



PSIENCIA. Revista Latinoamericana de
Ciencia Psicológica

ISSN: 2250-5490

contacto@psiencia.org

Asociación para el Avance de la Ciencia
Psicológica
Argentina

Saforcada, Enrique

PSICOLOGÍA SANITARIA. HISTORIA, FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS

PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, vol. 4, núm. 2, 2012, pp. 120-132

Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PSICOLOGÍA SANITARIA. HISTORIA, FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS

SANITARY PSYCHOLOGY. HISTORY, BASICS AND PERSPECTIVES

Enrique Saforcada

Resumen: La psicología sanitaria surge como necesidad a partir de la presencia en Argentina de cuatro situaciones propias del ámbito de la salud en este país: (a) la naturaleza fundamentalmente psicosociocultural de los factores y procesos que inciden negativamente en la salud de la población; (b) la existencias de tres subsistemas de servicios de salud –privado, de la Seguridad Social y público– que lleva que las universidades formen a los profesionales para el subsistema privado, con lo cual carecen de los conocimientos y destrezas necesarias en el subsistema público de estos servicios; (c) la formación reduccionista de los profesionales de la psicología que les impide integrarse al equipo multidisciplinario de salud; y (d) el ámbito de lo público le requiere a la psicología una gran cantidad de aportes vinculados con la planificación, la ejecución y la evaluación de las políticas y programas de salud, lo cual no es incluido en la formación universitaria de los psicólogos. En este artículo, además de sus fundamentos, se describe el contexto de origen de esta especialidad y las perspectivas futuras, mediatas e inmediatas, que se le presentan como escenario para su consolidación, su desarrollo y sus contribuciones a la sociedad.

Palabras clave: *Psicología de la salud – Enfoque salutogénico – Psicología sanitaria*

Abstract: Health psychology as a need arises from the presence in Argentina of four situations in the field of health: (a) the fundamentally psycho-socio factors and processes that adversely affect the health of the population; (b) stocks of three subsystems-private health services, social security and public-leading universities to form professionals to the private system, which lack the knowledge and skills necessary in the public subsystem of these services; (c) training professionals reductionist psychology that prevents them from joining the multidisciplinary health team; and (d) the public sphere to psychology will require a lot of contributions related to the planning, implementation and evaluation of health policies and programs, which is not included in the university training of psychologists. In this paper, in addition to its foundations, we describe the original context of this specialty and future prospects, mediate and immediate, which are presented as a stage for consolidation, its development and its contributions to society.

Keywords: *Health psychology – Salutogenic approach – Sanitary psychology*

FUNDAMENTOS DE SURGIMIENTO DE ESTA ESPECIALIDAD

La psicología sanitaria surge como necesidad a partir de la presencia en Argentina de cuatro situaciones propias del ámbito de la salud. En primer lugar, debido a la magnitud creciente de los problemas de salud en el

país y la naturaleza fundamentalmente psicosociocultural de los factores y procesos que los determinan directa o indirectamente. Por otra parte, los problemas que debe afrontar la Salud Pública provienen de la pobreza y la exclusión social, razón por la cual son insolubles fuera del Subsistemas Público de Servicios de Salud, los cuales no

Recibido/Received: 25/7/2012 - Aceptado/Accepted: 22/9/2012

Prof. Consulto Titular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología; Miembro de la Comisión de Maestría de la Maestría en Salud Pública y Miembro del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones en Salud Pública (IISP) - Universidad de Buenos Aires (Argentina).

E-mail: enrique.saforcada@gmail.com

deben ser utilizados para que los profesionales adquieran conocimientos y destrezas a fin de desempeñarse mejor en el Subsistema Privado de Servicios de Salud, como ocurre hasta ahora mayoritariamente, ni para derivar prácticas complejas (tomografías computadas, diálisis renal, psicoterapias prolongadas, etc.) al sector privado —prácticas que ellos mismos hacen imposible en el ámbito de lo público— y los profesionales de la psicología no son capacitados para trabajar con eficacia y eficiencia en estos servicios públicos. Así también, su surgimiento se vincula con el hecho de que la modalidad de la práctica profesional de la psicología que, sistemáticamente, ha implicado escindir de la integración al equipo multidisciplinario de salud —por lo menos en lo que hace a los problemas de salud colectiva y al quehacer en el campo de la Salud Pública (exceptuada la actividad clínico-asistencial)—, sobre todo cuando se llega al punto de la ejecución de acciones en terreno. Finalmente, se asocia a la inhabilidad del psicólogo formado por las universidades argentinas para insertarse con legitimidad en el ámbito de la Salud Pública. Legitimidad, en este caso, denota la condición de estar equipado con marcos conceptuales, teorías tecnológicas y tecnologías constitutivas de la disciplina de modo tal de hacer aportes genuinos y exclusivos de la psicología a las tareas de planificación, ejecución y/o evaluación que encara el Equipo de Salud en el ámbito de lo público.

Este modo de entender la legitimidad no proviene de un profesionalismo corporativo, sino de una concepción racional de la formación y utilización de las capacidades técnico-profesionales necesarias. Para que la psicología haga sólo los mismos aportes que la medicina, no es racional formar psicólogos y es ilegítimo incluirlos en los Equipos de Salud de los Subsistemas Público y de la Seguridad Social pues implica gastar innecesariamente dineros de la sociedad.

Esta situación dilemática ha impedido visualizar la enorme eficacia y eficiencia que tiene, para mejorar las condiciones de salud de los colectivos sociales, el trabajo en terreno adecuadamente orientado y centrado

en los aspectos relacionados con lo psicosociocultural, la subjetividad y el comportamiento. Es más que razonable pensar que no habrá solución ni atenuación de los problemas crecientes de enfermedad, o sea, no se reducirá la enorme carga de morbilidad de Argentina, si no se da tal orientación y centramiento pues las tres cuartas partes de los problemas de salud dependen de los estilos de vida y del ambiente humano (Alan Dever, 1991).

