



La dimensión
de la oportunidad
en Salud

Hacia un modelo comunitario, integral y democrático



Por Andrea Silvana Patrignoni*

“Sobre todo examinen lo habitual. No acepten sin discusión las costumbres heredadas. Ante los hechos cotidianos, por favor no digan ‘es natural’. En una época de confusión organizada, de desorden decretado, de arbitrariedad planificada y de humanidad deshumanizada, nunca digan ‘es natural’ para que todo pueda ser cambiado”

Bertolt Brecht

La excepción y la regla

(Prólogo del drama de 1930)

El cuidado y la atención de la salud no solo vista desde la perspectiva de la enfermedad como “hecho biológico” sino en el aspecto social: una idea que atraviese los factores de riesgo y estilos de vida, pero también los condicionantes sociales en los cuales la persona se desarrolla. El contacto del pa-

* Directora de la Licenciatura en Psicología Universidad Isalud

ciente con los sistemas y los profesionales de la salud, que llevarán a la búsqueda de la implementación de un modelo de atención de la salud comunitario, integral y democrático.

Indudablemente, la salud ha sido un tema recurrente a lo largo de la historia de la humanidad y de la vida de las personas y sus comunidades. En tal

sentido, la perspectiva de la determinación social de la salud parte de comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados como hechos no solamente biológicos sino también sociales. Es decir que, la sociedad, a través de sus modos de producción y consumo influye en la salud y la vida de las personas y comunidades y que su análisis, va más allá de los factores de riesgo y estilos de vida individuales: requiere el estudio del contexto social en el cual se produce socialmente la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados, sus modos de presentación; presencia, ausencia, fallas e intersecciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1948 a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y consideró, además, como sus determinantes sociales, **las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.**

En consonancia con esta línea de pensamiento, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en la Conferencia General de octubre de 2005, aprobó la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, que en el artículo 12 hace referencia a la responsabilidad social y a la salud como un elemento esencial para la vida y un bien social y humano (UNESCO, 2005).

Actualmente, el contacto de las personas con el sistema de salud se produce en distintos momentos a lo largo de toda su vida. Cada uno de estos contactos constituye una oportunidad, pudiendo resultar un encuentro enriquecedor, con ganancia en salud y acceso a derechos o determinar un obstáculo con capacidad de daño. Es decir que, puede potenciar la salud o profundizar el sufrimiento.

El derecho a la salud implica la sensibilización y humanización de las prácticas, con la conciencia y responsabilidad que esto conlleva, y la comprensión de que este no se reclama y ejerce solamente ante una enfermedad, ni puede quedar en manos de unos pocos o asociado a un negocio. Es demasiado importante para que así sea.

Trabajar en pos de la salud no implica solo la atención de la enfermedad. La psicopatologización del sistema de salud es producto de la confusión y/o equiparación

de la atención y promoción de la salud con la atención de la enfermedad. Constructo que subyace a la sociedad en su conjunto de la cual, los agentes de salud, también formamos parte.

Ramón Carrillo (1951 pág.30), padre del sanitarismo en la Argentina, fue un destacado neurólogo y neurocirujano, que llevó a cabo una transformación sin precedentes en la salud pública de nuestro país desde una concepción social de la medicina. Él sostenía que: “La medicina moderna debe tender a orientar su acción no a los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino a los factores indirectos, la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la mala vivienda, la mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos”.

El epidemiólogo italiano Gianni Tognoni, doctor en Filosofía y en Medicina y uno de los mayores especialistas mundiales en políticas sanitarias, advierte que el destino de una sociedad encuentra una respuesta posible en la interacción de las enfermedades con la vida de esta. La pregunta sobre el porqué muere la gente nos remite, no solo a las causas biológicas sino también a las decisiones políticas y su impacto en las condiciones de vida de esa sociedad. Cuando hablamos de la producción y reproducción de las violencias en el sistema de salud, no hacemos más que hablar de cómo viven las personas y de si esos lugares son compatibles con la vida. (Tognoni, G., 2020)

Por su parte, Judith Butler, destacada filósofa norteamericana, referente del pensamiento contemporáneo por sus aportes acerca de los conceptos de vida, identidad y género, pone el acento y se cuestiona acerca de la condición de ‘vivilidad’ de una vida y llega a la conclusión de que lo que hace vivible una vida es indisoluble de la cuestión del bienestar de ‘los otros’, de la vida de los otros. (Butler J. 2020)

