



Unidad 1

La salud y los determinantes
del proceso salud-enfermedad

Pobreza y condiciones de vida

Introducción

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

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso 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 unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

En otros términos, es necesario reconocer que:

- Las prácticas de atención de la salud se asientan –de modo consciente o inconsciente– en determinados supuestos sobre qué es la salud y suponen opciones acerca de los modos de recuperarla;
- Las formas de organización de las instituciones de salud reflejan –de modo explícito o implícito– una concepción acerca de la salud y de sus formas de intervención;
- Toda práctica de salud produce efectos en las poblaciones y en los individuos, algunos explícitamente buscados, otros, muchas veces ni siquiera previstos o deseados.

También es necesario reconocer que, la mayor parte de las veces, la práctica profesional que se realiza en los servicios de salud deja muy poco o ningún tiempo libre para pensar en estos supuestos, opciones y efectos de lo que se hace. Sin embargo, esta reflexión es de fundamental importancia a la hora de definir nuestro quehacer y nuestra propia identidad como profesionales de la salud.

- En esta dirección, esta primera Unidad de estudio nos llevará a pensar en torno de estos **núcleos problemáticos**:
 - ¿Compartimos la misma concepción de salud y de enfermedad en los equipos de Salud?
 - ¿Cuáles son las concepciones de salud que influyeron e influyen en las interacciones con la población y en el desarrollo de los procesos de trabajo?

Objetivos específicos

A lo largo del proceso de estudio- trabajo en esta Unidad, Ud. podrá:



Texto del Plan Federal

"Sabemos que no podemos modificar el pasado, pero si modelar nuestro futuro(...) La salud es un bien jurídico colectivo. Su respeto se logra, por un lado, a través de un accionar preventivo que el Estado debe desarrollar, y por el otro, garantizando el acceso a las prestaciones y servicios necesarios"

Pág. 8



En este proceso de recolección de información y de reconstrucción de determinantes del proceso de salud-enfermedad le sugerimos que, si no lo ha realizado, planifique con su equipo del Centro de Salud el proceso de reflexión sobre la práctica.

- Avanzar en el reconocimiento de los supuestos sobre la salud, tanto en sus expresiones históricas como en las prácticas sanitarias actuales.
- Analizar los determinantes del proceso de salud- enfermedad y sus principales dimensiones.
- Reconocer las consecuencias de la pobreza y las condiciones de vida sobre el proceso de salud-enfermedad de la comunidad en la que desarrolla su trabajo.

Le solicitamos que analice las **condiciones de vida** (infraestructura básica, medio ambiente, viviendas, situación laboral, etc.), la composición de las familias, así como las formas de cuidado y protección de la salud de sus miembros, y otras formas de protección social y situación socio-sanitaria de la **comunidad** de su Centro de Salud dado que permite contextualizar la tarea del equipo de salud en el **Centro de Salud**.

Actividad Inicial



Le proponemos que:

- Elabore un informe sobre determinantes de la salud y una caracterización del barrio, a partir de lo observado y registrado en el desarrollo de la presente actividad .

Lo invitamos a que retome sus registros realizados durante las Actividades Preliminares para el becario de este Posgrado, bajo el título "El barrio y su gente".



Si usted no realizó las Actividades Preliminares, podrá acceder a ese material, solicitándolo al equipo tutorial. También se encuentra disponible en la página web del Programa Médicos Comunitarios:

<http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/posgrado-modulos-pre.php>

Podrá realizar una impresión de la copia del material en pdf que allí se encuentra.

