportamentales y sociales necesarias para la vida en general, particularmente, para la buena crianza de los hijos y para la actividad laboral (trabajo calificado y bien remunerado que aporte al propio bienestar y al desarrollo nacional).

Luego, hay otra etapa fundamental en este proceso del neurodesarrollo o maduración cerebral: el final de la niñez y buena parte de la pubertad. Es el ciclo más importante en el proceso de sociali-

zación y está vinculado con la etapa final de la maduración del cerebro, esencialmente, de sus lóbulos frontales. De este proceso dependen, en gran medida, la forma en que las personas se desempeñarán en la sociedad y sus posibilidades de regular eficazmente sus interacciones con el mundo externo en función de valores y otros reguladores u orientadores de la conducta.

No es posible vislumbrar en todos sus alcances los efectos sistémicos y sinérgicos que tendría en una comunidad de pobreza estructural (una *villa miseria*), más allá de los logros en relación con el intelecto, un programa intracomunitario de evaluación, promoción y prevención del neurodesarrollo en niños de 0 a 6 años de edad. Es razonable suponer que se generarían significativas transformaciones positivas del escenario que le es propio y que, posiblemente, habría cambios también significativos en el proceso de socialización de los púberes de ambos sexos.

Finalmente, es importante pensar qué se pierde y qué se logra con la expansión del tipo de *vida familiar comunitaria pobre estructural*. Según la ley de probabilidades, en lo que genéticamente es potencialmente determinado, la inteligencia se distribuye de modo similar en toda la sociedad; por lo tanto, en las poblaciones pobres estructurales el país está perdiendo una cantidad considerable de personas que podrían ser como Cortázar, Leloir, Houssay, Alonso, Pettoruti, Borges, Berni y otros grandes escritores, científicos, pintores o, simplemente, buenos ciudadanos, que ya es muchísimo para una nación. También, por cuestiones relacionadas con la probabilidad y los procesos de resiliencia, el país logra personajes como el “Gordo” Valor, la “Cigüeña” Villarino y tantos inteligentísimos y corajudos delincuentes que asolaron y asolan el país. Para ejemplos premonitorios, también se puede acudir al Brasil y citar personajes como Marcos Camacho, alias Marcola, jefe del Primer Comando de la Capital (PCC), que varias veces ha tomado un número considerable de (o tal vez todas) las comisarías de San Pablo y ha paralizado la ciudad. El diario *O Globo* de Brasil lo entrevistó el 23 de mayo de 2006. La entrevista se puede buscar en internet, varios portales y *blogs* o bitácoras la transcriben (por ejemplo: <<http://www.pensamientopenal.com.ar/46entrevistas.doc>>):

Periodista: –¿Usted es del PCC?

Marcola: –Más que eso, yo soy una señal de estos tiempos. Yo era pobre e invisible. Ustedes nunca me miraron durante décadas y antiguamen-

te era fácil resolver el problema de la miseria. El diagnóstico era obvio: migración rural, desnivel de renta, pocas villas miseria, discretas periferias; la solución nunca aparecía. ¿Qué hicieron? Nada. ¿El Gobierno Federal alguna vez reservó algún presupuesto para nosotros? Nosotros solo éramos noticia en los derrumbes de las villas en las montañas o en la música romántica sobre “la belleza de esas montañas al amanecer”, esas cosas. Ahora estamos ricos con la multinacional de la droga. Y ustedes se están muriendo de miedo. Nosotros somos el inicio tardío de su conciencia social ¿Vio? Yo soy culto. Leo a Dante en la prisión.

Periodista: –Pero la solución sería...

Marcola: –¿Solución? No hay solución, hermano. La propia idea de “solución” ya es un error. ¿Ya vio el tamaño de las 560 villas miseria de Río? ¿Ya anduvo en helicóptero por sobre la periferia de San Pablo? ¿Solución, cómo? Solo la habría con muchos millones de dólares gastados organizadamente, con un gobernante de alto nivel, una inmensa voluntad política, crecimiento económico, revolución en la educación, urbanización general y todo tendría que ser bajo la batuta de casi una “tiranía esclarecida” que saltase por sobre la parálisis burocrática secular, que pasase por encima del Legislativo cómplice. ¿O usted cree que los chupasangres (*sanguessugas*) no van a actuar? Si se descuida, van a robar hasta al PCC. Y del Judicial que impide puniciones. Tendría que haber una reforma radical del proceso penal del país, tendría que haber comunicaciones e inteligencia entre policías municipales, provinciales y federales (nosotros hacemos hasta *conference calls* entre presidarios...). Y todo eso costaría billones de dólares e implicaría una mudanza psicosocial profunda en la estructura política del país. O sea: es imposible. No hay solución.

Periodista: –¿Usted no tiene miedo de morir?

Marcola: –Ustedes son los que tienen miedo de morir, yo no. Mejor dicho, aquí en la cárcel ustedes no pueden entrar y matarme, pero yo puedo mandar matarlos a ustedes allí afuera. Nosotros somos hombres-bomba. En las villas miseria hay cien mil hombres-bomba. Estamos en el centro de lo insoluble mismo. Ustedes en el bien y el mal y, en medio, la frontera de la muerte, la única frontera. Ya somos una nueva “especie”, ya somos otros bichos, diferentes de ustedes. La muerte para ustedes es un drama cristiano en una cama, por un ataque al corazón. La muerte para nosotros es la comida diaria, tirados en una fosa común. ¿Ustedes, los intelectuales, no hablan de lucha de clases, de ser marginal, ser héroe? Entonces ¡llegamos nosotros! ¡Ja, ja, ja...! Yo leo mucho; leí 3000 libros y leo a Dante, pero mis soldados son extrañas anomalías del desarrollo torcido de este país. No hay más proletarios, o infelices, o explotados. Hay una tercera cosa creciendo allí afuera, cultivada en el barro, educándose en el más absoluto analfabetismo, diplomándose en las cárceles, como un monstruo Alien escondi-

do en los rincones de la ciudad. Ya surgió un nuevo lenguaje. ¿Ustedes no escuchan las grabaciones hechas “con autorización” de la justicia? Es eso. Es otra lengua. Está delante de una especie de posmiseria. Eso. La posmiseria genera una nueva cultura asesina, ayudada por la tecnología, satélites, celulares, internet, armas modernas. Es la mierda con *chips*, con *megabytes*. Mis comandados son una mutación de la especie social. Son hongos de un gran error sucio.

Periodista: —¿Qué cambió en las periferias?

Marcola: —Mangos. Nosotros ahora tenemos. ¿Usted cree que quien tiene 40 millones de dólares como Beira Mar no manda? Con 40 millones de dólares la prisión es un hotel, un escritorio... ¿Cuál es la policía que va a quemar esa mina de oro, entiende? Nosotros somos una empresa moderna, rica. Si el funcionario vacila, es despedido y “colocado en el microondas”. Ustedes son el estado quebrado, dominado por incompetentes. Nosotros tenemos métodos ágiles de gestión. Ustedes son lentos, burocráticos. Nosotros luchamos en terreno propio. Ustedes, en tierra extraña. Nosotros no tememos a la muerte. Ustedes mueren de miedo. Nosotros estamos bien armados. Ustedes tienen calibre 38. Nosotros estamos en el ataque. Ustedes en la defensa. Ustedes tienen la manía del humanismo. Nosotros somos crueles, sin piedad. Ustedes nos transformaron en *super stars* del crimen. Nosotros los tenemos de payasos. Nosotros somos ayudados por la población de las villas miseria, por miedo o por amor. Ustedes son odiados, Ustedes son regionales, provincianos. Nuestras armas y productos vienen de afuera, somos “globales”. Nosotros no nos olvidamos de ustedes, son nuestros “clientes”. Ustedes nos olvidan cuando pasa el susto de la violencia que provocamos.

Periodista: —Pero, ¿qué debemos hacer?

Marcola: —Les voy a dar una idea, aunque sea en contra de mí. ¡Agarren a “los barones del polvo” [cocaína]! Hay diputados, senadores, hay generales, hay hasta ex presidentes del Paraguay en el medio de la cocaína y de las armas. Pero, ¿quién va a hacer eso? ¿El ejército? ¿Con qué plata? No tienen dinero ni para la comida de los reclutas. El país está quebrado, sustentando un Estado muerto con intereses del 20 % al año, y Lula todavía aumenta los gastos públicos, empleando 40 mil sinvergüenzas. ¿El ejército irá a luchar contra el PCC? Estoy leyendo *Sobre la guerra*, de Clausewitz. No hay perspectiva de éxito. Nosotros somos hormigas devoradoras, escondidas en los rincones. Tenemos hasta misiles antitanque. Si embroman, van a salir unos Stinger [misil perseguidor infrarrojo, tierra aire, que puede ser lanzado desde el hombro de un operador]. Para acabar con nosotros... solamente con una bomba atómica en las villas miseria. ¿Ya pensó? ¿Ipanema radiactiva?

Periodista: —Pero... ¿no habrá una solución?

Marcola: —Ustedes solo pueden llegar a algún suceso si desisten de

defender la “normalidad”. No hay más normalidad alguna. Ustedes precisan hacer una autocrítica de su propia incompetencia. Pero, para ser franco, en serio, en la moral. Estamos todos en el centro de lo insoluble. Solo que nosotros vivimos de él y ustedes no tienen salida. Solo la mierda. Y nosotros ya trabajamos dentro de ella. Entiéndame, hermano, no hay solución. ¿Saben por qué? Porque ustedes no entienden ni la extensión del problema. Como escribió el divino Dante: “Pierdan todas las esperanzas. Estamos todos en el infierno”.

Esta inteligencia superior se desarrolló gracias a un proceso de resiliencia y llegó a la genialidad que su potencial genético le permitía pero, desgraciadamente, en lugar de llegar a ser un Machado de Assis o un Paulo Freire, la sociedad brasileña lo ganó para el mal. A la Argentina le puede pasar lo mismo si no reacciona rápidamente con políticas adecuadas frente a la pobreza estructural. Toda “Indoafroiberoamérica”, la región con mayor desigualdad del mundo entre ricos y pobres, está frente al mismo riesgo en cuanto a su naturaleza y dinámica, no así en cuanto a su dimensión.

A modo de síntesis, con respecto a las consecuencias que para un país tiene el mantenimiento y expansión de las comunidades de pobreza estructural, se muestra el esquema 1. Al observarlo y reflexionar sobre sus distintos componentes —un pequeño conjunto de rectángulos que encierran señalamientos de emergentes sociales en términos de dimensiones y subdimensiones o categorías administrativas y de gestión política, obstaculización de procesos beneficiosos para la sociedad y para el desarrollo nacional, y de componentes debilitantes de la soberanía nacional desde una perspectiva de las relaciones y dinámicas internacionales—, es importante tener presente que los fenómenos encerrados por estos rectángulos del esquema están vinculados sistémicamente y por procesos con gran sinergia que implican decenas de miles de ciudadanos de todas las edades y, finalmente, que su condición de pobres estructurales es una clara demostración de que se están violando los derechos humanos en forma masiva, cotidiana y sistemática, pero pareciera que es una manera de violarlos que no conmueve ni moviliza a la dirigencia social.

