

# Unidad N° 1

## El concepto de Salud

### El concepto de Salud

Si le preguntamos a varias personas que entienden por *salud*, seguramente obtendremos una variedad de respuestas: algunos dirán que es *no estar enfermo o enfermarse poco*, otros que es *sentirse bien*, otros que es *poder vivir como desean hasta una edad avanzada, desarrollarse plenamente, sostener una calidad de vida aceptable, vivir en armonía con el medio ambiente* y así...

Reconocer que todas las personas no entienden lo mismo cuando decimos *salud* nos permite avanzar en la conceptualización de la práctica referida a **promover, mantener y recuperar la salud desde un enfoque de equidad y de derecho**.

Nos referimos tanto a la *salud* como la entiende el equipo, como así también a la *salud* tal como la entienden las diversas comunidades y cada uno de sus integrantes. Pero sobre todo, nos referimos a que estas ideas de salud pueden coincidir o no y, a que es responsabilidad del equipo de trabajadores del centro advertirlo, para comprender mejor las necesidades de la comunidad.

Sea cual sea la concepción de salud que tenga una determinada comunidad y sus integrantes, ésta orienta el modo en que la comunidad cuida y conserva la salud. También las prácticas del equipo se asientan en determinados supuestos de qué es la salud y suponen opciones acerca de cómo cuidarla, como así también de cómo organizar los servicios.

Al finalizar esta unidad podrás:

- Reconocer distintas conceptualizaciones sobre salud y enfermedad.
- Analizar los determinantes de la salud y sus principales dimensiones.

### ¿Qué entendemos por salud?

#### ACTIVIDAD

Seguramente habrás escuchado y observado que las personas que te rodean cuidan su salud de diferentes maneras, como así también, hablan de la salud y de la enfermedad como algo cotidiano, que no siempre se resuelve concurriendo a la consulta médica.

Te proponemos que escribas o cuentes con tus palabras qué es para vos la **salud**.

.....  
 .....



También te proponemos que les preguntes a algunos de tus compañeros que trabajan en el CS (médico/a, enfermera/o, psicóloga/o, trabajador/a social, administrativa/o) y a otras personas con las que tengas contacto en estos días (vecinos de la comunidad, maestros, policías, bomberos, sacerdotes, etc.) qué es para ellos la **salud**.

.....  
 .....

Observá las respuestas y comentá tus conclusiones con tus compañeros del curso, ¿qué coincidencias y diferencias encuentran?

.....  
 .....

Conservá las respuestas, las usarás a lo largo de la unidad.



Es importante pensar que todas las respuestas son válidas. Dado que no existe un concepto único y universal de salud, tendremos que construir en forma conjunta una idea de salud que podamos compartir y que integre nuestras diferentes miradas.

Ahora bien, la salud es considerada en todas las culturas un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de las personas, como de la sociedad misma.

Sin embargo, no todos entendemos lo mismo a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto particular sino una construcción sociocultural relativa a *cada momento histórico y a las diferentes culturas*.

En tu práctica diaria como trabajador del primer nivel de atención (como agente sanitario y/o promotor de salud, como auxiliar de enfermería o administrativo) tenés contacto con personas y familias de tu misma comunidad, con las que dialogás, creás vínculos y a los que acompañás en la resolución de los problemas de salud.

Mediante el vínculo con la gente podemos reconocer las distintas representaciones o imágenes sobre la salud. Por ejemplo, por los motivos de consulta: algunas madres traen rápidamente a sus hijos a la consulta por fiebre, diarrea, vómitos, problemas respiratorios; otras demoran un poco más, porque piden ayuda a sus familiares, vecinos, curanderos, o inclusive, a la farmacia más cercana.

Seguramente estas situaciones te han llevado a reflexionar sobre por qué algunas personas tienen sentimientos y comportamientos diferentes frente a problemas similares.

Entonces, nos podemos preguntar:

- ¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud y de enfermedad?
- ¿Cómo cuidan la salud las personas que te rodean?, ¿y las que concurren al centro de salud?
- ¿Por qué las personas responden de variadas maneras a los problemas de salud?

- ¿De qué enferman las mujeres y los hombres de la comunidad? ¿Las mujeres se enferman igual que los hombres?
- ¿Qué manifestaciones culturales encontrás en tu comunidad acerca de la salud?

## ACTIVIDAD

Te presentamos algunos conceptos diferentes de salud. Leélos detenidamente y comparalos entre sí y con las definiciones que recogiste en la actividad anterior.

*“La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” Sigerist (1941).*

*“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” OMS (1945)*

*“El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”. R. Dubos (1995)*

*“El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada” (OMS Europea-1985)*

*“La salud es el equilibrio entre las fuerzas naturales y espirituales entre los individuos y las comunidades. La salud se ve como un todo holístico de bienestar físico, moral, social, espiritual y el equilibrio cósmico, un todo. La enfermedad existe por desequilibrio, por avasallamiento y falta de convivencia armónica” (integrante de una comunidad aborigen en el Taller sobre interculturalidad en Salud -Representantes de diferentes organizaciones Territoriales Indígenas y el PMC-Ministerio de Salud de la Nación- Ciudad de Buenos Aires-Octubre 2009)*

- ¿Qué encontrás al revisarlas?
- ¿Se refieren todas a lo mismo?
- ¿Sitúan la salud en los mismos aspectos de la vida?
- ¿Hay coincidencias con las definiciones que habías recogido antes en los integrantes del CS y de la comunidad?, ¿con la tuya propia?

Compartí con tus compañeros del curso y el tutor estas reflexiones. Pueden intentar construir una definición conjunta de lo que es la salud, si lo consideran necesario.



Para muchas personas *estar sano* es lo mismo que *sentirse bien*, esta sería una muy buena definición y hace alusión a la **salud percibida**.

En otros casos, algunas personas se definen a si mismas como *sanas* cuando saben o suponen que *no están enfermas*, aquí la salud se define por la **ausencia de enfermedad**.

Los médicos suelen utilizar dos conceptos de *salud* para reconocerla en una persona dada:

- Salud como **normalidad**, cuando el médico examina a una persona y verifica que una serie de características se encuentran en valores normales; por ejemplo, estatura, peso, frecuencia cardíaca, glucemia. Este concepto se basa en la *normalidad estadística*, es *normal* lo que se observa con más *frecuencia*.
- Salud como **ausencia de enfermedad**, cuando el médico busca en la persona *signos* (lo que se puede evaluar y ver) o *síntomas* (lo que la persona siente, el malestar) de las enfermedades con más probabilidades de ocurrir debido a su edad, antecedentes, características del ambiente donde vive, condiciones sociales y no los encuentra, concluye que la persona está *sana* o, mejor dicho, *probablemente sana*.

En estos últimos ejemplos, las concepciones de salud están construidas desde los *saberes profesionales* de las personas.

Veamos un ejemplo para reflexionar:

Un paciente diabético tipo 1 recibe su tratamiento con inyectables de insulina subcutánea desde los 6 años. Está controlado, cumple con todas las indicaciones farmacológicas y sigue el tratamiento. No presenta ninguna dificultad.

- *Qué te parece: ¿esta persona está enferma?, ¿está sana?*
- *Discútilo con tus compañeros.*

Sintetizando, hasta aquí hemos visto que la salud se corresponde con ideas diferentes, que se vinculan con el valor de la vida, el modo en que las diferentes culturas conciben a las personas y su lugar en el mundo, entre los demás seres vivos, la relación que el hombre y las sociedades mantienen con el ambiente, los valores morales, las creencias, las formas de producción y consumo, costumbres, lenguas ... En definitiva, la cultura es el escenario desde el cual miramos y concebimos la salud, por eso afirmamos que **la salud es un concepto socialmente construido**.

