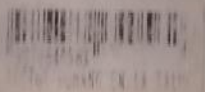


"Esta obra demuestra cuán útiles podemos ser los psicólogos cuando nuestro marco referencial se abre y nuestros instrumentos se renuevan, cuando ponemos nuestros recursos en función de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la limitación de los riesgos; cuando nos salimos de la "salud mental" para pensar en la "salud total"; cuando a lo "clínico" integramos el pensamiento sociopsicológico y epidemiológico avanzado. En fin, cuando integramos y nos integramos. Soy de los que cree que por estos caminos va en mucho el porvenir de la psicología".

Francisco Morales Calatayud

Profesor Titular de Psicología
Vicerrector del Instituto Superior
de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba



Enrique Saforcada
y colaboradores

el factor humano en la salud pública



Proa XXI

Una mirada psicológica
dirigida hacia
la salud colectiva

ALGUNOS LINEAMIENTOS Y CONSIDERACIONES BASICOS SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD, UNIDADES SANITARIAS Y SALUD MENTAL

Enrique Saforcada

1. INTRODUCCION

Frente al fracaso del pensar y actuar en salud colectiva sólo en términos de enfermedad y de lo macro, es razonable considerar que ha llegado el momento de hacerlo ahora en función de la salud positiva y de espacios políticos y urbano-poblacionales relativamente reducidos, como es el caso del municipio o de un gobierno territorial y de sus unidades de descentralización —delegaciones municipales, consejos vecinales, centros de gestión y participación, etc.—.

También es sensato estimar que el mencionado fracaso exige cambiar la perspectiva de abordaje del proceso de salud-enfermedad y sus emergentes en aquello que se refiere al abandono de las categorías individuales de análisis y acción (persona, enfermo, las personas, los enfermos, etc.) para pasar a usar sólo categorías colectivas (familia, red social, vecindario, comunidad, etc.).

Tal vez, sea indispensable centrarse en *gestión de salud positiva* como primera prioridad, sin desatender, desde ningún punto de vista, el problema de la enfermedad —como amenaza, como daño ya instalado y como inhabilidades residuales—.

Debe insistirse en que ha llegado a ser de imperiosa necesidad no *sobrepensar la enfermedad*, de lo contrario se generan tres condiciones negativas:

- a- aumenta la yatrogenia negativa por una sobreutilización profesional de prácticas diagnósticas y terapéuticas que producen daños;
- b- se refuerzan el monto de hipocondría y las prácticas autoprescriptivas de la población —sobre todo en el orden de lo mental, con el uso indiscriminado de psicofármacos, que incluso suele ser la puerta de entrada a las adicciones a las drogas ilegales—;
- c- se desresponsabiliza al componente formal del sistema de salud —los profesionales, técnicos e instituciones de salud oficialmente avalados— del principio rector del quehacer en salud pública: *mantener sanos a quienes están sanos*.

La difundida clasificación de las acciones en salud realizada por Leavell

y Clark, señala que la prevención primaria, una de las acciones fundamentales del quehacer en este campo, implica protección y promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad. En la práctica cotidiana del primer nivel de atención y en lo que constituye la costumbre de los niveles de conducción en cuanto al trazado de las líneas de acción, la cuestión protectiva y promocional brilla por su ausencia y la prevención primaria de la enfermedad se limita a la aplicación de algunas técnicas biológicas.

Estas omisiones son la primer causa por la cual no se evita la enfermedad totalmente evitable, la cual engrosa de modo exagerado el quantum de morbilidad presente en la sociedad argentina y, sin que tal cuestión esté presente de modo generalizado en la voluntad e intenciones de los profesionales y técnicos, se constituye en uno de los aportes más importantes que se hace al inmorales y socialmente deletéreo *sistema de mercado de la enfermedad*.

En los espacios en los cuales, al menos de modo directo, este *mercado* no tiene ningún grado de racionalidad, tal como es el caso del subsistema público de atención de la salud, el efecto de la ausencia de las acciones protectivas y preventivo primarias no biológicas trae como consecuencia la inundación de las instituciones y de los servicios con una demanda creciente e indetenible que trae aparejado un gasto indebido de los dineros públicos, degradación de la calidad de la atención, insuficiencia de recursos, desaliento y desesperanza en los profesionales y técnicos, y maltrato institucional para con la población.

En tercer lugar, otra cuestión importante es abandonar el centramiento de las reflexiones y las preocupaciones en los profesionales, las instituciones de salud y los organismos de gobierno que deciden en el tema salud. Si hay una verdadera voluntad de mejorar la salud de la población, hay que disponerse a ceder una buena parte del poder y empezar a pensar y obrar en función de las necesidades de salud de los conglomerados humanos.

Quienes se ocupan de la salud, tienen que tener real y concretamente presente que el poder enferma y *los enfermos se ocupan mal de los enfermos*. Además, el poder que más enferma es el que se satisface en la negación, en la obstaculización del desenvolvimiento de la vida de los otros; el que se satisface obligando a pedir y el que ante el pedido responde no. Menos nociva es la necesidad de poder que logra su satisfacción facilitando la vida de los otros, promoviendo el desarrollo humano, el cual se centra fundamentalmente en la libertad.