Esquema 1



**Salud gestacional: sistematización
de una experiencia de prevención
de la transmisión vertical del VIH-sida**

El presente trabajo es resultado de la sistematización de una experiencia de base comunitaria desarrollada para la prevención de la transmisión vertical del VIH-sida.

Futuro sin sida es la denominación que se le dio a un proyecto de salud de base comunitaria orientado a la prevención de la transmisión vertical del VIH, realizado entre octubre de 2003 y marzo de 2005. Fue formulado y coordinado por profesionales del Servicio de Inmunología del Hospital Pedro Elizalde (ex Casa Cuna) desde unidades sanitarias del municipio de Avellaneda, gracias al financiamiento del Fondo Global de Lucha contra el Sida del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). La Coordinación del proyecto estuvo a cargo de la doctora Vera Giraudi, jefa de la Unidad de Inmunología del Hospital Elizalde, con la participación de la doctora Graciela Barboni (médica infectóloga) y del doctor Claudio Cantisano (médico inmunólogo) de la misma unidad, bajo cuya supervisión se desempeñaron también dos psicólogas. En el nivel local conformaron los equipos ejecutores obstétricas y enfermeras de las unidades sanitarias (US) participantes, así también como líderes comunitarias que se desempeñaban en las mismas y una persona que vivía con VIH. Dos autores del presente libro, Martín de Lellis y Schelica Mozobancyk, tuvieron a su cargo la sistematización de la experiencia, también por encargo del mencionado organismo internacional.

Su tratamiento en el marco de este trabajo contribuye a exponer una metodología de trabajo fundamental para la gestión y planificación de acciones sanitarias.

En el marco de este enfoque, se desarrollarán los siguientes temas:

- a) Una introducción a la sistematización de experiencias como modalidad de intervención técnica que ha ganado progresivamente terreno en el campo de las políticas públicas.
- b) La explicitación de los aspectos metodológicos básicos contemplados en el trabajo.
- c) Una síntesis y evaluación de los principales hallazgos obtenidos a partir del trabajo de sistematización.
- d) Una reflexión acerca del papel que le cabe al psicólogo sanitario y comunitario en este tipo de experiencias.

La sistematización de experiencias

La sistematización se ha definido, por lo general, como una alternativa a la evaluación orientada según el modelo positivista predominante. Suele presentarse como una opción de investigación apropiada para los proyectos de cambio e intervención social; distinguiéndose así del habitual uso que se le da como sistematización de datos o información (Martinic, 1998).

En la actualidad se plantea un intenso debate en torno del significado del concepto, del cual deviene gran parte de su interés y la versatilidad de sus aplicaciones, haciendo resaltar en todo momento el valor práctico que se otorga a la reflexión con respecto al sentido y a los alcances de una determinada experiencia.

No obstante la variedad de enfoques existentes, se destacan ciertos aspectos en los cuales coinciden los especialistas. En primer lugar, la sistematización trata de hallar un lenguaje descriptivo *desde el interior* de la propia experiencia, reconstruyendo y explicitando el marco referencial que le da sentido. Se trata, por lo tanto, de una construcción conjunta entre el equipo técnico encargado de su elaboración y quienes han participado en el desarrollo e implementación de la experiencia, en la que resulta igualmente relevante la participación de cada uno de los actores implicados.

En segundo término, por la información y los conocimientos que genera, la sistematización constituye una herramienta fundamental para la evaluación, aunque no la sustituye. A diferencia de la evaluación, cuyo objetivo es la comparación de los resultados

logrados con una pauta o estándar fijado con anterioridad, la sistematización se ciñe a lo efectivamente logrado a propósito de una experiencia realizada en una localización o contexto determinado. Su finalidad es comprender y poner de manifiesto el sentido de la acción realizada sin aspirar a establecer juicios valorativos acerca de las estrategias, los modos de acción y los resultados. De allí que resulte necesario informar, no solo sobre los logros y ventajas resultantes de la implementación de un proyecto, sino también sobre los obstáculos y dificultades, para así facilitar el reconocimiento de las principales lecciones que pueden extraerse de su implementación.

En tercer lugar, la sistematización contribuye a generar posibilidades de cambio en el mismo contexto o situación sobre la cual se ejerce el trabajo. Por ello, es conveniente centrarse, no solamente en el resultado o impacto final de un programa de intervención sino también en los aprendizajes o lecciones que se obtienen durante el proceso de implementación.

En síntesis, desde el punto de vista epistemológico, la sistematización se inscribe en la tradición crítica e interpretativa que relaciona la teoría y la práctica o, en otras palabras, el saber y el actuar. El eje principal de preocupación se traslada de la reconstrucción meramente descriptiva de lo acontecido y el ordenamiento adecuado de la información, a una reflexión crítica que permite extraer aprendizajes que tengan una utilidad para el futuro.

Esto requiere a la vez una delimitación clara del objeto a sistematizar, es decir a qué experiencia se está refiriendo, realizada en qué período y en qué lugar (Jara Hollyday, 2001).

Con la sistematización no se trataría de reconstruir todo lo que sucedió, ya que esta sería una empresa imposible, sino de promover un espacio de reflexión desde la perspectiva de sus protagonistas, y conjuntamente con ellos acerca de algunos ejes significativos tanto de los procesos como de los resultados o cambios logrados en el particular contexto en que se desarrolló la acción (Nirenberg, Brawerman y Ruiz, 2003).

También, y esto no es una cuestión menor, es requisito contar con facilitadores institucionales tales como el interés por impulsar una dinámica de trabajo en equipo que promueva el aprendizaje continuo y, de este modo, el mejoramiento de la práctica institucional. Tal como se expresa en el trabajo recientemente citado

(Niremborg, Brawerman y Ruiz, 2003), un aspecto fundamental que se vincula con el proceso de evaluación es la posibilidad de

Unir distinto tipo de percepciones, intuiciones, experiencias y conocimientos [...], a partir de lo cual comienzan a percibirse las conexiones y se produce un nuevo *insight* que permite emerger un conocimiento formulado en juicios, sometido a crítica y nuevos pulimentos, pero orientado a difundir aciertos o a cambiar lo que consideramos incorrecto o aún incompleto, y por ende motivo de disconformidad (Niremborg, 2000).

En el presente trabajo, el proceso de sistematización cubrió el ciclo completo de la planificación y ha permitido aplicar un variado repertorio de técnicas, con distintos fines, para la captura y el procesamiento de la información, tales como:

- a) Entrevistas a informantes clave y calificados para reconstruir la perspectiva que distintos actores adoptan sobre la experiencia realizada.
- b) Relevamiento de fuentes secundarias de información a fin de conocer y/o reconstruir elementos tales como: instrumentos de gestión, mapeos de los barrios en los cuales se localizó el proyecto, instrumentos utilizados para la recolección de datos (por ejemplo, encuestas poblacionales), registros de los talleres comunitarios, formularios para la obtención de datos epidemiológicos, fichas de relevamiento institucional, fichas clínicas de seguimiento de las mujeres embarazadas, y otros.
- c) Revisión bibliográfica, a fin de contextualizar y fundamentar el proceso de sistematización en lo relativo a los aspectos metodológicos y sustantivos del proyecto.
- d) Sesiones de discusión del informe con el equipo responsable del proyecto, lo cual ha promovido la reflexión acerca de diversos aspectos ligados a la implementación del mismo y a la naturaleza de los datos relevados.

Los datos que se informan en el presente trabajo cubren distintos aspectos del proceso de sistematización: resultado de las actividades, su ordenamiento, identificación de aprendizajes, transcripción de testimonios que permiten significar situaciones vinculadas al proyecto desde la perspectiva de los actores, reconocimiento de los aspectos innovadores de la experiencia.

Descripción del proyecto

El objetivo general de Futuro sin Sida fue aumentar el testeo voluntario para prevenir la transmisión vertical en embarazadas en situación de pobreza del municipio de Avellaneda. Los objetivos específicos apuntaron a concientizar a la comunidad sobre la importancia de la prevención de la transmisión vertical, promover la necesidad del control prenatal y el testeo voluntario de la infección por VIH en las embarazadas, y optimizar la accesibilidad de las mismas al testeo precoz en las cuatro unidades sanitarias participantes.

La idea del proyecto surgió a partir de que los profesionales del Servicio de Inmunología del Hospital de referencia observaron que recibían un alto número de bebés y niños portadores del virus provenientes del mencionado municipio (con el que el hospital, ubicado en la zona sur de la ciudad de Buenos Aires, guarda una relación de vecindad geográfica). Al revisar las historias clínicas de estos niños identificaron que en su mayoría procedían de barrios particulares de dicho municipio, los que se caracterizaban por un bajo nivel socioeconómico. Asimismo observaron que, reiteradamente, las madres de los niños referían dificultades de acceso a los servicios locales de salud, sea para hacerse el test de VIH, para la realización de otros estudios o bien para la atención clínica de sus bebés.

Esta situación los llevó a reflexionar acerca de la importancia de fortalecer la prevención, a escala local, de la transmisión madre-hijo. Para ello resultaba indispensable mejorar la captación temprana de las embarazadas en situación de pobreza y promover la detección precoz de la infección, a fin de ofrecer a aquellas madres portadoras del virus un tratamiento médico oportuno durante el embarazo, ya que en la actualidad son altamente efectivos para evitar que los bebés se infecten durante el embarazo o el parto.

Los profesionales del servicio elaboraron entonces un proyecto de trabajo que fue consensuado con las autoridades de la Secretaría de Salud del Municipio de Avellaneda y que contó con la participación de unidades sanitarias ubicadas en barrios en situación de vulnerabilidad social que constituyen puntos críticos en cuanto a la magnitud del problema de VIH-sida (Unidad Sanitaria n° 1, de Villa Corina; n° 4, de Villa Tranquila; n° 11, de Villa Luján, y n° 15 de Dock Sud).

En un principio, este equipo definió el problema en términos estrictamente clínicos. Sin embargo, pronto se hizo claro que era necesario concientizar y educar a la comunidad sobre la prevención de la transmisión vertical del VIH. Se incorporó, entonces, un componente comunitario al proyecto, para el cual se convocó a profesionales que ya se desempeñaban en el Servicio de Infectología y se articuló luego con personal de salud que cubría sus cargos en las US participantes del municipio de Avellaneda: cuatro obstétricas y tres enfermeras.

Asimismo, se seleccionaron nueve líderes comunitarias que residían en los barrios de referencia de cada una de las US intervinientes en el proyecto cuya función sería, por una parte, motivar la participación de las personas del barrio en las actividades educativas del proyecto y, por otra, promover la concurrencia al testeo voluntario de VIH por parte de las embarazadas y facilitar su acceso a las US. El perfil que se buscó fue el de *mujeres, abiertas a la comunidad, dispuestas a caminar el barrio*.

También se sumó al proyecto una persona con VIH. Dicha persona tenía ya un largo conocimiento del equipo de Casa Cuna, puesto que su hijo de nueve años, en ese momento portador sano del virus, se atendía en el servicio de Infectología desde que se le detectó a los dos años de edad. Esa situación motivó que se testeara a toda la familia, con la comprobación de que tanto ella como su esposo también eran portadores sanos. En el momento en que la mujer tomó conocimiento de su infección estaba embarazada nuevamente. No obstante, la detección oportuna de la infección y el tratamiento adecuado permitieron que su segundo hijo naciera libre del virus. A su marido, en cambio, se le empezaron a declarar los síntomas de la enfermedad y, durante el transcurso del proyecto, falleció. Esta compleja y significativa experiencia de vida condujo al equipo a pensarla como un recurso humano que podía integrarse al proyecto para llevar su testimonio y su experiencia como paciente y madre de un niño portador del virus hasta las comunidades donde se desarrollarían las acciones.