Aspectos	Pregunta guía
Ahora, además, le sugerimos que el informe que Ud. preparará incluya los siguientes aspectos :	
infraestructura básica del sector	¿Cuál es el acceso que poseen a los servicios de agua, luz, cloacas, tratamiento de la basura, red telefónica, etc.?
Tipo de construcción de la vivienda	¿Cómo es el espacio físico de la vivienda?; ¿cuál es el tipo de los materiales de construcción?; ¿cómo es la distribución de los miembros en dicho espacio?
Grupos familiares	¿Cómo están integrados los grupos familiares? (presencia de abuelos, padres, otros parientes, otros adultos –adscriptos al grupo familiar–, adolescentes, adolescentes con hijos, niños, bebés, etc.)
Saneamiento	¿Cuáles son las condiciones de saneamiento del espacio físico dentro y fuera de la vivienda?; si hay niños, ¿dónde realizan sus juegos de esparcimiento ?
Trabajo	¿Cómo obtienen su sustento?; ¿trabajan?; ¿en qué?; ¿Cuántos y cuáles miembros del grupo familiar?; ¿quién o quiénes están a cargo del cuidado de ancianos, discapacitados y niños, si los hay?
e escolarización	¿Qué nivel de escolarización alcanzan los miembros de la familia?; los más jóvenes, ¿asisten a las escuelas?
Alimentación	¿Qué tipo de alimentación consumen con mayor frecuencia?; ¿quiénes la consumen?
Seguridad Social	¿Cuentan con cobertura de seguridad social ?



Es importante que planifique con su Equipo Tutorial la metodología de búsqueda y ordenamiento de los datos e información de la población. Recuerde que puede recurrir a informantes claves (agentes sanitarios, líderes comunitarios), fuentes escritas y documentos de trabajo de la localidad en que Ud. desarrolla su actividad. Prepare instrumentos de registro.



Registre sus observaciones, las explicaciones preliminares y las respuestas que haya obtenido en la realización de entrevistas, porque serán retomadas en las actividades siguientes.

Por otra parte, registre:

- ▶ ¿Cómo describen su **situación de salud**, según los distintos miembros?; ¿usted observa otros **problemas** diversos de los que describen?
- ▶ ¿Cuándo y en qué situaciones y/o con qué periodicidad **asisten al centro de Salud**?
- ▶ Escuche y anote, ¿Cuáles han sido las experiencias de las familias y de esas instituciones en su contacto con el Centro de Salud?
- ▶ ¿A qué otras **instituciones del barrio** (escuelas, ONGs, instituciones religiosas, sociedades de fomento) recurren si lo necesitan?

En su carpeta de trabajo registre las instituciones barriales: su ubicación, sus **referentes**, sus principales funciones y la relación que puede establecerse con la prevención y recuperación de la salud de la comunidad.



Le acercamos guías metodológicas N°: 1 y 3 incluidas al final de este material, con técnicas adecuadas, (observación, entrevistas, acceso a informantes clave del barrio) para repensar esta actividad con su equipo tutorial.

Ud. puede complementar esta información con el relevamiento hecho en las Actividades Preliminares.

1. Determinantes del proceso de salud-enfermedad:

Límites y alcances en la práctica profesional

En su actividad diaria, Ud. realiza la importante tarea de trabajar por la salud de individuos. Cuando lo hace, interviene a partir de explicaciones de las causas, comúnmente expresadas en términos de diagnóstico, a partir de síntomas, signos o informaciones de estudios clínicos.

De lo que se trata ahora es de analizar esas explicaciones, y aún más, los modelos de pensamiento en los que se asientan. Asumimos que dichas explicaciones, basadas en supuestos, se asientan en el método científico o bio-médico y que nos dan las respuestas necesarias para actuar. Sin embargo, este modelo puede, muchas veces, constituirse en un obstáculo para el conocimiento del proceso de salud- enfermedad colectivo y aún del individual. En este sentido, se suele hablar de la crisis del modelo médico ante las respuestas urgentes a los problemas cotidianos.

En un importante estudio, Luis César Abed¹ analiza la construcción histórica de estos modelos y además cuestiona, por otra parte, cuáles son los límites de las prácticas de los profesionales de la salud para transformar las condiciones de salud de la población.

A continuación le acercamos algunos tramos de su obra, para colaborar en la comprensión de nuestros pensamientos actuales y nuestras prácticas.

Subraye o destaque las ideas más importantes de este texto, pues las retomará para completar la actividad presente



1. Abed, Luis César.
Cap. VI: "El proceso salud-enfermedad; Alcances y limitaciones del modelo biológico". En: *La enfermedad en la historia*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de Córdoba; Págs. 125-140-. 1993.

el Proceso Salud-enfermedad

Alcances y limitaciones del modelo biológico: propuestas superadoras. circulación y transferencia social de las funciones y su ejercicio.

