



Horizonte Sanitario

ISSN: 1665-3262

ISSN: 2007-7459

horizontesanitario@ujat.mx

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

México

Teófilo Saforcada, Enrique  
La delincuencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX  
Horizonte Sanitario, vol. 21, núm. 1, 2022, Enero-, pp. 7-16  
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
Villahermosa, México

DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4594>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457869056002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

[redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# EDITORIAL

## La deliquescencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX

The systematic deliquescence of the three main milestones of public health in the twentieth century

DOI: 10.19136/hs.a21n1.4594

Enrique Teófilo Saforcada <sup>1</sup> 

Admítase un comienzo totalmente esquemático cuya finalidad es marcar una línea de razonamiento, a través del desarrollo sucinto de cuatro puntos y algunas consideraciones, a modo de plataforma en la que hacer pie para los señalamientos y reflexiones posteriores:

1) la medicina occidental nació, igual que todas las medicinas de todos los pueblos del mundo, como un saber higienista, un saber cuyo principal objetivo fue y es –en las medicinas que se conservan ancestrales– mantener sanas a las personas sanas;

2) durante la Edad Media (EM) la medicina europea fue desplazada por el avance del cristianismo que pasó a dominar, con interpretaciones sobrenaturales, el campo de la vida, la enfermedad y la muerte;

3) en el pasaje de la EM al Renacimiento, fines del siglo XV y comienzos del XVI, el cristianismo declinó su poder por un proceso veloz de secularización de la sociedad. Coincidiendo con este ocaso, la medicina dio un giro copernicano dedicándose solo a la enfermedad y atacando al higienismo al mismo tiempo que instituía la clínica individual reduccionista como el eje teórico-técnico del saber y el quehacer médicos, instituyendo también la farmacología de base mineral y adoptando posteriormente prácticas terapéuticas basadas en procedimientos de gran violencia y carencia de soporte racional y sentido común (Saforcada y Juárez, 2015<sup>1</sup>; Kothari & Mehta, 1988<sup>2</sup>) que fueron una continuidad de las empleadas durante el medioevo, cuando la atención de la enfermedad quedó en manos de poderes íntimamente vinculados con el cristianismo de la época y la Inquisición, instituciones terriblemente violentas y proclives a emplear la maximización del sufrimiento y la muerte como última ratio para resolver las disidencias o aún pequeños desvíos de lo arbitrariamente establecido como *deber ser* o como normalidad

4) sobre esta línea de pensamiento reduccionista, biologicista y violento, constituyendo un tiempo histórico de *larga duración* –en el sentido

en que Fernand Braudel acuñó el concepto–, es que permanece inalterada y hegemónica hasta nuestros días la forma occidental de pensar y actuar en el campo de la salud como si los escenarios de la naturaleza, en los que la humanidad transcurre su vida como especie social, no hubieran sido profundamente alterados por el avance del capitalismo durante el siglo XX –que realmente, según destacados historiadores marxistas ingleses, va de 1914 a 1980/1990– y por el avasallamiento de los pueblos del mundo por parte del neoliberalismo durante lo transcurrido del siglo XXI, que se extiende, hasta ahora, de 1980/1990 a marzo de 2020 en que se *oficializa* la existencia de la pandemia de covid-19.

En varios países, no en todos, hubo un alivio durante el lapso entre 1947 a 1975 en que Occidente se vio compelido a establecer estados de bienestar por la amenaza del avance, real o potencial, del socialismo y la memoria aún fresca de las revoluciones anticapitalistas del período 1917 a 1928 en Europa y China, y de los levantamientos populares revolucionarios del período 1968 a 1975 en el mundo. Pero a partir de 1979 irrumpió esta forma brutal de capitalismo –el neoliberalismo– que tiene como soportes iniciales: a) la desregulación de la economía; b) su financiarización; c) la militarización de los países dominantes; d) la deshumanización generalizada, o prescindencia del ser humano, que fue progresivamente transformado en simple insumo descartable; e) la imposición de un modelo de pensamiento único en casi todas las esferas de la interacción humana.

Como señaló en 2018 el historiador inglés Neil Faulkner<sup>3</sup> en su libro “Una historia radical del mundo”:

*La historia del futuro ha comenzado. El sistema nos está llevando al abismo. Estamos amenazados por la pobreza, el fascismo, la guerra y la catástrofe climática* (p. 521).

Cuando Faulkner escribió esto faltaba un año para que irrumpiera la actual pandemia, de lo contrario seguramente hubiera incluido en las amenazas, junto a la pobreza, el

fascismo, la guerra y las catástrofes climática, a las catástrofes biológicas.

Lo significativo es que estas cinco amenazas tienen un único factor común causal: el capitalismo neoliberal informático-global (Dabat et al.<sup>4</sup>), con sus cuatro motores fundamentales: a) la concentración monopólica en gigantescas macro-corporaciones industriales y en corporaciones financiero-especulativas sin fronteras; b) el avance de estas últimas sobre la propiedad accionaria de las macro-corporaciones industriales –un claro ejemplo es Bayer-Monsanto y el fondo Black Rock–; c) el complejo militar-industrial anglosajón-israelí que alimenta las guerras-sin-final-ni-objetivos-bélicos; d) el soporte informático –hardware, software y computación–. En el caso de las catástrofes biológicas se añade un factor sinérgico de potenciación: la medicina biologicista y reduccionista que se ha sostenido hegemónicamente en la larga duración, aún contra los vientos y mareas de la ciencia y la experiencia.