Las funciones de cada uno de los miembros del equipo quedaron asignadas del siguiente modo:

Cuadro 1. Roles y funciones de los miembros del equipo

Roles		Funciones
EQUIPO BASE	Coordinadora del Proyecto	- Control del cumplimiento de las tareas con la comunidad y en las US. - Coordinación y supervisión de las acciones (incluye reuniones mensuales de seguimiento con la totalidad del equipo ampliado). - Centralización de la información, la evaluación y la toma de decisiones.
	Médicos del equipo base	- Capacitación de las obstétricas. - Capacitación de las enfermeras. - Seguimiento de las tareas de obstétricas y enfermeras. - Participación en los talleres comunitarios (transmisión de información sobre aspectos médicos del VIH).
	Psicólogas	- Selección y capacitación de las líderes comunitarias. - Seguimiento y supervisión de las tareas de las líderes y de la persona viviendo con VIH. - Diseño y organización de la toma de encuestas a la comunidad. - Organización y coordinación de las acciones de comunicación y difusión del proyecto (tanto a través de medios masivos como de canales interpersonales). - Coordinación de los talleres comunitarios. - Control del normal funcionamiento de las tareas en terreno (dentro y fuera de las US).
	Obstétricas	- Consejería a las pacientes en los momentos pre-test y postest. - Realización del test de embarazo (Evatest). - Derivación de las pacientes para el test de VIH. - Llenado de las planillas A y B, del fichero cronológico y la planilla epidemiológica.



Roles		Funciones
EQUIPO AMPLIADO		Llenado de la planilla con datos de las pacientes que deben ser contactadas por las líderes.
	Enfermeras	- Toma de muestras de sangre a embarazadas. - Traslado de las muestras a la Casa Cuna. - Recolección de resultados de los análisis en la Casa Cuna.
	Líderes Comunitarias	- Visitas domiciliarias a las embarazadas para que concurran a la consulta. - Convocatoria a la comunidad para los talleres sobre VIH. - Toma de encuestas en la comunidad. - Contacto con las organizaciones comunitarias. - Distribución de folletería y afiches. - Participación en la tarea de información y educación comunitaria.
	Persona que vive con VIH	Presentación de testimonio en reuniones comunitarias.

A fin de que los distintos miembros del equipo local de salud pudieran desempeñar eficazmente las funciones que les habían sido asignadas, se les brindó una capacitación intensiva que comprendió información sobre la situación epidemiológica del VIH-sida en el conurbano bonaerense y en las zonas sanitarias de Avellaneda. Se abordaron las modalidades de transmisión vertical de la infección y el impacto de la epidemia en pediatría, y se destacó, muy especialmente, la importancia de fomentar el control prenatal y el consejo de promover el testeo voluntario en las embarazadas, en forma precoz. Asimismo, se especificaron los distintos posibles tratamientos antirretrovirales durante el embarazo y el tipo de parto adecuado según la situación clínica de cada paciente.

Se concedió gran relevancia a que las líderes se centraran en el objetivo de motivar la participación de la comunidad en las actividades del proyecto. Asimismo se trabajó sobre las barreras (administrativas, geográficas y psicosocioculturales) para la accesibilidad

de las mujeres del barrio a las US y la manera en que podrían colaborar las líderes a fin de superarlas.

Otra línea de capacitación estuvo enfocada en los prejuicios y su relación con el VIH. En primer lugar, quedó de manifiesto que, si ellas debían funcionar como agentes sanitarios, era necesario que reflexionaran críticamente sobre sus propios temores y pre-conceptos, a fin de promover, en sí mismas y como primera instancia, un cambio valorativo-actitudinal. De este modo llegaron a identificar obstáculos basados en creencias y comportamientos de la comunidad que entorpecían o dificultaban la posibilidad de realizar controles prenatales porque: a) no percibían la necesidad ni el beneficio de hacerlos; b) la representación social del sida era sinónimo de muerte, por lo que, ante una sospecha de infección, frecuentemente se optaba por su negación; c) la comunidad no creía en los efectos terapéuticos de la medicación; d) los portadores y enfermos de sida eran discriminados por la comunidad, lo que llevaba a un ocultamiento sistemático de la enfermedad, aun frente a la propia familia.

Las destinatarias directas del proyecto fueron las mujeres embarazadas residentes en los barrios de Villa Corina, Villa Tranquila, Villa Luján y Dock Sud. Sin embargo, las acciones abarcaron a la comunidad en general, especialmente a los adolescentes de ambos sexos, mujeres en edad fértil no embarazadas y líderes comunitarios con responsabilidades institucionales.

Los datos sociodemográficos recabados de las embarazadas, atendidas en las unidades sanitarias participantes, arrojaron las siguientes cifras: el 53% de las embarazadas había alcanzado solo estudios primarios y el 44% estudios secundarios, aunque las dos terceras partes de estas últimas abandonó el secundario sin completarlo, al tiempo que 2% de las embarazadas eran analfabetas. 22% de las embarazadas atendidas eran menores de 20 años y la tercera parte de ellas tenía más de un hijo, cuestión que evidenciaba la importancia de la problemática en la población adolescente. El 23% de las gestantes mayores de 21 años tenía 3 hijos y el 42% más de 4 hijos.

Estos datos llevaron a visualizar la importancia del desarrollo de tareas de sensibilización y educativas en prevención en comedores, clubes y escuelas a fin de captar la población en años tempranos, antes de que abandonaran la escolaridad.

Por último, cabe señalar que el proyecto ha obtenido resultados significativos en materia de detección y evaluación de madres por-

tadoras, factor principal para facilitar un adecuado tratamiento por parte de los servicios formales de salud; sin embargo, el tratamiento de esta información epidemiológica desborda los fines del presente trabajo.

Ya planteadas las áreas y cuestiones que caracterizaron el proceso de sistematización de experiencias, los temas sustantivos abordados son: constitución del equipo de trabajo, estrategias de capacitación de recursos humanos, comunicación y difusión, articulación con instituciones representativas de la comunidad, estrategias de solución, resultados e impactos alcanzados según la percepción de los actores participantes en el proyecto.

Estrategias clave para la implementación del proyecto

Diagnóstico comunitario

Como etapa previa a la implementación de las acciones con las comunidades se realizó un análisis de ciertas características básicas, en el que se relevaron, entre otros aspectos, sus organizaciones y referentes comunitarios.

Las familias residentes en las mencionadas comunidades se caracterizan por su alta vulnerabilidad sociosanitaria, que se expresa en indicadores tales como bajo nivel de instrucción, desarticulación del grupo familiar, jefatura de hogar unipersonal femenina, escasos ingresos, hacinamiento, exigua accesibilidad a sistemas de protección social, alta prevalencia de violencia familiar, consumo de alcohol, adicciones e infección por VIH.

En cuanto a la estructura edilicia, Villa Corina y Dock Sud son barrios constituidos por torres con alto nivel de hacinamiento. Villa Luján es un barrio obrero, de casas bajas y algunas zonas de villa miseria, que presenta un gran deterioro medioambiental, con un arroyo contaminado a la vera del cual se hallan las viviendas y fábricas abandonadas. Villa Tranquila presenta estructura de pasillo, rasgo que obstaculiza absolutamente la localización de las direcciones y, por ende, de las pacientes. En todos los casos, además, el acceso es muy difícil por razones de seguridad. Estas comunidades suelen ser recelosas ante la llegada de extraños a la zona, lo que dificultó mucho la llegada a los barrios y el seguimiento de las embarazadas bajo proyecto por parte de las líderes comunitarias. Ambas

comunidades incluyen un alto porcentaje de población migrante (en constante movimiento), lo que entorpece el seguimiento de los pacientes por parte de la US.

Por su parte, Dock Sud tiene un porcentaje importante de mujeres que ejercen la prostitución, factor de riesgo adicional para la infección del VIH.

Las Unidades Sanitarias trabajan bajo la vigilancia de personal de seguridad, lo que desalienta la consulta de aquellas personas que no desean ser identificadas o temen su cercanía.

En las áreas programáticas de las US participantes en el proyecto existe una gran cantidad de organizaciones comunitarias, instituciones y líderes de la comunidad: escuelas, CAEM (Centros de Apoyo Escolar Municipal), ONG, comedores, grupos locales de partidos políticos, sindicatos, clubes sociales y deportivos, centros de jubilados, parroquias, bibliotecas, grupos de autoayuda, asociaciones de vecinos y personas que tienen capacidad de multiplicar las comunicaciones y activar las redes sociales formales e informales.

En lo que respecta a los jóvenes, se tomaron cerca de 1200 encuestas, en las que se encontró que la gran mayoría de los sujetos reconocía como posible vía de transmisión del VIH las relaciones sexuales sin protección y el uso de jeringas no estériles para inyección de drogas endovenosas. Sin embargo, solo una pequeña porción de la población conocía la posibilidad de transmisión madre-hijo, siendo aún menor el porcentaje que identificaba a la lactancia como posible vía de infección.

Articulación institucional

La articulación interinstitucional es uno de los aspectos fundamentales que define un proyecto de base comunitaria, ya que favorece mayor cobertura e impacto sobre la población destinataria, lo que, a su vez, contribuye a la sustentabilidad futura del proyecto.

En este caso, y dado que el objetivo del proyecto fue aumentar la captación de las embarazadas para el testeo voluntario rápido de VIH, este servicio estuvo disponible, en las unidades locales de salud. Pero, para que esta oferta de servicios pudiera ser aprovechada por las usuarias, se hacía necesario difundir su disponibilidad entre las mujeres de la comunidad y motivarlas para su utilización.

Las psicólogas y las líderes comunitarias comenzaron una tarea de vinculación con las distintas organizaciones, instituciones y referentes (que habían sido previamente identificadas durante la etapa de diagnóstico comunitario). La finalidad era difundir el proyecto a través de estas organizaciones, facilitarles material informativo, utilizarlas como canal de convocatoria para las reuniones educativas que se celebraban en otras instituciones o, en frecuentes ocasiones, organizar allí mismo talleres de reflexión.

El proyecto realizó una importante tarea de articulación en el barrio de Villa Corina, pues cuenta con mayor número de organizaciones e instituciones. Ello se vio reflejado con claridad en el aumento de la consulta de embarazadas en la US de dicho barrio. Por el contrario, en otros barrios esta tarea se vio dificultada por distintos factores: escasez de instituciones, falta de representatividad de las mismas, inseguridad, ruptura de redes sociales.

Si bien la mayor articulación formal se planteó con las instituciones escolares, dado que allí se podía contactar una buena parte de la población focalizada por el proyecto (adolescentes en riesgo, e incluso muchas alumnas madres adolescentes), otras instituciones (por ejemplo, ONG que trabajan con población adicta a drogas inyectables) brindaron gran ayuda para lograr el acceso a destinatarios tales como los jóvenes que no estudian ni trabajan y los adultos varones. Algunas de estas ONG capacitan agentes comunitarios para que se desempeñen en programas de reducción de daños, tales como la promoción del intercambio de jeringas nuevas por usadas y entrega de preservativos. Estos agentes son consumidores de drogas o portadores de VIH, por lo que son referentes válidos para grupos específicos de la comunidad, debido a lo cual hallan facilitadas ciertas vías de comunicación con la población destinataria de las acciones.