Nos permitimos, en este Capítulo, trazar un esquema descriptivo muy simplificado, y hasta caricaturizado, para resaltar los aspectos nodales intervinientes en el proceso enunciatorio de la enfermedad y su proyección histórica, según el modo en que lo fuimos exponiendo en el curso del presente trabajo.

En virtud de los aspectos desarrollados en los Capítulos precedentes, hemos querido mostrar la concepción predominante de la enfermedad a partir del pensamiento post renacentista hasta la actualidad: la enfermedad considerada como la resultante de la colonización de un ser extraño en el cuerpo del individuo, con existencia real, con categoría de “ser”, externa al organismo, que podría relatar su propia historia natural. Es decir que, inscripta en un atlas médico, tendría silueta propia y daría así cuenta de todos sus aspectos específicos y legitimadores de su estatuto nosográfico.

Además, la exploración y la reflexión que hemos llevado a cabo tuvo por objeto -sin pretender haber agotado el tema- rastrear y presentar los aspectos nodales de una línea de pensamiento que se propone fundamentar y dar coherencia a la interpretación de la enfermedad como un hecho constituido socialmente.

Creemos pertinente realizar las siguientes consideraciones: En la actualidad, en los centros urbanos desarrollados, alrededor del 75% de las muertes ocurren sin que la acción médica pueda alcanzar la eficiencia que obtuvo en el terreno de las enfermedades infecciosas. En este 75% -que incluye las enfermedades del aparato circulatorio, el cáncer y las muertes violentas (accidentes, homicidios y suicidios)- el arsenal teórico-práctico del biologismo no es suficiente para elaborar una respuesta contundente y es probable que no lo sea en el futuro tampoco.

De manera que puede afirmarse que, si los patrones de consumo alimentarios de la actualidad fueran adecuados para este momento histórico, la expectativa de vida crecería. como crecería también si se alcanzara una conducta vial tolerante y ordenada, en la cada vez más compleja organización urbanística. La consecuencia debería ser la disminución considerable de la morbi-mortalidad y la discapacidad producida por los accidentes de tránsito. Lo mismo sucedería si se diera más importancia a los fenómenos psíquicos y al sufrimiento mental. Todo esto proveería al ser humano no sólo de mayor expectativa de vida sino de mejor calidad de la misma.

De ello se desprende la necesidad de ampliar el campo de las prácticas a otras esferas del conocimiento que puedan aportar al tema de la salud y el bienestar humano, a los fines de intentar romper el cepo que constituye el reduccionismo causa-efecto, en el cual a toda acción le corresponde una reacción-respuesta.

El campo de lo social y lo psicológico pueden, a la luz de los avances biológicos, apor-

tar a una comprensión más clara y completa de la problemática salud-enfermedad proveyendo soluciones más eficaces y menos onerosas.

Cabe recordar que en cada etapa del desarrollo, el conocimiento humano hizo sus aportes y su construcción social de los problemas que le aquejaban, elaborando el conjunto de premisas gnoseológicas que subyacen –enunciadas o no– a cada discurso, tenga éste carácter individual o colectivo, sea científico o de otra especie.

Todas las sociedades en todos los tiempos participaron de un molde y de un modelo que les sirvieron de base cognitiva desde donde fueron elaboradas sus creencias. También a todas las sociedades les resultó una ardua tarea desprenderse de estas bases de pensamiento, que si bien habían adquirido el estado de dogma, a su vez se mostraban insuficientes para responder a las nuevas preguntas que les estaba formulando el desarrollo social.

Una cosa, una situación, un acontecimiento, pueden ser interpretados de manera diferente si son observados y abordados desde otros tantos ángulos teóricos (la Luna, mirada desde la teoría ptolemaica, era un planeta, sin embargo, para la teoría copernicana es un satélite del planeta tierra.).

Los hechos físicos no dicen lo mismo a la luz de la mecánica de Newton que desde la relatividad einsteiniana o desde las teorías modernas de las partículas elementales.

El problema social de la salud del hombre no puede reducirse por medio del análisis simplista. La biología ve solo algunos aspectos de la salud y de la enfermedad; el hombre tiene todas las posibilidades de darse los instrumentos para alcanzar un modo de vida saludable en bienestar. Para ello, y desde el lugar de la práctica científica, en el análisis interpretativo deberían confluir todos los órdenes del saber: el biológico, el psicológico y el socio-cultural, para configurar un ángulo de observación integral, total, complejo y dialéctico.