#### *El escenario de salud en que irrumpió la pandemia de covid-19*

No caben dudas que el problema inicial es la aparición del virus SARS-CoV-2, virus con capacidad de infectar a la especie humana generado por efectos de prácticas promovidas por el capitalismo neoliberal –tala de bosques, producción industrial de alimentos, mercados populares de alimentos deficientes desde el punto de vista sanitario, etc.–, como se señaló anteriormente.

Pero la base problemática de la transformación del brote epidémico de covid-19, detectado a comienzos de enero de 2020 en la ciudad de Wuhan –capital de la Provincia de Hubei de la República Popular China–, en una pandemia al inicio del mes marzo del mismo año reside, entre otros, en cinco factores determinantes:

- a) el intenso intercambio de pasajeros, sobre todo por vías aérea, dentro de China y de este país con países de su exterior, sobre todo con aquellos con mayor desarrollo económico e industrial;
- b) la falta de cooperación y coordinación entre países con relación a enfermedades transmisibles que en potencia o en acto tienen el potencial de convertirse en problemas internacionales involucrando la salud humana dentro de los recursos y medios usados para el enfrentamiento entre países, incluso prescindiendo del hecho que tal desempeño pueda implicar un efecto búmeran;
- c) las distorsiones a que ha sido sometida la Organización Mundial de la Salud en cuanto a las finalidades para las que fue creada, distorsiones

provenientes de los sectores políticos y empresariales buscando que la organización beneficie a Estados Unidos de Norteamérica en la *nueva guerra fría* con China y que también colabore con intereses de las corporaciones de la industria químico-farmacéutica y biotecnológica;

d) las políticas de Estado que el neoliberalismo ha puesto en práctica en cuanto al sistemático y progresivo deterioro de la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud en todos los países en que impera;

e) la formación biologicista y clínico-reduccionista que de manera hegemónica ha orientado la formación académica de grado y posgrado en medicina.

#### *¿La medicina biologicista fue y es la única alternativa de formación y prácticas médicas?*

En Europa, desde 1848 se había hecho manifiesta públicamente otra medicina, con un enfoque mucho más integral, humanístico y sistémico; una medicina de mayor valor epistémico y fundamentación epidemiológica. Esta medicina, posteriormente denominada *medicina social* por Jules René Guérin, surge de manos de médicos jóvenes que en varios países adhieren a las revoluciones liberal-burguesas de 1848 en Europa; por ejemplo, en Alemania, se exterioriza públicamente cuando Rudolf Virchow y Rudolf Leubuscher comienzan a editar el 10 julio de 1848 el semanario “La reforma médica” (Die Medizinische Reform) en cuyo último número –el editor ya era solo Virchow–, publicado el 29 de junio de 1849, escribió: “La vida y la salud de cientos de miles no les importa nada, cuando la comodidad y el disfrute de cientos está en juego” (Segura del Pozo<sup>5</sup>).

Implicaba una nueva forma de concebir y practicar la medicina que ya había irrumpido en el siglo XVII con postulaciones como las de Bernardino Ramazzini, William Petty o Nehemiah Grew y, en el siglo XVIII, a través de tratadistas como Johann Peter Frank –con su obra, en seis tomos, titulada “Sistema de política médica integral”, un extraordinario tratado de salud pública y medicina social– y Johann Heinrich Rahn; en los primeros años del siglo XIX, con el surgimiento de la Segunda Escuela de Medicina de la Universidad de Viena generada dentro de la Facultad de Medicina de esta universidad que se había fundado, como Universidad Médica de Viena, en el año 1365. Esta escuela fue la responsable de formar muchos médicos sociales en Europa y algunos también en Nuestra América, como el caso de los jóvenes médicos cubanos que luego llegaron a ser destacados profesores en el siglo XX.

Con esta mirada, la de la medicina social, se visualiza con claridad lo que afirmaba Virchow en cuanto a diferenciar entre epidemias naturales y epidemias artificiales, como él las denominó, y que hoy se categorizan como enfermedades públicas (Saforcada y Moreira Alves<sup>6</sup>) dado que son evitables y no se las evita por indebidas omisiones y/o acciones del Estado tal como especifica su definición:

El concepto de enfermedad pública involucra a toda enfermedad, daño a la salud y/o morbilidad humana que los poderes del Estado podrían evitar poniendo en juego los recursos (económicos, tecnológicos, de conocimientos, humanos, etc.) de que disponen en el momento o período histórico de que se trate pero que, no obstante, no impiden o se desentienden de hacerlo o protegen a quienes o quien la genera.

En el caso de la pandemia de covid-19 la responsabilidad no es de un gobierno determinado sino de un sistema económico y sus políticas, entre otras: de producción industrial de alimentos –cereales y cárnicos–; de explotación descontrolada de la naturaleza; de evidente irresponsabilidad con respecto a la falta de evaluación de impacto de actividades extractivas –tala de bosques, desequilibrio de ecosistemas por minería a cielo abierto, etcétera–; de actividades comerciales, como los llamados *mercados húmedos* y *mercados populares* en oriente donde se comercializan animales salvajes, a veces vivos, sin regulaciones ni control bromatológico y de higiene.