## Un poco de historia sobre el desarrollo del concepto de salud

Siempre ha sido más fácil caracterizar la situación de *enfermedad* que la de *salud*. Quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitantes que produce la enfermedad fueron las que obligaron a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o mitigarlas.

Mencionaremos aquí sólo algunas concepciones de la evolución de las ideas sobre **salud y enfermedad**. Cada uno de esos momentos y concepciones ha implicado, también, un modo de conservar y recuperar la salud.

Como todo producto cultural, la salud no es un concepto que se mantenga idéntico a si mismo a lo largo del tiempo. De hecho, podemos reconstruir diferentes sentidos que ha ido adquiriendo en diferentes sociedades, en diferentes momentos históricos y en diferentes culturas.

En la antigua China se creía que el cielo, la luz, la fuerza, el frío, la humedad y otros elementos de la naturaleza, influían sobre la salud. Otras culturas pensaban que la enfermedad y la muerte estaban causadas por espíritus malignos. Así, las enfermedades en un comienzo consideradas mágicas, se vinculaban fuertemente con lo sobrenatural y quienes las curaban eran aquellos que podían involucrarse con estos espíritus, eran brujos, magos o chamanes.

En la cultura occidental, mientras los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, los romanos desarrollaron el interés hacia la enfermedad.

Con el advenimiento de la modernidad y los grandes descubrimientos en física y química, la fisiología humana se asocia al concepto de *máquina* y por lo tanto, la enfermedad comienza a ser entendida como el desvío del funcionamiento, y la cura, la reparación del mismo. De este modo la medicina llega a subordinarse a la biología y los seres humanos a ser mirados a través de sus órganos y de sus aparatos.

En la segunda mitad del siglo XIX, el descubrimiento de los gérmenes dio lugar a la **teoría microbiana**, que alentó la idea *causa única*, según la cuál para dominar las enfermedades sólo se requería descubrir para cada enfermedad, su causa. Esta teoría tuvo una repercusión tan importante que los médicos hicieron enormes intentos por asociar prácticamente todas las enfermedades conocidas a un *agente causal contagioso específico*. Así, se facilitó el desarrollo de los antibióticos y las vacunas, considerados algunos de los logros más valiosos de la medicina científica.

Pero, como la evolución de los conceptos no se detiene, la teoría microbiana llegó a mostrarse insuficiente para explicar un gran número de enfermedades. Con la mirada puesta en los numerosos factores que intervienen en la producción de enfermedades, por contraposición de la causa única, los científicos arribaron a la sustitución de este modelo por otro: el de la *multicausalidad*.

La denominación *multicausal* hace alusión a la interacción de varios factores de diverso origen y naturaleza: sociales, ambientales, económicos y otros en la ocurrencia de enfermedad. A partir de este momento la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable, de equilibrio entre el organismo humano y el ambiente, resaltándose la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se comienza a hablar entonces del *proceso salud-enfermedad*.

Hoy por hoy, nuestras concepciones de salud están fuertemente influidas por la **mirada multicausal**. Nos parece *natural*, pensar la salud y la enfermedad como un **proceso**, como una **construcción** y buscamos activamente los **factores** y **variables** que intervienen en su definición.

Hasta donde hoy sabemos, son muchos los factores que -actuando a nivel del ambiente humano- determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos, e incida -con mayor o menor peso- en determinados grupos poblacionales. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el desarrollo de una o más enfermedades específicas, solo entendidas en ese contexto.

## El concepto de *campo de la salud*

Una de las más conocidas contribuciones teóricas al pensamiento sanitarista lo constituye el *Informe Lalonde*<sup>1</sup>, producido en Canadá en 1974. Este trabajo constituyó un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en salud pública, ampliando la comprensión de la salud.

M. Lalonde introduce con el concepto de *campo de la salud* un *modelo de análisis* que resulta útil para conocer cómo la conjunción de varios componentes afecta la salud de un país.

Este trabajo identifica -mediante el examen de las causas y los factores básicos de la enfermedad y la mortalidad en el Canadá- cuatro componentes que afectan el grado de salud en su territorio, ellos son: *la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida* y *la organización de la atención*. Así, se conceptualiza lo que llama el **campo de la salud** caracterizándolo a partir del modo en que cada uno de estos elementos afecta el grado de salud del país.

A continuación te presentamos algunas citas del informe original<sup>2</sup>:

### **Biología humana**

*El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo (...)*

### **Medio ambiente**

*El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control (...)*

### **Estilo de vida**

*El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control.*

### **Organización de la atención de salud**

*La organización de la atención de salud (sistema de atención de salud) consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios (...)*

Los cuatro componentes que propone M. Lalonde abarcan muchas de las dimensiones que pueden dar origen a problemas de salud, o bien, que de algún modo pueden contribuir -a partir de su combinación o participación- a producirlos. Decimos *muchas* por que en este marco teórico no se incluyen por ejemplo los modelos económicos de un país y otras variables como determinantes de enfermedades.

Así, el concepto de *campo de la salud* se constituyó en un instrumento para el análisis de los problemas y de las necesidades de salud pública, brindando un modelo sencillo de análisis de los problemas de salud para una población.

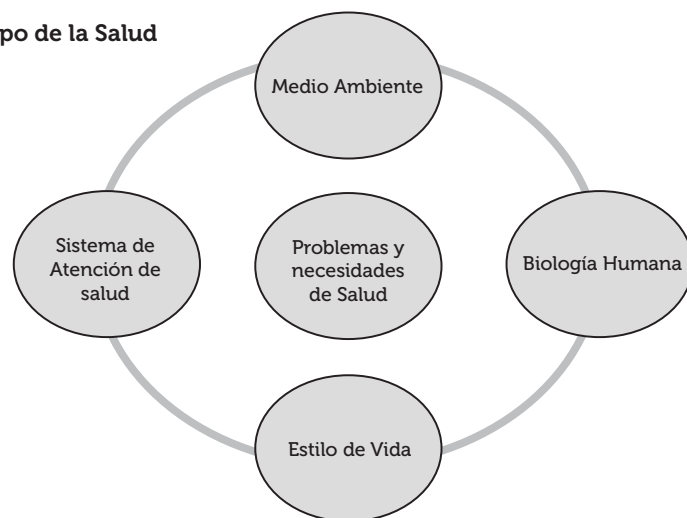
Entre los rasgos de este concepto encontramos su *amplitud*, su capacidad de abarcar diversas variables. Muchos problemas de salud pueden ser causados por algunos de los componentes del campo de la salud o por una combinación de los mismos. En consecuencia, esta característica lo hace valioso, porque asegura la consideración de diversos aspectos de la salud y de los actores intervinientes.

El gráfico a continuación esquematiza el modo en que el concepto de campo de la salud mira los problemas de salud pública.

1. LALONDE, MARC:  
El concepto de campo de  
la salud: una  
perspectiva canadiense.  
En: Promoción de la  
Salud: Una Antología,  
OPS- OMS, Washington,  
DC, Publicación  
Científica N° 557, Págs.  
3-5. 1996

2. Extraído de: El  
informe Lalonde, A  
New Perspective on the  
Health of Canadians  
(Nueva perspectiva de la  
salud de los canadienses)  
(1974)

## Campo de la Salud



### ACTIVIDAD

Te proponemos reflexionar a través de un caso:

.....