Es así que el campo complejo actual de los problemas de la salud humana, en el cual se multiplican las esferas conflictivas del quehacer del hombre, constituye un desafío para los profesionales e investigadores de la salud y para los científicos sociales, llamados a innovar en los conceptos y formas de abordaje de la práctica en salud.

A pesar de las series de éxitos y soluciones obtenidas, los esfuerzos de las prácticas ante la enfermedad, no deberían centralizarse en las tareas reparadoras, restauradoras de la salud perdida. El esfuerzo social para alcanzar la salud no debe circunscribirse a la acción y vigilancia sistemáticas (que consisten en prevenir o rechazar el agente agresor colonizador del cuerpo). Este conjunto de acciones individuales ha generado un campo de desigualdades sociales en las políticas públicas.

Una sociedad conflictuada, presa del autoritarismo, castigada por la inequidad en la cual se promocionan hábitos dañinos como el tabaco o el alcohol, se acepta la discriminación de cualquier tipo, que no atiende los patrones de consumo, que no planifica su recreación, no comprende a sus ancianos o sus adolescentes... no puede tener individuos saludables. Pero mucho menos aún la medicina reparadora tendrá posibilidades

de subsanarlo.

El reto consiste en conocer y actuar sobre las variables bio-psico-socioculturales capaces de acompañar un estilo de vida saludable para el hombre. Es el modo de vida el determinante del bienestar humano.

Señalamos una consecuencia importante de la concepción biologista: la delimitación de dos instancias, el hombre y el medio externo al hombre, como polos enfrentados entre los que se produciría el fenómeno. En dicho medio externo acecharía la enfermedad esperando el momento oportuno para el ataque. “El semblante que es la enfermedad... constituiría... la máscara con la que sería identificado el enfermo”.

Descrita y entendida de este modo la enfermedad, resulta entonces, que la tarea de la medicina como arte médico consiste en detectar, a través de *indicadores* precisos consignados en un atlas normativo, *el momento que esta agresión se produce para combatirla o dotar al cuerpo de defensas suficientes y capaces de repeler la acción incursionista de la enfermedad*.

Estos indicadores de la enfermedad en el organismo denominados signos y síntomas han de estar minuciosamente descritos en el plano teórico, de manera tal, que sean el soporte de la identificación del morbo; es así que el *diagnóstico* deviene uno de los principales objetivos de la clínica. El otro soporte es el *tratamiento*, por el cual se ponen en marcha los mecanismos terapéuticos que combatan a la enfermedad, alejándola del cuerpo agredido.

Hacia finales del siglo XIX, en una suerte de síntesis histórica, el problema aparecía como resuelto, pues se habían consolidado los criterios que requerían una única causa como factor suficiente para provocar la enfermedad en el mundo de lo viviente. “El microorganismo debía hallarse siempre en el animal enfermo y no en los sanos” decía el primer postulado de Koch y lo encontramos elocuentemente expresado en la siguiente cita: “Toda enfermedad infecciosa resulta del proceso conflictivo entre el organismo agresor y el huésped agredido”.

“La edad de oro de la infectología” se articulaba en virtud de dos vertientes que se potenciaban: por un lado los criterios mecánico-cartesianos de la causalidad en los cuales la biología encontraba su espacio de desarrollo. Y, por otro lado, la secuencia de los éxitos, pues sucesivamente se habían identificado los “agentes causales microbianos” responsables del “efecto-enfermedad” en el hombre de la tuberculosis, el cólera, el ántrax, la difteria, la gangrena gaseosa, el tétano, la fiebre tifoidea, la gonorrea, la disentería, la sífilis entre otras.

Este pensamiento mecánico, lineal y demasiado simple, a poco de andar se mostró marcadamente insuficiente para comprender y explicar la complejidad del problema. La conjunción del agente causal –microbiano o físico– no era suficiente para producir la patología. Otro u otros factores debían confluír para que el proceso de enfermedad cristalizara en el cuerpo vivo.

Es así que, aplacada la euforia triunfalista de finales del siglo XIX y principios del

XX, se empezó a tratar de completar el pensamiento biológico incorporando otro elemento que, sumado al agente y al huésped, explicara por qué la convivencia de estos dos factores algunas veces producía la enfermedad y otras no.