El proyecto contactó a más de cien organizaciones de base comunitaria e instituciones que se comprometieron con la entrega de folletería y preservativos, y que facilitaron la realización de actividades educativas en sus instalaciones. En lo que respecta a la articulación institucional, personal participante señala logros: “Hay organizaciones que quedaron más comprometidas, mostraron interés en que las mujeres accedan al recurso”; “Se logró que la asistente social de la escuela de Corina empezara a mandar allí a los adolescentes”.

Comunicación y educación para la salud

Las acciones de comunicación y educación para la salud apuntaron al objetivo de incrementar la sensibilización e información de la comunidad respecto de la problemática del VIH en general y de la transmisión vertical en particular, difundir el proyecto, promover el control prenatal y el testeo voluntario para el VIH.

El objetivo fue aumentar la captación de las embarazadas para el testeo voluntario, pero, como hemos señalado, para que este nuevo recurso disponible pudiera ser efectivamente aprovechado por las usuarias, se hacía necesario difundirlo entre las mujeres de la comunidad y motivarlas para su utilización. Por ello, las acciones de comunicación, difusión y educación constituyeron uno de los ejes fundamentales.

Las acciones comunicacionales tuvieron el objetivo de sensibilizar acerca de la problemática, generar actitudes positivas sobre la importancia de las conductas preventivas y los controles prenatales, a la vez que motivar a las mujeres a concurrir a los servicios de salud para realizarse el test.

La estrategia comunicacional y educativa del proyecto se basó en una combinación de mensajes transmitidos a través de los medios masivos de comunicación (modalidad que permite la transmisión de información acotada a un gran número de personas) y de comunicación interpersonal (modalidad que permite la transmisión y elaboración de una gran cantidad de información a grupos reducidos de personas).

Los folletos incluyeron tres modelos diferentes. Dos de ellos estaban dirigidos a las mujeres embarazadas o en edad fértil: el primero mencionaba el derecho de los bebés a nacer sanos y aconsejaba a las mujeres la solicitud del test del VIH en el control obstétrico. El segundo informaba sobre las posibles vías de transmisión vertical del VIH y la existencia de tratamientos médicos que permiten evitar la infección del bebé si se diagnostica oportunamente, a la vez que brindaba consejos para reducir la transmisión vertical y, al igual que el anterior, recomendaba a las embarazadas la solicitud del test en la consulta obstétrica. El último de los folletos informaba sobre las principales vías de transmisión y brindaba consejos para prevenir la infección por distintas vías, incluida la vertical.

Además de ser distribuidos masivamente en distintas organizaciones de la comunidad, fueron colocados también en las carteleras

de las US, a la vez que fueron entregados por sus médicos a los pacientes y por las líderes comunitarias en la sala de espera.

La comunicación interpersonal se estableció a través de la realización de talleres educativos participativos cuyo objetivo fue, no solo brindar información, en un lenguaje claro y directo, sobre las vías que permiten la transmisión del VIH y las que *no* las permiten, juntamente con las medidas de prevención apropiadas, sino, también, trabajar en las creencias, actitudes y conductas presentes en la población destinataria que pudieran significar un obstáculo a la adopción de dichas medidas (por ejemplo, prejuicios, miedos, discriminación, abordaje de situaciones difíciles como el abuso sexual, las situaciones de presión donde la mujer se ve impedida de manifestar su voluntad sobre el uso del preservativo y una compleja red de problemáticas que emergieron durante tales talleres). Por medio de técnicas participativas se abrieron espacios para el planteo de dudas y preguntas, así como para la expresión de las propias vivencias, inquietudes y temores relacionados con la transmisión del VIH.

Los talleres se realizaron, cuando fue posible, en instituciones de la comunidad que habían sido previamente identificadas en la etapa de diagnóstico comunitario. Uno de los ámbitos más importantes en que se realizaron fue en la totalidad de las escuelas pertenecientes a los barrios donde funcionaba el proyecto, por ser un grupo focal privilegiado y por la gran cantidad de individuos que se pudo abarcar en función de su rango etéreo.

Coordinación del equipo

En cuanto a los distintos miembros del equipo, cada uno tenía diferentes roles y actividades a escala local. Las obstétricas y enfermeras debían trabajar en estrecha vinculación y coordinadamente. La función principal de las obstétricas era realizar los tests de embarazo, informar a la paciente de la importancia de la realización del test de VIH en los casos en que el test de embarazo diera positivo, estimularla para que siguiera todos los cuidados apropiados del embarazo, esclareciendo acerca de los riesgos y los beneficios y, entre ellos, la importancia de realizarse el análisis de VIH.

Asimismo, las obstétricas trabajan en equipo con las líderes comunitarias, dado que, cuando una paciente faltaba a los controles o debía retirar los resultados y no lo había hecho, la obstétrica

le indicaba a la líder el nombre y la dirección de la paciente, a fin de que la visitara para realizar un recordatorio.

La función de las enfermeras extraccionistas consistía en tomar las muestras de sangre a las embarazadas, llevarlas al laboratorio situado en la ciudad de Buenos Aires, donde se analizaban con el test Elisa, y retirar los resultados. Asimismo, dado su contacto permanente con las usuarias de la US, cumplían una función natural de proveedoras de información, consejeras y educadoras.

Las líderes comunitarias tenían a su cargo la convocatoria a la comunidad para los encuentros educativos, la distribución de folletería y afiches, y visitas domiciliarias a las embarazadas bajo programa. Como representantes de la US, recordaban a las embarazadas que tenían pendiente la realización del test de VIH, el retiro de resultados o la visita de control prenatal. Por su conocimiento de la comunidad y su inserción en las redes sociales barriales, eran consultadas sobre cuestiones del VIH y otras problemáticas vinculadas (temas de adolescencia, adicciones, anticoncepción, utilización y acceso a los preservativos, etcétera). Por otra parte actuaban como facilitadoras del acceso a la consulta en la US, consiguiendo turnos e informando días y horarios de atención.

Por su parte, Marcela, persona que vivía con VIH (PVVIH), participaba de los talleres comunitarios brindando su testimonio como madre portadora, ofreciendo alternativas concretas y viables para la prevención de la infección, especialmente la transmisión vertical. Su testimonio apuntaba a que las mujeres pudieran comprender (de un modo empático y con puesta en juego de lo emocional) que la prevención vertical es posible, así como la importancia de la detección precoz y el tratamiento oportuno de la infección. Sus palabras mostraban que era posible llevar una vida socialmente activa y plena de sentido, tanto para los adultos como para los niños portadores sanos del virus.

El trabajo y el aprendizaje de las líderes

Cuando se le pregunta a una de las líderes qué cambios produjo en ella el proyecto responde: “Y... la confianza, la confianza en nosotras mismas, la confianza de que una puede llevar adelante esto”. En tanto que otra líder se refiere al desarrollo de habilidades personales: “Yo no sabía cómo hablar con la gente, era muy tímida, ahora me puedo acercar más”.

Otras líderes se refieren a cuestiones más relacionadas con las competencias que promueve la capacitación: “Me gusta ser parte del proyecto; la gente allá, todos me conocen..., cuando me ven por la calle me preguntan: ‘¿hay obstetra hoy?’, ‘¿a qué hora voy?’, ‘¿a qué hora puedo ir a sacar turno?’, ‘¿hacen test de embarazo?’, ‘¿puedo ir a hacerme un test de embarazo?’..., entonces en seguida la anoto... Yo junto, junto mamás”.

A partir del rol que les asignó el proyecto, las líderes se convirtieron en reconocidos referentes comunitarios. Una obstetra señala: “La gente de la comunidad las busca a ellas porque sienten que les pueden vehiculizar la atención en la Salita”. Para la mayor parte del equipo, las líderes cumplieron una tarea clave, directamente relacionada con los resultados positivos y su impacto:

“Muchas embarazadas vinieron porque fueron las líderes a buscarlas; si no, no hubieran venido a la US; esa articulación, si no, no hubiera existido”.

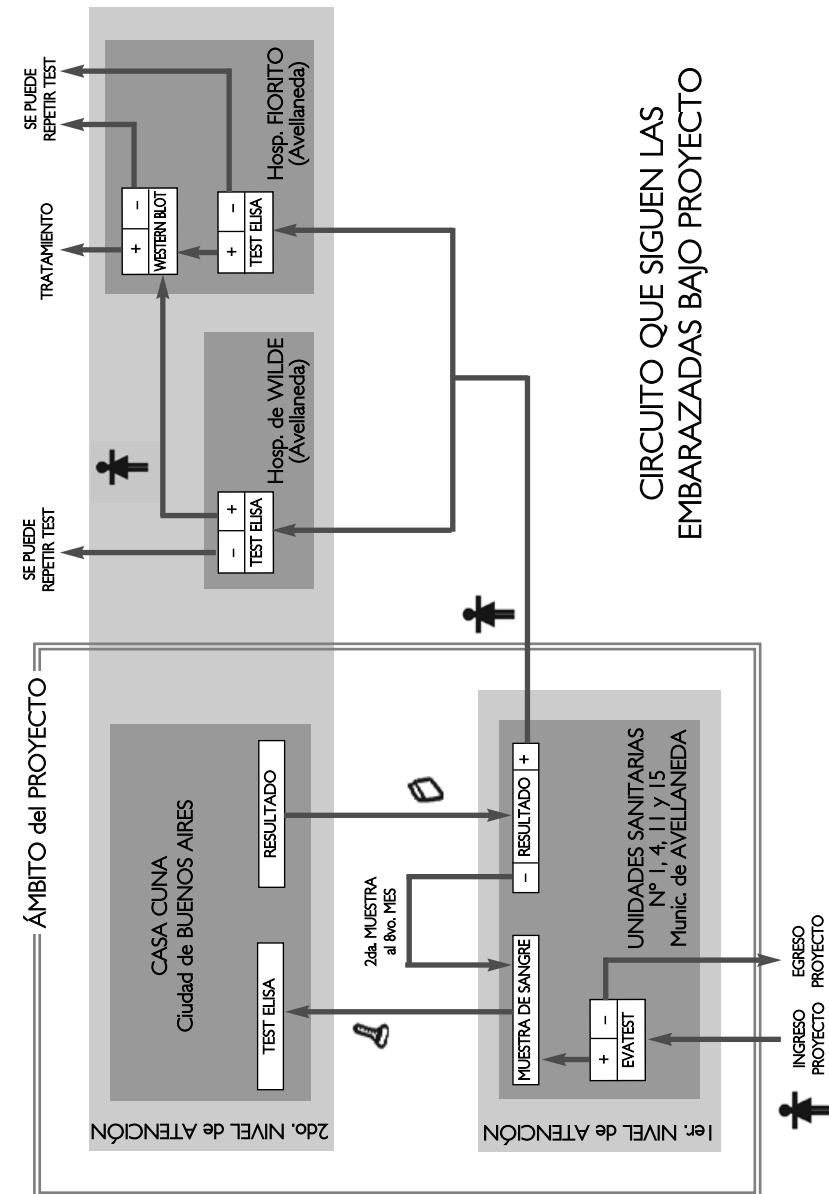
Este papel protagónico en el proyecto y la valorización que hizo la comunidad de su tarea repercutió positivamente en la autoestima de estas mujeres. Una obstétrica destaca: “La valorización de las líderes, el *yo puedo*, sentirse capacitadas, la seguridad en sí mismas”. El cambio en su desempeño fue notorio: señala una de las psicólogas:

“Ellas no hablaban, apenas participaban con un sí o un no, ahora te aportan ideas acerca de cómo hacer el trabajo; la comunicación con la Salita es completamente diferente, saben que tienen un rol diferenciado y sienten que su lugar se lo ganaron”.