*Una joven mujer asiste al Centro de Salud con su niño de cinco años de edad con diarrea y deshidratación severa. El cuadro que presenta el niño requiere de una derivación al hospital. En el CS no hay ambulancia y la madre no cuenta con recursos para el traslado.*

*La madre del niño refiere haber consultado en repetidas oportunidades por el mismo cuadro clínico. Diariamente lo deja al cuidado de su hijo mayor de 10 años ya que su trabajo es el único ingreso familiar.*

*En el barrio no hay red de agua potable, utilizan para consumo agua de pozo y de lluvia sin ningún método de potabilización de la misma. Se acumula basura en las esquinas y en los márgenes del arroyo, donde los niños suelen bañarse en verano.*

*El responsable del Centro de Salud afirma que la diarrea sigue siendo una de las principales causas de consulta.*

.....

Desde la concepción de *campo de la salud* trabajada:

- ¿Es posible identificar los diferentes componentes que intervienen en este caso?
- ¿Cómo están involucrados en esta problemática?

Compartí tus ideas y conclusiones con los otros compañeros del curso y con el tutor



## La salud desde un enfoque *ecosistémico*

La concepción del *campo de la salud* sostiene que las condiciones ambientales y los estilos de vida son -al menos- tan importantes para la salud como la asistencia médica. Sin embargo, se sabe que los recursos existentes se dirigen mayoritariamente a la asistencia.

Por lo tanto, uno de los principales retos de las ciencias de la salud es reconocer las variables de otro orden que intervienen en los problemas de salud. En esta línea, se ha desarrollado el concepto de *modos de vida saludables*. Y, acompañando este concepto se han diseñado estrategias de recuperación de la salud que en vez de enfocar en las personas enfermas, enfocan el cuidado de la salud, que incluye también *el cuidado de personas con problemas de salud*.

Si centramos nuestra atención en las relaciones que las personas mantienen con el suelo, aire, agua, flora y fauna, nuestra visión de lo que es la salud cambiará sustancialmente respecto de los modelos biologicistas y, seguramente, nuestros valores acerca de qué es estar sano y qué estar enfermo.

Algunos enfoques como el de *Ecosalud* reconocen los nexos difíciles entre los humanos y su ambiente biofísico, social y económico, que se reflejan en la salud del individuo. El enfoque ecosistémico en salud está relacionado con el desarrollo global de la ecología durante la segunda mitad del siglo XX.

Para aquellos pensadores con una visión holística, la humanidad, con sus aspiraciones y su universo cultural, social y económico, está en el centro del ecosistema, ocupando una posición de igual peso que la de los parámetros biofísicos. Los elementos vivos y no vivos de la naturaleza interactúan con un equilibrio dinámico que, mejor manejado, debería asegurar el desarrollo sostenible de las comunidades humanas.

Esta línea de pensamiento introduce la idea del *desarrollo sostenible*, entendido como *el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades*. Hombres y mujeres, la humanidad toda, están en el centro de los intereses del desarrollo sostenible.

Es imposible mejorar el ambiente sin incluir a los seres humanos, junto con los inherentes problemas sociales, culturales y económicos, en relación con los recursos

naturales. En el enfoque ecosistémico se da igual importancia al manejo ambiental, a los factores económicos y a las aspiraciones de la comunidad. La economía, el ambiente y las necesidades de la comunidad afectan la salud del ecosistema. Este enfoque promueve la acción positiva en el ambiente y mejora la salud y el bienestar de la comunidad.

Estas nuevas conceptualizaciones indican que las concepciones de la salud se están moviendo desde una perspectiva *antropocéntrica* hacia otra *biocéntrica*, en la cual, el hombre funciona como parte del ecosistema, pero no como centro, se trata de un integrante más. El respeto, la inclusión, la equidad y la sustentabilidad vital son elementos funcionales del ecosistema.

## La salud desde un enfoque de *género*

El enfoque de género en salud permite visualizar las inequidades existentes entre mujeres y hombres permitiendo en consecuencia realizar intervenciones que se ajustan a las necesidades de cada uno.

En términos de equidad, el sector salud se enfrenta a la exigencia de responder a las necesidades y riesgos ligados a la función reproductiva que suele recaer predominantemente sobre el sexo femenino.

La atención dirigida a aspectos de salud de las mujeres vinculados directamente a su función reproductiva ha sido y es muy importante. No obstante, la atención dirigida a la salud de las mujeres en los demás aspectos de la salud ha sido y es -en general- escasa. Así también no es suficiente la consideración de las circunstancias del ambiente social y económico que afectan la habilidad de las mujeres para proteger y promover la salud propia y la de sus familias.

Sabemos por distintas fuentes que las mujeres enferman no sólo por causas vinculadas a la reproducción, sino también por causa de las distintas formas de violencia de género, a la sobrecarga en la atención familiar, a la falta de valoración del trabajo fuera del hogar y a la falta de cuidados en general.

El trabajo en equipo y la reflexión en este sentido, es también una herramienta que permite fortalecer dicha perspectiva, pues puede redundar en el empoderamiento de las mujeres, posibilitando identificar las desigualdades, desarrollando respuestas más adecuadas para ellas y reconociendo la necesidad de un abordaje intersectorial que garantice efectivamente sus derechos, centrando la mirada en la prevención y promoción de la salud.

Por todo ello, el trabajo del equipo debe ser planteado desde un enfoque de género que ponga de manifiesto la posición de hombres y mujeres, para poder actuar en consonancia y disminuir las inequidades.

## Los determinantes de la salud

*“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedades son una pobre causa”*

**Ramón Carrillo**

Luego del recorrido que hemos transitado en relación a la evolución del concepto de la salud, definir los procesos de salud enfermedad como expresión de las condiciones de vida de los diversos grupos de población nos permite conocer la complejidad de los determinantes que producen enfermedades en los individuos y las poblaciones.

En este sentido, resulta difícil separar la descripción y explicación que se tenga acerca de la situación de salud de una población desde las cuales un sujeto o un grupo describen y explican<sup>3</sup> estos fenómenos. De este modo, la situación de salud de un determinado grupo de población es el resultado de un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor determinado.

Como mencionamos anteriormente, la salud es un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo sustentable de las sociedades, que el Estado debe garantizar. Pero asegurar este derecho no se limita a asegurar el acceso equitativo a los servicios de atención de salud, sino que implica asegurar un conjunto de condiciones de vida y de trabajo que son relevantes para la salud y/o, por su contrario, para explicar desigualdades en salud.

Según la Carta de Ottawa<sup>4</sup>, las condiciones y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

*“Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud.*

*El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud. Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos (...)*<sup>5</sup>.

Con las consideraciones antedichas la Carta de Ottawa introdujo la idea de *calidad de vida*, entendida como un conjunto de variables que intervienen a favor, o en detrimento de la salud, permitiendo garantizarla, o bien facilitando su pérdida.

De este tipo de conceptualización surge también la idea de que hay modos de vida que producen más salud. Ahora bien, estas conceptualizaciones tienen valor en tanto y en cuanto se comprenda que el conjunto de variables que intervienen en la producción de los estilos de vida no siempre están al alcance directo de la voluntad de los individuos. Factores políticos, económicos, sociales y ambientales son los que

3. CASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987

4. La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000.”

5. Texto de la carta de Ottawa- Carta de Ottawa para la promoción de la salud en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvs-deps/fulltext/confi.pdf>

influyen en los individuos y comunidades, y muchas veces, se imponen irremediamente, redefiniendo sus voluntades e incidiendo en las formas de vivir.

Tomemos, por dar un ejemplo, las características de infraestructura en la vida de comunidades urbanas o rurales. La falta de cloacas y agua potable determina condiciones de vida a la que los pobladores de determinadas comunidades y barrios no pueden escapar. Y, si bien es cierto que existe la capacidad de agruparse para dar soluciones temporales al problema (cisternas para juntar agua, métodos de potabilización, pozos ciegos realizados en condiciones de mayor seguridad, etc.), estas condiciones señalan diferentes puntos de partida para la vida y la salud de esa población en comparación con otras que no presentan esas problemáticas, respecto de sus condiciones básicas de salud.