Desde la mencionada Cátedra I de Salud Pública/Salud Mental de la UBA se llevó a cabo una marcada actividad investigativa y de trabajo comunitario desde la perspectiva de la psicología sanitaria, alcanzando su mayor envergadura en dos programas similares desarrollados uno en el municipio de Avellaneda y el otro en el de San Isidro. El primero, que comenzó en 1990, se denomina Programa de Epidemiología Social y Psicología Comunitaria (Programa Avellaneda) (Saforcada y col., 2001); el segundo, iniciado en 2002, se llama Programa de Epidemiología Psicosocial y Psicología Sanitaria, Comunitaria y Ambiental (Programa San Isidro) (Saforcada y Sarriera, 2011).

Múltiples tareas, a veces no muy sistemáticas, se han llevado a cabo en estos dos programas: trabajos comunitarios, institucionales, asesoramiento a las secretarías de salud de ambos municipios, investigaciones psicosociosanitarias y epidemiológicas, capacitación del personal de salud de las dos municipalidades, organización de eventos internacionales y nacionales, desarrollo de subprogramas intracomunitarios de promoción de la salud con capacitación de pobladores como Agentes Primarios de Salud con relación a diferentes problemáticas, etcétera.

En función de esta actividad diversificada y constante, siempre enfocada en lo comunitario, se fue generando un nuevo modelo de gestión, que denominamos Gestión de Salud Positiva (Saforcada, de Lellis y Mozobancyk, 2010) que parte de la realidad de la vida cotidiana en las comunidades para hacer foco en el potencial de salud de las mismas (no en el riesgo) a fin de trabajar participativamente con la comunidad esencialmente en

protección y promoción de la salud, sin por ello dejar de lado la prevención primaria y secundaria, pero teniendo en cuenta que cuando el potencial de salud se actualiza el riesgo tiende a desaparecer o desaparece totalmente.

Antes de pasar al apartado siguiente es necesario dejar claramente expuesto que la Psicología Sanitaria es un capítulo de la Psicología de la Salud, no cuando esta ha sido desarrollada con los lineamientos trazados en Estados Unidos por Matarazzo (1980), que la ubican en la perspectiva de la medicina conductual y como complemento de la misma, sino cuando la psicología de la salud tiene el enfoque cubano, fundamentalmente el desarrollado por Francisco Morales Calatayud (1999) como miembro conspicuo del Sistema de Salud de la República de Cuba, como Vicerrector de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y como Profesor Titular y Consultante de Psicología en esta misma Universidad.

Por otra parte, Cuba tiene un único sistema de servicios de salud, lo cual hace innecesaria una psicología sanitaria que cobra vigencia y se hace necesaria cuando el campo de la salud está fuertemente privatizado, con una permanente presión sobre los poderes del Estado y la población por parte del complejo industrial-profesional corporativo que usufructúa el mercado de la enfermedad.

En países como Argentina, el perfil del psicólogo o psicóloga sanitarista o salubristas (esta última denominación sería más correcta) implica manejar un conjunto amplio de conocimientos entrelazados que, además de dar acceso a una comprensión ecosistémica del proceso de salud, permite que este profesional se inserte en cualquiera de las instancias de la salud pública, sean las de planeamiento y trazado de políticas públicas y programas de acción, las de ejecución de estas planificaciones o programaciones o la evaluación de sus resultados.

Este o esta especialista debe tener una excelente formación de grado en psicología e investigación, de posgrado en Salud Pública, y conocimientos sólidos en Psicología Social General, Psicología Comunitaria, Psi-

cología de la Salud, Psicología Ambiental e investigación-acción participativa. A esta capacitación debe agregar una formación básica en planificación, epidemiología y principios de demografía.

Es muy importante que adquiera una concepción holística, científicamente fundada, del desarrollo humano integral, con buenos conocimientos en neurodesarrollo, todo lo cual le permitirá tener una visión ecosistémica del proceso de salud que lo llevará imperceptiblemente a privilegiar por lejos la protección y promoción de la salud por sobre la atención del daño ya instalado.

Se podrá decir que un perfil profesional como el descrito es difícil de lograr, pero es que alcanzar una buena formación profesional que permita actuar con rigor y solvencia es muy dificultosa en todas las disciplinas universitarias. No debe tomarse como válido el facilismo que las deficiencias pedagógicas y la falta de seriedad académicas han instalado en muchas de las facultades o carreras universitarias de psicología de nuestro país.

En síntesis, no es sencillo alcanzar un alto nivel como especialista en Psicología Sanitaria, pero también hay que tener en cuenta que llegar a esta instancia de formación es un proceso gradual que implica muchos pasos y experiencia en terreno; en cada paso hay que cumplir con tres requisitos: saber lo más posible, tener muy en cuenta el sentido común, escuchar a las comunidades y, lo más difícil e importante, saber lo que no se sabe. Esta última condición es la que motiva para avanzar siempre en la formación; además, es la que garantiza que el profesional sea cauto, precavido y respetuoso con las comunidades.

CONTEXTO DE ORIGEN

El 1 de octubre de 1969 se crea, en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), el Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS) en función de un proyecto presentado desde la Cátedra de Psicología Social de la Carrera de Psicología.

Este Centro se puso en marcha con tres

componentes o líneas de desarrollo: a) psicología social aplicada a la Administración Pública, b) psicología de la conducta desviada o del comportamiento delictivo, c) psicología social aplicada a la Salud Pública.