El poder no patogenizante es el que deviene de lo autogestivo. Por esta razón hay que producir un giro copernicano en las concepciones del hacer en salud, pasando a lograr que las poblaciones determinen sus prioridades de salud y que la atención de lo priorizado se canalice hacia categorías colectivas de análisis y acción: familia, redes sociales, vecindario, etcétera.

Por otra parte, la población debe participar activamente en las acciones de salud porque es un derecho y una responsabilidad de las comunidades y de cada uno de sus componentes.

Por último, otro aspecto fundamental que no conviene soslayar, es que hay que dejar de pensar en *situaciones o poblaciones de riesgo*. Cuando el

profesional percibe un riesgo, es porque ya está instalado un daño. Los profesionales huyen hacia delante y se ciegan a la visión del daño para sólo ocuparse del daño mayor por venir. Este nuevo daño es casi imposible de evitar, porque el daño que le antecede continua su acción. A una población desnutrida se la puede vacunar contra la poliomielitis o la meningitis, así se evitará que contraigan estas enfermedades pero no se evitará la emergencia de retardo mental y de las enfermedades oportunistas que se montan sobre el daño de la desnutrición.

El concepto de *riesgo* ha pasado a ser, en la práctica concreta de los profesionales y de las instancias de gobierno del sector salud, una cortina de humo y un fértil campo para la ineficacia y el despilfarro de dinero. Se ha dado esta situación por el mal uso del concepto, no por la noción teórica epidemiológica y sus potenciales desprendimientos prácticos, que sin duda han sido de gran importancia y un avance en las conceptualizaciones de salud.

2. PLANTEAMIENTOS BASICOS

La transformación de un sistema de salud municipal o de un gobierno territorial, pasando de la orientación tradicional a ser encaminado en términos de la estrategia de Atención Primaria de Salud, debería encararse en función de una concepción de sistema de salud de distrito.

Esta concepción implica contar con "... una población bien definida, que vive en una zona geográfica y administrativa claramente delimitada. Incluye todas las actividades pertinentes de atención de salud que se despliegan en la zona, a cargo del gobierno o en el sector privado. Se compone, en consecuencia, de una gran diversidad de elementos relacionados entre sí que contribuyen a la salud en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, las comunidades, el sector de la salud y los sectores sociales y económicos relacionados con la salud. Abarca la autoasistencia y todo el personal y las instalaciones de atención de salud, estatales o no, incluido el hospital en el primer escalón de envío, así como los servicios de apoyo apropiados, tales como los de apoyo de laboratorio, de diagnóstico y logística. Su eficacia será máxima si la coordinación corre a cargo de un funcionario de salud que haya recibido una formación adecuada, quien tratará de conseguir que se despliegue una serie lo más completa posible de actividades sanitarias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación".¹

Al hablar de APS hay que aclarar el sentido en que se usa esta expresión, pues si bien esencialmente es una estrategia de acción en salud, también hace

¹ OMS -"Octavo programa general de trabajo para el período 1990-1995." - Organización Mundial de la Salud, Serie ("Salud para Todos" N° 9), Ginebra, 1987 - Citado en: Tarimo, E. - Por un distrito sano. Cómo organizar y administrar sistemas de salud basados en la atención primaria - Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1991.

referencia a un nivel de atención y a un programa básico de acciones esenciales en salud.

A fin de dejar bien en claro y comprender honestamente que es la Atención Primaria de Salud, nada es mejor que ir a las fuentes, o sea, a la declaración producida por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS 1978). A continuación se transcribe textualmente la mencionada declaración:

DECLARACION DE ALMA-ATA

"La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La Promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individualmente y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda,

las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo."

"La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y a la UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración."

2.1 QUÉ ES APS (Y QUÉ NO ES APS)

Hasta aquí se ha presentado la Declaración de Alma-Ata; ahora es conveniente un trabajo de análisis de sus distintos componentes y consideraciones para alcanzar el grado de comprensión científicotécnica e ideológica necesarias para poder:

- a- determinar con certeza *qué es y qué no es APS*;
- b- *fundamentar porqué se la adopta* para orientar las acciones en salud *o porqué se la rechaza*.

Hay una primera cuestión que salta a los ojos al leer esta Declaración teniendo presente que:

- han transcurrido ya veinte años desde que fue formulada y avalada por casi todos los países del mundo,
- se han producido profundas transformaciones en los ámbitos de lo geopolítico y lo economicopolítico tales como la caída del bloque comunista, la imposición a escala mundial de una economía neoliberal absolutamente deshumanizada junto con la difusión del mito de la globalización –mito en tanto lo único que se ha globalizado es una forma suprema de poder economicomilitar, pues no se han globalizado los beneficios de la riqueza, ni la libertad de los pueblos, ni ninguno de los factores que inciden en el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades humanas–.

Lo que llama la atención desde esta perspectiva, es la afirmación del último párrafo del punto V de la Declaración: "La atención primaria de salud es **la clave** para alcanzar esa meta [... que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.] como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social" (la resaltación en negrita es del autor de este escrito).

