

## UN MODELO SOCIO-CULTURAL DE ACCIÓN EN SALUD

---

Aitor Ugarte Iturrizaga

Madrid Salud

### Resumen

En el texto, el autor plantea un modelo de acción en salud basado en un nuevo paradigma, a partir del fracaso del modelo vigente. Parte de la idea de que la salud y la enfermedad son construcciones sociales y del rol de la comunicación como herramienta de salud. De este modo, la propuesta establece cambios en el objeto sobre el que se actúa (la salud), cambios en el modo de acción (prevenir), cambios en el sujeto agente (el salubrista), en los lugares más propicios para trabajar en pro de la salud (hogares y barrios), en el sujeto paciente (población), cambios también en la mirada (visión integral del hombre), en la medición de los logros y de los desafíos (sensores), en los resultados (aportación de vida a los años) y cambios finalmente en los factores mediadores (aquellos que privilegien la protección de la salud).

**Palabras clave:** Salud, Acción, Comunicación, Condiciones socio-culturales

### Abstract:

A SOCIO- CULTURAL MODEL OF ACTION IN HEALTH

The author poses a model of action in health based in a new paradigm, born by the failure of the current model. Parting from the idea that health and disease are social constructs, and the role of communication as a health tool, the proposal establishes changes in the object over it acts (health), changes in the way of action (prevent), changes in the agent subject (health aide), changes in the proper places to work for health (homes and neighbourhoods); in the patient subject (population), changes also in the view (integral vision of man), in the measure of achievements and challenges (sensors), in the results (life supply to years) and finally, changes in the mediating factors (those that highlight the protection of health)

**Keywords:** Health, Action, Communication, Socio- cultural context

*“¿Legalizar las drogas? Antes hay que ilegalizar el hambre”*

**José Saramago**

*“La salud pública es un asunto social”*

**Jong-wook Lee**

Una vieja agudeza, habitual en los ambientes sanitarios, sostiene que el enfermo debe huir del médico principiante porque, de lo contrario, lo más probable es que el novel facultativo termine operándole de la gripe. Cuando escuché por primera vez esta chanza, nunca pensé en interesarme por su hermenéutica. Ahora, pasados bastantes años, me parece que interpretar la cuchufleta puede ser una amena introducción al intento de proponer un modelo de acción en salud basado en un nuevo paradigma. Y esto por varias razones:

1. Porque la broma alude al fracaso de los planes formativos de las facultades de medicina, donde los estudiantes terminan sabiendo más de nosología (la ciencia que describe y clasifica las enfermedades) que de seres humanos. Es decir, nos sitúa ante la enseñanza de una profesión que ha cometido el mayor error estratégico posible: el **olvido del hombre**.
2. Porque alerta a los eventuales enfermos de que están cometiendo un error acudiendo al médico para curarse de una dolencia que, como afirma otro dicho sanitario, dura 15 días con medicación y dos semanas sin ella. Es decir, plantea la innecesaria **medicalización de la salud**.
3. Porque ubica el escenario en un contexto en el que ha faltado prevención dado que probablemente la gripe no habría llegado si el enfermo se hubiera puesto una vacuna. Es decir, **prima lo reactivo sobre lo preventivo**.
4. Porque el pasaje nos hace suponer al médico en un plano jerárquico muy elevado respecto del enfermo. O lo que es lo mismo, nos indica la más que probable **imposibilidad de diálogo** y, por tanto, de consenso entre sanitario y paciente.

5. Porque todos los puntos anteriores, y más que se podrían comentar, parten de la misma equivocación primigenia: **concebir la enfermedad como el principal foco de atención** de lo sanitario.

Como ven, las cuestiones que suscita la broma del médico joven que quiere operar la gripe son prácticamente las mismas con las que ustedes se han ido encontrando a lo largo de este libro, leídas eso sí en el contexto específico de la salud.

## LA SALUD, EN POSITIVO

Parece un lema de campaña electoral, pero no lo es. En estas cuatro palabras (la salud, en positivo) quedan resumidas las aproximaciones más fundamentadas y sugestivas que desde mediados del S. XX se han venido realizando a la tosca dicotomía que dividía a los seres humanos en dos: los sanos y los enfermos.

No siempre había sido así. La salud y la enfermedad han pasado por diferentes estatus a lo largo de la reciente historia del hombre. Desde sus inicios ligados a la magia y a la religión hasta las actuales investigaciones genéticas, los trabajos de Hipócrates, Galeno y una enorme cantidad de bienintencionados y sabios barberos, cirujanos y médicos han ido sumando conocimientos a la explicación que los seres humanos somos capaces de dar a la vida, a la muerte y a los padecimientos que surgen en el tránsito de la una a la otra.