Como además, nuestro ejemplo trata sólo de una o dos variables (agua potable y cloacas) y, un análisis de la realidad debería considerar muchas otras que, -a su vez-, están en interacción constante con ellas, es fácil concluir que promover la salud es una meta de diversa dificultad según sean las condiciones de partida: políticas, socioeconómicas, culturales, del medio ambiente, personales y biológicas.

Sintetizando, **promover la salud y vivir saludablemente** es una meta compleja, para la que hace falta algo más que proponérselo.

Por ello, la Carta de Ottawa también señala<sup>6</sup>:

*“(...) Los lazos que, (...), unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.*

*El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes (...)*”

Estas afirmaciones dan lugar a otras características de la vida humana que también inciden en los estilos de vida saludables: la necesidad de tiempo para el trabajo y tiempo para el ocio, el uso razonable de los recursos naturales para no agotarlos y permitir su regeneración y, finalmente, la necesidad de que tanto las naciones como las sociedades, comunidades e individuos se comprometan, es el propósito de sostener una **calidad de vida saludable**.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud también proporciona un marco conceptual para valorizar el significado que tiene para la comunidad una determinada condición en la realización de su derecho a la salud.

La Organización Mundial de la Salud<sup>7</sup> define a los **Determinantes de la Salud** de la siguiente forma:



*(...) circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida. Las personas que están más abajo en la escala social, usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Las desventajas pueden manifestarse de forma absoluta o relativa y la tendencia a concentrarse entre las mismas personas, y sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida. Si las políticas no logran enfrentar esos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social. (OMS, 2003)*

Reconocer los determinantes sociales, nos permite advertir que las desigualdades en salud son evitables, y por ello, injustas.

Se entiende por **determinantes sociales** de la salud *las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud*<sup>8</sup>.

El lugar que cada una de las personas ocupa en la jerarquía social no sólo determina un acceso -muchas veces inequitativo- a bienes y servicios que garantizan derechos humanos universales, sino también, una distribución -muchas veces desigual- del control, la influencia, el prestigio y el poder en la sociedad.

Existen diversos modelos conceptuales que permiten comprender la relación entre los determinantes sociales de la salud y las inequidades observadas<sup>9</sup>. Veamos a continuación, un esquema<sup>10</sup>.

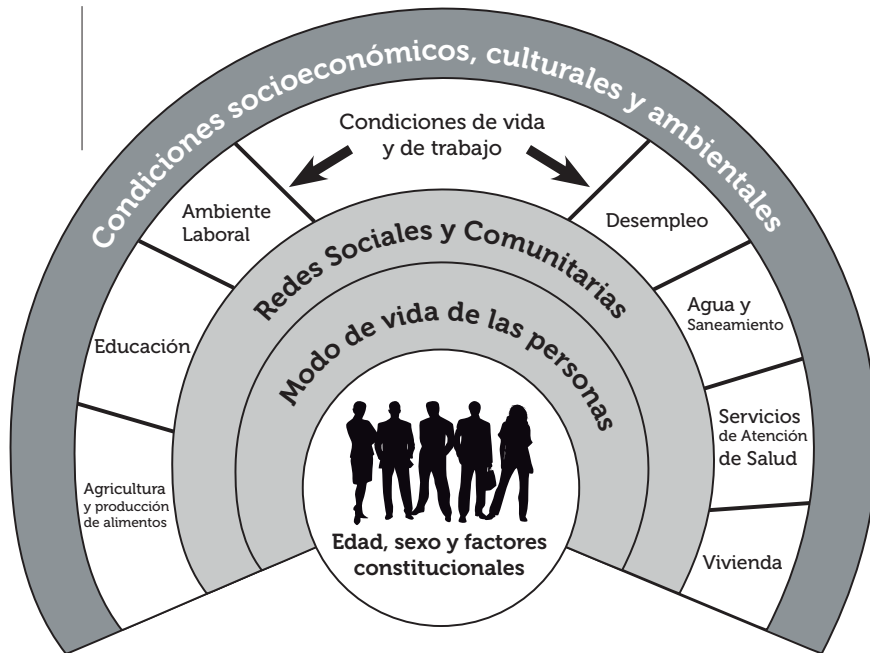
7. OMS (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO- Europe.

8. TARLOV, A: Social determinants of health: the sociobiological translation, 1996.

9. Secretaria técnica de CSDH, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, Abril de 2007.

10. Extraído y Adaptado de DAHLGREN, G., WHITWHEAD, M., Policies and strategies to promote social equity in health, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991.

6. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/confi.pdf>



Este modelo dispone los **determinantes sociales** de la salud en diferentes *capas* superpuestas, representándolos según su proximidad o distancia a los individuos y sus familias.

El centro del esquema representa aquellos factores individuales que se relacionan con la salud y en la capa siguiente los determinantes más próximos a los sujetos como los modos de vida. En la capa externa, los determinantes sociales más estructurales que inciden sobre las inequidades en salud como las condiciones económicas, sociales y ambientales.

Vemos como las alianzas estratégicas y las redes sociales y comunitarias muestran un camino para avanzar efectivamente en el proceso de apoyo a las comunidades.

Las organizaciones comunitarias se encuentran estrechamente vinculadas siendo las redes sociales que conectan personas, grupos y organizaciones la base de la integración social y la forma de llegar a la solución de problemas apremiantes.

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados **determinantes estructurales de inequidades en salud**. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud y el bienestar, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Quiere decir que la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino *producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales*, como la calidad de vivienda y *circunstancias psicosociales*, incluyendo el

estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal<sup>11</sup>.

Muchos autores trabajan sobre esta idea de *determinantes de la salud*, identificando diversos factores que inciden en los procesos del enfermar.

Según Breilh<sup>12</sup>:

*Los procesos de salud-enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que inciden en los modos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiares e individuales y las relaciones con la naturaleza y el territorio social (Breilh, 2003).*

## ACTIVIDAD

En esta actividad te pedimos que retomes la **Actividad 1b** del material de presentación del Curso, donde registraste información sobre la comunidad con la que trabajás en tu tarea diaria y que completes dicha información observando las **condiciones** (servicios disponibles, ambiente, viviendas, situación laboral, etc.), la **composición de las familias**, las **formas de cuidado** y la **protección de la salud** de sus miembros, con vistas a caracterizar el modo en que estos factores actúan como determinantes de la salud de la comunidad.

Te proponemos algunos aspectos para tener en cuenta en la observación y la caracterización:

*Aspectos de Vivienda y de Servicios disponibles en el área programática:*

.....

*Aspectos referidos a la Familia:*

¿Cómo se componen habitualmente los grupos familiares?, ¿quién o quiénes están a cargo del cuidado de niños, niñas, ancianos y discapacitados?

.....

*Aspectos referidos al Trabajo:*

¿En qué trabajan los integrantes de la comunidad?

.....



11. Comisión on Social Determinants of Health, *Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional*. OMS, 2005.

12. <http://www.docstoc.com/docs/28601425/Determinantes-sociales-de-la-salud-enfoque-para-comprender>

*Aspectos referidos a la Niñez:*

Si hay niños y niñas ¿juegan?, ¿dónde?, ¿van a la escuela?, ¿hay un jardín de infantes cerca?

Si hay otras instituciones dedicadas a la niñez ¿qué servicios ofrecen?

.....

.....

*Aspectos referidos a la Escolarización:*

¿Los niños, van a la escuela?, ¿dónde queda la escuela?, ¿a qué distancia?

Los adolescentes y jóvenes ¿asisten a las escuelas?

Los padres las madres y/o adultos responsables ¿fueron a la escuela?,

¿hasta qué nivel?

