



Acerca del concepto de Salud Comunitaria

Enrique Saforcada

Descriptores: Salud Comunitaria, Salud Pública, Salud Colectiva, Salud Mental, Psicología Comunitaria.

Descriptors: *Community health, Health policy, Collective health, Communities psychology.*

Resumen:

Se realiza un recorrido histórico por los principales paradigmas que han orientado el desarrollo de las disciplinas y profesiones de la salud desde el Siglo XVIII hasta el presente. Se postula el concepto de enfermedad pública como el monto total de enfermedad presente en una sociedad en un momento dado, como consecuencia de que no se asume la responsabilidad del Estado democrático de velar por la educación y la salud de la población. Se trata del conjunto de enfermedades que el Estado podría evitar poniendo en juego los recursos de que dispone (económicos, tecnológicos, de conocimientos, humanos, etc.), en el momento o período histórico de que se trate, pero no lo hace. Se trabaja sobre el paradigma de salud comunitaria, en el que la comunidad es el componente principal en la producción de salud, y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante. La participación consiste en tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia. Este paradigma reorienta tanto las acciones propias del sistema de salud como la relación entre el Estado y los ciudadanos. Devolverle el poder de decisión a las poblaciones en materia de salud es aportar a la democratización real de nuestras sociedades y también, significativamente a la finalización de toda clase de dependencia política que sojuzgue e impida el proceso de liberación de nuestros países.

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, Massachussets, se llevó a cabo un encuentro de psicólogos clínicos en la localidad de Swampscott, en Estados Unidos de Norteamérica, que se denominó “Conferencia sobre la Educación de Psico-



logos 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.

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/resulta- do, 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 dispositivos 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 destinados 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 fuera lo más accesible posible a todas las personas sin distinción alguna, 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 de Norte América. 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, destacándose a su vez por ser un gran propulsor de la formación médica en higienología o teoría de la salud (Ryle, 1948). Así mismo se debe tener en cuenta 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, no era una enfermedad cualquiera, era una dolencia estigmatizante y marcadora de los profesionales que la atendían, por



lo tanto, tenía que ser puesta aparte. 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, ¿por qué solo de las mentales? Cuando en la ciudad de Buenos Aires se decidió en la década de 1980 transformar los cinco Centros de Salud Mental, creados por el Dr. 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 y psicólogas que en ellos trabajaban y, aún hoy, quedan dos de estos Centros como centros solo de salud mental. En este caso, la resistencia no se debió a que la enfermedad fuera estigmatizante sino a que era propiedad privada de los psicólogos, psicólogas, médicas 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 adueñen del alma y le dejen el cuerpo a los otros médicos, ofreciéndoles el puente de la interconsulta, puente por ambas partes defensivamente levadizo como los de los castillos medievales.

Lo más importante de la propuesta de Swampscott implicó sacar el sufrimiento mental del sistema institucional y amurrado 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 sólo 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, finalmente, en la década de 1960, sólo en el Continente Americano, el modelo *intracomunitario*.

Dentro de este último modelo se ubican los programas de salud llevados a cabo en Chile que, en sus comienzos, implicó un primer programa de obstetricia, llegándose a generar posteriormente también programas de salud vegetal y salud animal con la participación de los productores agrope-



cuarios 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 de mayor envergadura que se ha llevado a cabo dentro de este modelo, experiencia que cortó la dictadura militar de Pinochet. Marconi falleció, ya retirado de la profesión, en 2005.

En este Programa, los miembros de la comunidad adecuadamente 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 que dos pequeños grupos de profesionales de la salud, muy comprometidos con los mandatos de sus profesio-

nes y con la sociedad, estaban pensando igual frente a los problemas de salud.

No es este el lugar adecuado para desarrollar la siguiente idea 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 la de los pueblos anglosajones y europeos. Esto se puede observar tanto en el ámbito de los profesionales como de las poblaciones.

Al respecto no hay más que citar hechos como los siguientes:

- a) Las ideas europeas en cuanto a que la salud de las sociedades son responsabilidad de sus gobiernos, elaboradas por Wolfgang Thomas Rau y Johann 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, Prefecturías 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 a través de convocar a las Conferencias Sanitarias Internacionales fracasaron (París 1851 y 1859, Constantinopla 1866, Viena 1874). Cuando la epidemia de fiebre amarilla de la década de 1870, que ocasionó decenas de miles de muertos, se extendió de Brasil a Paraguay, Argentina y finalmente llegó a Estados Unidos de Norteamérica 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 que 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 Dr. 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 de Norteamérica 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 John 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 Dr. 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 salubrismo latinoamericano que fue el Dr. 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 sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida” (Carrillo, R., 1946-54).