Una concepción positivista, ligada al nacimiento de la ciencia y de la medicina basada en la comprobación empírica, promovió a partir de la Ilustración y durante los siglos XVIII, XIX y XX un modelo de atención sanitaria biologicista más ligado a la curación de la enfermedad que al mantenimiento de la salud. Se pusieron los mejores empeños en combatir al enemigo (la peste, el cólera, la viruela) cuando ya estaba en nuestro terreno, abandonando o relativizando la importancia de modos más atinados de frenar su avance basados en la prevención.

En ese ambiente mayoritariamente biologicista, pero desde un evidente punto de vista crítico, surgieron los debates post-bélicos que llevaron a la creación de un organismo internacional y participativo que se hiciera cargo de velar por los intereses de salud de la población mundial y que fue bautizado como *World Health Organization*. Los fundadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron, entre 1946 y 1948, recién acabada la Segunda Guerra Mundial y bajo el

amparo de la germinal Organización de las Naciones Unidas, una definición de salud revolucionaria pero propia de tiempos convulsos y de resabios totalitarios: “La salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Este concepto tuvo la enorme virtud de dar carta de naturaleza al abordaje bio-psico-social de lo sanitario y ofreció, por fin, una definición positiva de salud que iba más allá de la mera no-enfermedad. Desde entonces, no tiene tan buena prensa dividir el mundo entre enfermos y sanos, una variable discreta y simplificadora que necesita una respuesta “sí o no”; y comienza a dibujarse un camino distinto que pasa por entender que **entre la enfermedad y la salud hay un continuo en el que cada uno de nosotros ocupamos un lugar cambiante**. Es un proceso no lineal, que muestra idas y venidas, que nos tiene ahora enfermos y después sanos, o viceversa, a lo largo de la vida.

La definición de la OMS no es perfecta -¿cuál lo es?- y desde 1948 han sido muchas los enunciados que se han hecho respecto de la salud. En esta búsqueda de conceptos más amplios y más ajustados a las nuevas necesidades destaca un trabajo colectivo sobre los fines de la medicina, realizado por expertos de muy diversos países buscando el consenso en todas sus afirmaciones, que ha aportado la siguiente definición: “La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales” (Hastings Center, 2004).

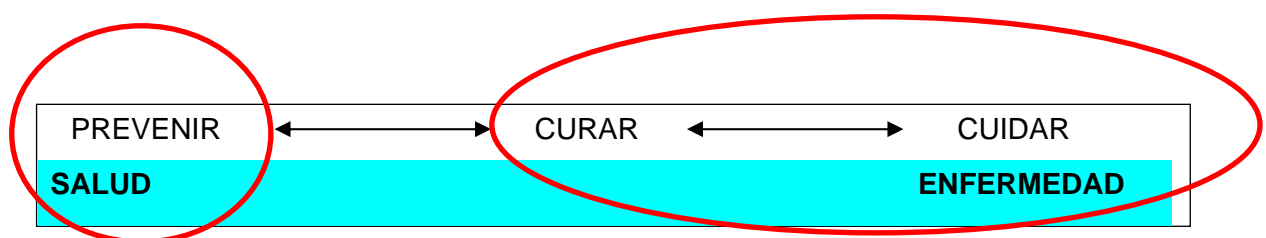
La salud se plasma, por tanto, en un concepto relativo (“ausencia de males de consideración”), cuyo sentido radica en dar al hombre una “capacidad” fundamental, la de auto-realizarse, cualquiera que sea la definición que cada uno de nosotros haga de la autorrealización. Ser capaz, sin grandes obstáculos, de perseguir los objetivos de cada uno en un contexto concreto: eso es la salud. Y es importante hasta tal punto que, si no tiene un mínimo de salud, el hombre ni siquiera puede cumplir con su esencia relacional que le adjudicamos quienes defendemos la Nueva Teoría Estratégica (NTE).