.....

.....

*Alimentación:*

¿Qué tipo de alimentación consumen con mayor frecuencia las familias?

¿Tienen alguna producción familiar o comunitaria de alimentos?

.....

.....

*Seguridad Social:*

¿Cuéntan con cobertura de seguridad social (obra social/mutual)?

.....

.....

*Esparcimiento:*

¿Cuéntan con espacios verdes o plazas? ¿Los niños se juntan a jugar?

¿Hay lugar para el esparcimiento de los adultos mayores? ¿Y espacios familiares y comunitarios?

¿Qué actividades desarrollan los integrantes de la comunidad en su tiempo libre?

.....

.....

*Otra información significativa que quieras agregar:*

.....

.....

Con toda esta información trata de caracterizar las condiciones de vida de tu comunidad y estimá si es posible para ella sostener un modo de vida saludable.

Comparte la información con tus compañeros y el tutor.

## Sintetizando...

En esta unidad desarrollamos las siguientes ideas:

- Existen diferentes modos de entender la salud y la enfermedad, que determinan aquello que se constituye como prácticas saludables y de cuidado de la salud.
- Las diferentes culturas que conviven en un mismo territorio pueden tener diferentes maneras de conservar la salud y de percibir la enfermedad.
- Las prácticas de atención de la salud se basan en las concepciones de las personas acerca de qué es la salud y de qué modo recuperarla.
- La responsabilidad de promover el compromiso de sostener una calidad de vida saludable es una responsabilidad de las comunidades pero también de los gobiernos y las naciones.
- El trabajo en equipo y la reflexión continua sobre las prácticas favorece la incorporación en la tarea cotidiana de los diversos enfoques sobre la salud permitiendo responder oportunamente a las necesidades de la población.





# Unidad N° 3

## Una Visión Intercultural de la Salud

### Introducción

En esta unidad nos proponemos ampliar la mirada sobre las ideas y prácticas culturales de la comunidad en relación a los cuidados de su propia salud, que son parte de los procesos salud - enfermedad - atención - cuidado de las personas que la integran.

Para comenzar, presentamos algunos interrogantes que trataremos durante el recorrido de la unidad:

- ¿Cómo inciden las diferentes ideas sobre la salud, el cuerpo y sus cuidados, la enfermedad y su atención, en el trabajo diario del equipo de salud?
- ¿Cuál es el posicionamiento del equipo de salud que trabaja en el centro ante la medicina que practica la comunidad?
- ¿Cómo inciden los procesos migratorios en la percepción de la enfermedad, su pronóstico y la forma de abordarla?

A lo largo de nuestra vida construimos creencias, saberes y teorías que guían nuestras prácticas de salud cotidiana. Estos saberes, son en general compartidos con la comunidad en que vivimos y trabajamos.

Aquello que aceptamos como *habitual* para cuidar la salud, no es necesariamente lo que para otras culturas y comunidades es *habitual* o *natural*. Por eso, es importante que como trabajador de la salud puedas escuchar atentamente aquello que las personas cuentan acerca de sus creencias y comportamientos respecto de los problemas de salud, como así también observar las prácticas que realizan para conservarla. Comprender la mirada que los otros tienen sobre su propia salud y enfermedad es el primer paso para establecer un vínculo sólido de respeto mutuo.

Al finalizar esta unidad podrás:

- Promover una actitud atenta y abierta frente a los problemas de salud de la comunidad.
- Fortalecer tu sensibilidad respecto a la diversidad cultural, para lograr la mejor calidad posible de atención.
- Desarrollar prácticas de salud respetuosas de las particularidades de la comunidad, complementando las medicinas tradicionales.

## Cultura y representaciones sociales

Para comenzar a hablar de interculturalidad es importante revisar y tener en claro a que nos referimos cuando hablamos de cultura y lo que representa para las personas, comunidades y pueblos.

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones que, son compartidas entre un grupo de personas.

Existen comunidades en las que confluyen una gran variedad de subgrupos, producto de migraciones (internas o de otros países) y de distintos grupos étnicos locales. Cada uno de estos grupos aporta un conjunto de conocimientos, saberes, mitos, prejuicios y creencias elaboradas en torno a la idea de salud y las causas de la enfermedad que se entranan y se comparten en un proceso de encuentro y articulación construido a lo largo de la historia de una comunidad o grupo étnico.

Para Jodelet las **representaciones sociales** son:

*"...una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social"; configuran lo que conocemos como 'conocimiento cotidiano', o de 'sentido común' o 'conocimiento ingenuo' ..."*

Estas ideas, conocimientos y creencias, muchas veces fundados en la experiencia de los grupos, coordinan toda una gama de prácticas sociales que van desde las formas de nacer, crecer, aparearse o estar en pareja, producir en la economía familiar, envejecer y morir, presentándose a través de diversos comportamientos humanos. Por su capacidad para organizar la vida de las personas, estas creencias se transmiten de generación en generación.

Cuando planteamos trabajos con grupos y comunidades, necesitamos tener en cuenta cómo juega la cultura y las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en esas comunidades y grupos, y también cómo juega el contexto social y económico, cómo juegan las instituciones de salud y los profesionales frente a esos mismos problemas.

Los saberes colectivos, las prácticas locales, los sanadores y los recursos de la comunidad, si bien son de gran valor en el contexto del mantenimiento general de la vida y la cultura de la gente, no siempre son suficientes a medida que se complejiza el perfil epidemiológico.

*Además de los cuidados necesarios para conservar la salud en general, fomentando un ambiente saludable y mejores condiciones de vida, en el caso de la tuberculosis se requieren insumos y terapéuticas para abordar integralmente este problema de salud y para obtener resultados efectivos.*

Una autoridad indígena originaria del Municipio de Cotagaiba-Potosí (Bolivia), sostiene:

*"...la madre tierra está muy cansada y necesita atención. De la misma manera que nuestra salud y la salud de nuestros niños está dañada por desnutrición, sarna, diarrea y otras enfermedades y necesita medicamentos. Ya no se puede tener solamente la asistencia de la partera y los curanderos, aunque ellos nos curan con cuidado, con respeto, paciencia y cariño..."*

Aceptamos la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar de cada pueblo, construida a lo largo de su historia, entonces habría culturas y no una sola cultura porque cada pueblo tiene historias diferentes.

### ACTIVIDAD

Presentamos a continuación algunos testimonios y diálogos que reflejan maneras de pensar, sentir, mitos, representaciones y prácticas propias de algunas culturas, vinculadas con el cuidado y la recuperación de la salud.

Situación 1:

**Médico:** - Rubén...

**Vecino:** - ¿Sí?

**Médico:** - Mirá lo que estoy pensando... Me has llevado a varias comunidades en el monte... y me estoy dando cuenta de algo...

**Vecino:** - ¿De qué?

**Médico:** - Que nunca vi a una mamá o a un papá que le pegue a un chico...

**Vecino:** - Pero... Julio... ¿Es que ustedes le pegan a los chicos?...

¿Qué pensás sobre este relato? ¿Qué cosas podrían ser naturales en nuestra cultura y no lo son en otra? Pensá en alguna anécdota o historia para intercambiar con tus compañeros/as de curso.

.....

.....

.....

.....