Las restricciones con las que viven su vida algunas personas dan cuenta de una situación de invivilidad, de exclusión del mundo. A su vez existen interseccionalidades (económicas, de género, etaria, etc.) que configuran puntos ciegos para el sistema. Estas desigualdades son generadoras de exclusión y enfermedad. La expresión más clara de las desigualdades es la

discriminación y la discriminación es el acto inaugural de la exclusión, su raíz. Sin embargo, existe cierta naturalización de este estado de cosas que dificulta advertir las minas en el terreno. Estas personas, habitan la tierra, pero están excluidas del mundo. Toda acción dirigida a la salud debe mejorar el acceso que tengan las personas en general y de la población especialmente vulnerable, en particular.

La concepción de la salud colectiva plantea un posicionamiento ético, clínico y político sanitario que brega por la construcción de procesos relacionales complejos que ofrezcan condiciones de posibilidad de una vida vivible para cada uno de sus miembros, donde las restricciones se establezcan en virtud de un estado de bienestar inclusivo y donde los límites configuren una visión del mundo y de cómo hacerlo vivible para y con otras personas a partir de la construcción de un colectivo que acompañe los proyectos de vida, respetando la subjetividad, la diversidad.

El modelo de atención de la salud está constituido por la forma y los contenidos que una sociedad utiliza para la entrega de tratamientos y cuidados a las personas, incluyendo valores, políticas sanitarias, el uso, la interacción, la respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de la población.

Para la implementación concreta y no meramente discursiva de este modelo de atención de la salud comunitario, integral y democrático, es necesario salir de posiciones cómodas y sostener una actitud crítica tanto sobre conceptos instituidos como sobre nuestra práctica cotidiana, vinculando la oferta en salud directamente con las necesidades, posibilidades y potencialidades de las personas en comunidad.

Quitar el foco de la enfermedad como única forma de pensar la atención de la salud, permite recapacitar y construir el rol, tanto del agente de salud como de la institución de salud, desde una perspectiva democratizadora. Esto no quiere decir mantener una actitud laxa y desdibujada de los actores involucrados, sino que implica comprender al trabajador de la salud y a la institución como partes responsables y artífices de una compleja trama que hace al cuidado de la vida como campo privilegiado de nuestro hacer cotidiano que acompaña cada proceso y etapa vital de las personas en el ámbito de su comunidad. Implica crear con-

diciones de posibilidad para la construcción colectiva que potencie aspectos saludables desde una perspectiva integral centrada en la salud y no en la enfermedad, de esto trata la clínica ampliada.

El sector de la salud debe lograr que, tanto su labor de atención en la enfermedad como su promoción de la salud sean pertinentes, concretas y adecuadas a personas y comunidades reales, colaborando así en la creación y sostenimiento de condiciones de vida saludables.

La implementación de dispositivos de atención, apoyos y promoción de la salud comunitarios permite brindar acompañamiento activo y dinámico a las personas en su proceso de recuperación y cuidados integrales de la salud en comunidad a través del fortalecimiento, no sólo de la capacidad individual, sino también del de la comunidad a través de una perspectiva de derecho inclusiva, participativa, equitativa y de calidad. A su vez, se busca que reconozca los aspectos positivos y busque que todas las personas desarrollen su mayor potencial de salud tomando en cuenta los activos de la comunidad y las condiciones sociales subyacentes.

La preposición 'hacia', utilizada en el título del presente artículo, indica el sentido de un movimiento, una tendencia o una actitud, también se utiliza como equivalente a 'alrededor de' o 'cerca de'. La propuesta de este texto es justamente reflexionar acerca de la orientación y el sentido de nuestra praxis en salud.

Es decir que, desde esta perspectiva, **la misión que guía nuestras acciones en salud es la de reducir las inequidades y promover la salud y el bienestar en comunidad a través de una estrategia que enfatiza el papel del trabajo intersectorial en red y la participación de todos y cada uno de sus miembros.**

El mundo del trabajo y el mundo de la salud se articulan como en una cinta de Moebius. Somos humanos dispuestos de uno y otro lado de la salud y del sufrimiento. Los cortes no son quirúrgicos, presentan fracturas, grietas y hendijas con las que debemos lidiar.