Llevada esta reflexión a términos políticos, económicos o a la misma Estrategia, parece lógico que toda acción encaminada a buscar el bien del hombre debería centrarse en promover aquellas condiciones que mejor le permitan permanecer sano y no enfermar. Sin embargo, ésa no es la realidad que nos encontramos al

analizar someramente dónde van destinados los recursos sanitarios públicos y privados, siempre escasos. Desafortunadamente, se sigue concibiendo la responsabilidad de los gestores políticos de la salud casi exclusivamente en términos de recursos humanos y materiales dedicados a la curación de las personas enfermas. Aunque ahora se les llame de otra forma, continúan vigentes las viejas prácticas clínicas biologicistas según las cuales la figura del médico debe ser hegemónica, y este pensamiento suele ir acompañado de un neo-hospitalocentrismo que compensa sus deficiencias de planteamiento con promesas de acercar “la mejor sanidad posible” al hogar de todos los administrados.

El viejo modelo continúa fuerte en muchos aspectos y, además, ha alumbrado un nuevo retoño asistencial en la figura de la “dependencia”, es decir, la traducción en un lenguaje políticamente correcto de lo que tradicionalmente se había conocido como el cuidado de aquellos a los que les cuesta -o directamente no pueden- valerse por sí mismos. Este recién nacido trae debajo del brazo la recuperación para la salud de la palabra “cuidar”, que -tal y como se está definiendo actualmente- tiene una ubicación clara en el continuo salud-enfermedad al lado de esta última.

Como se puede ver en la figura siguiente, considerando que prevenir, curar y cuidar son los tres grandes patrones o referencias de actuación de cualquier modelo de salud, depende de en cuál se ponga el acento, así serán las consecuencias. Si la opción es prevenir, la salud será el principal objeto de nuestro interés; si la opción es curar o cuidar, la enfermedad le cogerá el relevo. Los estrategias actuales de la salud viven inmersos en el segundo de los casos.



Quisiera subrayar que el modelo que voy a proponer no excluye ninguno de los tres grandes ejes de acción. Que la nueva mirada gire en torno de la prevención no excluye que se sigan invirtiendo esfuerzos en curar a los que hayan caído enfermos y en cuidar a los que no se puedan recuperar de sus dolencias. Se trata de una

cuestión de asignar grados de relevancia y planteamientos temporales distintos, no de excluir alguna de las fases.

## EL SALTO A LO RELACIONAL: LA SALUD PÚBLICA

No perdamos de vista que hemos definido a nuestro sujeto de estudio como el hombre relacional. Abordemos por tanto la salud desde el punto de vista de las relaciones que van tejiendo los hombres entre sí hasta que la tela de araña que forman sus interacciones convierte a un conjunto de individuos en una sociedad o en una población.

Si la salud de una persona puede ser estudiada desde una perspectiva individual, la salud de una sociedad (de un grupo de personas) puede ser estudiada desde un punto de vista relacional, colectivo o poblacional. De ello se encarga una disciplina denominada salud pública. **La salud pública aúna lo más valioso de la tradición humanista del arte de cuidar al hombre individualmente para que no enferme y de determinar científicamente cuáles son las causas que pueden conducir a que la dolencia individual se convierta en un problema de la colectividad** (Ugarte, 2008). Y ahora añadiría al final de la frase: “con la intención de prevenir esas causas”.

Por supuesto hay otras muchas definiciones de salud pública, pero más interesante que la letra, a los efectos de este texto, es la reflexión sobre lo que hay de común en todas ellas. Y, a mi juicio, se pueden destacar tres cuestiones: la atención al fenómeno salud-enfermedad, la concurrencia del binomio arte-ciencia y la implicación destacada del enfoque individuo-población.

Evidentemente un campo de estudio y de acción tan complejo no puede delimitarse fácilmente ni cabe manejarlo con las herramientas de una sola ciencia, profesión u oficio, por mucho que éstas sean tan dignas y punteras como las de la medicina. La salud pública es una disciplina amplia, en la que está inmersa la atención al paciente y la gestión del sistema sanitario, pero que va más allá. Es por ello que tienen todo el derecho a considerarse “salubristas” (profesionales de la salud pública), entre otros, los veterinarios, los farmacéuticos, los psicólogos, los antropólogos, los sociólogos, los trabajadores sociales, los mediadores interculturales, los biólogos, los químicos, los terapeutas ocupacionales y, por qué

no, los comunicadores. Cada uno desde su saber particular, todos aportan conocimientos al campo de la reflexión y de la acción en salud pública.