Son unos pocos ejemplos, se podrían señalar muchos otros logros y manifestaciones que muestran, en el último cuarto del siglo XIX, la preeminencia de Indoamerica, 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 pri-

meros creyendo que con esto se logra un mérito respetable. No, lo señalado anteriormente no tiene otro propósito que mostrar que nuestra realidad psicosociocultural, 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 influenciado fuertemente en esto la gran sabiduría de nuestros pueblos originarios (guaraníes, krenakes, kamaiurás, xavantes, mapuches, kollas, aymaras, mayas, huaoranuis, u'was y tantos otros), que aun cuando han 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 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, que es de lo que 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 incomprensión 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 la salud es sólo enfermedad en tanto generadora de dinámicas lucrativas de mercado, para los segundos la salud es primordialmente sólo salud, a partir de la cual no se dinamiza ningún mercado lucrativamente importante; además, si genera alguno, no es un mercado con consumidores desesperados, dispuestos a cualquier esfuerzo para

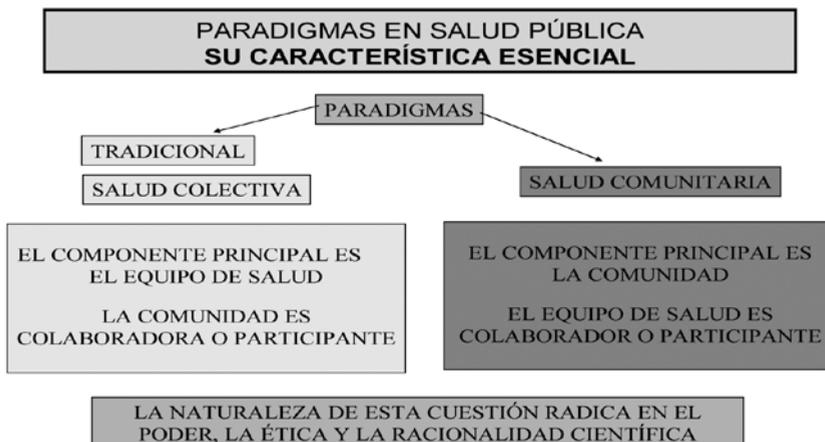
obtener lo que en él se ofrece. Para los primeros los derechos a la salud implican sólo el derecho a ser atendidos cuando se enferman, para los segundos el derecho principal es a no enfermar y recién en segundo lugar a ser atendidos si no obstante llegan a enfermar.

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 presente 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, etc.).

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

Esquema 1 – Paradigmas en Salud Pública





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 que puede afirmarse que hasta hoy, salvo alguna excepción, en nuestros países ésta 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 llevan a la ineficacia e ineficiencia a gran parte de los esfuerzos que se hacen en busca de mejorar las condiciones de salud de la población, 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 funcionarios públicos, poder que en general hace éticamente vulnerable a muchas de las personas que lo detentan.¹

1 Un Informe reciente elaborado por Transparency Internacional 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

También integran los cuerpos de los poderes legislativos y judiciales, legisladores, magistrados y funcionarios que son portadores de este paradigma y suelen ser vulnerables a las presiones corruptoras del complejo industrial-profesional (constituido tanto por corporaciones multinacionales como por empresas nacionales), que usufructúa el mercado de la enfermedad y genera 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 con respecto a las deformaciones y desvíos de la medicina, la profesión que marca el rumbo en el campo de la salud y modela en muchos sentidos, particularmente en lo ético, a las otras profesiones que convergen en el mismo. En tal sentido, señalando solo tres ejemplos que abarcan diferentes cuestiones y perspectivas, se pueden citar: a) los libros de Iván Illich (1975) y Ghislaine Lanctôt (2008); b) el reciente fraude y escándalo no solo ético sino científico que significaron las publicaciones del Dr. Scott Reuben, facultativo del Baystate Medical Center, en la calificada revista *Anesthesia*

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".

& Analgesia que llevaron a su Editor-in-Chief, Dr. Steven L. Shafer (2009), a retractarse de la validez científica de lo reportado por Reuben y un conjunto de coautores en veintiún trabajos publicados en esta revista, basados en datos fabricados, que fueron creados íntegramente por el Dr. Reuben y 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 y Johnson y Eli Lilly Co. 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 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 co-morbilidad), 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 que los adquirentes presenten dicha prescripción facultativa. En Argentina es razonable pensar que no menos del 70% de la enferme-

dad que demanda atención es *enfermedad pública*, concepto que definiéndolo 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, etc.), 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 asumen 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 el emerger de este movimiento. No quiere decir que sólo han aportado a su desarrollo brasileros y brasileras, pero sí ha sido Brasil el país que de forma más sistemática lo ha hecho, inclusive 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 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 medici-



na, 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 de posgrado se hallan fuertemente condicionadas por la influencia que ejerce sobre ella el complejo industrial-profesional.

Se puede construir un aforismo válido: *mientras la salud sea sólo patrimonio de los médicos, será pura enfermedad*. De esto no son culpables los médicos, en todo caso son las víctimas de esta situación, los responsables hay que buscarlos 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 violencia que daña el psiquismo.