Otro ejemplo, entre los muchos que se podrían citar, es la epizootia denominada vulgarmente como de la *vaca loca* y técnicamente como encefalopatía espongiforme bovina que, al transmitirse y manifestarse en humanos, se denomina enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, siendo esta una de las enfermedades priónicas que forman parte del grupo de encefalopatías espongiformes transmisibles, de mal pronóstico y alta tasa de letalidad. La epizootia a la que se hace referencia tuvo lugar en Inglaterra, de 1996 al 2001, y su origen estuvo determinado por lo que en veterinaria se denomina *canibalismo industrial*: darle de comer a las vacas, que son animales herbívoros, harina de carne y huesos suministrada como fuente de proteína en alimentos balanceados. En este caso, el problema radicó en que la harina provenía de animales entre los cuales algunos estaban infectados con esta enfermedad.

Esta epizootia afectó a 180.000 vacunos y se transmitió a humanos contagiados a través de la proteína infecciosa denominada prion, afectando alrededor de 80 personas de las que sobrevivieron aproximadamente solo el 5% (OPS<sup>7</sup>).

Al respecto es interesante tener en cuenta las preguntas que se formula Vera Lara<sup>8</sup>, reconocido especialista en bioética:

*¿Se eliminarán los riesgos en los centros de cebado, no importando su costo? ¿Se suspenderá la fabricación de pienso animal hasta resolverse el problema de su infección por priones? O en definitiva, ¿Se seguirá vendiendo el pienso peligroso utilizando el clásico mecanismo de abaratarlo derivándolo a mercados fuera de sospecha? ¿Se suspenderá la manipulación genética de los animales que conforman el mercado cárnico? Finalmente, ¿se allanará el mundo capitalista a suspender o eliminar un negocio tan floreciente como el mercado cárnico alimentario? (pp. 225-232).*

Hoy se tienen los conocimientos necesarios y los recursos técnicos para que estos hechos no sucedan, pero las autoridades gubernamentales que, por omisión y/o por acción permiten que ocurran y subsistan, son las responsables de generarlas y por tal razón cabe calificarlas como públicas. La presente pandemia de covid-19 es un claro ejemplo de este tipo de patologías que, desde la perspectiva causal inicial, son económico políticas.

#### *Fundamentos y alternativas de acción*

El daño multidimensional –en vidas humanas; educacionales; en el deterioro de la calidad de vida de las personas, de las familias y de las comunidades; laborales; culturales; económicos; etc.– que esta pandemia de covid-19 le está causando a la humanidad, pero sobre todo los cientos de miles de personas fallecidas por esta causa, obligan moralmente a desvelar las verdades fundamentales del escenario de la salud y a exigir que se pongan inmediata e integralmente en práctica. Al hacer referencia a verdades fundamentales es necesario señalar cuáles fueron, en el siglo XX, los tres hitos más importantes en el contexto de la salud; relevantes por su potencial de ideación y su poder fáctico:

- 1) la definición de salud incorporada en 1946 y 1948 a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud<sup>9</sup>;
- 2) la idea-fuerza de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT-2000) emitida por la OMS en 1977<sup>10</sup>;
- 3) la declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978<sup>11</sup>.

Denominar con precisión semántica las acciones que se desencadenaron para bloquear el potencial de estos tres hitos obliga a usar un adjetivo inhabitual en el habla cotidiana y académica: *delicuescente*. Su significado, según el Diccionario de la Real Academia Española, es el siguiente: Evanesciente, sin vigor, decadente. Es el adjetivo que describe con mayor precisión los efectos buscados con los artulugios

empleados por los enemigos de los tres hitos señalados para esmerilarlos –deslustrarlos, desgastarlos– frente a la opinión médica y pública sin que se note que los atacaban y los continúan atacando porque son más eficaces y científicamente válidos que lo precedente. Sobre todo, los esmerilaron porque amenazaban los intereses lucrativos puestos en juego en el mercado de la enfermedad y el mercado de las pseudo-enfermedades. Ejemplos de esto último son la vejez y la polifarmacia de que son objeto de explotación los viejos y viejas sanas –la mayoría de ellas y ellos–, algunas y algunos con ciertas incomodidades intrascendentes por el simple desgaste natural de sus organismos pero que frecuentemente las o los someten a indebidos tratamientos medicamentosos que solo complican los cuadros y, a veces, aceleran la muerte; también, caso parecido ocurre con varios de los síndromes que figuran en el Manual Diagnóstico DSM-IV y, muchos más aún, en el DSM-V que involucran a niñas, niños y adolescentes.

¿Por qué la pandemia y sus muertos obligan moralmente, también científica y profesionalmente, a esta acción desveladora?, por varias razones. La primera, es que si estos tres hitos hubieran sido los marcadores del rumbo hegemónico del quehacer en salud desde 1948 a la fecha esta pandemia artificial –en el lenguaje de Virchow–, esta enfermedad pública, no se hubiera dado y las personas fallecidas por esta causa hubieran continuado normalmente con sus vidas en sus medios familiares, comunitarios y laborales.

La segunda, porque mientras surgía cada una de estas propuestas superadoras las políticas públicas en muchos países reforzaban el modelo neoliberal, inclusive en el ámbito de la salud, y las universidades estatales con la anuencia silenciosa de los respectivos gobiernos que continuaron discapacitando al alumnado de las carreras de grado de las profesiones de las ciencias de la salud, deshabilitándolos para el trabajo eficaz en y con las prácticas públicas de salud. Por el contrario, se centraron en su capacitación en y para las prácticas privadas de las profesiones en su perspectiva liberal, profundizando aún más su formación en el paradigma individual-restrictivo (Saforcada<sup>12</sup>) de las concepciones y prácticas en salud en lugar de comenzar a implantar el paradigma social-expansivo.