Las influencias tempranas que impactaron en el liderazgo del grupo de trabajo que integró el CIPS se resumen en tres fuentes de reflexión. Por una parte, una fue las lecturas de los trabajos y propuestas del canadiense Gerald Caplan, que implicaban un enfoque comunitario de la salud mental. En segundo lugar, el libro de James L. Halliday (1961) titulado "Medicina psicosocial". Esta obra, escrita en Inglaterra en la década del 1940, muestra la incidencia de factores psicosociales y sociopolíticos en la salud al informar de una situación de huelga prolongada que generó en la población obrera un problema dermatológico con características epidémicas, dando así paso a una reflexión generalizadora en cuanto a los condicionantes psicosociales de la salud que están presentes en la vida cotidiana de las personas, las familias y las comunidades. En tercer lugar, los influjos provinieron de la posición del psiquiatra suizo-norteamericano Adolfo Meyer (1866-1950) para quien la psiquiatría no se tenía que ocupar de individuos sino de personas con experiencias de vida desarrolladas en entornos sociales, con relación a las cuales había que reflexionar nosológica y terapéuticamente en términos psicobiológicos y psicosocioculturales. Meyer había dado origen a un verdadero movimiento de higiene mental que luego, por influencia de otra figura destacada con relación a las concepciones holísticas de lo humano en el ámbito de la salud, Harry Stack Sullivan (1892-1949), se transformó en el movimiento de salud mental en cuyas concepciones se privilegiaban las experiencias sociales de las personas como los aspectos que más poderosamente determinaban sus condiciones de salud.

En la vertiente investigativa del CIPS se fueron desarrollando diversos estudios en el campo de lo que hoy denominamos psicología salubrista y psicología epidemiológica. Con la finalidad de que se pueda ver

la naturaleza del enfoque investigativo que ahí se tenía vale citar algunos de los trabajos realizados: "Plan de procesamiento y procesamientos de los datos recogidos en el Centro de Estudios de Crecimiento y Desarrollo de la Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Córdoba (Estudio longitudinal de crecimiento y desarrollo de niños de la ciudad de Córdoba) y nueva diagramación de las planillas y fichas de recolección de estos datos" (Saforcada e Infante, 1970; Funes Lastra et al., 1975); "Estudio de las actitudes hacia el alcohol en adolescentes de tres estratos sociales de la ciudad de Córdoba" (Evangelista et al., 1975); "El enfoque sanitarista en Salud Mental, como factor de cambio actitudinal en alumnos de psicología" (Salgado y Saforcada, 1976); "Estudio de la actitud y opinión con respecto a la enfermedad mental, en estudiantes de psicología y psicólogos recién egresados" (Saforcada y Salgado, 1976); "Estudio de la actitud y opinión con respecto al retardo mental, en Maestras Generales, Maestras Especiales y Pediatras" (Evangelista y Saforcada,); "Alcoholismo en un grupo laboral ferroviario" (Molina et al. 1977).

También se diseñaron y se pusieron en ejecución pequeños proyectos de acción en salud en barrios periféricos de la ciudad de Córdoba. En relación con estas actividades en terreno, a fin de ampliar las perspectivas teórico-técnicas, se tomó contacto a fines del año 1970 comienzos del 71 con el Servicio de Psicopatología del Policlínico Aráoz Alfaro del Partido de Lanús (Prov. de Buenos Aires), cuyo Jefe era el Dr. Mauricio Goldenberg. Específicamente, la relación se entabló con el Departamento de Psiquiatría Social de este Servicio, razón por la cual viajó a Córdoba su Director, el Dr. Isaac L. Lubchansky (a fin de su correcta identificación actual es necesario especificar que Lubchansky, en junio de 1971, se fue a vivir a Israel integrándose al Departamento de Medicina Social del Hospital Universitario Hadassah de la Universidad de Jerusalem y al tomar la ciudadanía israelí adoptó el nombre y apellido de Itzhak Levav, por el cual es hoy conocido).

Su visita fue muy fértil y motivadora para el avance de nuestros proyectos y construcción de conocimientos con relación a acciones en salud en medios comunitarios. Lubchansky (Levav) sugirió al CIPS tomar contacto con un psiquiatra salubrista chileno, el Dr. Juan Marconi Tassara, profesor en la Facultad de Medicina de la Regional Sur de la Universidad de Chile y Director del Programa Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago.

El CIPS se vinculó epistolarmente con Marconi y envió a uno de sus integrantes, Miguel Barrionuevo, a hacer una breve pasantía en este Programa Integral a fin de traer a Córdoba las orientaciones conceptuales, estratégicas y prácticas de lo que en Chile se estaba desarrollando.

En 1973 el Director del CIPS invitó a Marconi para que todo el equipo pudiera dialogar con él y para que diera algunas conferencias en Córdoba. Al inicio del año siguiente fue contratado, como Asesor en Salud Mental, por el Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM) gracias a la gestión de un integrante de su Directorio, el Dr. Luís Fábrega. En esta institución Marconi trabajó acompañado por algunos de los miembros del equipo del CIPS. Su trabajo no tuvo ningún reconocimiento de la Facultad ni cabida en la Universidad, pero igualmente capacitó al grupo del Centro para poner en marcha, bajo su dirección, el “Programa Integral de Salud Mental (alcoholismo y neurosis) de la ciudad de Córdoba (Variante intracomunitaria)”, el cual estuvo en funcionamiento hasta comienzos de 1975 en que las circunstancias políticas de la Provincia de Córdoba y del país hicieron imposible trabajar con las comunidades.

En 1972, a instancias del profesor de Psicología Social y Director del CIPS, se contrató en Buenos Aires una profesora para abrir otra asignatura de psicología social de modo de contar con dos instancias de formación en esta subdisciplina, creándose así una Psicología Social I, enfocada en la introducción a la psicología social, y una Psicología Social II orientada a sus aplicaciones.

En 1974, en la cátedra de Psicología Social II, de la cual el Director del CIPS había

pasado a ser el Profesor Titular Interino, se diseñó para ese año lectivo un programa de “Psicología Social y Salud Mental”; la clase inaugural la dio Marconi. Luego, para 1975 se modificó nuevamente el programa de la materia que pasó a ser un curso de “Psicología Social aplicada a la Salud Mental en el contexto de Salud Pública”.