Esta mirada colectiva o pública de la salud puede llegar a interactuar con la comunicación de una manera intensa. Sirvan como ejemplos la mención a la cobertura que prestan los medios de comunicación a aspectos ligados con la salud, las campañas publicitarias o de marketing social impulsadas por instituciones públicas y privadas con el objetivo de lograr cambios en las actitudes y en el comportamiento de los ciudadanos, la utilización de los viejos o de los nuevos medios para llegar con propuestas de salud preventivas, primarias o secundarias, a un amplio espectro de población, o el complejo mundo de la gestión de los riesgos y de la comunicación de crisis relacionadas con la salud. Estos nexos dibujan un amplio y mestizo abanico de relaciones comunicativo-salubristas, que en los últimos decenios ha merecido una creciente atención desde el punto de vista de la práctica diaria, y no poca desde el punto de vista de la reflexión y la investigación.

Pero más allá del diálogo fluido entre la salud pública y la disciplina común a los autores de este libro, Rafael Alberto Pérez y Sandra Massoni, y a algunos de los que colaboramos con ellos, el interés estratégico del modelo que quiero plantear reside, si acaso, en que ofrezca una forma de actuar que dé respuesta a las preguntas y a los desafíos que nos plantea el siglo XXI en el ámbito de la salud.

¿Cuáles son esas preguntas? Pues por ejemplo, ¿qué provoca un medio ambiente enfermo, por qué los estilos de vida de una sociedad son poco saludables, cuál es la razón de que un sistema de asistencia sanitaria no cubra las necesidades de una población, existe alguna causa ética para frenar los posibles avances de la genética y sus aplicaciones sobre la prevención de las enfermedades? Éstas son ahora algunas, tan solo algunas, de las preguntas pertinentes en términos "salubristas" o, lo que es lo mismo, en términos preventivos; sin embargo ninguna es, a mi entender, una de las **tres cuestiones clave**.

La primera de las cuestiones resume el espíritu asistencialista del antiguo paradigma pero sigue vigente y lo estará previsiblemente durante muchísimo tiempo: **¿cómo curamos a los hombres?** A responder esta pregunta se dedican cuantioso dinero y profusos esfuerzos. Desafortunadamente no ocurre lo mismo con la cara preventiva de la moneda: **¿cómo hacemos para que los hombres no enfermen?** Ni tampoco con la premisa básica del modelo que aquí ofrezco **¿por qué unos hombres enferman y otros no?** El carácter fundamental, radical de

esta última afirmación me obliga a fundamentarla. Lo que intentaré hacer en el siguiente apartado.

## LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS

“¿Por qué en la historia universal, y en la vida personal, es necesario -y posible- preguntarse por qué?” Con esta pregunta nos obsequió a mis compañeros de primero de licenciatura y a mí un añorado profesor. Hacía mucho calor, comenzaba el examen final de historia universal contemporánea y la respuesta a esta “adivinanza” suponía la mitad de la nota. Imagínense los sofocos y espasmos de aquella *muchadada* cuasi-adolescente. Durante mucho tiempo pensé que de ahí venía mi obsesión por los porqués, pero lo cierto es que no. Finalmente he comprendido que la pregunta por las causas acompaña a quienes a lo largo de los siglos han disfrutado reflexionando e imaginando nuevos retos para las capacidades humanas. ¿Y qué reto hay mayor que conseguir que los hombres no enfermen?

Como aquí se trata de proporcionar un modelo para la acción hay que operativizar la cuestión. Hablar de porqués supone hacerlo de determinantes y condicionantes causales. Una cosa se explica porque la condiciona o la determina la variable X, Y ó Z, o una conjunción de estos factores sin excluir alguno más, como sostiene la teoría de la complejidad. A estas alturas de S.XXI la especie humana ha avanzado mucho ya en la comprensión de qué causa las enfermedades. Incluso fuimos capaces de hallar de forma bastante ágil el virus ejecutor de una extraña patología cuyo primer brote conocido surgió en California en los primeros años 80 del S.XX. Y luego supimos que no, que no era solo cosa de gays.

Somos buenos en arreglárnoslas para conocer las causas de las enfermedades, el problema llega cuando nos ponemos a investigar tratamientos y, sobre todo, cuando nos piden que vayamos un poco más allá en la exigencia de nuestras preguntas. ¿Por qué unos hombres enferman y otros no?, ¿por qué, si hemos expuesto el mismo agente causal (infeccioso o no) a una población, unos caen enfermos y otros no?, ¿por qué unas poblaciones tienen unas enfermedades y otras no? Para responder a estas cuestiones no nos sirve con explicar las causas de las enfermedades, tenemos que ahondar más, debemos preguntarnos por **las causas de las causas de las enfermedades**.