La tercera, es que esta pandemia probablemente resulte como un exordio o una señal de nuevas condiciones de vida para la especie humana, condiciones que se caracterizarán por el encadenamiento sucesivo de situaciones de peligro que obligarán a repetidas medidas de aislamiento y de protección cotidiana. Estas circunstancias adversas implicarán múltiples riesgos para la vida misma –biológicos, meteorológicos, bélicos, etc.– y profundos desórdenes socioeconómicos ... a menos que, de una forma u otra, el neoliberalismo sea derrocado haciéndose así posible volver a ubicar en la escala de valores a los seres humanos y sus vidas por sobre el dinero, la riqueza, las ansias de poder, la codicia y la ilimitación.

Mientras tanto, se debe luchar en cada país, al menos de Nuestra América, para que los desórdenes biológicos disminuyan significativamente sus probabilidades de ocurrir y que de acaecer sean rápidamente circunscriptos. Esta última alternativa implica que un brote infeccioso no se transforme en una epidemia y que una epidemia no llegue a convertirse en pandemia.

Los pasos más importantes en tal sentido son poner a todos los escenarios de la salud –académicos, profesionales, sociales y políticos– bajo los lineamientos de esos tres hitos fundamentales señalados anteriormente, comenzando por desvelarlos a fin de generar los cambios necesarios para reformar esos escenarios.

Es primordial tener en cuenta que los tres hechos surgieron de la medicina social, no de la biologicista. Inclusive, la creación de la Organización Mundial de la Salud se logró gracias al empuje de médicos sociales –fundamentalmente Szeming Sze, de la delegación de China y Geraldo H. de Paula Souza, de la delegación de Brasil– que bregaron contra la oposición de médicos biologicistas y de los médicos representantes de Estados Unidos de Norteamérica y del Reino Unido de Gran Bretaña (Tealdi<sup>13</sup>; Wending<sup>14</sup>; Cueto et al.<sup>15</sup>).

Por otra parte, es necesario tener siempre presente que también la *medicina social* se fue distorsionando con el paso del tiempo, reforzando lo médico y banalizando lo social. Hoy se observa que la adjetivación social es tomada en cuenta en lo periférico de la misma, dado que lo central de lo social es la subjetividad, el comportamiento y lo cultural del ser humano. Este núcleo esencial ha sido totalmente excluido, por ejemplo, en lo que se ha dado en llamar la medicina social-colectiva latinoamericana. En el artículo de Casallas Murillo<sup>16</sup> titulado “La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional”, trabajo de síntesis y caracterización actualizada, se mencionan a la medicina, la sociología y la antropología pero ni una vez siquiera a la psicología; no obstante, se hacen referencias a la subjetividad y la intersubjetividad manteniendo totalmente ausente el comportamiento o la conducta humanas. Lo mismo ocurre con múltiples publicaciones de connotados tratadistas que se adscriben a esta medicina social-colectiva (Saforcada y Moreira Alves<sup>17</sup>).

Estas son desviaciones delicuescentes de la medicina social concebida y practicada por: a) los reformadores de la medicina de 1848 –Rudolf Virchow, Rudolf Leusbucher, Salomon Neumann, Jules René Guérin, Louis-René Villermé, etc.–; b) los creadores de la Segunda Escuela de Medicina de Viena que centraban en la medicina el método científico, la ética y la compasión –Josef Škoda, Carl Freiherr von Rokitsky, Ferdinand von Hebra, etc.–; c) los revivificadores de esta medicina social en el siglo XX –René Sand, Thomas

McKeown, John A. Ryle, Carlos Alberto Alvarado, Ramón Carrillo, Esteban Laureano Maradona, Juan Cesar García, Francisco Maglio, Salvador Allende, María Isabel Rodríguez, Ludwig Teleky, Paul Farmer, David Tejada de Rivero, Halfdan Mahler, Geraldo Horácio de Paula Souza, Szeming Sze, Juan Gervas, Mercedes Pérez Fernández, Petr Skrabanek, etc.—. Todos ellos médicos de terreno, estudiosos y actualizados, pero también de zapatos con barro, no solo de oficina, claustros y artículos en revistas de alto impacto.

El adjetivo *social*, que modela integral y rigurosamente a la medicina en la expresión *medicina social*, implica tener en cuenta, en primer lugar, que se trata de la especie humana, no de otra entidad biológica; en segundo lugar, que lo constitutivo de esta especie es el conjunto de seres humanos, personas, que se diferencian de las otras especies animales por aquello que estudia, desde la perspectiva científica, la antropología cultural y la psicología. Las formas y manifestaciones de organización social que adopte esta especie no hacen a la esencia de lo humano, es secundario o periférico y en muchos aspectos compartido con otras especies animales.

Si el adjetivo social es reducido a lo que estudia la sociología todo queda en la pura externalidad de la especie, perdiendo el núcleo duro de lo que la constituye: el ser humano en cuanto “sujeto activo, protagonista de su propia salud, con representaciones, motivaciones, conocimientos, actitudes y prácticas con sentido personal y único” (Francisco Morales Calatayud, comunicación personal) que la medicina, en el acto de ignorarlo, se esteriliza a sí misma y entra en el camino de la ineficacia, la potencialidad de errar e irrespetar la máxima hipocrática *primum non nocere*.