Es interesante analizar algunas cuestiones de este programa. Estaba encabezado por un epígrafe muy significativo extraído de un libro de Peter y Hull (1975) que decía: “Si no sabéis a dónde vais, probablemente acabaréis en otra parte”.

El programa tenía un segundo epígrafe, tomado de un libro de Carrillo (1974): “Hay que abandonar la academia en materia de enfermedad mental, ese tejer y destejer conceptos que esterilizan toda acción positiva”.

Estos dos enunciados, en su sentido orientador para quienes llevaban adelante esta cátedra y para quienes la cursaron ese año podrían ser sintetizados con la siguiente aserción, que para el equipo docente era un convencimiento: para trabajar con seriedad y honestidad en el campo de la salud pública es necesario conocer lo más acabadamente posible las propias limitaciones y las acuciantes necesidades de la población.

Este programa tenía siete grandes unidades (hay que tener en cuenta que la materia era anual): a) Salud Pública y Seguridad Social, b) Atención Médica en la República Argentina, c) Distintos sistemas de Atención Médica en la República Argentina. Su evolución histórica, d) Administración y organización hospitalaria, e) Saneamiento ambiental y aspectos psicosociales de la Salud Pública, f) Modelos epidemiológicos en Salud Mental, y g) Programación en Salud Mental.

Dada la imposibilidad de tratar integralmente y con rigor ningún tema de Salud Pública sin centrarse explícitamente en el factor humano, en tanto objeto y sujeto del quehacer salubrista, en todo el desarrollo de este programa estaban permanentemente presentes los emergentes teóricos y técnicos de las dos disciplinas que dan cuenta científicamente del mencionado factor: la psicología general y social, y la antropología cultural.

Para dar un par de indicadores concretos de esto último: entre la bibliografía obligatoria de la asignatura estaba el libro de Margaret Read (1968) "Cultura, salud y enfermedad" y el libro de Kenneth W. Newell (1975) "La salud por el pueblo".

Volviendo a Marconi, cabe dar cuenta que regresó a Chile a fines de septiembre de 1974, habiendo permanecido en Córdoba durante nueve meses continuos y dejando en quienes trabajamos con él una clara visión de la responsabilidad social de la Psicología.

Con él se formó un grupo de más de veinte colegas y estudiantes de psicología agrupados en el CIPS, constituyendo un equipo con el cual se puso en marcha en 1974 el Plan de Salud Mental (Módulo Alcoholismo) de la ciudad de Córdoba. Para mantener en funcionamiento este Programa se fundó un centro de estudio y atención de pacientes de Obras Sociales el cual fue nombrado Instituto "Amancio Alcorta" en homenaje al introductor, en el Protomedicato de Buenos Aires, en el primer cuarto del siglo XIX, del tratamiento moral de los enfermos mentales desarrollado por Esquirol, Pinel y otros médicos franceses que habían logrado humanizar un poco los enfoques con respecto a la locura. La elección del nombre de Alcorta es un indicio de la ideología que imperaba en este grupo.

Sería demasiado largo narrar ese intenso período de esperanzas, trabajo y realizaciones que animaban al grupo del CIPS y del Instituto "Amancio Alcorta"; pero es necesario señalar que, si bien todo terminó hacia fines de 1975 por múltiples amenazas de las fuerzas armadas y policiales (allanamientos, persecuciones, etc.) no obstante quedó, tanto para los que no se fueron del país como para los que se ausentaron, todo un nuevo enfoque del quehacer psicológico en el campo de la salud pública desarrollado durante esos casi siete años de trabajo. Sin lugar a dudas, Marconi fue también parte significativa del proceso que desembocó en la instauración de la Psicología Sanitaria en el mundo, acá en Córdoba, por aquellos años inmediatamente previos al golpe militar

de 1976.

Después, fue la noche total, el golpe genocida de marzo de 1976 y la dispersión de todo el grupo del CIPS ya expulsado de la Facultad. Pero en todos o, por lo menos, en muchos de sus integrantes quedó bien asentada la impronta de esta nueva rama de la psicología. La pequeña habitación que ocupaba el CIPS fue allanada por orden del interventor militar de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Mayor Ricardo Manuel Romero, proveniente del Cuartel de Tropas Aerotransportadas del III Cuerpo de Ejército, a quien el Prof. Franco Murat, que se presentó a Romero como Oficial Retirado del Ejército Italiano durante la dictadura de Benito Mussolini, refugiado en Argentina, le presentó la lista de profesores subversivos y le informó que en local del CIPS había un depósito de armas y municiones. Todo lo que había en el Centro fue destruido. Para vergüenza de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la UNC y la Carrera de Psicología, Murat continuó trabajando en la Facultad y llegó a jubilarse mucho después del regreso a la democracia en 1983, oportunidad en que le fue concedida la condición de Profesor Consulto Titular.

Vuelto el país a la vida democrática, esta orientación se reinstala académicamente en abril de 1986 en la Cátedra I de Salud Pública/Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y en 1987 en la Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba al crearse la Cátedra de Psicología Sanitaria cuya conducción se puso en manos de Diego Rape-lla, a la sazón Director de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.

La consolidación de la Psicología Sanitaria desde el punto de vista profesional se produce en 1989, año en que el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba crea los títulos de especialista a través de un Reglamento de Especialidades que involucra, entre otros, el de Psicólogo Sanitarista.

En 1995 el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires reglamenta también los títulos de especialistas, entre los

cuales figura el de Psicólogo Sanitarista, concretándose el día 29 de Septiembre de 1996 el primer examen de postulación a esta especialidad ante la Comisión Asesora correspondiente.