Esto, que parece tan complicado, podría ejemplificarse perfectamente con la siguiente cuestión que se repite en todas las reuniones sanitarias mundiales desde hace años: si la transmisión del VIH es la causa del SIDA, ¿se podría afirmar que la causa de la transmisión del VIH en una población concreta y en un tiempo delimitado está relacionada con aspectos como la información, la conciencia de riesgo, el nivel de estudios, la presión de grupo, el estatus social, la capacidad adquisitiva, etc.?

La respuesta afirmativa a esta pregunta permite concluir que las causas de las causas de una enfermedad están muy cerca de identificarse con aquellos aspectos socio-culturales que condicionan las conductas y el medio en el que se mueve una población y que facilitan la llegada de las enfermedades. A analizar estas causas de las causas se dedica, entre otras ciencias, la Epidemiología. Es en este punto, como veremos, donde cobra pleno sentido plantearnos cuáles son los determinantes sociales y culturales de la salud.

La Epidemiología, especialidad nacida de la Medicina y ligada a la demografía y a la estadística, ha tenido un gran auge en los últimos años porque ha sido capaz de ampliar su campo de acción desde la descripción cuantitativa de prevalencias<sup>1</sup> e incidencias<sup>2</sup> de las distintas enfermedades al análisis cualitativo de los porqués. Uno de los textos clásicos de este nuevo enfoque es el titulado “Las causas de los casos; las causas de la incidencia” (Rose, 1985).

Sostiene Rose en su artículo que, ante una enfermedad que eventualmente devenga en epidémica, transmisible o no (VIH y obesidad serían ejemplos actuales de una y otra clase, respectivamente), las estrategias de prevención y control pueden ser dos: por un lado la aproximación denominada de “alto riesgo” que se basa en proteger más a los individuos más susceptibles y, por otro lado la aproximación poblacional, comunitaria o colectiva que busca controlar las causas de la incidencia. Rose añade que ambas estrategias no entran normalmente en conflicto, pero si lo hicieran la prioridad debería ser siempre descubrir y controlar las causas de la incidencia. De hecho, el mismo autor ya había anticipado lo que se conoce como **la Paradoja de la Prevención: “Una medida preventiva que**

---

<sup>1</sup> Calcula el número de individuos de una población concreta afectados por una enfermedad.

<sup>2</sup> Es la frecuencia con la que aparecen nuevos casos de una enfermedad en una población y en un período determinados. Generalmente se expresa en número de nuevos casos por cada 100.000 habitantes.

**traiga mucho beneficio para una población ofrece poco para cada uno de sus individuos integrantes” (Rose, 1981)<sup>3</sup>.**

Esta declaración de intenciones de uno de los epidemiólogos contemporáneos más prestigiosos sitúa el carácter colectivo (social) de la salud por encima del aspecto individual y con ello da el empuje definitivo a la llamada Epidemiología Social, disciplina en auge que tiene entre sus principales virtudes la asunción de que el abordaje del fenómeno salud-enfermedad de las poblaciones o es multidisciplinar o no es eficaz.

En la misma línea de doctrina, la Organización Mundial de la Salud, siendo dirigida por el fallecido Jong-wook Lee, a quien se cita al principio de este texto, decidió en su Asamblea del año 2004 crear una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud:

“La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las **causas de las causas**, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.”<sup>4</sup>

El desempleo, los riesgos en la infancia, la inseguridad en el puesto de trabajo, la marginalidad urbana, los ingresos, las desigualdades en el acceso al sistema sanitario o algunos de los efectos de la globalización (la inmigración económica, por ejemplo) son, según la Organización Mundial de la Salud, determinantes sociales del estado de salud de una población sobre los que se puede y se debe intervenir. Del mismo modo ocurre con la cultura. Evidentemente los usos y costumbres, las reglas comunes que ha ido generando el hombre para desarrollarse y vivir en

---

<sup>3</sup> Efectivamente las actuaciones preventivas de carácter social están destinadas, por el momento, a ser ingratas para quienes las defienden y las practican, y poco vistosas en términos político-mediáticos. Sin embargo, sigue siendo una evidencia que conseguir los objetivos de salud en el 10% de 10.000 personas es más trascendente que lograr un 50% de éxitos en 100 abordajes individuales.

<sup>4</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html) [fragmento de la página web de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS en español, recuperado en febrero de 2008].

sociedad afectan a las cuestiones que hemos definido como las causas de las causas de la enfermedad.