Estamos en el año 2000 y muy lejos del logro de esta meta. Numerosas

personas, desde distintos sectores de la sociedad, hoy toman a risa la propuesta de *Salud para Todos en el año 2000* (SPT 2000), pero hay que tener presente que muchas de ellas son las mismas que durante estos años –aun hoy lo continúan haciendo– pusieron en juego su voluntad política y su poder para impedir que se la alcanzara. Otros, son cómplices inconscientes –por desidia o por ignorancia– de esa voluntad y del poder que, las más de las veces, proviene directa o indirectamente de quienes han usufructuado y todavía usufructúan el *mercado de la enfermedad y la corrupción política*.

La meta de SPT 2000 es perfectamente alcanzable desde el punto de vista científico, técnico y de todos los recursos necesarios para lograrla –del mismo modo que el hambre podría desaparecer de la faz de la tierra desde el punto de vista de la producción y distribución de los alimentos necesarios–. Si estas cosas no ocurren o no se logran, es sólo por la voluntad explícita de quienes en el mundo, y en algunos países, detentan realmente el poder.

En el caso de la salud, no caben dudas con respecto a que si se hubiera aplicado desde 1978 la estrategia de APS de modo riguroso y en todos sus aspectos y requisitos, se habría logrado SPT 2000. Fuertes poderes confluieron para entorpecer eficazmente la APS; algunos de ellos son los mismos que hoy están abandonando ese espacio de lo que para sus intereses fue mercado –el *mercado de la enfermedad*– y hoy ya no lo es. La enfermedad ha dejado de ser rentable para los *empresarios de la salud*, cuya estrategia financiera es cobrar antes de que la gente enferme –empresas de prepago, obras sociales, etc.– y eludir la pérdida económica que implica atenderlos cuando enferman.

Este abandono del campo de la salud por quienes más obstaculizaron la APS, deja el campo libre para avanzar en su desarrollo, con el importante agregado que la *nueva salud pública* (Ashton 1990) le ha brindado en cuanto a la priorización del trabajo en salud positiva a través de la protección de la salud y la promoción de estilos de vida *salutógenos* concomitantemente con la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Hoy empieza a quedar muy en claro la presencia o ausencia de lealtad por parte de los políticos y funcionarios, insertos en las áreas de decisión vinculadas con la salud, con respecto a sus pueblos y también quedará a la vista la integridad moral de quienes conducen las universidades públicas en que se insertan las carreras de formación del personal de salud –sobre todo medicina, psicología y odontología– pues deberán decidir si lo siguen formando para las prácticas privadas centradas en la enfermedad o comienzan a capacitarlo y formarlo científica, técnica y éticamente para las prácticas públicas centradas prioritariamente en la promoción y protección de la salud y, secundariamente, en la atención *integral* de la enfermedad –prevención, asistencia y rehabilitación como unidad indivisible–.

Ninguno de los que afirman que la APS –al igual que las otras estrategias relacionadas con ella– no es eficaz, puede mencionar ni un sólo trabajo científico de evaluación de resultados de acciones de verdadera APS que muestre tal ineficacia.

Por todo esto, tiene gran importancia exponer con precisión y sintéticamente qué es APS y qué implica formar profesionales y técnicos en la orientación y en las destrezas necesarias para desarrollar esta estrategia de atención de la salud colectiva.

Antes de comenzar esta síntesis, será interesante dejar sentado que en los ambientes de profesionales y técnicos de salud es muy frecuente encontrar una *confusión sospechosa* con respecto a qué componentes configuran la APS, qué relación hay entre ella y los niveles de atención y cuáles son algunas de las acciones programáticas que más comúnmente es necesario incluir en ella, sabiendo que no son las únicas ni las inevitablemente necesarias.

Leyendo con atención, desmenuzando los distintos aspectos puestos de manifiesto en la declaración completa de Alma-Ata y, al mismo tiempo, preocupándose de que la lectura sea actualizada, o sea, *que tome en cuenta todo lo que se avanzó en Salud Pública en los veintiún años transcurridos*, se podrá ver con claridad que:

- a- La APS *no involucra a todo el sistema de atención de la salud de un país* o región, aún cuando sí lo compromete a darle apoyo y a estar perfectamente coordinado con ella.
- b- La APS *debe ser el centro del sistema sanitario* y en torno a él funcionarán los otros dos niveles: El intermedio y el de mayor complejidad. Así la APS, *desde el punto de vista de la vinculación de la población con el sistema de salud*, es el primer nivel de atención.
- c- Si bien lo más eficaz y eficiente es que todo el sistema de atención de la salud del país esté orientado a apoyar la APS y la extienda a toda su población, es adecuado y positivo ponerla en funcionamiento en el territorio en que las condiciones políticas y profesionales lo hagan posible, aun cuando se trate sólo de un municipio o de una comunidad.
- d- La protección de la salud y su promoción son indispensables para mejorar la *calidad de vida* y lograr el desarrollo integral de la sociedad.
- e- La APS es un conjunto de acciones programáticas que siempre deben apuntar a los *problemas esenciales de salud* del conglomerado social del que se trate; por ejemplo:
 - el fomento de una nutrición apropiada y de un abastecimiento suficiente de agua potable;
 - el saneamiento básico;
 - la asistencia maternoinfantil, incluida la planificación de la familia;
 - la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - la prevención de las enfermedades endémicas de la localidad y la lucha contra ellas;
 - las enseñanzas relativas a los problemas sanitarios predominantes y a los métodos de prevenirlos y luchar contra ellos;
 - el tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones habituales.