PERSPECTIVAS

Lo que se desarrolla a continuación puede parecer un salto discursivo o un abrupto cambio de tema, pero no lo es dado que la psicología sanitaria lleva naturalmente a pensar en el soporte epistemológico que estructura las concepciones y prácticas de la Salud Pública. Al incursionar desde esta perspectiva epistemológica se hace evidente que la Salud Pública como campo disciplinar, desde su origen a comienzos del siglo pasado en Estados Unidos hasta la actualidad, ha recorrido en Indoafroiberoamérica un camino cargado de experiencias y cambios que la han ido aproximando a ponerse al servicio de los seres humanos y sus sociedades dejando progresivamente de lado los intereses egocentrados de los profesionales de la salud y de aquello que se marcó como su razón de ser a partir del siglo XVI: curar la enfermedad. Hoy comienza a ser prestigiante y racional en Salud Pública el proteger y promover la salud, sin descuidar la atención de la enfermedad, pero entendiendo que esto último es secundario desde el punto de vista de los derechos humanos y la ética profesional, también de la racionalidad de los objetivos.

A comienzos de la actual década se empezó a pensar en la necesidad de dar origen a alguna instancia regional que permitiera intercambiar experiencias y emprender el entramado de una red de cooperación y construcción mancomunada de una nueva perspectiva para la Salud Pública. Esta inquietud tuvo como fermento la percepción de que en los distintos países del Mercosur un grupo creciente de colegas (en este caso, por colegas se entiende a todas las profesiones que trabajan en el campo de la salud pública más los pobladores y pobladoras formados como Agentes Primarios de Salud) estaban hablando lenguajes muy cercanos que emergían de la subordinación de su trabajo a las

reales demandas de las comunidades.

En 2005, en una reunión informal llevada a cabo en Porto Alegre, Brasil, surgió la idea de generar una instancia concreta de intercambio. Es así que en agosto de 2006 se llevó a cabo el "Primer Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur" en San Isidro, Provincia de Buenos Aires. A este congreso le siguió en 2007 el Segundo en la ciudad de Montevideo (Uruguay), en 2008 el Tercero en Asunción (Paraguay), en 2009 el Cuarto en Gramado (Brasil), en 2010 el Quinto en San Luis (Argentina), en 2011 el Sexto en Montevideo y en el corriente año, 2012, se realizaría el Séptimo en Franca (Brasil) pero se lo tuvo que correr para el 2013.

Cada uno de estos eventos fue más grande que el anterior y en su organización y desarrollo cada vez se fue integrando un número mayor de instituciones universitarias del área de salud y de disciplinas concurrentes a este campo. También, gradualmente, fueron participando en forma creciente miembros de las poblaciones con experiencia en trabajos comunitarios de salud, sobre todo, pobladores y pobladoras formados como Promotoras y Promotores de Salud o Agentes Primarios de Salud.

En estos eventos y en otras instancias de diálogo entre colegas de nuestros cuatro países se ha observado la presencia de un nuevo paradigma en Salud Pública al cual comenzamos a denominar paradigma de salud comunitaria.

Al respecto, es necesario especificar que antes del surgimiento de esta nueva perspectiva ya se advertían con claridad dos paradigmas dentro del campo de la Salud Pública: el tradicional y el de salud colectiva.

En sus comienzos, la aplicación de la Salud Pública por parte de varios de los gobiernos de nuestra región fue desarrollada en función de concepciones y prácticas cuya matriz lógica mantenía la preeminencia del modelo causal lineal desarrollado a partir de la enfermedad infecciosa y epidémica: agente – huésped. A esta matriz, puramente biológica y de causalidad lineal, se le sumaron los principios básicos de higiene general

(tratamiento de las excretas, agua potable, higiene corporal y del hábitat, etc.) y, por supuesto, de la prevención primaria (fundamentalmente, los esquemas de vacunación). Era una Salud Pública estructurada alrededor de una medicina clínica orientada por el paradigma individual-restrictivo centrado en la enfermedad (Saforcada, 1999).

A partir del final de la segunda guerra mundial, particularmente desde la década de 1970 en adelante, la irrupción incontenida de los intereses del complejo industrial-profesional corporativo de la enfermedad (fomentada por poderes locales en los países de nuestra región) cristalizó este modelo ineficaz de Salud Pública al punto que puede afirmarse que hasta hoy, salvo alguna excepción, en la mayor parte de nuestros países es ésta la orientación principal del quehacer de todos los ministerios y secretarías del área en las tres jurisdicciones gubernamentales (Nación, Estado y Municipio). Al paradigma subyacente a este modo de hacer salud pública le llamamos tradicional.

Ante la presencia del mismo, en forma generalizada y sostenida en Indoafroiberoamérica, exceptuada Cuba, y la evidencia de su ineficacia e inequidad surgió como un verdadero movimiento de reforma de la salud pública un nuevo paradigma: el de salud colectiva. Este plantea nuevas concepciones y prácticas que algunos autores, como Edmundo Granda (2004), denominan Salud Pública Alternativa. Brasil ha sido un partícipe esencial en el emerger de este movimiento. No quiere decir que sólo Brasil ha aportado a su desarrollo, también han tenido importante presencia en su modelamiento salubristas de varios países de la región (Ecuador, República Dominicana, Chile, etc.), pero sí ha sido este el país que de forma más sistemática lo ha hecho, inclusive desde ámbitos universitarios y principalmente desde la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), llegando en 2008 a sea instituida por ley nacional la salud colectiva como la única matriz para la Salud Pública del Brasil. No se hacen nombres propios para no cometer injusticias dejando por fallas de memoria alguna persona fuera, no obstante, también es de justicia citar al

promotor primigenio de esta orientación en la Salud Pública: Juan César García (1932-1984). Él fue quien introdujo las ciencias sociales en el ámbito de este campo de la salud desde el Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, al cual ingresó en 1966. En síntesis, García introdujo en el quehacer en Salud Pública a la Medicina Social –centrada en el paradigma social-expansivo (Saforcada, 1999)– que algo más de un siglo antes habían intentado instaurar, infructuosamente, los médicos que dieron origen en el siglo XIX al Movimiento de la Reforma Médica en Alemania (Rudolf Virchow, Salomon Neumann, Rudolf Leubuscher), Francisco Puccionotti en Italia, Charles Turner Thackrah y Edwin Chadwick en Inglaterra, Ignacio María Ruiz de Luzuriaga y Mateo Seoane Sobral en España, Louis-René Villermé y Jules Guérin en Francia y Ramón E. Betances Alacán en Puerto Rico, entre otras personas y otros países.