Una de las experiencias más enriquecedoras para las líderes tuvo lugar a partir de la administración de las encuestas. Luego de hacer una prueba piloto, aprendieron a tabular los datos y a trabajar con la información, bajo la supervisión de las psicólogas. Comprendieron la riqueza de los datos que podían extraerse de la toma de las encuestas a la población y se sintieron muy satisfechas de ver cuál era el producto final que arrojaba su trabajo. Entonces a una de las líderes se le ocurrió elaborar una versión de la encuesta especialmente dirigida a los jóvenes, que, efectivamente, se realizó y fue tomada en el marco del proyecto.

A fin de comprender con mayor claridad la complejidad de la coordinación intrasectorial que requiere un proyecto de estas características, uno de los aspectos importantes del trabajo de sistematización ha sido reconstruir y describir el circuito que seguían las embarazadas bajo proyecto, así como los desvíos identificados del recorrido normal o esperable.

Circuito de atención. Estrategias de captación y retención



El primer contacto de la paciente con el proyecto era el momento en que se hacía el test por sospecha de embarazo. Si el resultado era negativo, no ingresaba al proyecto. Si el resultado era positivo, se la citaba para hacer a la brevedad el primer test de VIH.

Si el resultado del test de embarazo era positivo, la obstétrica explicaba a la embarazada la importancia de implementar medidas tendientes a la prevención de la transmisión vertical del VIH. Se le informaba que la US tenía disponible un test rápido y que, en caso de que el resultado fuera positivo, existían tratamientos eficaces que disminuían el riesgo de que el bebé fuera infectado por el virus, sea durante el embarazo o en el momento del parto, abriéndose así la perspectiva de que naciera libre del virus. No obstante, la decisión de realizar esta serología era voluntaria.

En este punto se producía la primera pérdida de pacientes, ya que un número reducido de ellas no concurría a la cita para hacerse el test.

Esta situación llevó a la elaboración y la implementación de otra estrategia, a poco de puesto en marcha el proyecto, que permitiera sortear el obstáculo. Se utilizó un test de embarazo rápido (Evatest), el cual se aplicaba a las mujeres que consultaban por sospecha de embarazo (esta medida permitió, por otra parte, aumentar la captación de las mujeres que deseaban conocer en forma rápida si estaban embarazadas). Si el Evatest daba positivo, en el momento se le ofrecía a la embarazada realizarse la extracción de sangre para el test de VIH. La instrumentación de esta estrategia requirió importantes ajustes organizativos en cuanto a acomodación de días y horarios, de modo de hacer coincidir los días de atención del servicio de obstetricia con el horario de extracciones de sangre.

Cabe aclarar que, si bien las muestras de sangre para el test de VIH eran tomadas a las embarazadas en la propia US, luego las enfermeras debían llevarlas al laboratorio de la Casa Cuna, en Buenos Aires, donde se las analizaba con el test Elisa.

Es necesario destacar, por otra parte, que antes de la puesta en marcha del proyecto, las embarazadas eran enviadas para hacerse el test de VIH, al Hospital de Wilde, donde el resultado tardaba entre tres y cuatro meses, lo que malograba toda posibilidad de intervención precoz. Dice una enfermera:

Este proyecto nos facilitó el punto fundamental: hacer la extracción y a la semana siguiente tener el resultado; entonces nosotras podemos

actuar tempranamente, porque a nosotras no nos sirve tener un resultado en forma tardía, porque en un embarazo los tiempos van avanzando y nosotras necesitamos en forma urgente tener ese resultado.

Si el resultado del test realizado por la Casa Cuna era negativo, la embarazada continuaba el seguimiento de su embarazo normalmente en la US.

En el tercer trimestre del embarazo, la paciente volvía a ser citada para hacerse un segundo test de VIH. Dado que la infección con el virus tiene un período de ventana de seis meses, hasta que es detectado con el test, se tomaba esta precaución por si se diera el caso de que la mujer hubiera contraído la infección cuando ya estaba embarazada.

Si el resultado del test realizado por la Casa Cuna era positivo, los cursos de acción variaban según el criterio de cada US y la obstétrica tratante, ya que los mismos no estaban contemplados en el esquema del proyecto.

Algunas obstétricas enviaban a la paciente al segundo nivel de atención para hacerse nuevamente el test Elisa (y aumentar, así, la confiabilidad del resultado). Solo en el caso de que este segundo test diera reactivo, enviaban a la paciente a realizar el Western Blot (que es un test más confiable que el primero). Otras derivaban a la paciente directamente al segundo nivel de atención para hacerse el Western Blot. Cabe aclarar que al momento de realizarse el proyecto el Hospital Provincial de Wilde solo hacía el test Elisa, mientras que el Western Blot estaba disponible en el Hospital Fiorito, más lejano.

El momento en que se comunica a la paciente la necesidad de realizar un segundo test de confirmación es una instancia capital de deserción, puesto que muchas de ellas no concurren al hospital a realizárselo.

El siguiente momento crítico que deben afrontar las obstétricas y que presenta mayores complicaciones es la *devolución de resultados* en el caso de que se haya confirmado que la paciente es portadora del VIH:

Hay una paciente embarazada de nueve semanas, a quien el Elisa le dio positivo. Todos los miembros del equipo interdisciplinario, reunidos con ella, le explicamos que no es definitivo, sino que, a veces, puede ser erróneo y que había que hacer la confirmación con otro Elisa y después con el Western Blot. La señora estaba bastante asustada y ahí fue donde

mencionó que el esposo –es el concubino, en realidad– toma siete medicamentos y que ella no sabía cuál era la enfermedad y tampoco nunca se lo había preguntado, y que él no le quiere decir qué es lo que tiene... Y, entonces, por supuesto que se le ofreció atención psicológica. Y la psicóloga le ofreció ayuda. La derivé al hospital para hacer el nuevo Elisa y la paciente no fue. La mandamos a buscar por las líderes y no vino... Nosotros tenemos un determinado alcance, pero no es absoluto. No podemos ir a buscarla. Además, hay una cuestión de privacidad en juego...

Seguimiento de las pacientes portadoras

Los pasos que sigue la paciente una vez que ha sido identificada como portadora no están contemplados en el proyecto, sino que dependen de la decisión de las obstétricas. En este momento, es habitual que las pacientes pierdan contacto con la US –probablemente, también con el sistema de salud– y no se consiga un seguimiento de ellas.

Se han identificado distintos factores que inciden en la pérdida de las pacientes: realización de un aborto, mudanza, cambio de régimen de atención (del hospital público a la obra social), desplazamientos de una US a otra, concurrencia directa al Hospital Fiorito (al realizarse allí los controles se facilita el derecho preferencial a la cama), inaccesibilidad geográfica o cultural a la US, ocultamiento intencional de la enfermedad.

Respecto del seguimiento, las características de inseguridad que presentan los barrios donde habitan las pacientes dificulta el contacto para hacer un seguimiento del embarazo.

Se agregan algunas características físicas de los barrios. Dice una líder: “Ponen una dirección y vos vas y no es. Claro, acá, como es villa, no tenés una calle que corta otra calle..., no son numeradas, es imposible localizar las direcciones.

Por otro lado, la discriminación y el señalamiento de que son objeto los portadores y pacientes con VIH –así como los “sospechados” de serlo– llevan a que se intente ocultar la situación: “Empiezan los comentarios entre los vecinos: el porqué se la está buscando, cuál es la problemática y entonces se torna, a veces, bastante difícil”.

Una psicóloga del equipo señala: “Lo que se hace para resguardar a las líderes es que ni ellas ni las enfermeras tienen la informa-

ción; la única que va a saber el resultado es la obstetra, se maneja el análisis y la única que lo decodifica es la obstetra, ello para salvar a la paciente”.

Cualquiera que sea el motivo, la pérdida de las pacientes es uno de los problemas que más preocupa. Una de las enfermeras de una US se pregunta: “¿Con qué contención se va la chica a la casa? Porque, una vez que se confirmó que es positiva, ahí ya no se la sigue más o no se la cita más. A mí lo que realmente me preocupa y me pone mal es cuando se detecta un caso y la chica se pierde; eso a mí me desespera. Porque yo digo, tanto proyecto y ¿dónde está la chica?; no sabemos nada, eso es lo más preocupante, porque el proyecto apunta a eso, y si la chica se pierde es igual que nada..., el acompañamiento hasta el final, eso es lo que yo veo que a este proyecto le faltaría”.

Como síntesis, los responsables de la sistematización de la experiencia pudieron construir, juntamente con los distintos integrantes del equipo del proyecto, la identificación de las principales barreras u obstáculos para que la población beneficiaria efectúe la realización de controles.

Cuadro 2. Obstáculos y facilitadores para la realización de controles

Obstáculos	Facilitadores
Dificultades legales para autorizar la realización de estudios, en casos tales como el tratamiento de menores de edad.	La introducción de medidas clave para mejorar la oportunidad y celeridad de las pruebas serológicas.
Las embarazadas no concurren a hacerse el test de VIH; existe una “gran cultura del aborto”, y una gran dificultad para adoptar métodos anticonceptivos.	El grado de utilización de servicios de la comunidad respecto a la US condicionó la adhesión a la pesquisa comprendida en el proyecto.
Situaciones reiteradas de desatención que se vivencian finalmente como maltrato institucional y desalientan la utilización de servicios.	Los problemas de coordinación se han logrado contrarrestar en su mayor parte a través de vínculos interpersonales informales entre los



Obstáculos	Facilitadores
	miembros de las US y el hospital, o en la designación de personas que actúan como nexos entre ambas instituciones: tal es el caso de la coordinadora del Programa Municipal de Lucha contra el Sida.
La baja coordinación formal entre los equipos que trabajan en las US y en el hospital conspira contra la realización eficaz del trabajo de detección.	La innovación radicó en la administración conjunta de ambas pruebas a los efectos de efectuar un diagnóstico precoz del VIH para iniciar luego un tratamiento oportuno.
Las situaciones de maltrato o ineficacia institucional representan un factor disuasivo para que las madres realicen los controles de VIH.	La realización del test rápido de embarazo (Evatest) es la estrategia para lograr la adhesión de las embarazadas al proyecto.
Falta de capacitación en temas asociados al seguimiento y consejería del VIH, lo que se revela como muy importante para la comunicación y difusión de resultados.	Una estrategia basada también en un seguimiento continuo y personalizado mediante visitas domiciliarias, por parte de las líderes, de la mayor cantidad posible de embarazadas bajo proyecto.
El atravesamiento político en la conducción de las sociedades de fomento y/o comedores dificultó la participación o colaboración sostenida con los responsables del Proyecto Futuro sin Sida.	