Situación 2:

**Doña Elena:** - *Hay muchos tipos de toses... una cosa es la tos del fumador... otra la que viene cuando se levanta el viento norte... otra la tos de la tuberculosis...*

**Doña María:** - *Hay dos tipos de diarreas, con sangre y sin sangre. Las que son con sangre son peligrosas...*

**Trabajadora social:** - *"Nunca el pediatra de mi nena me dijo eso de las diarreas..."*

**Sacerdote:** - *"quiero proponer algo antes..."*

**Doña Elena:** - *Y... ¿qué es lo que quiere proponer Padre?*

**Sacerdote:** - *Y... bueno... yo estoy desde hoy escuchando tantos conocimientos y tantas prácticas que hacen ustedes... me parece que tendríamos que llamar a profesionales para que hagan un estudio...*

**Doña María:** - *¿Y qué es lo que quieres estudiar Padre?*

**Sacerdote:** - *Y... de todas esas cosas que ustedes dijeron en estos días, tantos remedios que utilizan... bueno... un estudio para ver si sirven...*

**Doña Elena:** - *¡Pero Padre!... ¿Cómo se le ocurre a Ud. que nosotras vamos a hablar de algo que no estemos seguras que sirve? ¡No nos ofenda! Por favor... ¡quédese tranquilo! ¡Todo lo que aquí hemos dicho ya está probado y comprobado!*

Pensando en este diálogo, ¿Cómo crees que deberíamos intervenir en esta conversación como miembro del equipo de salud? ¿Qué le dirías a Doña Elena?

.....

.....

.....

.....

Situación 3:

Un vecino sale del Centro de Salud al que concurrió con molestias y dolores físicos, diciendo: ¡Este médico no sabe que si nos duele la cabeza es que nuestro espíritu está mal y lo quiere resolver solo dándome una tableta!

¿Cómo trabajador de la salud qué le dirías a esta persona que salió del centro disconforme con lo que le dijeron?

.....

.....

.....

¿Qué reflexiones te provocan estos ejemplos acerca del trabajo con diferentes culturas desde el CS?

## Los Pueblos Originarios en la Argentina

En la República Argentina existen actualmente más de 25 Pueblos Originarios distribuidos a lo largo de todo su territorio, que involucran una población total de 600.329 personas (ECPI-INDEC 2006).

Hablamos de "más de 25 Pueblos Originarios", porque la nómina se construye en el marco del dinámico proceso de autoreconocimiento que viven los Pueblos Indígenas en nuestro país, registrándose progresivamente en el RENACI (Registro Nacional de Comunidades Indígenas del INAI).

Bajo el criterio de autoreconocimiento, el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) contempla los siguientes Pueblos Originarios: atacama, chané, charrúa, chorote, chulupí, comechingón, diaguita/diaguita calchaquí, guaraní, huarpe, kolla, lule, mapuche, mocoví, selk'man (ona), ocloya, omaguaca, pilagá, rankulche, tapiete, tehuelche, tilián, toba, tonocoté, vilela y wichí.

Algunos de estos pueblos conservan su lengua originaria en el ámbito familiar y comunitario, si bien la mayoría entiende y habla el español.

Todos los pueblos reivindican el derecho a la educación e información en su lengua y la necesidad de resguardarla como parte sustantiva de su patrimonio cultural e identidad, actuando como miembros de pueblos distintos, aunque insertos en la comunidad nacional.

### ACTIVIDAD

Buscá información sobre las características de la población de la comunidad a cargo del Centro. Tratá de caracterizarla a través de un pequeño relato y notas en tu cuaderno.

Algunas preguntas pueden guiar tu búsqueda:

- ¿Existen distintos grupos étnicos o grupos migrantes en tu comunidad? ¿Cuáles?
- ¿Cuáles son los motivos de consulta habitualmente? ¿Hay diferencias con los problemas de salud del resto de la comunidad?

*Es importante que analices la información que dispone el centro, que puedas comparar, observar, listar, ordenar y priorizar lo que te llame la atención.*



## Marco Legal

Muchos de los Pueblos Indígenas conservan sus pautas culturales, sus lenguas, sus formas de organización y su espiritualidad, en tanto otros han sido *integrados* o *asimilados*, perdiendo su identidad y emigrando hacia las grandes ciudades. Quienes no perdieron su conciencia indígena -o quienes la recuperaron- se organizan hoy, revitalizan su ser, su comunidad y su pueblo, revalorizan su cultura y solicitan una participación plena y efectiva en las políticas públicas y en particular en los intereses que afectan su salud.

En ese sentido, el primer logro de las reivindicaciones indígenas en materia legislativa fue la sanción de la *Ley Nacional, 23.302 de Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas* (1985), que consagra en su artículo primero la tan solicitada participación del indígena con sus propias pautas culturales en la vida del país; y luego, en el año 1994 en el marco de la Reforma de la Constitución Nacional, se reconoce la *preexistencia étnica y cultural* de los Pueblos Indígenas en Argentina (Art. 75 inc. 17).

Otro logro trascendente para los Pueblos Indígenas en Argentina ha sido la ratificación, por Ley 24.071, del Convenio 169 de OIT, sobre *Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, como así también la ratificación del *Convenio sobre Diversidad Biológica*, por Ley 24.375.

La Constitución Nacional en su artículo 75, inciso 17, reconoce la preexistencia cultural y étnica de los Pueblos Indígenas, garantizando, entre otras cosas, el derecho a la identidad:

*Art. 75.- Corresponde al Congreso:*

*17. Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible, ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afectan. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones.*

Existe también un cuerpo normativo nacional y provincial que amplía y reglamenta lo dispuesto en la Constitución. Las principales disposiciones legales a nivel nacional podrían sintetizarse en las siguientes:

*Ley N° 23.302: Política indígena y apoyo a las comunidades indígenas.* Entre otros, crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas y establece sus misiones y funciones<sup>1</sup>.

*Artículo 18. La autoridad de aplicación coordinará con los gobiernos de provincia la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas, para la prevención y recuperación de la salud física y psíquica de sus miembros, creando unidades sanitarias móviles para la atención de las comunidades dispersas. Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en las zonas de radicación de las comunidades.*

*Artículo 19. Se declara prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico, de las enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas. Dentro del plazo de sesenta días de promulgada la presente ley deberá realizarse un catastro sanitario de las diversas comunidades indígenas, arbitrándose los medios para la profilaxis de las enfermedades y la distribución en forma gratuita bajo control médico de los medicamentos necesarios.*

*Artículo 20. La autoridad de aplicación llevará a cabo planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de agua potable, eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, campañas de eliminación de roedores e insectos y los demás que sea necesario para asegurar condiciones higiénicas en los lugares de emplazamiento de las comunidades indígenas promoviendo a ese efecto, la educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna.*

*Artículo 21. En los planes de salud para las comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta:*

- a) La atención bucodental;*
- b) La realización de exámenes de laboratorio que complementen los exámenes clínicos.*
- c) La realización de exámenes cardiovasculares, a fin de prevenir la mortalidad prematura;*
- d) El cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño;*
- e) La creación de centros de educación alimentarias y demás medidas necesarias para asegurar a los indígenas una nutrición equilibrada y suficiente;*
- f) El respeto por las pautas establecidas en las Directivas de la Organización Mundial de la Salud respecto de la medicina tradicional, indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas*

1. Sancionada: 30/9/85. Promulgada: Artículo 70 de la Constitución Nacional. Publicada en el Boletín oficial el día 12/11/85. Decreto Reglamentario N° 155/89 del Boletín Oficial del 17 de Febrero de 1989. Decreto Reglamentario N° 1667/91 publicado en el Boletín Oficial del día 2/9/91

que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas;  
g) La formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios;

*Las medidas indicadas en este capítulo lo serán sin perjuicio de la aplicación de los planes sanitarios dictados por las autoridades nacionales, provinciales y municipales, con carácter general para todos los habitantes del país.*

- **Ley N° 24.956:** Establece la inclusión del autoreconocimiento de la identidad indígena en el Censo de 2001.<sup>2</sup>
- **Ley N° 24.071:** Ratificatoria del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Este Convenio promueve el respeto por las culturas, las formas de vida, las tradiciones y el derecho consuetudinario de los pueblos indígenas.<sup>3</sup>

#### Artículo 25.

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

- **Ley 24.375:** Ratificación del Convenio sobre Diversidad Biológica, Art. 8:

*j) Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente;*

#### ACTIVIDAD

Las acciones que se llevan a cabo en tu CS ¿Respetan estas normas?