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 con la realidad indefectiblemente la metaboliza médicamente; pareciera que el médico no puede abandonar la medicina individual centrada en la enfermedad, ya sea que se presente como amenaza, como daño instalado o como generadora de discapacidades a rehabilitar.

Esta disciplina profesional, desde finales del siglo XV, está enfocada excluyentemente en lo patológico y, desgraciadamente, es este centramiento en la enfermedad lo que le otorga el poder que detenta en la sociedad, poder casi ilimitado porque se asienta en lo que más debilita la racionalidad y la voluntad humana: el miedo. Por esta razón han sido, la religión católica desde el siglo IV y la medicina desde el siglo XVI, las grandes disciplinadoras de las sociedades occidentales.

El paradigma de salud colectiva es ampliamente superador del tradicional, pero esto no alcanza para lograr la mejor condición posible de salud de las comunidades

dado que en ambos paradigmas el componente principal de sus programas de acción es el equipo profesional de salud. En el tradicional, este equipo es poco más que monodisciplinar (medicina, enfermería y alguna tecnicatura paramédica; también aparece la psicología, pero no bien integrada y fundamentalmente en tanto psicopatología y psicoterapia); en el de salud colectiva el equipo es multidisciplinar. En el primero el componente comunidad es sólo colaborador, en el segundo es partícipe, entendiendo la participación como tomar parte en los procesos de decisión.

Una cuestión fundamental a tener en cuenta es que el eje teórico-técnico de estos dos paradigmas está integrado por la epidemiología negativa o de la enfermedad, y la gestión de enfermedad o de salud negativa —la prevención primaria es también trabajar con relación a la enfermedad, pues más allá de los planteos de Leavell y Clark (1965) la prevención primaria es de un orden totalmente diferente al de la promoción de la salud—.

Como se señaló antes, desde hace unos años, no más de diez, comenzó a aparecer silenciosamente esta nueva mirada en el ámbito de la salud que es pertinente denominar paradigma de salud comunitaria. Implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos sino del contacto con las comunidades y se nos hace evidente, a nosotros los profesionales, cuando logramos trabajar con las poblaciones adoptando una actitud de amplia apertura hacia la co-construcción de conocimientos y destrezas. El eje teórico-técnico de este paradigma está integrado por la gestión de salud positiva que debe a su vez integrarse con una epidemiología positiva.

Esta nueva forma de concepciones y prácticas de salud la visualizamos con mucha claridad cuando concurrimos a congresos multidisciplinarios de salud con fuerte participación de pobladores, tal como ocurrió en el Congreso Nacional de Equipos de Salud realizado en noviembre de 2008 en la Provincia de Salta, Argentina, en el que el

noventa por ciento de las y los participantes fueron este tipo de pobladores capacitados en Salud provenientes de casi todo el país. O en el 2007, en el 2º y en el 7º Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur que se realizó en Montevideo con la participación activa en simposios y mesa redondas de muchas Promotoras y 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, 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 muchos de sus saberes populares son integrativos, holísticos.

Este paradigma está emergiendo en los ámbitos académicos a través de los aprendizajes que ciertos profesionales, mayoritariamente trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, han logrado a través de su quehacer con comunidades de pobreza, sobre todo, de pobreza estructural. No es mérito ni logro de las profesiones, es logro y mérito de las poblaciones.

Ahora, ¿porqué está impactando este proceso sobre todo en la psicología?, sencillamente porque esta profesión, en manos de quienes no se han dedicado dogmáticamente a la clínica y por lo tanto no están subyugados por el modelo médico-clínico y su objeto sacralizado, la enfermedad, ha salido a trabajar con las comunidades teniendo sus estructuras cognitivas vinculadas a la comprensión de lo colectivo todavía vírgenes como para poder ver el proceso de la vida en forma más o menos natural y también sus oídos abiertos para escuchar los saberes populares.

Esto es muy difícil que pueda ocurrir con los actuales profesionales de la medicina y tampoco con los de la psicología desgraciadamente deformados por el modelo asistencialista que domina la vertiente psicopatológica de esta profesión desde su nacimiento hacia finales del siglo XIX.

Se podrían señalar un conjunto numero-

so de características del paradigma de salud comunitaria, pero basta con una más que hace a su esencia: dentro de él, el componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es solo colaborador o participante.

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 es dueña de su salud y por lo tanto debe ser poseedora del poder de decisión sobre la misma construyendo los conocimientos básicos necesarios, de este modo será mucho más sana y longeva que aquella que ha enajenado el poder de decisión. La explicación científica de esto se encuentra en la psicología social, en la neuropsicología y en la psicoimmunoneuroendocrinología.

Tal vez sea preciso recalcar que lo expresado en el párrafo anterior se refiere sobre todo a los conocimientos vinculados con la protección y promoción de la salud, como así también a la prevención primaria de la enfermedad.

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 trabajar cooperativamente con las poblaciones a fin de incrementar su empoderamiento y nuestros conocimientos. También trabajar junto a los profesionales de las otras ciencias sociales, particularmente con quienes provienen de la pedagogía, a fin de mancomunarnos con los pobladores en la co-construcción de mayores conocimientos en salud.

Es nuestra obligación empeñar esfuerzos ayudando a nuestros colegas médicos a que puedan lograr procesos exitosos de inmersión en las comunidades que les permitan cambiar su paradigma de modo tal que también ellos puedan participar en los procesos de co-construcción de la salud comuni-

taria, transformándose en médicos sociales.