Una medicina sociológica es una medicina hueca, solo se transforma en una *medicina completa* cuando incorpora el psiquismo y sus manifestaciones —la subjetividad, el comportamiento, los sistemas de significación-valoración, los sistemas de atribución, etc.— junto con la cultura en tanto esta es substancia que, vehiculizada psicosocialmente, interviene en forma decisiva en la modelación del psiquismo durante el proceso ecosistémico del neurodesarrollo y la socialización de la cría humana tal como lo comprendieron y explicaron Gregory Bateson, Jerome Bruner, Clifford Geertz, Urie Bronfenbrenner, Richard Shweder, Michael Cole, James V. Wertsch, Pradeep Chakkarath, Bárbara Rogoff, Shinobu Kitayama, Katherine Nelson, entre otras y otros. Atrás de estos nombres, emergen sólidas las imágenes de Lev S. Vygotski, Alexander Luria y Alekséi Leontiev.

También se sometió sistemáticamente a un proceso de delicuescencia la definición de salud que adoptó la OMS e incorporó como primer principio básico de su Constitución —“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades”—, definición que fue propuesta a la comisión redactora de esta constitución por Andrija Štampar, médico social recibido en la Facultad de Medicina de Viena y creador en 1919 del Instituto de Medicina Social en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zagreb. Como señala Tejada de Rivero<sup>18</sup>, “Costó mucho que fuera comprendida por los expertos de los gobiernos de entonces, a pesar de ser un notable salto cualitativo”. En ese proceso de delicuescencia se llegó a menospreciarla tres décadas después acusándola de ser ahistórica y no valorándola en el contexto de la década de 1940 y la hegemonía de la definición de salud como ausencia de enfermedad.

Si en la citada definición se reemplaza la expresión bienestar por su significado según el Diccionario de la Real Academia Española, que lo especifica así: “Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien”, se transforma en una expresión de naturaleza fundamentalmente sociopolítica: La salud es un estado de completa satisfacción de todo lo necesario para vivir física, mental y socialmente en forma plena y placentera, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades. Poco o nada puede criticar la medicina biologicista a esta última formulación, lingüísticamente coincidente en sentido estricto con la que desde la medicina social se había elaborado.

No obstante, fue la base en la que se apoyó Mahler, Director General de la OMS, para proponer al mundo en 1977, después de constatar las profundas inequidades que en materia de salud había entre los países y entre las clases sociales de cada país, la idea fuerza de “Salud para todos en el año 2000” (SPT-2000). La salud involucrada en esta postulación de Mahler no era la de la medicina biologicista especializada y menos aún la de la ultra-especializada de los últimos treinta años, era y es la salud de la Medicina General Integral, la que se vincula con casi la totalidad de la problemática cotidiana de salud de las poblaciones, entendiendo por *problemática de salud* tanto el estar sano como el estar enfermo, tanto lo que involucra la gestión de salud postivia como lo que implica la atención de la enfermedad.

Esta idea-fuerza también fue sometida al proceso de delicuescencia planteándola como utópica; se la dispó y se la pretende reemplazar hoy con la actual propuesta de la OMS y el Banco Mundial de *cobertura sanitaria universal* (CSU), que no tiene nada que ver con *salud para todos*. La cobertura sanitaria universal no incomoda de ningún modo a quienes usufructúan el mercado de la enfermedad. Cobertura sanitaria universal y mercado de la enfermedad son términos que pueden concordar o complementarse, salud para todos y mercado de la enfermedad son términos contrapuestos que se repelen.

En 1976, un año antes que Mahler formule SPT-2000, Dimitri Venediktov, Viceministro de Salud para Asuntos

Internacionales de la Unión Soviética, le plantea a Tejada de Rivero<sup>19</sup>, Subdirector General de la OMS, de quien era amigo, la necesidad de desarrollar una estrategia de acción que permitiera avanzar en el logro de mejorar la salud comunitaria de los pueblos del mundo. Cuando Mahler postula SPT-2000 hacía casi un año que había delegado en Tejada la organización de una conferencia internacional destinada a debatir y llegar a establecer una estrategia que permitiera concretar esta idea-fuerza que satisfacía la inquietud de Venediktov despertada por los avances en el campo de la salud logrados por China con su programa de médicos descalzos: pobladores legos de las comunidades de todo el país que eran capacitados por dos años en medicina para luego volver a sus comunidades a ejercer como agentes sanitarios. También la India había puesto en marcha un gran programa exitoso basado en su medicina tradicional y orientado en forma parecida, incluso había otras experiencia similares en África y en algunos países de Nuestra América.

Finalmente, en la semana del 6 de septiembre de 1978, se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, en Kazajistán. En este caso, tempranamente comienza la acción delicuescente dado que la denominación Atención Primaria de Salud fue una imposición de la Organización de las Naciones Unidas y de algunos integrantes tecnócratas enviados a la reunión, su verdadero nombre debió representar lo más importante de lo que encierra la Declaración de Alma-Ata. Al respecto, Tejada afirmó en distintas oportunidades: “‘El cuidado integral de la salud para todos y por todos’ es la mejor forma de expresar la genuina ‘atención primaria de salud’ de Alma-Ata” (Tejada de Rivero<sup>18,19</sup>; Tejada de Rivero et al.<sup>20</sup>; Carbone Campoverde et al.<sup>21</sup>). Para Tejada, salud es mucho más que atención médica. Al respecto, es importante leerlo textualmente:

*La denominación de “atención primaria de salud” surgió de una percepción sesgada y errada de algunos de los componentes formales de las experiencias antes mencionadas y sobre todo de la experiencia china de los “médicos descalzos”. Su comprensión superficial y simplista contribuyó a una muy restringida interpretación conceptual.*