.....  
.....  
.....

Cualquiera sea tu respuesta a la pregunta anterior, ¿Se te ocurren otras acciones vinculadas con el respecto de estas normas?

La lectura de las normas ¿Te moviliza a proponer nuevas acciones?

.....  
.....  
.....  
.....

En tu comunidad, otras organizaciones como escuelas, comedores e iglesias ¿realizan acciones de integración intercultural vinculadas a la comunidad que puedan considerarse respetuosas de las normas?

.....  
.....  
.....  
.....



2. Sancionada el 9/4/98; Promulgada en el Art. 80 de Constitución Nacional el 22/5/98; Publicada en el Boletín Oficial del 28/5/98.

3. Sancionada el 4/3/92. En su artículo 25 define los principios rectores que deben guiar las políticas interculturales en salud.

## Hacia un enfoque intercultural de la salud

La interculturalidad es un tema esencial en el diseño de políticas públicas, particularmente sensible cuando se trata de políticas sanitarias. Los organismos rectores en salud (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios Provinciales, OPS, OMS y otros) se encuentran desde hace años frente al desafío, no sólo operativo, sino también conceptual e ideológico, a la hora de pensar, legislar y actuar frente a esta realidad.

La incorporación del enfoque intercultural es esencial para garantizar el trabajo en el contexto indígena. Cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (Sandra Land, OPS).

Por eso, y para garantizar los propósitos de lograr equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los destinatarios, la formación del personal de salud debe considerar entre las competencias técnicas y humanas a desarrollar la habilidad para tomar respetuoso contacto y armar vínculos de trabajo sólidos con las diversas comunidades, sean estas indígenas o no.

No sólo está en juego la buena relación social y convivencia entre los interlocutores de distinto origen cultural, las actitudes entre personas son un factor terapéutico fundamental cuando se trata de brindar atención a otro.

Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, **la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas** del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza siendo parte de un todo. La **enfermedad**, por su parte, es entendida como la **pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza**.

La medicina tradicional mantiene su vigencia en los pueblos indígenas, recurriendo al empleo de plantas medicinales -entre otros recursos terapéuticos- y a la práctica de los sanadores tradicionales como *parteros, hueseros, sobadores, etc.*

El jefe de la comunidad, médicos tradicionales, chamanes, curanderos, parteras, hueseros, consejos de ancianos, líderes y promotores, con sus saberes, experiencias y oportunidades de cercanía privilegiada a los niños/as indígenas de la comunidad, constituyen una red de autoridades legitimadas para el cuidado de sus destinos, incluyendo el cuidado de la vida, la salud y el desarrollo de los individuos y sus entornos.

En el caso de las poblaciones que se *mueven* o migran no siempre hay referentes de su comunidad de origen que puedan ser nexos o enlaces con la comunidad de destino. No se debe perder de vista a la hora de atender a sus necesidades que la migración suele ser una experiencia de sufrimiento y es fundamental reconocer las especificidades socioculturales, además del proceso y las circunstancias que llevaron a una comunidad a migrar.

El proceso migratorio en sí mismo puede condicionar la actitud y percepción de la enfermedad, modificar su pronóstico y la forma de abordarla. Por otro lado, cada cultura trae consigo sus propias prácticas y formas de conservar la salud, por eso es muy importante escuchar para poder comprender el punto de vista del otro, sin -y antes de- cuestionar las diferencias.

### ¿Qué implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural?

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad entre diferentes culturas.

Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para validar derechos y fortalecer valores. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados *etnias, sociedades, culturas o comunidades*.<sup>4</sup>

Entonces, trabajar en salud desde una perspectiva intercultural supone:

- establecer una relación entre iguales, donde se reconozca a la persona,
- desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos,
- generar canales de comunicación que permitan tomar contacto con las concepciones del/de los otros,
- promover confianza a través del respeto de las concepciones culturales propias del/de los otros.
- proponer articulaciones entre culturas en aquellas circunstancias donde la complementariedad de ambas puedan resultar en soluciones para los problemas de salud de la población/comunidad en cuestión.

4. TOMÁS R. AUSTIN MILLÁN. Comunicación Intercultural: conceptos y consecuencias. Diálogos en la acción. Primera etapa, 2004.

## ACTIVIDAD

¿Qué acciones o actividades de las que se desarrollan en o desde tu CS te parece que tienen una perspectiva o enfoque intercultural?

.....

.....

.....

Selecciona una, ¿por qué crees que tiene una perspectiva o enfoque intercultural?

.....

.....

.....

Trabajando en el marco de una perspectiva intercultural ¿qué cuestiones crees que es imprescindible tener en cuenta? ¿qué implica para vos trabajar desde este marco?

.....

.....

.....

Comentalo con tus compañeros/as en la próxima reunión con el tutor

## La interculturalidad como proceso

La interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas entre los trabajadores de la salud y las comunidades donde la salud y la enfermedad, la muerte y las lesiones ocupan un lugar preponderante.

En este sentido, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria -y a veces de síntesis- con la medicina occidental, son objeto de trabajo, para nuestra orientación intercultural en materia de salud.

Ubicar la interculturalidad en salud como un proceso que acontece entre equipos de trabajadores de la salud e integrantes de la comunidad en zonas indígenas, nos obliga a plantear las relaciones entre institución y personas, entre saberes y prácticas

institucionales y populares de atención. Y, sobre todo, nos obliga a aceptar el desafío de recorrer un camino de reflexión y trabajo compartido entre trabajadores de la salud y también con la comunidad, donde apenas se han dado los primeros y vacilantes pasos y mucho todavía está por hacerse.

Para esta tarea es fundamental que los trabajadores de la salud de los equipos comunitarios del primer nivel de atención puedan identificar las características del contexto sociocultural en donde se desenvuelve su tarea, que sumado al conocimiento que tiene de la comunidad permitirá establecer un enlace y un diálogo en el que todos participen con respeto.

La capacitación en servicio desde un enfoque intercultural es una estrategia para el mejoramiento técnico y humano del personal de salud al que apostamos. Implica un ejercicio de profesionalización que reconoce y califica el trabajo, a las personas, a los grupos y a las acciones que todos estos desarrollan.

## Barreras de acceso a la salud en un contexto indígena

Los problemas de salud que agobian a los pueblos indígenas se ven agravados por la pobreza, el analfabetismo, el desempleo y la carencia de tierras propias a las que están sometidas. Como consecuencia, además de las enfermedades agudas, se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, a las que se suman también los problemas de salud colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión del efecto de la sociedad de consumo.

La baja utilización de los servicios de salud por parte de la población indígena es una realidad que todavía no ha sido revertida. Testimonios y datos disponibles permiten deducir que existen problemas debidos al aislamiento geográfico y la falta de recursos para trasladarse, además de los relacionados con el contexto sociocultural de la población. Es decir que existen barreras **culturales, económicas y geográficas**, que impiden el acceso de la población indígena a una atención de calidad.

Habitualmente las comunidades indígenas experimentan desconfianza hacia la medicina occidental y manifiestan resistencia al uso de los servicios de salud. Con frecuencia las concepciones del proceso salud-enfermedad indígena chocan -aún cuando se complementen- con los conceptos científicos de la medicina moderna, generando relaciones de contradicción, de complementación y, a la vez, de conflicto.