- Lo que tienen en común todas estas acciones que propuso la OMS en Alma-Ata es que, en primer lugar, son preventivo-primarias; en segundo lugar, todas apuntan a problemas que, si no se previenen, el daño que surge es de fuerte efecto multiplicador negativo; en tercer lugar, son acciones de baja complejidad tecnológica y de bajo costo;
- f- Al pensar en estas acciones propuestas por la OMS salta a la vista que en nuestro país hoy no se debería hablar de "nutrición apropiada" sin hablar de crecimiento y desarrollo psicosocial del niño; no se debería hablar de "asistencia maternoinfantil" sin hablar de prevenir y atender la violencia familiar y el maltrato y abuso infantil; no se debería mencionar la "prevención de las enfermedades endémicas" sin hablar de los problemas de alcohol y de padecimiento mental; no se debería proponer seriamente el "saneamiento ambiental" sin hablar de calidad de vida—por lo tanto y nuevamente, de salud mental y de satisfacción de las necesidades humanas (Max-Neef 1986; Ashton 1990)—; no se debería hablar con responsabilidad de "tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones habituales" si no se hace hincapié en los accidentes de tránsito, los accidentes de la infancia en el hogar, el maltrato social y el estrés psicosocial; tampoco se debería hablar de lucha contra la droga sin hablar del uso y abuso del alcohol y el tabaco que en la adolescencia y juventud son la puerta de entrada a las otras drogas, a la vez que la ingesta excesiva de alcohol es sin duda el problema de mayor envergadura en la salud pública argentina en el área comúnmente denominada salud mental; etcétera.
 - g- La clave del éxito de la APS es la *participación plena* de la comunidad en las acciones de salud y que la comunidad pueda, por estar capacitada para hacerlo—cosa que es responsabilidad del componente formal del sistema total de atención de la salud—, controlar, aceptar, rechazar o exigir con respecto a las propuestas de salud que se le efectúen o no se le efectúen desde el Gobierno.

En la perspectiva de la *nueva salud pública* hay dos cuestiones, mencionadas en los puntos anteriores —a a g—, que por su relevancia para el mejoramiento de las condiciones de salud de los conglomerados humanos tienen que ser remarcadas: *la salud mental y la salud positiva*.

Ambas cuestiones son de tal magnitud, que han propiciado encuentros internacionales específicos —llevados a cabo entre 1986 y 1993— en los cuales se han generado declaraciones que no pueden ser desconocidas por ningún agente de salud, tal el caso de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), la Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1990), la Declaración de Santa Fe de Bogotá para la Promoción de la Salud (1992) y la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993) (OPS 1996a; OPS 1996b).

En el Programa de Salud Mental de la OPS/OMS (OPS 1996b) se menciona el cálculo efectuado para América Latina y el Caribe en cuanto a años de

vida perdidos como efecto de la discapacidad mental, los cuales llegan al 8% del total de años perdidos, siendo que el cáncer alcanza al 5,2% y las enfermedades cardiovasculares al 2,6%. En cuanto al costo de la enfermedad mental, un indicio lo da que, solamente los estados depresivos, le cuestan a Estados Unidos u\$s 43.000 millones al año.

Estas cifras destacan la dimensión del problema de la salud mental pero, teniendo en cuenta que *salud mental es casi sinónima de calidad de vida*—por lo menos en la ecuación: *si está deteriorada la salud mental, se está frente a una baja o mala calidad de vida*— se deduce que este volumen de mala salud genera a su vez alteraciones negativas en el proceso de salud-enfermedad y por lo tanto emergerá mayor cantidad de otras enfermedades de manifestación preponderantemente orgánica y aumentarán los suicidios, los accidentes, el consumo indebido de alcohol y tabaco, el estrés, el infarto de miocardio, el cáncer, etcétera, los cuales a su vez sobreañaden daño a la salud y aumentan el gasto asistencial.

Es particularmente interesante observar lo que explicita este Programa de Salud Mental (OPS, 1996b) en relación con la capacitación de recursos humanos:

“Formación de profesionales en psicología: La meta en esta área es fomentar la formación de cuadros de profesionales en psicología con capacidad para integrarse a las intervenciones en salud pública y salud mental, tanto de promoción como de prevención, tratamiento y rehabilitación. Es de señalar que con frecuencia este grupo profesional es el más numeroso y disponible en los países. Se ha comprobado que la formación actual está más orientada a las intervenciones individuales que a la práctica de base comunitaria, no obstante ser el grupo profesional que mejor podría llenar funciones en las acciones colectivas que movilizan a la conducta como factor principal” (la negrita es del autor de este escrito).

Por otra parte, es fundamental tomar en cuenta los alcances del concepto de *componente de salud mental en la atención primaria* lo cual, además, sumado a lo expresado en el párrafo anterior, dimensiona de otro modo el quehacer de la profesión de psicólogo/go dejando en claro su polivalencia.

Es evidente que este redimensionamiento y polivalencia que surgen de la inclusión en la APS del componente mencionado, no está limitado sólo a esta profesión sino que involucra a todas las profesiones y tecnicaturas que dinamizan el campo de la salud mental, pero es particularmente importante señalarlo con relación a la psicología por la marcada distorsión de que ha sido objeto en nuestro país en lo que hace al desarrollo y situación actual de desempeño del rol en el área de las *prácticas públicas* de la profesión.