*Los tres términos del concepto han sido mal interpretados. Ya vimos la estrecha y errada interpretación de “salud”.*

*En cuanto a la “atención”, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (care), y no “atención”. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado*

*es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.*

*En lo lingüístico, el término “primario” tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo “primitivo, poco civilizado”; y la otra a “lo principal o primero en orden o grado”. Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término “primario” en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud “forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)”, y es “la función central y el núcleo principal” de “todo” el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.*

*No está de más insistir en un punto: la gran diferencia que hay entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos -multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado -, y una atención reparativa de ciertas enfermedades, de bajo costo y por eso de segunda o tercera clase para los estratos periféricos más pobres de la población y, lo más grave, prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de las personas (Tejada de Rivero<sup>18</sup>).*

## La situación al final de la segunda década del siglo XXI

El lanzamiento de La Cobertura Universal de Salud –OPS/OMS<sup>22</sup>– y el posterior “Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017 –OMS et al.<sup>23</sup>–; de las “Buenas prácticas recientemente identificadas de gestión para resultados de desarrollo” –Strelkova y Balkind, s/f<sup>24</sup>–; del Pago por desempeño (PPD) –Fritsche et al.<sup>25</sup>–; de la Gestión Basada en Resultados (RBM) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible –Naciones Unidas<sup>26</sup>–; del “Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Unidos para acelerar los progresos hacia los ODS relacionados con la salud” –OMS<sup>27</sup>–; del Fondo Fiduciario para la Innovación en Materia de Resultados en el Sector de la Salud del Grupo Banco Mundial y la vinculación de la salud con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 –Naciones Unidas<sup>28</sup>– fueron y son parte de un gran ovillo creciente, de una macro-estrategia para sojuzgar a la humanidad por parte del capitalismo neoliberal. Implican un gran disfraz con

que el neoliberalismo busca consagrarse con una entrada triunfal al campo de la salud humana siendo que este sistema socioeconómico, aunque se lo proponga, no puede evitar generar daños a la salud, surgimiento y agravamiento de problemas sanitarios, enfermedad y muerte.

El vocablo ovillo significa *montón o multitud confusa de cosas*, pero este ovillo de la Organización de las Naciones Unidas sobre el cual acá se escribe está constituido por un único y larguísimo hilo que pasa por el punto nodal de una estrategia que implica un gran conjunto de artimañas con las que se actúa con relación a la salud de la humanidad para lograr, entre otros fines prioritarios, frenar la activación de los tres hitos fundamentales antes señalados –definición de salud; SPT-2000; APS– a la vez que transforma el ámbito de la salud en un escenario de negocios exponencialmente lucrativos y de intentos de control demográfico y político mundial.

Con relación a la APS, se dio un paso más buscando terminar definitivamente con ella cuando se la enterró poniéndole encima, en 2018, la lápida de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud convocada bajo el eslogan “Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, llevada a cabo en Astaná, Kazajstán, el 25 y 26 de octubre del año recién indicado.

Con expresiones de una hipocresía inaudita, la declaración de Astaná dice en sus dos primeros puntos:

## I

*Afirmamos vehementemente nuestro compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo. En la conmemoración del cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, reafirmamos nuestro compromiso con todos sus valores y principios, en particular la justicia y la solidaridad, y subrayamos la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, y su dependencia mutua.*

## II

*Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.*

Ya en el primer párrafo se manifiesta con doblez al decir que se comprometen con el derecho al goce máximo de salud, cuando la salud no es un derecho realizable y nada ni nadie puede asegurarlo, pero a lo que si podrían y debieran haberse comprometido es a que ningún ser humano sea intencionalmente, por acción u omisión, dañado en su salud; a no ser objeto de enfermedad pública.

Ante estos desembozados intentos de englobar a la mayor cantidad de personas en estrategias de supuesta atención de la salud, es importante tener presente a autores como Petr Skrabanek<sup>29</sup> y su libro “La muerte de la medicina con rostro humano” en el que señala:

*La extensión de la «atención a la salud de los sanos» es un asunto relativamente simple. Se debe persuadir a los sanos que sentirse sano no es lo mismo que estar sano, puesto que uno podría vivir la vida sin darse cuenta de lo enfermo que está. Una vez que uno está sano, pero asustado, los consumidores de salud comienzan a hacer colas a las puertas del sistema demandando su derecho a entrar (puesto que se les ha dicho, y ahora ellos así lo creen, que la salud es un derecho inalienable). Entonces los productores de salud pueden decir, con algo de razón, que ellos están haciendo todo lo posible para atender la demanda, pero que debido a la escasez de lo demandado (la salud, en este caso), desgraciadamente habrá que aumentar el precio. Paradójicamente esta espiral de costes en la atención médica está parcialmente justificada por la necesidad de ahorrar dinero previniendo las enfermedades, y es en ese campo donde la industria está tratando de repartir salud para todos, lo necesiten o no (p. 15).*

Frente al desvelamiento de estas hábiles y eficaces acciones negativas, –delicuescentes unas y de destrucción otras– con respecto a los tres puntos fundamentales del siglo XX en cuanto al avance en el campo de la salud humana, y luego de haber recibido el impacto de la pandemia de covid-19 se hace evidente con claridad la necesidad de retomarlos en su sentido original, difundirlos y empoderarlos.