El *paradigma de salud colectiva* es ampliamente superior 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 equipo es poco más que monodisciplinar (medicina, enfermería y alguna tecnicatura; también aparece la psicología, pero no bien integrada y fundamentalmente en tanto psicopatología); en el de *salud colectiva* el equipo es multidisciplinar. En el primero el componente *comunidad* es sólo 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, que consideramos 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 co-construcción 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 Promotoras y 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 las y los participantes fueron este tipo de pobladores, capacitados en Salud, provenientes de casi todo el país, o en el año 2007, en el 2º Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur que se realizó en Uruguay, con la participación activa en simposios y mesas redondas de muchas Promotoras y Promotores de Salud, o en la tercera versión de este congreso llevado a cabo en Paraguay el año próximo pasado.

El *paradigma de salud comunitaria* no está surgiendo de superestructuras sino del pueblo y, dentro de éste, de los sectores más desposeídos, más 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 e involucran también lo socioambiental.

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 Argentina, dependiente del Ministerio de Salud Pública del Gobierno de la Provincia de Salta, donde los residentes se forman guiados por los pobladores, que son Agentes Sanitarios provenientes de los desarrollos estratégi-

cos de Carlos Alvarado. O como transcurre en el Programa Multidisciplinario APEX-Cerro, de la Universidad de la República del Uruguay (UR), donde los alumnos del Programa de Salud Familiar trabajan con la comunidad, guiados por las y los Promotores de Salud.

Este *paradigma de salud comunitaria* está emergiendo en los ámbitos académicos a través de los aprendizajes que ciertos profesionales, mayoritariamente psicólogas y psicólogos, han logrado a través de su trabajo con comunidades de pobreza, sobre todo, de pobreza estructural. No es mérito de las profesiones, es mérito de las poblaciones. Ahora, ¿por qué está siendo beneficiada con este proceso sobre todo la psicología? 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 sus oídos abiertos para escuchar los saberes populares.

Se podría señalar un conjunto numeroso de otras características del *paradigma de salud comunitaria*, pero basta con una que hace a su esencia: 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 el tomar parte en las decisiones sobre la salud de la cual la comunidad se apropia porque es su salud.

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 psicoimmunoneuroendocrinología.

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 las psicólogas y psicólogos nos cabe la responsabilidad de aportar cooperativamente con las poblaciones, a fin de incrementar su fortalecimiento (empowerment) y mancomunadamente con los profesionales de las otras ciencias sociales, particularmente con quienes provienen de la pedagogía, colaborar con los pobladores en la co-construcción de mayores conocimientos en salud. También es nuestra obli-

gación empeñar esfuerzos ayudando a nuestros colegas médicos a que puedan lograr procesos exitosos de inmersión en las comunidades, cambiando su paradigma de modo tal que también ellos puedan participar en los procesos de co-construcción 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 arrebatará. Hace a la razón que nos capacitemos para hacer una devolución que no nos deshabilite en nuestra condición de profesionales.

Devolverle 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.

Bibliografía

- Clarín (2008, julio 11). Prohíben en EE.UU. los regalos que hacen los laboratorios a médicos. Buenos Aires: Diario Clarín.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública*, 30 (2).
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Seix Barral.
- Lanctôt, G. (2008). *La mafia médica*. España: Vesica Piscis.
- 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, Nº 4.
- Marconi, J. (1971). Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968/1970). *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XVII, Nº 4.
- Marconi, J. (1973a). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XIX, Nº 1.
- Marconi, J.; Ifland, S. (1973b). Aplicación del enfoque intracomunitario de neurosis a la consulta externa. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XIX, Nº 9.
- Marconi, J. (1974a). Análisis de la situación de la salud mental en la ciudad de Córdoba. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XX, Nº 4.
- Marconi, J. (1974b). Diseño de un programa integral de salud mental para la ciudad de Córdoba. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XX, Nº 4.
- Marconi, J.; Saforcada E. (1974c). Formación de personal para un programa integral de Salud Mental en Córdoba. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. XX, Nº 6.
- Marconi, J.; Saforcada, E. (1974d). 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.
- Marconi, J. (1976). Alcoholismo. En Armijo Rojas, R. *Epidemiología*; Volumen II Epidemiología aplicada; Capítulo 10 "Salud Mental". Buenos Aires: Inter-Médica.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Ryle, J. (1948). Medicina social y Salud Pública. En Back, C. et al. (1989). *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: OPS.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2009). Psicología comunitaria. *El enfoque contextualista de James G. Kelly*. Buenos Aires: Koyatun.
- Shafer, S. L. (2009). Carta dirigida a los lectores de Anesthesia & Analgesia. <http://www.aeditor.org/HWP/Retraction.Notice.pdf>
- Terris, M. (1982). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Terris, M. (1994). La epidemiología y la salud pública: orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica. http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_m_005.pdf
- Watson, L. (2000). La biología del ser: una historia natural de la conciencia. En Lorimer, D. *El espíritu de la ciencia. De la experimentación a la experiencia*. Kairós