En la publicación de la OMS titulada “La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria” (OMS 1990), en el Capítulo 2 sobre “Alcances del componente de salud mental en la atención primaria”, expresa:

“El componente de salud mental en la atención primaria comprende dos elementos distintos que, lamentablemente, se confunden a menudo.

El primero destaca la importancia práctica de los conocimientos sobre ciencia psicosociales en la asistencia general, como elemento imprescindible para:

- mejorar el funcionamiento de los servicios generales de salud;
- contribuir al desarrollo socioeconómico general;
- mejorar la calidad de vida;
- promover la salud mental y emocional.

Estas tareas pocas veces han formado parte del cometido de los agentes de salud, lo cual es necesario cambiar.

El segundo elemento es la lucha contra los trastornos mentales y neurológicos...”

En la práctica concreta y cotidiana, el quehacer de los agentes de salud mental no puede ser sólo el ocuparse de los enfermos mentales; ni aun ampliándolo con la prevención de los trastornos mentales y neurológicos sino que, prioritariamente, debería implicar el ocuparse de la *calidad de la vida*. Tanto de la *comunitaria* como de la *calidad de vida de las familias y redes sociales con miembros que presentan problemas de salud o discapacidades, de las familias con miembros institucionalizados y de las mismas personas institucionalizadas* (en hogares de menores, cárceles, hospitales, etc.), de la *calidad de vida en las organizaciones* (empresas de trabajo, colegios, etc.), de la incorporación y de los procesos de cambio y desarrollo de los constituyentes del *factor humano* en todo microemprendimiento o emprendimiento de desarrollo socioeconómico particular o general de una región, una comunidad, un vecindario, una familia o una red social determinadas.

Pero también implica ocuparse de la *salud positiva*, cooperando con la generación de procesos de protección y promoción de lo que no está dañado en el campo de lo mental y emocional.

Cuando se trabaja en APS en regiones que involucran poblaciones en condiciones muy desfavorables para la vida y el desarrollo humano, como es el caso de los *asentamientos* y *villas de emergencia*, la actitud generalizada de los profesionales y técnicos de salud es ocuparse ineficazmente e ineficientemente de la enfermedad a la vez que se habla y actúa en términos de *poblaciones de riesgo* o *en riesgo*. Como se dijo anteriormente, este concepto frecuentemente es encubridor y un verdadero distractor de responsabilidades y esfuerzos.

2.2. LAS POBLACIONES “EN RIESGO”

Cuando se trabaja desde la perspectiva de *salud positiva* no se toma en cuenta el riesgo sino el potencial de salud de la comunidad o grupo social del que se trate y todo ser humano, más aún, cuando se trata de conjuntos humanos, tiene siempre un potencial de salud positiva.

La actualización de este potencial implica, *prácticamente en todos los casos*, la participación y el refuerzo de las redes sociales de apoyo. Esto surge

de la condición gregaria constitutiva del *factor humano*. Como dice Carol Buck (Buck 1996) "El hombre es gregario por naturaleza y tiene que tener la oportunidad de dar y recibir afecto, ayuda e información. Se ha creado el término *apoyo social* para describir la satisfacción de esta necesidad. Hay cada vez más pruebas de que las personas aisladas y con insuficiente apoyo social tienden a sufrir más enfermedades."

Si el potencial de salud de un conglomerado social se actualiza, o sea, se pone en acción, el monto de enfermedad evitable de ese conglomerado disminuye y, por lo tanto, entre otros beneficios, aumenta la eficacia y eficiencia de la inversión gubernamental en salud. Por otra parte, al comenzar a ceder la demanda desbordada que hoy caracteriza a los centros de atención pública empezarán a revertirse las malas condiciones de trabajo de los agentes de salud que operan en prevención secundaria lo cual, al posibilitar que trabajen de un modo más riguroso, disminuirá el desaliento, la desesperanza y la sensación de impotencia que en general los afecta, mejorando por lo tanto sus propias condiciones de salud.

Otra cuestión que hay que tener en cuenta de modo especial es que en casi todas las actividades componentes de la APS fijadas en Alma-Ata (ver Figura N° 1) –a las que luego, por el avance del conocimiento científico y técnico producido por la investigación y la práctica, se les sumaron las referidas a salud mental y a salud positiva– se mencionan acciones de *educación, suministros, abastecimiento, asistencia, protección, promoción, prevención, tratamiento*.

Al respecto no hay que interpretar que es la instancia de gobierno la que entrega, da o genera por sí misma estas acciones, sino que involucra lo que logra o debe lograr la propia comunidad por autogestión. Aun cuando el Gobierno del territorio tenga los medios económicos y los recursos humanos necesarios para llevar adelante estas acciones y la correspondiente entrega gratuita de los productos implicados en ellas, la planificación y ejecución de programas en las orientaciones actuales de avanzada en salud pública incluyen el autocuidado y la autogestión por parte de la comunidad en materia de salud.

La razón de esta inclusión es científicotécnica y no la que aducen los críticos de la APS diciendo que es para quitar recursos económicos al sector salud, más allá que algunos o muchos gobiernos o funcionarios lo usen con esta finalidad.