En primer lugar, para mantener el desvelamiento activo y en homenaje a Tejada de Rivero, se debería sustituir la denominación Atención Primaria de Salud y APS – expresiones que han sido exageradamente manoseadas y ya es casi imposible resignificarlas dada la degradación a que han sido sometidas, sin miramiento alguno– por las de Cuidado Integral de la Salud para Todas y Todos, y por Todas y Todos (CISPPOTT).

En segundo lugar, denunciar la traición de la OMS/OPS a los pueblos del mundo al convocar a la Conferencia Mundial de Astaná para sepultar definitivamente la Atención Primaria de Salud.

En tercer lugar, exigir en los escenarios académicos de formación de los profesionales de las ciencias de la salud, en los escenarios políticos de movilización y representación del pueblo –los cuerpos legislativos– y en los escenarios de la Administración Pública que se restituya el verdadero significado a estos tres hitos de la salud y que se los aplique y desarrolle de modo tal que los mismos pasen a orientar el accionar en salud en cada uno de los escenarios señalados. Que se los emplee para las acciones progresivas –formación del alumnado en el grado y posgrado, para la capacitación de los cuerpos legislativos pertinentes y para la capacitación adecuada de los funcionarios y el personal de los ministerios y secretarías de salud pública y para el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas de salud.

Las Universidades del Estado deberán transformar los planes de estudio de todas sus carreras de grado de las profesiones de las ciencias de la salud o, en su defecto, abrir nuevas carreras universitarias en paralelo con las ya existentes, dando cabida a las ciudadanas y ciudadanos que quieran formarse en la orientación social y comunitaria de estas disciplinas. Los currículos de esta orientación sociocomunitaria serán profundamente diferentes a los actuales, que están orientados a la pasividad profesional, al individualismo liberal, a la patología, a las prácticas de consultorio privado y al reduccionismo clínico biologicista o intrapsíquico.

Una cuestión fundamental es que los dos primeros años de estas carreras estén enfocados solo en la salud positiva, su protección y promoción, con materias que impliquen integrar al alumnado en los contextos naturales en que transcurre la vida humana: las familias en sus comunidades. A su vez, el foco estará puesto en el desarrollo de una teoría científica de la salud transformando, por ejemplo en el campo de la pediatría, el arte de la puericultura en una ciencia higiológica. Chile lo hizo en ese magnífico proyecto de pediatría social, vigente hasta el día de hoy, que lideró Julio Meneghello. También en Chile, se puso en marcha una carrera completa de medicina social en la Sede Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en la segunda mitad de la década de los '60 del siglo pasado y hasta el golpe militar de 1973.

Desde relativamente otro punto de vista, esa gran figura internacional de la Atención Primaria (AP) y el Primer Nivel de Atención de los sistemas de servicios de salud, la Dra. Bárbara Starfield, fallecida en 2011, planteó en muy diversos trabajos de investigación y desarrollos prácticos (Starfield<sup>30,31,32,33,34</sup>), a veces junto a prestigiosos colegas (Gérvás, Starfield et al.<sup>35</sup>; Shi, Starfield and Ichiro<sup>36</sup>; Rajmil<sup>37</sup>), la importancia que para la

situación de salud de un país tiene la formación de médicas y médicos específicamente para este Primer Nivel de Atención, cualquiera sea la denominación con la que se designe a ellas y ellos –médicas y médicos generalistas, de cabecera, rurales, de familia, etc.–.

Rajmil<sup>36</sup>, refiriéndose a Starfield, señala:

*Ha estudiado y presentado evidencia consistente y suficiente que muestra que una AP de calidad mejora los resultados en salud, con mayor equidad y con menores costos, y que por esta razón los sistemas sanitarios deberían estar orientados a la AP, que ha de ser el eje del sistema y que debe tener una orientación familiar y comunitaria. El uso de mayor número de especialistas para problemas de atención solucionables en AP genera más gastos, más pruebas diagnósticas y mayor probabilidad de provocar efectos adversos e intervenciones inapropiadas, incrementando así los daños y los costos.*

Todo esto es posible. Evidentemente es totalmente necesario, necesidad que se hace indiscutible si se tiene en cuenta lo que también escribió Skrabanek hace más de veinte años poniendo en evidencia uno de los factores que coadyuvaron a que el brote infeccioso provocado por el virus Sars-CoV-2 se haya transformado en una pandemia que, a pesar de los supuestos grandes avances científicos y tecnológicos de la medicina biologicista y reduccionista, perdura en el tiempo igual que la pandemia de la gripe española de hace un siglo :

*Lo que diferencia a la medicina de hoy de la de antaño es la distinción entre una profesión y un negocio. La vocación de la tradición humanista ha dado paso a un complejo médico-industrial gobernado por intereses monetarios y políticos. Esta transición ocurrió durante los años sesenta y setenta, y se realizó tan lentamente que sólo algunos agudos observadores, como Illich, se dieron cuenta (Skrabanek<sup>29</sup>, p. 13).*

## Reconocimiento:

Este escrito fue entregado a Francisco Morales Calatayud para su revisión crítica; su devolución implicó aportes de significativa relevancia.