En síntesis, todo esto implica un proceso múltiple de devolución del poder de decisión sobre su salud a la sociedad. 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 al desarrollo nacional integral.

Para nosotros, en Argentina, el surgimiento de esta forma de pensar en salud tuvo su origen en ese Centro de Investigaciones en Psicología Social de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba hace exactamente cuarenta y tres años, luego se fue entramando con otros arcos convergentes de evolución del pensamiento psicosalubrista en la región de lo que hoy constituye el Mercosur. Tal vez, el trabajo con las comunidades de nuestros países ha dotado a nuestra psicología regional del fermento necesario para aportar a este paradigma de Salud Comunitaria que es más eficaz, más integral y más humano.

¿Que implicará la incorporación del paradigma de salud comunitaria al quehacer en salud? En principio, se comenzará a discutir muchas de las actuales afirmaciones apodícticas de la medicina y la psicología occidental o científica, exigiendo evidencias científicas locales. Por otro lado, se pondrá a la protección y promoción de la salud en el primer escalón jerárquico del quehacer profesional y del prestigio facultativo, muy por encima del quehacer terapéutico. Así también, las universidades tendrán que comenzar a formar a los profesionales y técnicos de la salud fundamentalmente en higiología (teoría de la salud), tal como lo marcaba John Ryle (1948) cuando se hizo cargo de la primera cátedra de medicina social en la Universidad de Oxford. También se se combatirá fuertemente al mercado de la enfermedad y los gobiernos comenzarán a preocuparse por reducir muy significativamente la carga actual de enfermedad pública o artificial. Finalmente, el concepto de proceso de salud

será contextualizado en forma contrastante crítica con los de vivir mejor del capitalismo y en forma contrastante integrativa con el buen vivir (Acosta, 2010; Gudynas, 2010, 2011) de las tradiciones indígenas de Indoafroiberoamérica.

REFERENCIAS

- Acosta, A. (2010). El Buen (con) Vivir, una utopía por (re)construir: Alcances de la Constitución de Montecristi. *Otra Economía*, 4, 8-31.
- Alan Dever, G. E. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Rockville: OPS.
- Carrillo, R. (1974). *Clasificación sanitaria de los enfermos mentales*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Evangelista, O., Saforcada, E., & Marconi, J. (1975). Estudio de las actitudes hacia el alcohol en adolescentes de tres estratos sociales de la ciudad de Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 21(2), 101-111.
- Evangelista, O. & Saforcada, E. (1976). *Estudio de la actitud y opinión con respecto al retardo mental, en Maestras Generales, Maestras Especiales y Pediatras* (no publicado).
- Funes Lastra, P.; Agrelo, F. & Guita, S. (1975). *Estudio del crecimiento y desarrollo de niños normales de la ciudad de Córdoba a través de una muestra representativa*. Córdoba: Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública* 30(2), 391-401.
- Gudynas, E. (2010). Tensiones, contradicciones y oportunidades de la dimensión ambiental del Buen Vivir. En I. Farah H. & L. Vasapollo (Eds.), *Vivir bien: ¿Paradigma no capitalista?* La Paz: CIDES-UMSA- Plural.
- Gudynas, E. (2011). Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo. *Agencia Latinoamericana de Información*, 462, 1-20.
- Halliday, J. L. (1961). *Medicina psicosocial*. Buenos Aires: Eudeba.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. Nueva York: Mac Graw Hill.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Molina, J. C., Modini, R. A. & Saforcada, E. (1977) Alcoholismo en un grupo laboral ferroviario. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 23(1), 50-62.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Newell, K. W. (1975). *La salud por el pueblo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Peter, L. J. & Hull, R. (1975). *El principio de Peter. Tratado sobre la incompetencia o por qué las cosas van siempre mal*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Read, M. (1968). *Cultura, salud y enfermedad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Ryle, J. A. (1948) Medicina Social y Salud Pública. En C. Buck, A. Llopis, E. Nájera & M. Terris (Eds.), *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (Ed) (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Saforcada, E. & Sarriera, J. C. (2011). *Esbozos históricos y aplicaciones de la psicología comunitaria en el Mercosur*. Buenos Aires: Koyatun.
- Saforcada, E., de Lellis, M. & Mozobanyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. & Infante J. M. (1970). Plan de procesamiento y procesamientos de los datos recogidos en el Centro de Estudios de Crecimiento y Desarrollo de la Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Córdoba (No publicado).
- Salgado, C. & Saforcada, E. (1976). El enfoque sanitario en Salud Mental, como factor de cambio actitudinal en alumnos de psicología (No publicado).
- Saforcada, E. & Salgado, C. (1976). Estudio de la actitud y opinión con respecto a la enfermedad mental, en estudiantes de psicología y psicólogos recién egresados (No publicado).

COMENTARIO | COMMENT

Francisco Morales Calatayud

Enrique Saforcada nos ha brindado una amplia visión de la Psicología Sanitaria en diversas publicaciones y especialmente en sus libros, sin embargo, en mi opinión, es precisamente este artículo una de sus producciones más esclarecedoras, ya que nos permite un acercamiento muy ilustrativo a las circunstancias que permitieron su surgimiento y sobre todo, porque nos muestra sus desarrollos actuales y perspectivas. El artículo hace honor a la importancia de considerar los contextos para poder comprender mejor cualquier desarrollo de la ciencia y también la significación del factor humano en esos desarrollos. Además de la información puntual que nos brinda, este texto constituye también una muestra de cómo el compromiso de los docentes, su preocupación y visión sobre los asuntos de la realidad que le rodea, puede constituir el motor impulsor de relevantes aportes para la sociedad, en este caso, para la salud de la comunidad.