Para Miriam Wlosko, doctora en psicología e investigadora en temas relacionados con el trabajo, la salud/salud mental y la subjetividad, el colectivo no es algo dado, sino que se construye, lo funda la cooperación. En este sentido, la cooperación son los lazos que construyen entre sí las personas para realizar voluntariamente una obra o tarea común. Estos lazos se desa-

rollan en función de las dificultades reales de las situaciones de trabajo y están ligados a actividades y tareas específicas. Además, suponen relaciones de confianza, de interdependencia y obligación mutua y van más allá de la coordinación de puestos y tareas. Estos lazos se construyen en el seno de la cooperación, permiten una interpretación compartida para encontrar soluciones colectivas. (Wlosko, M. 2019)

Las escenas cotidianas representan el modo en que nos constituimos como coautores de la construcción de un objeto o un sujeto de la intervención. La fragmentación del sistema, la falta o fallas de capacitación en la atención integral de la salud, los procesos de medicalización y patologización, el destrato, la deshumanización, no son más que unas de las tantas formas de manifestación de las violencias e inequidades en el campo de la salud. No hay persona que se adapte a lo que exponen los libros, es decir, no hay sujeto ideal y si lo encontramos, es porque lo hemos convertido en objeto. Esto no ocurre si antes, nosotros no hacemos lo propio con nuestros pares y con nosotros mismos. Es necesario discernir entre usuario ideal del sistema de salud y el ideal del usuario porque si no, seguiremos desorientados, lejos, muy lejos de nuestro objetivo.

La burocratización de las prácticas, su vulgarización, da cuenta de una renuncia ética del trabajador de la salud: no es lo mismo firmar un consentimiento informado que firmar la 'renuncia de responsabilidad'.

Es importante formar profesionales y adecuar las instituciones a las necesidades de la comunidad en la que están insertos, al tiempo de propiciar la participación de diferentes actores en su desarrollo, promoviendo la concepción de la salud integral de manera integrada y participativa. Asimismo, es esencial la continuidad de instancias democráticas para dar respuestas estratégicas a problemas viejos y futuros y a la necesidad de aportar desde el ámbito sanitario y comunitario a la construcción de una patria justa, libre e inclusiva que no solo cure al enfermo, sino que promueva la salud colectiva.

Necesitamos sostener una exploración dialogada, revisar las diferentes interpretaciones y abrir nuevos interrogantes, comprendiendo que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados es una experiencia vital subjetiva que compartimos en tanto seres

humanos. Nuestro deber como agentes de salud es identificar y analizar las retóricas y prácticas de inclusión y de exclusión anidadas en nuestro hacer para potenciar las primeras y reducir hasta eliminar las segundas, promoviendo una atención y cuidado de la salud que incluya las distintas dimensiones y valoraciones del proceso creando dispositivos acordes a esta concepción.

Los y las agentes de salud somos parte de esta sociedad, por lo tanto, hace a nuestra práctica el análisis de las construcciones de sentido que anidan en las representaciones culturales que operan en la cotidianeidad determinando desigualdades y volviendo a la sociedad más injusta y a las personas más vulnerables.

El acceso a la salud debe incluir acciones de atención, promoción, prevención y cuidado como derecho universal. Para que ello ocurra, es indispensable analizar los sentidos ocultos o velados en los discursos, visibilizar representaciones y prejuicios dañosos para deconstruirlos a través de la construcción de nuevas representaciones que se plasmen en nuestra práctica y en nuestra comunidad a favor de la salud.

Es imperativo profundizar los alcances de esta concepción y advertir la relevancia de la democratización como eje transversal para el sistema de salud. Aprovechemos cada oportunidad. 

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (1948) Constitución de la OMS. Ginebra
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- Carrillo, R. (1951) *Teoría del hospital*, Tomo I, Buenos Aires, Ministerio de Salud Pública, pág. 30.
- Tognoni, G. (2020) Charla sobre Epidemiología comunitaria. Fundación Soberanía Sanitaria. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=qBp2ZszDxI8>
- Butler J. (2020) Festival Aleph. What Makes for a Livable Life, <https://www.youtube.com/watch?v=4qhh0SAcqtC>
- Wlosko, M. (2019) Subjetividad y Trabajo. Transformaciones en el mundo del trabajo. Consecuencias para la salud mental. <http://coldepsicoanalistas.com.ar/subjetividad-y-trabajo-transformaciones-en-el-mundo-del-trabajo-consecuencias-para-la-salud-mental/>