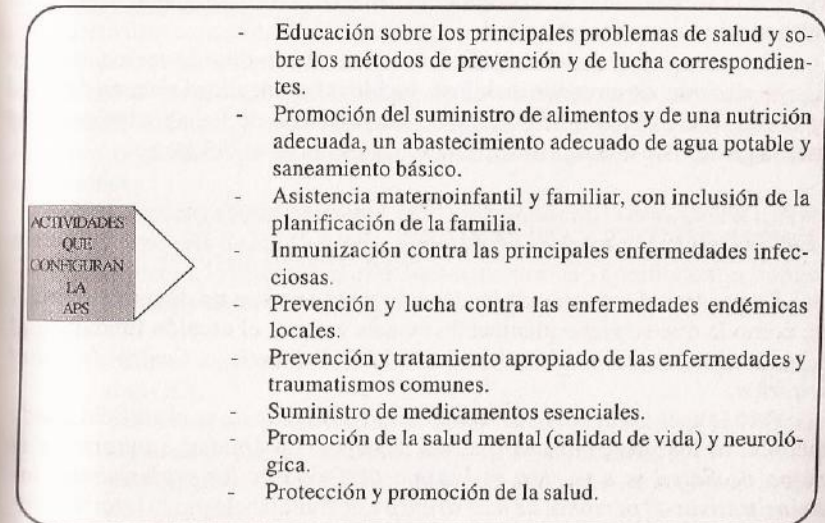
Los procesos autogestivos son en sí mismos salutógenos, aparte de la eficacia que tengan en la solución de los problemas que afronten. Por otra parte, son el verdadero núcleo de la participación, la cual implica el control por parte de la población de lo que las autoridades hacen o proponen en materia de salud y también el control cuantitativo y cualitativo de la actividad de los profesionales en el desempeño de sus roles en los espacios públicos de atención de la salud de las personas.

Otra cuestión fundamental que surge de los elementos estructurados en la Figura N° 1, es que se trata de aspectos básicos de la salud. Una población en la que tengan vigencia permanente todas estas actividades y metas alcanzadas presentará los más altos indicadores de buena salud.

Tal sería el caso de una población en la que tengan presencia la siguiente condición de vida:

- a- bien alimentada (cantidad, diversificación y calidad);
- b- con provisión de agua potable;

FIGURA N° 1: Actividades y logros que comprende básicamente la Atención Primaria de Salud (APS) según la Declaración de Alma-Ata –Apartado 3 del Punto VII– y los posteriores y jerarquizados agregados referidos a *salud mental y salud positiva*



- c- con una situación generalizada de un buen nivel de capacitación legada en salud positiva y negativa (familiar, maternoinfantil, alimentaria, inmunológica, accidentalológica, de salud mental y gerontológica) y con capacidad de autogestión de su salud, de la satisfacción de sus necesidades en general y de desarrollar destrezas para la vida en sus niños y adolescentes;
- d- con cobertura total de vacunación;
- e- con una fuerte actividad en promoción de la salud mental y prevención primaria de la enfermedad mental y neurológica;
- f- con una buena asistencia maternoinfantil y con conocimientos totalmente difundidos y actitudes positivas hacia la planificación familiar y la salud reproductiva;
- g- que reside en hábitats carentes de contaminantes (físicos –incluyendo los acústicos y visuales–, químicos, biológicos y psicosociales –sobrecarga de estimulación para el consumo, alto nivel de maltrato social y agresión generalizada);

- h- con una adecuada y eficaz actividad preventiva de las enfermedades endémicas locales y el tratamiento apropiado de las enfermedades y de los problemas prodrómicos de enfermedades y traumatismos más frecuentes, con entrega de los medicamentos básicos.

Resultaría utópico pensar que, al menos en corto tiempo, se pueda lograr esta condición de vida en los conglomerados sociales de nuestro país, pero sería un error estratégico no tenerla como meta gradualmente alcanzable y, sobre todo, no tener a sus componentes como puntos en el horizonte que orienten la formación e inversión de recursos, a la vez que guíen el accionar cotidiano de los equipos de salud.

Esto supone abandonar definitivamente el modelo de *mercado de la enfermedad* que, de un modo insidioso, ha ido inficionando el sistema de salud argentino desde el nivel de formación universitaria de los agentes de salud hasta la gestión de muchos de los funcionarios públicos del área.

3. LAS UNIDADES SANITARIAS

En una transformación de la atención de la salud en un distrito o municipio, como la que se viene planteando en este escrito, el escalón fundamental de la *escalera de complejidad* es la *Unidad Sanitaria* o *Centro de Salud Periférico*.

Pero la esencia del concepto de *Unidad Sanitaria* no es el edificio donde funciona, ni los profesionales que ahí trabajan. La *Unidad Sanitaria* es el *Equipo de Salud* y, a su vez, el Equipo de Salud es *los profesionales-los administrativos-el personal de maestranza* que trabajan de modo interrelacionado en el edificio donde la Unidad funciona.

Esta interrelación no es producto de un acto voluntario. Funcione bien o mal en cuanto a equipo, todo lo que hace cada uno de los miembros del conjunto de personas antes mencionado determinará cualitativa y cuantitativamente el accionar de cada uno de los otros miembros.