Por ejemplo, en España está bien visto dar de comer a las palomas. La paloma es el ave que simboliza la paz, el Espíritu Santo se ha representado como una paloma... Lo que ocurre es que en una ciudad como Madrid -también ha pasado en Londres y en otras- la facilidad para obtener comida y cobijo y la ausencia de depredadores ha provocado que las palomas urbanas hayan estado a punto de convertirse en una plaga. Y las plagas son posibles vectores de enfermedad para el ser humano, tanto porque la multiplicación de animales conlleva una población de aves más enferma como porque, entre otras posibles enfermedades, las palomas pueden transmitir la *salmonella*. Por eso es necesario cambiar el imaginario colectivo que hace supuestamente intocable a la paloma y tratarla, si es el caso, como un animal-plaga. Cuestión cultural, por tanto, que afecta a la salud pública.

Cuestión distinta pero de gran interés también es la mediación intercultural como promotora de salud. En varios países no precisamente pertenecientes al primer mundo se han desarrollado programas para la prevención del contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en los cuales peluqueras o mujeres jóvenes de comarcas rurales o los brujos de las tribus han actuado como promotores de salud. La estrategia en todos los casos responde a la misma preocupación: trasladar el mensaje en aquellos contextos que generen confianza y faciliten la comunicación.

Parece evidente, por tanto, que aspectos culturales tan comprensibles como los expuestos tienen incidencia en salud, pero quizá aún quede por resaltar lo más importante en la relación entre la cultura y la salud: la creación cultural de lo saludable.

## UN MODELO SOCIO-CULTURAL DE ACCIÓN EN SALUD

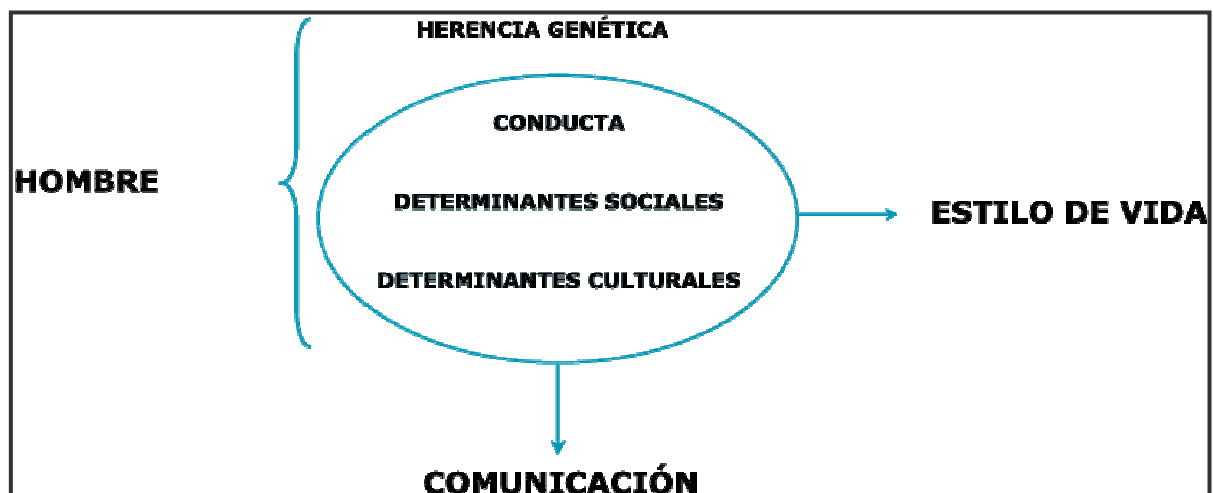
Algunos autores han afirmado que la salud y la enfermedad son construcciones sociales, lo que sería lo mismo que decir que ambos conceptos están elaborados culturalmente (Searle, 1997; García Ruiz, 1999). Es decir, lo que una determinada cultura reconoce como enfermedad, puede ser perfectamente un estado saludable para otra civilización, y eso tiene una enorme influencia en que unos hombres

enfermen y otros no, en que unos hombres se sientan enfermos y actúen como tales y otros no.