Este esquema conceptual de la enfermedad es lo que había definido el papel del médico: éste se encontraba cercado entre dos soportes cognitivos, que debía cultivar, a saber: la hermenéutica y la semiología. Por la primera debía adquirir los conocimientos y técnicas capaces de interpretar los signos que son indicadores de la enfermedad; por la segunda la tarea consistía en incorporar la sabiduría y la *techné* adecuadas para detectar –en el individuo transformado en paciente- los signos identificatorios de lo patológico.

Pero el saber médico incrustado en el saber biológico, debió incorporar otros factores a su grilla analítica, tratando de tener una comprensión más cabal del hombre y sus ocurrencias. Para ello debió trasladar sus incumbencias a campos distantes: ya la física y la biología no eran suficientes para dar explicación a todo ese acontecer humano; el individuo entendido únicamente como ser biológico no daba satisfacciones a las nuevas preguntas que se originaban en el crisol de respuestas insuficientes.

Otras dolencias habían desembarcado en las arenas de la vida del hombre y se hacía necesaria otra medicina: la que se dio el nombre de medicina social. (En otras ocasiones esta denominación a tenido carácter peyorativo). Lo cierto es que las cosas demandaban un cambio, se hacía imprescindible la incorporación de las ciencias sociales al campo explicativo y discursivo de la interpretación de los morbos humanos.

Esta descripción que a primera vista parece una apretada y simplificada síntesis del obrar de la medicina, en una segunda instancia suena denostadora y hasta falaz o ingenua. No creemos que sea necesario ninguno de estos dos calificativos. Dos razones nos encaminan a ello: la primera es que se ha intentado definir –con el objeto de realzar las limitaciones- una ciencia del hombre que va de la mano de un esquema reduccionista y mecánico del cual la medicina no pocas veces hace ostentación; la segunda es que queda patentizado como en una caricatura que el problema de la enfermedad es un problema social inscrito en lo biológico.

Sería incorrecto pretender comprimir los haceres de la medicina al esquema reparador (aun cuando en innumerables ocasiones se interpreta a la medicina acurrucada dentro de estos estrechos moldes). Diagnóstico preciso y tratamiento eficaz no pueden ser los objetos únicos de una ciencia que quiere atender al hombre en su integridad.

Es por ello que trataremos de describir algunos de los elementos que empezaron a cobrar peso en el discurso de la enfermedad.

el medio Ambiente: Un nUevo fAcTo r exPl ic ATivo

Tratando de integrar una explicación más general y más satisfactoria, el discurso médico incorporó otro factor a los existentes: el medio ambiente, elemento que intervendría

en la posibilidad de enfermar o no. De manera que ahora se trataba de una tríada –el agente agresor, el huésped colonizado y el medio ambiente que contendría a ambos– que, mientras mantuviera sus tres componentes en estado de equilibrio garantizaría el estado natural de salud. En tanto que un desbalance daría origen a la enfermedad. En el año 1953, Gurney Clark consignó los tres factores en cuestión en *equilibrio ecológico*, definiendo la ecología como “la relación mutual entre organismos vivos y el ambiente”. Para ello se valió del siguiente esquema: una balanza en donde el medio ambiente sirve de centro de sostén de un brazo horizontal cuyos extremos, el huésped y el agente casual, se hallan equidistantes. Cualquier circunstancia disruptora de dicho equilibrio entre otras –mayor virulencia del agente, disminución de las defensas del huésped o un medio ambiente inadecuado– producirían la enfermedad.

Este autor se apoya en tres premisas biológicas que sostienen que:

- 1) el desequilibrio entre el agente casual y el huésped humano produce la enfermedad.
- 2) la “naturaleza y extensión del desequilibrio”
- 3) las características del agente agresor y el huésped interactuantes dependen de la “naturaleza del ambiente físico, social, económico y biológico”.
- 4) La incorporación de la “causación múltiple de todos los fenómenos biológicos” constituye una visión más “holística” de la enfermedad que supera al modelo monocausal. Según esta visión, el agente con “su presencia no provoca obligadamente la enfermedad si no concurren *ciertas influencias sociales* que facilitan el proceso” (el subrayado es nuestro).