Así las acciones de salud de una Unidad son tanto las que ejecuta el médico o el psicólogo, como lo que hace el encargado de la limpieza del local o quien desempeña un rol administrativo y/o tiene la llave de la puerta de entrada. Esta reflexión es válida, sobre todo, con relación a las interacciones entre la Unidad y la población (ver Anexo).

Como se dijo antes, las universidades argentinas —públicas y privadas— no forman para las *prácticas públicas* de las profesiones de la salud, ni para funcionar en términos de Equipo, ni para entender que las acciones de salud no son sólo las que ejecutan los profesionales y los técnicos. Por lo tanto, si se quiere poner un sistema de salud de distrito a operar en términos de APS, se tiene que contemplar el *desarrollo de acciones sistemáticas de capacitación dirigidas a todo el Equipo de Salud* —entendido éste como fue explicitado anteriormente—.

Por otra parte, dado que uno de los soportes fundamentales de la APS es la participación de la comunidad y que es imposible participar sin estar capacitado, es también necesario desarrollar en forma paralela acciones sistemáticas de *capacitación participativa* dirigidas a la población lega —trabajando, por ejemplo, con la técnica de *talleres participativos*— de modo de formar *agentes primarios de salud comunitaria* (APSC).

Estas dos líneas de capacitación tienen que tener previsto un tiempo concreto y planificado de convergencia, en el cual los que participaron de una u otra de las acciones de capacitación se reúnan para un trabajo mancomunado de construcción de un conocimiento en común.

Esto último, que daría cierre a los cursos o seminarios que se desarrollen, es necesario que implique un trabajo final escrito a realizar grupalmente, organizándose de modo tal que la mitad de los miembros de cada equipo sea profesional o técnico y la otra mitad sean legos. El trabajo debería versar sobre aspectos organizativos de la acción y/o de planificación y/o de análisis de situaciones.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el vinculado con la *evaluación sistemática del desempeño de las Unidades Sanitarias o Centros de Salud Periféricos*.

Al respecto, lo primordial es definir los criterios y componentes implicados en el sistema de evaluación. Los más importantes, en términos de APS, serían:

- a- balance entre acciones Intra-Unidad (IU) y acciones Intra-Comunidad (IC);
- b- balance entre población total del área programática de la Unidad y cantidad de APSC formados en un lapso determinado;
- c- participación de los APSC y de la comunidad en las acciones de salud de la Unidad;
- d- calidad humana de las acciones, evaluadas por *auditoría social comunitaria* (los evaluadores son los miembros legos de la comunidad, contactados en muestras aleatorias);
- e- balance de cobertura total (relación entre demanda potencial/demanda satisfecha) y específica (relación entre demanda atendida/demanda satisfecha);
- f- evaluación de la eficacia en términos de problemas manifestados y problemas resueltos;
- g- evaluación operacional (cumplimiento de horarios del personal, presentismo, etc.) de la Unidad Sanitaria a través de *auditoría social comunitaria*;
- h- evaluación de las *destrezas administrativas* del Equipo de Salud, sobre todo las vinculadas con el uso de los recursos en relación con el flujo y características de la demanda (en estas destrezas se deberá capacitar al personal durante el *desarrollo de las acciones sistemáticas de capacitación* del Equipo de Salud). Lo que se administra son los recursos con que se cuenta: capacidades, técnicas, horas/hombre, dinero, material de trabajo, espacios de trabajo, etcétera.

de U.S.
65
de equipos

Capacitación

evaluación

4. EL PERSONAL DE SALUD MENTAL DE LAS UNIDADES SANITARIAS

Este tema exige un amplio desarrollo, pues incluye dos cuestiones problemáticas cuyo tratamiento es complejo, a la vez que el planteamiento de los posibles caminos de solución es más complejo aun.

La primera de ellas involucra las dificultades que plantean a la salud pública los nuevos emergentes de salud negativa que genera el fenómeno de la transición epidemiológica—aumento de la violencia y las adicciones; aumento de los comportamientos que implican peligros de vida; aumento del abuso sexual de menores, la prostitución infantil y el trabajo de menores; incremento cuantitativo de personas de la tercera edad; recrudescimiento de la virulencia y letalidad de algunas enfermedades infecciosas antes dominadas; surgimiento de nuevas epidemias y pandemias; potencial estallido de guerras bacteriológicas frente a cuyos efectos ni los gobiernos ni las poblaciones civiles poseen medidas defensivas o preventivas; etc.— y la incidencia central del comportamiento humano en el surgimiento de estos problemas.

Esto implica un fuerte desafío a las disciplinas y profesiones que convergen al campo de lo mental; un desafío científico y técnico, a la vez que de formación y de organización en el ámbito de la praxis.

La segunda cuestión problemática es la gran distorsión de que ha sido objeto en Argentina el llamado campo de la salud mental la cual, en síntesis, ha consistido en haber logrado un elevadísimo nivel de ineficacia e ineficiencia en términos de salud colectiva:

- a- profesionales que, por la formación que han recibido, están discapacitados para trabajar en el ámbito de lo público;
- b- soslayamiento o no-visualización de los problemas más serios—por su prevalencia y efectos multiplicadores negativos— de salud mental del país;
- c- desconocimiento o distorsión de la realidad de vida de las grandes masas poblacionales en condiciones de pobreza estructural, empobrecimiento y, últimamente, exclusión del sistema social oficial y los proyectos de desarrollo nacional.