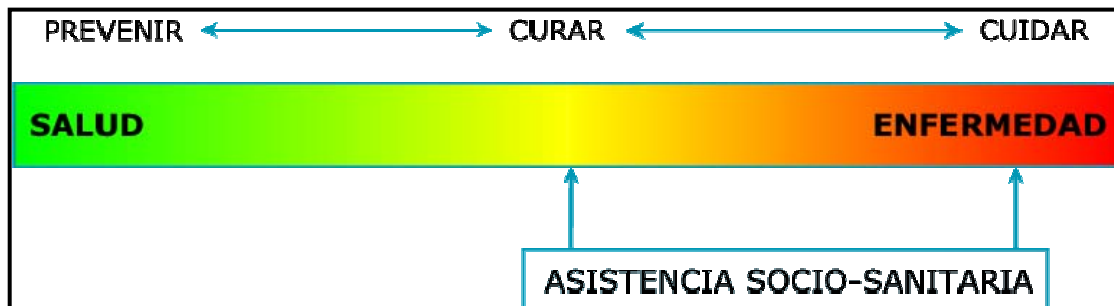
Mi propuesta parte de ese reconocimiento de la diversidad de "saludes" (¿se han dado cuenta de que nunca hablamos de este concepto en plural?) y enfermedades según la historia, la tradición, las costumbres, las religiones y los usos de las diversas regiones del planeta, de los diversos pueblos y culturas. Lo primero en este modelo, por tanto, es caracterizar a qué nos referimos cuando hablamos de salud y enfermedad. Mejor dicho, comprender lo que entienden como salud y enfermedad los integrantes de la comunidad sobre la que queremos actuar. Y no acaban aquí los determinantes culturales de la salud.

Tenemos que tener en cuenta que poco se podrá hacer por la vía de la imposición. Por ejemplo, por muy testadas que estén las mamografías para diagnosticar precozmente el cáncer de mama, poco conseguiremos con esta acción preventiva si la sociedad a la que la queremos aplicar considera una ofensa que la mujer desnude su torso en una consulta sanitaria. Ante esta situación la única medicina posible se llama consenso, diálogo intercultural, comunicación.

Pero la comunicación no solo actúa sobre aspectos culturales, sino que también tiene su papel en el medio social y en la conducta de las personas. Es una herramienta de salud, por tanto, en todo el espacio de lo que algunos autores denominan estilos de vida (Giddens, 2004). Así pues de aquellos factores que determinan la salud del hombre y de las poblaciones, excluyendo el sistema de atención sanitaria, la comunicación está firmemente presente excepto en la herencia biológica. ¿Ocurrirá esto último durante mucho tiempo?, por cierto.



En lo que se refiere al sistema sanitario de cada nación, región o localidad, este modelo plantea la reflexión sobre el continuo salud-enfermedad desde la apuesta por la prevención (en la zona verde del siguiente gráfico) antes que por la curación (en la zona roja), sabiendo como sabemos que ésta no es la elección mayoritaria de los estrategias de salud de nuestro viejo planeta (zona azul del gráfico), con los que deberemos continuar un diálogo ya comenzado. La estrategia que se adopte respecto al sistema sanitario es esencial y, por el momento, deberemos limitarnos a afirmar que todo lo que oriente el modelo hacia la atención primaria, en principio, parecería una buena noticia.



Así las cosas y llegados a este punto convendría dejar claros los principales cambios que planteo con el modelo socio-cultural de acción en salud respecto a antiguos o presentes paradigmas. Cambios en el objeto sobre el que se actúa (la salud), cambios en el modo de acción (prevenir), cambios en el sujeto agente (el salubrista), en los lugares más propicios para trabajar en pro de la salud (hogares y barrios), en el sujeto paciente (población), cambios también en la mirada (visión integral del hombre), en la medición de los logros y de los desafíos (sensores), en los resultados (aportación de vida a los años) y cambios finalmente en los factores mediadores (aquellos que privilegien la protección de la salud).

DEL VIEJO AL NUEVO PARADIGMA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENFERMEDAD</li> <li>• CURAR</li> <li>• MÉDICO</li> <li>• HOSPITALES</li> <li>• INDIVIDUO</li> <li>• VISIÓN ORGANICISTA DEL HOMBRE</li> <li>• INDICADORES</li> <li>• PATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA</li> <li>• FACTORES DE RIESGO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SALUD</li> <li>• PREVENIR (CUIDAR)</li> <li>• SALUBRISTA</li> <li>• BARRIOS/HOGARES</li> <li>• POBLACIÓN</li> <li>• VISIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE</li> <li>• SENSORES</li> <li>• APORTACIÓN DE VIDA A LOS AÑOS</li> <li>• FACTORES DE PROTECCIÓN</li> </ul>

De la lista precedente no hemos hablado todavía de tres de los cambios: dos de ellos resultan muy intuitivos, pero no así el restante.