Referencia y contrarreferencia

El problema que enfrentan las obstétricas, tanto en conseguir un testeo oportuno de las embarazadas como cuando una paciente es confirmada como positiva, es lograr una derivación rápida y expeditiva:

“No hay lugar adonde mandar a las pacientes detectadas que sea confiable y responsable, un lugar que trabaje en red”.

Una vez que a la embarazada se le confirma el resultado positivo, se la deriva al infectólogo del Hospital Fiorito. En este punto, por regla general, las embarazadas pierden contacto con el sistema local de salud, aunque tampoco muestran una adhesión al segundo nivel de atención, ya que no están bien articulados ambos niveles. Esto, sin duda, implica aumentar la vulnerabilidad tanto de la embarazada como del futuro bebé.

Una obstétrica señala: “A mí me pasó con una chiquita que envié al Hospital Fiorito; allí le dijeron: ‘El tema no es tan importante’. Yo me quería morir, porque a la piba no la derivé porque sí. La madre era portadora, el test le había dado positivo”.

Una líder completa el relato del caso: “En el Fiorito no la atendieron, le dijeron que no era necesario hacerle el estudio a la nena; entonces la mamá se enojó con la obstetra y no vino más a la unidad”.

Para resolver la situación, otra obstétrica prefiere hacer las derivaciones por fuera de la red de salud provincial: “La verdad, yo estoy cometiendo una infracción, pero ya a esta altura no me interesa: yo estoy derivando a la gente al Fernández o al Argerich, ya que lo de acá, lo que más cerca tienen, no me da respuesta”.

Luego describe las estrategias que utiliza la población para lograr una accesibilidad –geográfica y económica– a un servicio de salud de mejor calidad: “Las pacientes, de acá al Argerich, cruzan en bote el Riachuelo, de acá al río estamos a ocho o diez cuadras, entonces caminan esas cuadras, cruzan en bote y están en la Boca; hay toda la noche bote, porque hay gente que se va a las tres o cuatro de la mañana a sacar turno al Argerich”.

Otra medida cuyo objetivo es mejorar la articulación y el funcionamiento de la red de salud proviene del municipio, ya que, en el momento de realizarse la sistematización de esta experiencia, el mismo estaba probando un proyecto piloto de referencia y contrarreferencia en el que participaban las distintas US. Una de las mejoras para las usuarias era la posibilidad de pedir una interconsulta con cualquier servicio del hospital desde la US, y que la paciente fuera derivada directamente con el turno. El sistema, sin embargo, presenta problemas de implementación, según una obstétrica: “Lo que pasa es que eso a veces funciona, otras veces no: por ahí una la deriva a Infectología, pero está embarazada; entonces le dicen ‘no, primero tiene que pasar por Obstetricia’; entonces vos derivás a Infectología y de Infectología la hacen ir a Obstetricia”.

Asimismo, las obstétricas establecen contactos personales con servicios del segundo nivel de atención, a fin de resolver la derivación de

las pacientes. Relata una obstétrica: “Nosotros hemos establecido una buena relación con la maternidad del Fiorito; llamamos por teléfono y avisamos que va una paciente, y siempre recibimos una buena respuesta. Tuvimos muchas reuniones de obstetras con la maternidad del Fiorito para unificar criterios de derivación y de internación. Es más: los turnos se los conseguimos nosotros, desde la Unidad Sanitaria”.

Sustentabilidad del proyecto

Finalmente, los integrantes del proyecto reflexionaron con el equipo técnico sobre los factores que favorecen o dificultan su sustentabilidad:

Cuadro 3. Percepción de factores que dificultan y que favorecen la sustentabilidad del proyecto

Factores que la dificultan	Factores que la favorecen
Prestaciones	
• Confusión en la entrega de los reactivos. • Entrega tardía de los reactivos. • Falta de reactivos en la etapa de prórroga del Proyecto. • Percepción de la población de que no hay más disponibilidad de insumos.	• Adhesión lograda al proyecto por parte de la población usuaria.
Equipo de Salud	
• Diversa adscripción laboral y cumplimiento horario de los miembros del equipo ampliado	• Buena calificación técnica del personal de salud de las US (obstétricas y enfermeras) participantes en el Proyecto. • Modalidad establecida de trabajo en equipo. • Motivación de los miembros del equipo ampliado para continuar con las tareas.



Factores que la dificultan	Factores que la favorecen
Representaciones sociales	
• Naturalización del problema • Prejuicios y ocultamiento	• Interesada disposición de la comunidad ante las oportunidades de aprendizaje promovidas por miembros del Proyecto
Actuación de las líderes comunitarios	
• Cese de tareas por parte de las líderes.	• Modalidad establecida de trabajo de las líderes en contacto con la comunidad. • Conocimientos sobre VIH adquiridos por las líderes. • Reconocimiento logrado hacia las líderes por parte de la comunidad.
Sustentabilidad	
• Discontinuidad de las acciones comprendidas en el proyecto	• Redes establecidas con organizaciones comunitarias.

A modo de conclusión

El proceso de sistematización ha permitido que emerjan los principales logros e impactos del proyecto desde la perspectiva de sus propios actores, quienes han vertido su percepción en torno de los aspectos más relevantes, los obstáculos y los facilitadores visualizados, las estrategias de resolución más eficaces que se pusieron en práctica y las lecciones principales que cabe extraer de la experiencia.

Como hemos visto, además, a lo largo del trabajo, el proceso de sistematización de una experiencia implica una tarea de reconstrucción y reelaboración en la cual resulta importante resituar el contexto en que ha tenido lugar, identificar los actores relevantes, reconocer sus expectativas previas, el proceso de conformación de un grupo de trabajo, los conflictos y dificultades hallados, las estrategias adoptadas en respuesta a las dificultades, la explicitación de los

resultados previstos y no previstos que se han alcanzado en su implementación.

Durante el desarrollo del trabajo de sistematización se han puesto de relieve distintas estrategias metodológicas vinculadas con el relevamiento y el análisis de información, posibles a partir de la implementación de una variada gama de técnicas cualitativas que comprendieron la toma de entrevistas individuales y grupales, observaciones de los contextos y las rutinas de trabajo en las US, recorridas por los barrios, la discusión de informes preliminares y el análisis conjunto de producciones vertidas a lo largo de la experiencia.

Esta experiencia ha demostrado, asimismo, la multiplicidad de roles que puede desempeñar el psicólogo comunitario: facilitación y contención de los miembros del equipo de salud, disminución de las barreras que limitan la accesibilidad a los servicios, reducción de los prejuicios que originan la segregación o la marginación de la población destinataria de las acciones, evaluación y sistematización de las acciones desarrolladas.

Ha generado, asimismo, importantes logros en la capacitación de agentes comunitarios de salud, el establecimiento de sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes, la articulación en red del trabajo interinstitucional, las estrategias de comunicación, la capacitación de personal profesional y la conformación del equipo de salud.

Algunos interrogantes se sostendrán para ulteriores trabajos: ¿Qué puede aportar la sistematización de una experiencia particular a otra? ¿Son generalizables las lecciones de una experiencia? ¿En qué medida el trabajo conjunto entre quienes se desempeñaron en la ejecución del proyecto y el equipo encargado de la sistematización facilita una mayor integración entre ellos y, consecuentemente, la más completa elaboración de, y aprendizaje sobre, la experiencia?

Sean cuales fueren las respuestas a dichos interrogantes, nuestra pretensión, acaso modesta pero, creemos, de utilidad, es haber expuesto las características de una intervención sanitaria sobre un tema de alta relevancia y, al mismo tiempo, mostrar los productos que surgen de aplicar una herramienta metodológica que otorga a los proyectos sociales mayor integración, reflexión crítica, comunicabilidad y sustentabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P. (2004): *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*, Buenos Aires, Capital Intelectual.
- Ajzen, I.; Fishbein, M. (comps.) (1980): *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*, Nueva Jersey, Prentice Hall.
- Alan Dever, G. E. (1991): *Epidemiología y administración de servicios de salud*, Washington, OPS/Aspen Publishers, Serie PALTEX.
- Alberdi, J. B. (1934): *El crimen de la guerra*, Buenos Aires, Honorable Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires.
- Althusser, L. (1967): *La revolución teórica de Marx*; México, Siglo XXI.
- Anguelergues, R. y col. (1975): *La antipsiquiatría*, México, Siglo XXI.
- Arciero, G. (2005): *Estudios y diálogos sobre la identidad personal: reflexiones sobre la experiencia humana*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Arendt, H. (1974): *La condición humana*; Barcelona, Seix Barral.
- Ashton, J.; Seymour, H. (1990): *La nueva salud pública*, Barcelona, Masson.
- Barker, R. (1968): *Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behaviour*, Stanford, Stanford University Press.
- Barker, R.; Wright, H. (1951): *One Boy's Day*, Nueva York, Harper and Row.
- Basaglia, F. (1980): "La institucionalización psiquiátrica de la violencia", en Basaglia, F. y col., *Razón, locura y sociedad*, Buenos Aires, Siglo XXI.

- Behm Rosas, H. (1992): *Las desigualdades sociales ante la muerte en América latina*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía, Doc. Serie B n° 96.
- Berger, P.; Luckmann, T. (1986): *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bloj, C. (2005): “Conocimiento social y políticas públicas: claves para pensar nexos, contratiempos, y alternativas a futuro”, foro *Hacia políticas laborales con equidad de género: el caso del sector financiero en Costa Rica*, CEPAL/Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), Costa Rica, disponible en <www.eclac.org>.
- Bodei, R. (2006): *Destinos personales. La era de la colonización de las conciencias*, Buenos Aires, El Cuenco de Plata.
- Bohm, D. (1996): *Sobre el diálogo*, Barcelona, Kairós.
- Bonasso, M. (2009): *Sobre la aplicación de la Ley de Bosques*, disponible en: <http://leydebosques.org.ar>.
- Bottomore, T. (1992): “Ciudadanía y clase social, cuarenta años después”, en T. H. Marshall y T. Bottomore, *Ciudadanía y clase social*, Madrid, Alianza.
- Bruner, J. (2004): *Realidad mental y mundos posibles: los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*, Barcelona, Gedisa.
- (2006): *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*, Madrid, Alianza.
- Buss, P. M. (2006): “Una introducción al concepto de promoción de la salud”, en D. Czeresnia, C. Machado de Freitas (comps.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*, Buenos Aires, Lugar.
- Bustelo, E. y Minujin, A. (1998): *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*, Bogotá, Santillana-UNICEF.
- Cacioppo, J. T.; Berntson, G. G. (1992): “Social psychological contributions to the decade of the brain: Doctrine of multilevel análisis”, *Am. Psychologist*, 47, 1019-1028.
- (2004): *Social Neuroscience: Key Readings*, Nueva York, Psychology Press.
- Capra, F. (1998): *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*, Barcelona, Anagrama.
- Carmel, S. (1985): “Satisfaction with hospitalization: a comparative analysis of three types of services”, *Social Science and Medicine*, 21: 1243-1249.
- Cátedra de Salud Mental y Derechos Humanos, UNLP, (2009): “Informe Final Proyecto Revinculación”, presentado en el III