Insuficiencia del modelo. Críticas

La crítica a este modelo se funda precisamente en que éste considera el factor social como un mero elemento más, al que se le asigna igual importancia que al biológico para provocar la enfermedad. De manera que se traslada, mecánicamente, el determinismo monocausal a una indefinida serie de factores que se mutualizan y diluyen, con lo cual lo social pierde importancia por no conferírsele especificidad.

Ecología. Excursus sobre el “medio”.

Orígenes y usos del término

El término ecología fue introducido a la biología por el zoólogo alemán Ernst Haeckel (1834-1919) en 1866, que la definió como las relaciones entre los seres vivos y el ambiente. Deriva del vocablo griego “oikos” que quiere decir “casa”, “lugar donde se vive”, o sea que literalmente significaría el estudio de los organismos en su casa, en su medio ambiente.

A su vez, la noción de “medio” proviene de la física: “... importada de la mecánica a la biología en el siglo XVIII” “Newton fue probablemente el responsable...” a través de

Lamarck. El término fue introducido para explicar la interacción de dos cuerpos físicos separados. Lo que circulaba entre ambos permitiendo la conducción de la acción recíproca era el medio. Es decir que se comportaría como vehículo de comunicación.

Para Newton el medio tenía naturaleza fluida como el éter, que actuaría como “intermediario entre dos cuerpos” “...es la acción de un medio la que asegura la relación de dependencia entre el resplandor de la fuente luminosa percibida y el movimiento de los músculos por los cuales el hombre reacciona ante esta sensación”; afirma Canguilhem en su intento de interpretación de la noción newtoniana sobre el tema.

Con anterioridad a Newton, Descartes sostenía que la acción física de los cuerpos podía realizarse mediante el choque por contacto. Se trata de una interpretación mecánica, mantenida por Lamarck, quien llamaba *medios* fluidos a aquellos como la luz, el agua o el aire, y lo que hoy se entiende por medio es lo que él denominaba “circunstancias influyentes”.

Buffon, quien a su vez fue maestro de Lamarck, participaba de este concepto. En 1838, Auguste Comte extendió el concepto al “conjunto total de las circunstancias exteriores necesarias a la existencia de cada organismo y no solamente al fluido en el cual un cuerpo se encuentra sumergido”. Con esta cita, Canguilhem pretende certificar el origen mecánico del término, que se mantiene en Comte, incorporando la idea de la relación del “organismo apropiado” y el “medio favorable” integrantes de un “conflicto de potencias” tan familiar en la biología.

Alejandro von Humboldt (1769-1859), fundador de la biogeografía, entendía la naturaleza como un engranaje relacionando al hombre histórico y al medio en una totalidad, unida por necesidad en un mecanismo.

Más tarde, Darwin, al sostener la génesis de las especies por la transformación y adaptación al ambiente de los más capaces, destacó la unidad entre el hombre y el medio ambiente sosteniendo que “...resulta que cualquier ser, por poco que varíe de un modo provechoso para él bajo las condiciones complejas y frecuentemente cambiantes de la vida, tendrá mejores probabilidades de pervivir y habrá sido así seleccionado naturalmente”.

De manera que la noción de medio en el sentido en que lo emplea la biología es bastante reciente. La conexión entre medio circundante o medio ambiente y el hombre está constituida por la interacción recíproca y de relación de igualdad de los dos factores entre sí.

I A mU lTic AUSA lIdAd. C oncePción SUMATo rIA e inSUficientE. e xcl USión de fAcTores

Analizando estas disquisiciones puede advertirse la insuficiencia de las concepciones multicausales para explicar el por qué de la enfermedad en los seres vivos. Una de las razones de la crítica a esta concepción reside en el hecho de que se consideran los fac-

tores actuantes en igualdad de derecho. De manera tal que, dada la modificación de cualquiera de ellos, se desencadenaría la enfermedad.

Resulta notorio que tanto lo social como lo psíquico se hallan replegados en sí mismos, a la manera de un apéndice que estuviera “de prestado” dentro del factor medio ambiente.