Estas tres cuestiones exigen un tratamiento pormenorizado que, por su extensión, no es pertinente llevar a cabo en este escrito. No obstante es necesario, luego de haber reflexionado sobre APS y salud mental explicitar, sintéticamente, algunas opiniones y criterios básicas con respecto a lo que, desde estas perspectivas, se presenta como consideraciones y quehaceres inmediatos.

Una primera consideración que pareciera hacerse evidente es que, dentro de los miembros del Equipo de Salud de las Unidades Sanitarias, los que se ven más comprometidos por los cambios que requiere el poner en práctica la APS son los que provienen del campo de la salud mental.

Por personal de salud mental se entiende a todos los profesionales y

técnicos cuyo accionar ha estado habitualmente dirigido a las enfermedades de manifestación preponderantemente mental.

Este personal, transcurrido el tiempo destinado a la reconversión de su perfil, es imprescindible que pase a actuar en una doble vertiente:

- con el Equipo de Salud y la comunidad afrontando los problemas de salud colectiva que se planteen y/o emerjan, tanto los de manifestación preponderantemente mental como orgánica;
- intra-Equipo de Salud;
 - a- promoviendo las condiciones humanas adecuadas de funcionamiento mancomunado y armónico;
 - b- facilitando técnicamente y promoviendo la solución del problema que plantea la existencia, prácticamente generalizada, de una barrera cultural interpuesta entre la Unidad Sanitaria y la población, dado que este obstáculo explica el porcentaje más alto de la elevada ineficacia e ineficiencia de la inversión en salud;
 - c- transfiriendo, a los otros miembros del Equipo, los conocimientos de salud mental básicos necesarios en toda el área de acción de la APS.

Otro cambio importante en la práctica cotidiana del personal de salud mental se relaciona con el objetivo principal de su acción, el cual se desplazará, en primer lugar, de la enfermedad a la salud—lo no dañado— y, en segundo lugar, de restaurar el daño, a prevenirlo.

A su vez, harán del problema de *calidad de vida* el campo principal de sus aportes científico-técnicos. Este componente de calidad de vida, tiene que involucrar tanto a la comunidad como a la instancia laboral del Equipo de Salud del que forman parte.

Entre otras, una de las condiciones fundamentales para la buena calidad de vida de esta instancia laboral, es lograr una total horizontalidad intraequipo y una horizontalidad en las relaciones Equipo de Salud/Comunidad. Por lo tanto, el personal tradicionalmente llamado de salud mental deberá tener formación en *mediación de conflictos*.

Esta capacidad de mediador, también será de gran importancia para trabajar en la buena resolución de los conflictos intracomunitarios—familiares, vecinales, organizacionales, etc.—.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta por parte de este personal, es el referido a la problemática ambiental que depende del comportamiento humano: contaminación biológica, física, química y psicosociocultural—por ejemplo, emisión de música a altos niveles sonoros o uso indebido de radiocasete portátil, publicidad indebida para incrementar el consumo de alcohol o sustancias tóxicas, maltrato social generalizado, etc.—.

Evidentemente, esto implica capacitar al personal de salud mental en psicología sanitaria (Saforcada 1997), cualquiera sea el título profesional o técnico que detente.

BIBLIOGRAFIA

- ASHTON, J. Y SEYMOUR, H. - La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool - Masson, Barcelona 1990.
- BUCK, C. - "Después de Lalonde: la creación de la salud" - En: OPS - Promoción de la salud: una antología - Organización Panamericana de la Salud, Washington 1996.
- MAX-NEEF, M.A. et al. - Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones - Ed. Nordan-Comunidad/Redes, Uruguay 1993.
- OMS - Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978 - Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1978.
- OMS - La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria - Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1990.
- OPS - Promoción de la salud: una antología - Organización Panamericana de la Salud, Washington 1996a.
- OPS - El programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS, Washington 1996b.
- Saforcada, E. - Una nueva especialidad en el campo de la psicología: la Psicología Sanitaria. ¿Una posibilidad o una necesidad en los países en desarrollo? - En: E. Saforcada (Comp.) - El factor humano en la salud pública - Proa XXI, Buenos Aires 1997.

ANEXO

EL CONCEPTO DE "ACTO MEDICO" O "ACTO DE SALUD"

Las cuestiones referidas a la salud son hoy universalmente enfocadas desde puntos de vista multidisciplinarios; por esta razón las instituciones de salud están integradas por médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeras, técnicos paramédicos, etcétera.

No obstante, cuando se quiere hacer referencia a las acciones dirigidas a impactar en la salud de las personas, se suele usar la expresión de *acto médico*, no obstante ser más adecuada la de *acto de salud*.

Ahora ¿qué es en esencia un acto médico o de salud? Es *toda acción intencional y racionalmente dirigida a producir un efecto en las condiciones de salud de una o más personas*, haya sido ejecutada por médicos o por cualquier otro profesional de la salud.

Avanzando en el camino de esta reflexión se ve que no es el título de quien ejecuta la acción el que la califica de *acto de salud*, sino el efecto buscado: Incidir en las condiciones de salud.

Si una persona carente de toda formación en salud, por ejemplo un chofer de taxi, al llevar hacia una institución de salud a una mujer embarazada que ya