- Encuentro Nacional de Extensión Universitaria, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, 20 al 22 de mayo de 2009.
- CELS (2005). *Informe sobre la Salud Mental en Argentina*, Equipo de Salud Mental Informe CELS 1994, Buenos Aires, Ediciones del CELS.
- Clarín (2008): “Prohíben en EE.UU. los regalos que hacen los laboratorios a médicos”, Buenos Aires, diario *Clarín*, 11 de julio de 2008.
- Coady, David y col. (2004): *La focalización de las transferencias en los países en desarrollo: revisión de lecciones y experiencias*, Washington DC, Banco Mundial.
- COMFER (2004): “Encuesta de TV COMFER 2004”, disponible en <www.comfer.gov.ar>.
- Contandriopoulos, A. P. (2000): “La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales”, *Cuadernos Médicos Sociales* (Rosario), n° 77 (abril).
- Contreras, J. (1993): *Antropología de la alimentación*, Madrid, Eudema.
- Costa, M.; López, E. (1996): *Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*, Madrid, Pirámide.
- Christaki, N.; Fowler, J. (2007): “The spread of obesity in a large social network over 32 years”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 357 (julio), n° 4: 370-379.
- De la Cruz, J. (2003): “Marketing social y nutrición comunitaria”, en L. Serra Majem, J. Aranceta Bartrina, J. Mataix Verdú, *Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*, Barcelona, Masson.
- De Lellis, M. (2006): “La psicología comunitaria en el ciclo de las políticas públicas”, en M. de Lellis y col., *Psicología y políticas públicas de salud*, Buenos Aires, Paidós.
- De Lellis, M.; Rossetto, J.; Di Nella, Y. (2008): “La perspectiva de los derechos humanos en la transformación de una institución asilar: a propósito de una experiencia”, en Trímboli, A. y cols., *Modernidad, tecnología y sistemas contemporáneos*, AASM, Serie Conexiones, Buenos Aires, marzo de 2008.
- De Lellis, M. y col. (2006): “La psicología comunitaria en el ciclo de las políticas públicas”, en De Lellis, M. y cols., *Psicología y políticas públicas de salud*, Buenos Aires, Paidós.
- (2006): *Psicología y políticas públicas de salud*, Buenos Aires. Paidós.
- De Lellis, M.; Di Nella, Y. (2008): “La perspectiva de derechos

- humanos en el campo de la Salud Mental”, en *Psicología forense y derechos humanos (vol. I)*, Buenos Aires. Koyatun.
- De Lellis, M.; Mozobancyk, S. (2006): *Introducción al paradigma de la complejidad y sus implicancias en el campo de la Salud Pública*, Lecturas de Cátedra, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- (2009): *Salud pública desde una perspectiva compleja*, Buenos Aires, Secretaría de Publicaciones, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Di Nella, Y. (2005): “Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de derechos humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental”, ponencia en el *Encuentro Internacional de Salud Mental “Nuevos sufrimientos, nuevos tratamientos”*, 2-3 de diciembre de 2005, San Luis, Argentina. Ficha de Cátedra de Psicología Comunitaria, Facultad de Psicología, UNLP.
- Dietz, W.; Gortmaker, S. (1985): “Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents”, *Pediatrics*, 75(5): 807-812.
- Domingo Curto, J. M. (2005): *La cultura en el laberinto de la mente. Aproximación filosófica a la “psicología cultural” de Jerome Bruner*, Buenos Aires, Miño y Dávila.
- Durán, P. (2007): “Sobrepeso, obesidad y composición corporal en escolares de la Ciudad de Buenos Aires”, Beca Carrillo-Oñativia, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Inédito.
- Duschatzky, S. y col. (2007): *Tutelados y asistidos: programas sociales, políticas públicas y subjetividad*, Buenos Aires, Paidós.
- Evans, M. L.; Barer, M. y T. R. Marmor (1996): *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*, Madrid, Díaz de Santos.
- Fajardo Ortiz, G. (1983): *Atención médica. Teoría y práctica administrativa*, México, La Prensa Médica.
- FAO (1995): *Manejo de proyectos de alimentación y nutrición en comunidades. Guías didácticas*, Santiago de Chile, FAO.
- Feldfeber, M.; Saforcada, F. (2005): *OMC, ALCA y educación. Una discusión sobre ciudadanía, derechos y mercado en el cambio de siglo*, Buenos Aires, Miño y Dávila.
- Ferreira Deslandes, S.; Gomes, R. (2007): “La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas”, en M. L. Magalhaes Bosi y F. Mercado, *Investigación cualitativa en los servicios de salud*, Buenos Aires, Lugar.
- Fleury, S. (1997): *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América latina*, Buenos Aires. Lugar.
- Fleury, S.; Molina, C. (2002): “Modelos de protección social”, en *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*, Washington, BID, INDES, págs. 3-6.
- Foucault, M. (2001): *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Franco, A. (2005): “El auge de la protección social”, *Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1): 135-47.
- Frenk, J. (1992): “El concepto y la medición de accesibilidad”, en K. White (comp.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*, Washington, OPS Publicación científica n° 534.
- García Sánchez, E. (2007): El concepto de actor: reflexiones y propuestas para la ciencia política. Revista *Andamios*, volumen 3, n° 6, junio, 2007, págs. 199-216, México, UNAM.
- Garfinkel, H. (1967): *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Gay, R. (1997): “Entre el clientelismo y el universalismo. Reflexiones sobre la política popular en el Brasil urbano”, en J. Auyero, *¿Favores por votos? Estudio sobre clientelismo político contemporáneo*, Buenos Aires, Losada.
- Giorgi, V. (2006): *Psicología y políticas sociales*, Montevideo, Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Glaser, B. G.; Strauss, A. L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine.
- Goffman, E. (1971): *Estigma*, Buenos Aires, Amororrtu.
- González Rey, F. (2002): *Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural*, México, Thomson.
- Goolishian H.; Anderson, H. (1998): “Narrativa y self”, en *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, Buenos Aires, Paidós.
- Granda, E. (2004): “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?”, *Revista Cubana Salud Pública*, 30 (2).
- Green, L. A. y col. (2001): “The ecology of medical care revisited”, *N. Engl. J. Med*, vol. 344, n° 26.
- Grinberg, M. (comp.) (1999): *Cartas por la tierra 1854-1999*, Buenos Aires, Errepar.
- Hall, J.; Dornan, M. (1988a): “Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of

- overall satisfaction levels”, *Social Science and Medicine*, 27: 637-644.
- Hawkes, C. (2004): *Marketing Food to Children: The Global Regulatory Environment*, Ginebra, OMS.
- Henderson, H. (2003): *Más allá de la globalización. La tarea de modelar una economía global sustentable*, Buenos Aires, Uriel Satori.
- Hirschler, V.; González, C.; Cemente, G. y col. (2006): “¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso?”, *Arch. Argent. Pediatr.*, 104(3): 221-226.
- Illich, I. (1975): *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barcelona, Barral.
- Jara Holliday, O. (1998): “El aporte de la sistematización a la renovación teórico-práctica de los movimientos sociales”, presentado en el Seminario Latinoamericano de Sistematización de Prácticas de Animación Sociocultural y Participación Ciudadana en América latina, Medellín.
- (2001): *Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias*, Costa Rica, Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
- Jauretche, A. (1966): *El medio pelo en la sociedad argentina*, Buenos Aires, Peña Lillo.
- Kohn, R.; Levav, I.; Caldas de Almeida, J.; Vicente, B.; Andrade, L.; Caraveo-Anduaga, J. J.; Saxena, S.; Sarraceno, B. (2005): “Los trastornos mentales en América latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública”, *Rev. Panam. Salud Pública*, vol. 18, n° 4-5 (octubre-noviembre), Washington.
- Kraut, A. (2005): *Salud mental: tutela jurídica*, Buenos Aires. Rubinzal Culzoni.
- Kunkel, D.; Wilcox, B.; Cantor, J. y col. (2004): “Report of the APA task force on advertising and children. Section: Psychological issues in the increasing commercialization of childhood”, disponible en <www.apa.org>.
- Kymlicka, W.; Norman, W. (1996): “El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en Teoría de la Ciudadanía”, *Cuadernos del CLAEH*, n° 75, Montevideo, 81-112.
- Lalonde, M. (1981): *A New Perspective of the Health of Canadians*, Ottawa, Minister of Supply and Services, Government of Canada.
- Lanctôt, G. (2008): *La mafia médica*, Huesca, Vesica Piscis.
- Lapolla, A. J. (2009a): “Dialéctica de la sojización y la soberanía nacional”, disponible en <http://www.paginadigital.com.ar>.
- (2009b): “Argentina. Sojización y soberanía nacional”, disponible en <http://www.ecoportal.net>.
- Lautier, B. (2006): “Le difficile cheminement vers l’universalisation de la protection sociale en Amérique latine”, *Colloque International “État et régulation sociale: comment penser la cohérence de l’intervention publique?”*, Équipe Matisse/CNRS/CES, Universidad de París 1, Panthéon-Sorbonne, París.
- Lejarraga, H. (comp.) (2004): *Desarrollo del niño en contexto*, Buenos Aires, Paidós.
- Lerner Febres, S. (2008): “Ética y poder”, disponible en <http://palestra.pucp.edu.pe> (fecha de consulta: marzo de 2008).
- Linder-Pelz, S. (1982): “Toward a theory of patient satisfaction”, *Social Science and Medicine*, 16, 577-582.
- Lorway, R. (2006): “Dispelling ‘heterosexual African AIDS’ in Namibia: same-sex sexuality in the township of Katutura culture”, *Health & Sexuality*, 8(5) (septiembre-octubre): 435-449.
- Magalhães Bosi, M. L.; Mercado, F. (2007): *Investigación cualitativa en los servicios de salud*, Buenos Aires, Lugar.
- Mangrulkar, L.; Whitman, C. V.; Posner, M. (2001): *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*, Washington, OPS.
- Márai, S. (2005): *La mujer justa*, Barcelona, Salamandra.
- Marconi, J. (1969): “Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención en alcoholismo”, *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. XV, n° 4.
- (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*, vol. XVII, n° 4.
- (1973a): “La revolución cultural chilena en programas de salud mental”, *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. XIX, n° 1.
- (1974a): “Análisis de la situación de la salud mental en la ciudad de Córdoba”, *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. XX, n° 4.
- (1974b): “Diseño de un programa integral de salud mental para la ciudad de Córdoba”, *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. XX, n° 4.