Quisiera referirme a dos aspectos precisos del artículo. Primero, el momento de surgimiento del Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS), en la Universidad de Córdoba, en el que se gesta la Psicología Sanitaria. El centro surge en octubre de 1969, en uno de los años de una etapa en que algunas instituciones y grupos de trabajo de la psicología en nuestra región buscaban afirmarse en su participación en el análisis y solución de problemas de la sociedad. En aquella década estaban comenzando las carreras de psicología en un buen número de universidades, pero en otras, como es el caso de Córdoba, ya existía una relativa experiencia, y esto puede haber constituido un escenario favorable para tales búsquedas, al igual que el ambiente político social que motivaba a muchos jóvenes académicos en la dirección de contribuir a los ideales de justicia, equidad y servicio. Por esos mismos días estaba surgiendo la Psicología de la Salud en Cuba, no precisamente desde la es-

cuela de psicología de alguna universidad, pero sí alimentada por la experiencia de trabajo de jóvenes psicólogos en la Escuela Nacional de Salud Pública y por el pujante y novedoso Sistema Nacional de Salud, que le dio acceso a la salud a toda la población, puso al ser humano en el centro de tal sistema y estableció la atención primaria como una estrategia principal.

Así, en la lectura de este artículo no puedo evitar pensar en las coincidencias de tales acontecimientos, ya que mientras en Córdoba se rescataba como una línea principal y expresa el papel de la psicología social para la Salud Pública (los subrayados son totalmente intencionales), sin comunicación alguna ni conocimiento recíproco, en La Habana y Santa Clara, en Cuba, para esos días estaba iniciándose el trabajo de psicología (a través de un "Plan de Actividades de Psicología para el Policlínico Integral"), en centros de salud de atención primaria, con una perspectiva básicamente promocional y preventiva, vinculada a todos los programas de salud, incorporando la investigación psicológico social para estudio de los determinantes de la salud en las comunidades y utilizando diversas herramientas psicológicas grupales para desarrollar la promoción de salud y la participación comunitaria. En ninguna de las dos propuestas estaba presente como elemento dominante la "enfermedad mental" como objeto de atención, ni la práctica clínica, que hasta aquella fecha parecían ser asuntos intrínsecos del trabajo de la psicología en el campo de la salud. Quizás en el futuro sea interesante escribir un trabajo más detallado sobre esta coincidencia, con el fin de contribuir a la necesaria elaboración de la historia de nuestra disciplina en nuestra región, en particular, en relación con los problemas de salud.

El segundo aspecto, es que en mi opinión las 4 situaciones que enumera Saforcada como presentes en su país que hicieron necesario el surgimiento de la Psicología Sanitaria en Argentina, permanecen en muchos lugares, y lastran el potencial de aporte de los psicólogos a toda la sociedad. Este es

un tema ético, posiblemente uno de los más cruciales para la psicología en nuestros países y también en el llamado "Primer Mundo". El Profesor Enrique Saforcada ha señalado este problema en muy diversos contextos, sin embargo, no se aprecia un cambio sustancial en relación con esa realidad, muchos psicólogos se forman en nuestros días con una perspectiva totalmente sesgada, limitada, sobre los problemas de salud y las potencialidades de la psicología para mejorar

la salud de las poblaciones, especialmente la de las personas más necesitadas.

Es por eso que la Psicología Sanitaria ha planteado y sigue planteando un desafío a la enseñanza y la práctica que requiere de la más seria consideración de autoridades académica, corporativas, institucionales y de gobierno, en especial las relacionadas con el campo de la salud y con la formación y la investigación en psicología.

COMENTARIO | COMMENT

Alejandro Castro Solano

Este trabajo propone un recorrido histórico respecto del surgimiento de la psicología sanitaria en la Argentina, más particularmente en la Universidad de Córdoba, donde en el año 1969 se crea el Centro de Investigación en Psicología Social, en la que de forma temprana se integraron los estudios de la psicología social, la psicología ambiental y la psicología epidemiológica.

Los proyectos de este centro estaban inscriptos dentro del paradigma investigación-acción, ya que tomaban como eje del trabajo la intervención en los barrios periféricos de la Ciudad. Asimismo se comentan los desarrollos de la psicología sanitaria en Buenos Aires, especialmente en el policlínico G. Araoz Alfaro (Lanús) y los desarrollos realizados en la Cátedra de Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires.

Desde esta cátedra se impulsó la actividad investigativa y comunitaria en los denominados Programa Avellaneda y Programa San Isidro. Asimismo se comentan los fundamentos de la especialidad en psicología sanitaria, integrando los aportes de diversas disciplinas (psicología social, comunitaria, psicología de la salud, psicología ambiental, entre otras) y tomando como eje las particularidades de la cultura local argentina.

El autor propone que el perfil del psicólogo sanitario o salubrista debe tener una comprensión global del sistema de salud y podría formar parte en cualquiera de las instancias de la salud pública, tanto sean de planeamiento o de trazado de políticas públicas. El autor hace hincapié en dos paradigmas opuestos: (a) el paradigma tradicional con fuerte raíces en el modelo médico, tomando una matriz de causalidad lineal y considerando la relación agente-huésped, y (b) El de la salud colectiva, tomando como modelo principalmente a Cuba y los desarrollos en otros países latinoamericanos tales como Brasil, Ecuador, República Dominicana y Chile.

En los últimos 10 años el autor comenta el surgimiento del paradigma de la salud comunitaria, que toma como eje los trabajos que diversos profesionales realizan con comunidades marginales y en situación de pobreza estructural.

Finalmente se comentan los esfuerzos por integrar los aportes del pensamiento salubrista en el contexto del Mercosur a través de diversas iniciativas propuestas por los países miembros. En el extenso recorrido que propone el autor se intenta rescatar las particularidades de las comunidades locales en la gestión de la salud comunitaria, remarcando las iniciativas locales que surgen de la base y no de la "cúpula" del sistema.