## Referencias

1 Saforcada E, Juárez MP. Condicionantes de la medicina occidental que propician la barrera psicosociocultural entre los efectores médicos y las poblaciones consultantes. *Salud & Sociedad* 2015; (6): 266-288. Disponible en: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/960>

2. Kothari M, Mehta L. Violence in modern medicine. En: Nandy, A. editor. *Science, hegemony & violence. A Requiem for Modernity*. Bombay-Calcuta-Madras: Oxford University Press; 1988.
3. Faulkner N. Una historia radical del mundo. Barcelona: Pasado y Presente; 2019.
4. Dabat A, Hernández J, Vega C. Capitalismo actual, crisis y cambio geopolítico global. *Economía UNAM* 2015; (12): 62-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v12n36/1665-952X-eunam-12-36-00062.pdf>
5. Segura del Pozo J. Salud Pública y biopolítica (3): La medicina social, según Virchow. [https://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2009/01/07/110752#\\_ftnref4](https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/01/07/110752#_ftnref4) (Accedido el 2/Abril/ 2021).
6. Saforcada E, Moreira Alves M. La enfermedad pública. *Salud & Sociedad* 2014; (5): 022-037. Disponible en: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/890>
7. OPS. Importancia para la Salud Pública de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles: El mal de las “vacas locas”. *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud* 2001; (22): 5-9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31778>
8. Vera Lara JM. El “mal de las vacas locas”. Un tema de bioética en los nuevos escenarios. *Acta Bioethica* 2001; (VII):225-232. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/554/55470204.pdf>
9. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1> (Accedido el 2/Abril/2021)
10. OMS. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.
11. OMS. Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
12. Saforcada E. Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999.
13. Tealdi JC. Abandonar la Unión. Hay una plataforma común de regreso social, económico y político, hacia modos discriminatorios. <https://www.elcohetéalaluna.com/abandonar-la-union/> (Accedido el 2/Abril/ 2021).
14. Weinding P. La fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas. *Rev. Esp. Salud Pública* 2000; (74):15-26. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v74nmon/weinding.pdf>
15. Cueto M, Brown T, Fee E. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes* 2011; (38):129-156.
16. Casallas Murillo AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. *Rev. Cienc. Salud* 2017; (15):397-408.
17. Saforcada E, Moreira Alves M. Salud Comunitaria: del nuevo paradigma a las nuevas estrategias de acción en salud. En: Saforcada E., Castellá Sarriera J, Alfaro J. *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos; 2015.
18. Tejada de Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud* 2003; (8):2-7.
19. Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* 2018; (64):361-366. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300008)
20. Tejada de Rivero D, Sánchez T, Ormachea J, Carbone-Campoverde F. Cuarenta años después de Alma Ata: la actualidad de sus conceptos fundamentales. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2018; (35):675-677. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2018.v35n4/675-677/>
21. Carbone Campoverde F, Tejada de Rivero D, Sánchez T, Ormachea J, Sánchez I. Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro. *An Fac med.* 2019; (80):222-228. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832019000200016](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200016)
22. OPS/OMS. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington: OPS/OMS; 2014.
23. OMS et al. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017. Suiza: Organización Mundial de la Salud y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2018.
24. Strelkova L, Balkind J. Buenas prácticas recientemente identificadas de gestión para resultados de desarrollo. Libro de Consulta. OCDE/Banco Mundial; (s/f).

25. Fritsche GB, Soeters R, Meessen B. Manual de pago por desempeño. Washington: Banco Mundial; 2015.
26. Naciones Unidas. Manual para Gestión Basada en Resultados y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Viena: Naciones Unidas; 2018.
27. OMS. Hacia un plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Unidos para acelerar los progresos hacia los ODS relacionados con la salud. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018.
28. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago: Naciones Unidas; 2018.
29. Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Días de Santos; 1999.
30. Starfield B. Social gradients and child health. En: Heggenhuogen HK, Quah SR editors. International Encyclopedia of Public Health. San Diego: Academic Press; 2008. p. 87-101.
31. Starfield B. Equidad en salud y Atención Primaria: una meta para todos. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2001; (1):7-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/545/54510103.pdf>
32. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
33. Starfield B. Is US health really the best in de world? Journal of the American Medical Association 2000; (284): 483-485. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192908> <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192908>
34. Starfield B. Evaluating the State Children's Health Insurance Program: critical considerations. Annu. Rev. Public Health 2000; (21):569-585. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.21.1.569>
35. Gervas J, Starfield B, Minué S, Violan C., Seminario de Innovación en Atención Primaria. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/ de familia. Contra el descrédito del héroe. Aten. Primaria 2007; (39):615-618. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-algunas-causas-y-soluciones-perdida-13112199>
36. Shi L, Starfield B, Ichiro K. Income inequality, primary care, and health indicators. The Journal of Family Practice 1999; (48):275-284. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10229252/>
37. Rajmil L. Enseñanzas de Bárbara Starfield. An. Pediatr. 2011; (75):229-231. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-ensenanzas-barbara-starfield-articulo-S1695403311003808>

---

Enrique Saforcada es doctor en Psicología (Universidad de Belgrano) y profesor Consultor Titular de Salud Pública y Salud Mental en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. En la misma Universidad es 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. En sus cincuenta años de graduado ha trabajado en los campos de la Psicología Social y la Salud Pública. Fue director del Centro de Investigaciones en Psicología Social en la Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba donde tuvo origen, entre fines de la década del 60 y comienzos del 70 del siglo pasado, la Psicología Sanitaria, una de las especialidades oficialmente reconocidas por la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA) y los colegios provinciales de la profesión. En los últimos años ha publicado, investigado y ejercido la docencia en múltiples ámbitos académicos y de trabajo en salud pública sobre los temas de construcción de ciudadanía y salud, pobreza y desarrollo cerebral, gestión de salud positiva, y enfermedad pública. [enrique.saforcada@gmail.com](mailto:enrique.saforcada@gmail.com)