Parece obvio que la recuperación de la familia, los hogares, el círculo social inmediato y el barrio como *locus* de salud tiene una convergencia natural con los planteamientos del modelo socio-cultural. Algo parecido ocurre con los factores de protección, de los que a simple vista se puede adivinar un sentido positivo respecto a la negatividad implícita en los factores de riesgo (de los que tampoco debemos olvidarnos en nuestra propuesta).

El cambio de indicadores a “sensores” para obtener mediciones más fiables de los desafíos y de los éxitos en la acción de salud es ciertamente la aportación más sensible a este modelo por lo incipiente de la reflexión y por lo osado del planteamiento. La reflexión nace de la necesidad de nuevos métodos de comprobación y control, que está presente entre los salubristas y sobre todo entre los epidemiólogos, cuyos razonamientos más avanzados dibujan un futuro en el que la clave para evaluar la salud de una población no reside en buscar indicadores más fiables y complejos, sino en subvertir los diseños actuales de medición basándose en las posibilidades que nos abren las nuevas tecnologías y las innovaciones del S.XXI.

Me explico. De manera análoga a como las neurociencias están aparcando las viejas formas de evaluar de la psicología por medio de la tomografía por emisión de

positrones o las resonancias funcionales, los sensores<sup>5</sup> suministrarían una medición más objetiva y menos sesgada de la que nos han procurado hasta el momento los indicadores que dependen de las respuestas -verdaderas o falsas- de los sujetos (tests y encuestas de salud). Los sensores medirían las acciones relacionadas con la salud de los sujetos, independientemente de la intervención del propio individuo estudiado, del sanitario o del encuestador. Lo que salga de ese dato sería absolutamente fiable y utilísimo en términos de salud pública.

Ahora bien, surge la gran cuestión de cómo hacemos compatibles la intrusión en la privacidad provocada por la medición con los derechos humanos individuales, sobre todo en asuntos tan sensibles como las conductas sexuales de riesgo o el consumo de drogas. Evidentemente, la exactitud del cálculo siempre nos sitúa en una mejor comprensión de la realidad, sin embargo me preocupa el riesgo de que esta tendencia pudiera convertirse en algo deshumanizador. Estemos atentos al futuro. Más evidencia sí, pero no a cambio de una vigilancia total de las personas al estilo orwelliano.

Me he guardado para el final del capítulo una cita que considero especialmente afortunada para resumir mi aportación:

*"In the past, most major changes in medicine were the product of new scientific discoveries, medical equipment, and techniques. Today, some significant changes are occurring because of the research of social scientist and humanist, applied not only to medical practice and the health care industry, but also to larger issues of public health." (Jackson y Duffy, 1998).*

Nunca la acción en salud tuvo tantos retos como en el siglo XXI, pero tampoco nunca supimos que somos tantos los que podemos enfrentarnos a ellos.

---

<sup>5</sup> Palabra extraída de una sesión formativa ofrecida en Madrid por el epidemiólogo social Thomas Glass, de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, en enero de 2008.

## BIBLIOGRAFÍA

- GARCIA RUIZ, Pablo (1999). El laberinto social (3ª edición). EUNSA. Pamplona.
- GIDDENS, Anthony (2004). Sociología (4ª edición). Alianza Editorial. Madrid.
- HASTINGS CENTER. (2004). Los fines de la Medicina. Traducción al castellano realizada por la Fundación Grifols.
- JACKSON, Lorraine D. y DUFFY, Bernard K. (1998). Health Communication Research. A Guide to Developments and Directions. Greenwood Press, Wesport.
- ROSE, Geoffrey. (1981). "Strategy of Prevention: Lessons from Cardiovascular Disease". *British Medical Journal*, Vol. 282, pp.1847-51.
- ROSE, Geoffrey. (1985). "Sick Individuals and Sick Populations". *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, número 1, pp. 32-38.
- SEARLE, John R. (1997). La construcción de la realidad social. Paidós. Barcelona.
- UGARTE, Aitor; MENÉNDEZ, Tania y CUESTA, Ubaldo (2008). Prensa escrita y salud en Madrid. Monográfico. Facultad CCII UCM. Madrid. En prensa.

Para citar este artículo:

**Ugarte Iturrizaga, Aitor** (23-12-2009). UN MODELO SOCIOCULTURAL DE ACCIÓN EN SALUD.

Calidad de Vida UFLO - Universidad de Flores

Año I, Número 3

1850-6216

URL del Documento : <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1187>