- (1976): “Alcoholismo”, en R. Armijo Rojas, *Epidemiología*, vol. II: *Epidemiología aplicada*, capítulo 10: “Salud mental”, Buenos Aires, Inter-Médica.
- Marconi, J.; Ifland, S. (1973b): “Aplicación del enfoque intracomunitario de neurosis a la consulta externa”. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. XIX, n° 9.
- Marconi, J.; Saforcada, E. (1974a): “Formación de personal para un programa integral de Salud Mental en Córdoba”, *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. XX, n° 6.
- (1974b): “Diseño y estudio de factibilidad psicosocial de un Programa Integral de Salud Mental (alcoholismo y neurosis), variantes institucional e intracomunitaria, para los afiliados al Instituto Provincial de Atención Médica”, *Instituto Provincial de Atención Médica* (publicación interna), Córdoba.
- Marild, S.; Bondestam, M.; Bergström, R. y col. (2004): “Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index”, *Acta Paediatrica*, 93 (12), 1588-1595.
- Martinic, S. (1998): “El objeto de la sistematización y sus relaciones con la evaluación y la Investigación”, ponencia para el Seminario Latinoamericano: Sistematización de Prácticas de Animación Sociocultural y Participación Ciudadana, Medellín, agosto.
- Ministerio de Salud de la Nación (2005a): *Salud y Ambiente. Módulo 3 del Posgrado en Salud Social y Comunitaria*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- (2005b): *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- (2006): *Guías alimentarias para la población infantil*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- (2007): *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Morbidity and Mortality Weekly Reports (MMWR) (1996): *Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating*, Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Public Health Service, Epidemiology Program Office, vol. 45, n° RR-9 (junio).
- Montero, M. (2003): *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*, Buenos Aires, Paidós.
- (2006): *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*, Buenos Aires, Paidós.

- Morales Calatayud, F. (2009): *Introducción a la psicología de la salud*, La Plata, Koyatun.
- Nestle, M. (2003): “The ironic politics of obesity”, *Science*, 299: 381.
- Niremberg, O.; Brawerman, J.; Ruiz, V. (2000): *Evaluar para la transformación*, Buenos Aires, Paidós.
- (2003): *Programación y evaluación de proyectos sociales*, Buenos Aires, Paidós.
- O'Donnell, A.; Porto, A. (2007): “Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil”, en A. Colombo (comp.), *Pobreza y desarrollo infantil. Una contribución multidisciplinaria*, Buenos Aires, Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998): *Promoción de la salud. Glosario*, Ginebra, OMS.
- (2001): *Informe sobre la salud mental en el mundo*, Ginebra, OMS.
- (2002): *Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana*, Ginebra, OMS.
- (2003): *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO*, Ginebra, OMS.
- (2004): *57ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 57*, 17, 22 de mayo de 2004.
- OPS (1996): *Promoción de la salud. Una antología*, Washington, OPS.
- (2001): *El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas*, Departamento de Asuntos Jurídicos de la OPS.
- (2004): *Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (0-5 años)*, Washington, OPS/PALTEX.
- OPS (Levav, I., [comp.]) (1992): *Temas en salud mental en la comunidad*, Serie Paltex para ejecutores de salud n° 19, Organización Panamericana de la Salud.
- Orlet Fischer, J.; Mitchell, D. C.; Smiciklas-Wright, H.; Lipps Birch, L. (2002): “Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes”, *Journal of the American Dietetic Association*, 102(1).
- Oszlak, O.; O'Donnell, G. (1982): “Estado y políticas estatales en América latina: hacia una estrategia de investigación”, *Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo*, n° 1, Caracas.
- Parasuraman A.; Zeithaml, V.; Berry L. (1985): “A conceptual model of service quality and its implications for future

- research", *Journal of Marketing*, vol. 49 (4).
- Parsons, W. (2007): *Políticas públicas: una introducción a la teoría y práctica del análisis de las políticas públicas*, Buenos Aires, Miño y Dávila.
- Patton, M. Q. (1990): *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2.^a ed.), Newbury Park, CA, Sage.
- Pedersen, D. (1988): "Estilos de vida y salud", ponencia a la Reunión Regional sobre sistemas culturales, estilos de vida y tecnologías médicas, Lima, marzo de 1986.
- Pellegrini, J. (2005): *Cuando el manicomio ya no está...*, San Luis, Fundación Jerónima.
- Pineda, D. (1998): "La función ejecutiva y sus trastornos", conferencia pronunciada en el Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología, disponible en <<http://neurologia.rediris.es>>.
- Priego-Álvarez, H. (2000): "Comportamiento del consumidor sanitario. Análisis mercadológico en las decisiones de compra de servicios de salud", *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 15: 25-30.
- Przeworski, A. (2004): "Política y administración", en Bresser-Pereira, L.C. y cols., *Política y gestión pública*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica-CLAD.
- Puska, P.; Nissinen, A.; Tuomilehto, J.; Salonen, J. T.; Koskela, K.; McAlister, A.; Kottke, T. E.; Maccoby, N.; Farquhar, J. W. (1996): "Estrategia basada en la comunidad para prevenir las cardiopatías isquémicas: conclusiones de los primeros 10 años del Proyecto de Carelia del Norte", en OPS, *Promoción de la salud: una antología*, Washington, OPS.
- Raczynski, D.; Serrano, C. (2005): "Las políticas y estrategias de desarrollo social. Aportes de los años 90 y desafíos futuros", en P. Meller, *La paradoja aparente. Equidad y eficiencia*, Santiago, Taurus.
- Real Academia Española (RAE) (2008): *Diccionario de la lengua española* (23^a ed.), disponible en <<http://buscon.rae.es>> (fecha de consulta: marzo de 2008).
- Rattagan, M. (2005): "Los derechos humanos y la salud mental", 4^o Congreso Internacional sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.
- Reichardt, C. S.; Cook, T. D. (1982): "Hacia una recuperación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos", en T. D. Cook y S. C. Reichardt, *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*, Madrid, Morata.
- Restrepo, H. (2001): *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*, Bogotá, Panamericana.
- Revuelta Vaquero, B. (2007): "La implementación de políticas públicas", *Dikaion*, año 21, n^o 16 (noviembre), Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.
- Ricoeur, P. (2006): *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI.
- Robin, M. M. (2008): *El mundo según Monsanto. De la dioxina a los OGM. Una multinacional que les desea lo mejor*, Barcelona, Península.
- Robinson, T. (1998): "Does television cause childhood obesity?", *Journal of American Medical Association*, 279: 959-960.
- Robinson, T. N.; Borzekowski, D. L. G.; Matheson, D. M.; Kraemer, H. C. (2007): "Effects of fast food branding on young children's taste preferences", *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, vol. 161, n^o 8.
- Rodríguez, F. (2001): "Subjetividad y poder psiquiátrico", *Fermentum*, año 11, n^o 32 (septiembre-diciembre), Mérida, Venezuela.
- Romano Yalour, M.; Torres, R.; Álvarez, D.; Grunhut, Y. (2004): *Satisfacción de los usuarios y efectores con los sistemas de salud*, Buenos Aires, ISALUD.
- Rosen, G. (1985): *De la policía médica a la medicina social*, México, Siglo XXI.
- Rossetto, J.; De Lellis, M. (2007): "El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca", *Vertex*, vol. XVIII, n^o 73 (mayo-junio).
- Ruiz, A. (2000): "La construcción jurídica de la subjetividad no es ajena a las mujeres", en Birgin, Haydée (comp.), *El Derecho en el género y el género en el Derecho*, CEDAEEL. Buenos Aires, Biblos.
- Ryle, J. (1948): "'Medicina social' y 'Salud Pública'", en C. Back y col. (1989): *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*, Washington, OPS.
- Saforcada, E. (1999a): *Psicología comunitaria. El enfoque contextualista de James G. Kelly*, Buenos Aires, Proa XXI.
- (1999b): *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*, Buenos Aires, Paidós.
- Saforcada, E. y col. (2001a): *El factor humano en la salud pública. Una*

- mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*, Buenos Aires, Proa XXI.
- (2001b): “Capacitación de madres Agentes Primarias de Salud Comunitaria en Nutrición (APSAN)”, en Saforcada, E. (comp.), *El factor humano en la Salud Pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*, Buenos Aires, Proa XXI.
- Saforcada, E.; De Lellis, M. (2006): “¿Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud?”, en De Lellis, M. y col., *Psicología y políticas públicas de salud*, Buenos Aires, Paidós.
- Saforcada, E.; Rodríguez, R. (1988): *Trasvasamiento de la tecnología de la publicidad y la investigación de mercado al campo de la educación para la salud. Un proyecto concreto*, Buenos Aires, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- Salcedo, A. (2004): “Aspectos teóricos para el estudio del discurso y la representación estatal de la vivienda popular en Venezuela”, *Utopía y Praxis Latinoamericana*, año 9, n° 27 (octubre-diciembre), 61-74, Maracaibo, Universidad de Zulia.
- Saramago, J. (2005): *Ensayo sobre la lucidez*, Buenos Aires, Alfaguara.
- Seclén-Palacin, J.; Darras, C. (2000): “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados”, *Anales de la Facultad de Medicina*, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Serra Majem, L.; Salleras Sanmartí, L. (2003): “Consejo dietético y nutricional en atención primaria de la salud”, en L. Serra Majem, J. Aranceta Bartrina y J. Mataix Verdú, *Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*, Barcelona, Masson.
- Shafer, S. L. (2009): “Carta dirigida a los lectores de *Anesthesia & Analgesia*”, disponible en <<http://www.aeditor.org>>.
- Starfield, B. (1992): “Medición de los logros de la atención primaria”, en *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*, Washington, OPS, Publicación Científica n° 534.
- (2000): *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona, Masson.
- Storer, J. (1959): *La trama de la vida*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Sulbrandt, J. (1993): “La evaluación de los programas sociales: una perspectiva crítica de los modelos usuales”, en B. Kliksberg, *¿Cómo enfrentar la pobreza?*, Buenos Aires CLAD/PNUD, Grupo Editor Latinoamericano.
- Szasz, T. (1970): *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amororrtu.

- (1994): *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amororrtu.
- Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1986): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- Terris, M. (1982): *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México, Siglo XXI.
- (1994): “La epidemiología y la salud pública: orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica”, disponible en <<http://www.msc.es>>.
- Thompson, A. G. H.; Suñol, R. (1995): “Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence”, *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2): 127-141.
- Tozzi, V. (2005): “¿Por qué reescribimos la historia? Sobre el propósito de un relato definitivo del pasado”, *Revista Latinoamericana de Filosofía*, vol. XXXI, n° 2 (primavera).
- UNICEF (2004): *Vivir con VIH-sida*, Buenos Aires, UNICEF.
- Van Parij, Philippe (1993): *¿Qué es una sociedad justa? Introducción a la práctica de la filosofía política*, Barcelona, Ariel.
- Vigoya, M. (2007): “Discriminación racial, intervención social y subjetividad. Reflexiones a partir de un estudio de caso en Bogotá”, *Revista de Estudios Sociales*, n° 27 (agosto), Bogotá, 106-121.
- Viveros, M.; Gil, F. (2006): “Educators, advisors, therapists? Youth, sexuality, and social intervention”, *Cadernos Saúde Pública*, vol. 22, n° 1, 201-208.
- Walzer, M. (1983): *Esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y la igualdad*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Watson, L. (2000): “La biología del ser: una historia natural de la conciencia”, en D. Lorimer, *El espíritu de la ciencia. De la experimentación a la experiencia*, Barcelona, Kairós.
- Wolfson, M. (2009): *Mauricio Goldenberg. Una revolución en la salud mental*, Buenos Aires, Capital Intelectual.
- Zastowny, T. R.; Roghmann, K. J.; Hengst, A. (1989): “Satisfaction with medical care: replications and theoretic reevaluation”, *Medical Care*, 27.
- Zax, M.; Specter, G. (1979): *Introducción a la psicología de la comunidad*, Buenos Aires, El Manual Moderno.