Dificultades en la organización de los horarios de atención, la disposición física, los procedimientos técnicos utilizados en los servicios de salud, se constituyen muchas veces en nuevas barreras, ahora **organizacionales**, al interior de los Centros de Salud. También existen **barreras lingüísticas** y de **comunicación intercultural**, que si no son tomadas en cuenta juegan un papel negativo y obstructivo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud.

El lenguaje utilizado frecuentemente por los profesionales de la salud es uno de los aspectos cruciales de la comunicación intercultural que muchas veces dificulta la relación e imposibilita la empatía y la confianza con la persona que consulta.

El manejo escaso de un vocabulario local básico por parte del equipo de salud, sumado a la poca información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones tales como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre y los exámenes de gabinete, terminan por distanciar a los actores del proceso de atención en los momentos cruciales.

Se constituye así una escena donde el equipo de salud y la comunidad no sólo hablan idiomas distintos sino que manejan visiones del mundo contrapuestas, no encontrando puntos de contacto común para una comunicación fluida. A veces, existe por parte de los integrantes del equipo de salud descalificación respecto de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad y ésta, se constituye en un obstáculo más, ya que aleja a los integrantes de la comunidad.

#### ACTIVIDAD

En la comunidad que atiende tu CS ¿El lenguaje es una barrera de acceso?

Si lo es, podrías explicar cuáles son las dificultades vinculadas al lenguaje que identificás en la comunidad?

.....

.....

.....

.....

¿El equipo de salud tiene alguna estrategia para abordar esta situación?

Comentalo con tus compañeros/as en la próxima reunión con el tutor

Evitar este desencuentro entre culturas en los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención destinados a trabajar con población indígena, es fundamental para poder desempeñar el rol que se espera y es responsabilidad de los equipos de salud. En gran parte, el contacto y encuentro entre equipo de salud y comunidad depende del compromiso, la competencia y habilidad técnica del personal de salud.

Por todo ello, hoy se considera fundamental incorporar el enfoque intercultural como concepción y como estrategia de trabajo en los programas de capacitación del

personal de salud. Sólo modificando la percepción, los valores y sobre todo las prácticas de trabajo del equipo de salud, mejorando la comunicación y el intercambio, se modificarán las barreras de accesibilidad presentes hoy.

#### ACTIVIDAD

Te proponemos que leas con atención estos casos y luego responde:

Caso 1:

La madre de varios niños de la comunidad se niega a llevarlos al Centro de salud para la vacunación, debido a que su primer hijo estuvo enfermo pocas horas después de haber sido inmunizado en dicho Centro. La madre está convencida que la vacuna transmite enfermedades. ¿Cómo se te ocurre trabajar con este problema? ¿Qué estrategia utilizarías para que esta mamá confíe nuevamente, y vacune a sus hijos?

Más allá de este caso, ¿cuáles te parecen podrían ser los canales o formatos de comunicación que debería utilizar el equipo de salud para la promoción de las inmunizaciones?

.....

.....

.....

.....

Caso 2:

Un niño de la comunidad fue mordido por una víbora comúnmente presente en ese lugar. El niño es trasladado al Centro de salud donde recibe suero antiofídico, sin embargo, las personas de la comunidad sostienen que el niño se salvará sólo si encuentran y matan a la víbora y se organizan para lograrlo.

¿Qué pensás sobre esta situación? ¿Suceden a menudo en tu lugar de trabajo?

.....

.....

.....

.....

¿Cómo te parece que puede posicionarse el equipo de salud para poder continuar con la atención del niño?

.....

.....

.....



## Atención Primaria de la Salud e Interculturalidad

La interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de saberes y prácticas, entre ellas las prácticas de salud locales. La incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales es una herramienta para la aceptabilidad y consolidación de un sistema más equitativo y participativo.

Como sostiene Rufino Chuquimamani:

*“Interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no sólo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprendan el quechua, hagan uso de él, y que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechuas y a los pueblos indígenas. Somos como todos los seres humanos, somos como los blancos, como los ingleses, como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar...”<sup>5</sup>*

Teniendo en cuenta los enunciados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, una mejor comprensión de las barreras que impiden el acceso a una atención de salud de calidad permitiría conocer los problemas prioritarios, los contextos específicos de estos pueblos y, mejorar la calidad de la atención de la salud.

Las acciones deben tomar en cuenta el ámbito geográfico de los pueblos indígenas, urbano, rural, fronterizo, el *perfil epidemiológico*, las condiciones de vida y los determinantes sociales presentes para el desarrollo de estrategias curativas, y acciones de prevención de las enfermedades, de rehabilitación y promoción de la salud.

En esta perspectiva, la interculturalidad es entendida y practicada como un **proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varios culturas**, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, lingüístico y de género.

Para mejorar la salud de la población indígena se hace imprescindible la incorporación de la dimensión intercultural en el cuidado de la misma, la detección de problemas y el diseño de las intervenciones con la participación de la comunidad.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejorar la competencia técnica y humana de los equipos de primer nivel de atención, incidir en el respeto, en los vínculos y en el trato entre personas, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en la atención de la salud con equidad a los distintos grupos étnicos, generando mayor inclusión.

Las comunidades se encuentran habitualmente alejadas de los centros asistenciales y hospitales. En general, cada comunidad tiene designado un médico para que los

visite periódicamente. La mayoría cuenta con un consultorio de atención donde recibe el médico una vez por semana. La relación con el profesional de la salud se deteriora cuando se deriva a los integrantes al hospital o cuando faltan de remedios o de medios para curar, ya que estas dificultades son interpretadas como una falta de interés para atenderlos.

De allí que los integrantes de las comunidades prefieran el curandero o sanador y perciban con desconfianza a los médicos que no son de la comunidad.

Una figura que importa considerar es la de **enlace intercultural**. Es decir, la preparación de personal comunitario hablante de lengua indígena que recibe capacitación intercultural en salud, para acompañar el proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado de la persona y la comunidad.

Pocas provincias han desarrollado programas de atención de la salud capacitando enfermeros originarios para que realicen recorridos en las comunidades.

La interculturalidad puede ser entendida como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural.

Una de las herramientas reconocidas y aceptadas son las *consultas previas, libres e informadas* que dan lugar a un amplio apoyo por parte de las comunidades indígenas.

*Por consultas previas, libres e informadas se entiende un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, de toma de decisiones. Consultas de buena fe y participación informada respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y evaluación de toda política de salud que los involucre sea directa o indirectamente.*

### ACTIVIDAD

Te proponemos que para finalizar esta unidad, pienses algunas actividades vinculadas con tu tarea:

¿Qué actividades innovadoras plantearías desde un enfoque intercultural?

.....

.....

.....



¿Qué acercamiento a la comunidad se puede generar desde la organización del servicio?

.....  
.....  
.....

Comparte tu actividad con tus compañeros de curso y el tutor

## En síntesis...

La interculturalidad en salud supone reconocer que en el proceso de salud-enfermedad-atención- cuidado se están produciendo y reproduciendo valores, creencias, formas de pensar y de abordar la realidad.

Por todo ello es importante trabajar para lograr mayor complementariedad en la organización de los servicios, los horarios de atención, la disposición física y, la disposición de los equipos de la salud al diálogo entre distintas culturas.

Diseñar y proponer acciones, desde una perspectiva intercultural, orientadas a identificar y sortear barreras que condicionan el acceso de la población indígena al sistema de salud, es un desafío para los equipos de salud del primer Nivel de Atención.

Este desafío nos invita desde nuestros espacios de trabajo, a facilitar el acceso universal de la población a los servicios de salud, a poner énfasis en la promoción y prevención de la salud y a promover la participación activa y organizada de la población en las decisiones referidas al cuidado de su salud.