Es precisamente allí donde se encuentran las restricciones del modelo biológico. Es que cuando incorpora el concepto de medio ambiente, lo hace con muchas limitaciones, en forma de añadido, lo cual obstaculiza la posibilidad de desarrollo de una concepción de enfermedad dotada de un carácter holístico. Lo social y lo psíquico, al quedar excluidos del plano analítico de estas teorías, no pueden jerarquizarse como factores subyacentes determinantes de los procesos de salud-enfermedad.

Hemos mostrado a todo lo largo de este trabajo la importancia de la organización social del hombre en donde se perfilan los caracteres sociales, económicos, ecológicos, culturales, políticos, psíquicos –entre otros- que confieren identidad a la producción social de situaciones de salud o enfermedad. Porque si bien la enfermedad, como la entiende el corpus epistémico biológico (biologista) actual, puede ser el resultado de un desequilibrio del organismo –o más aún, de un órgano- que puede resultar del desencuentro de los factores que conforman la tríada ecológica o epidemiológica, la salud está lejos de ubicarse como su antinomia. Es por eso que resulta inaceptable reducir esta cuestión a los límites del fenómeno biológico referido exclusivamente al individuo. Y entonces nos encontramos frente al siguiente dilema de opciones: “la salud protegida por el modo de vida o la salud restaurada mediante el tratamiento de la enfermedad”.

La estructura social, la situación de una organización que puede satisfacer las necesidades básicas y las otras, las múltiples y variadas modalidades de relaciones de vida de los hombres entre sí, los aspectos culturales, las expectativas individuales, son algunos de los factores básicos que intervienen –y condicionan- el bienestar del hombre.

Huelga decir que la concepción reparatoria de la enfermedad con su apéndice, la prevención, no cuentan con las herramientas idóneas y pertinentes para abordar estas consideraciones. Por el contrario, se halla cautiva de ellas al pertenecer al cuerpo social que la sustenta: “la medicina, en consecuencia, tiene una historia paralela a la cultura en general, con sus etapas, progresos y retrocesos”.

Cabe señalar que con esta posición no ponemos en duda que los avances de la biología sean válidos y útiles; pero sí creemos que son doblemente insuficientes para interpretar las necesidades de salud del hombre actual: por un lado el paradigma científico de la medicina dominante resulta incompetente como “modelo explicativo de la salud-enfermedad colectiva” y por otro hay que subrayar “la incapacidad de la práctica médica de transformar las condiciones de salud de la población”.

Si bien es cierto que hay una expectativa social de tener la posibilidad de recuperar la salud perdida y aumentar los años de vida, también es cierto que cada vez hay mayor

conciencia de que estos años deben estar dotados de una mejor calidad.

Es por eso que creemos necesario generar otro espacio que trascienda al del orden médico, para interpretar, desde una teoría social, los complejos procesos sociales de la salud colectiva. Esto no quiere decir de ninguna manera que haya que sustituir el orden médico: el campo médico tiene su teoría y su práctica; y cuanto mayor eficiencia logre para desarrollarla, mayor será su posibilidad de certificar y legitimar las conquistas adquiridas con esfuerzo. En esa eficiencia debería cooperar una apertura hacia otros saberes, del acervo social, en muchos casos ignorados por el orden médico y que corren paralelos a su saber.

Asimismo, creemos que es legítima una crítica ética al orden médico y su ejercicio de la autoridad intervencionista, pues ignora por lo general los derechos individuales de cada hombre sobre su persona: "la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad".

PROPUESTA DE UN NUEVO ESPACIO PARA RESPONDER A LAS DEMANDAS DE LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA

Sostenemos que el nuevo espacio que proponemos puede generarse o –acaso está ya en vías de generarse– y debe ocuparse de los grandes problemas sociales que están demandando urgente solución en nuestra sociedad contemporánea. Por ejemplo: los problemas específicos de los grupos etarios (niñez, adolescencia, género, ancianidad); los problemas de comportamiento social autoexcluyente como la abulia, la apatía, los sentimientos de no pertenencia; los problemas de la violencia social y la autoviolencia como los homicidios, los suicidios y los accidentes; la expansión de las enfermedades degenerativas, las enfermedades laborales y la exacerbación de las desigualdades sociales, de los choques culturales, de las diferencias étnicas. Todos ellos se constituyen en factores que forman parte e intervienen en la cuestión de la salud colectiva.

El bienestar de las comunidades y de los individuos insertos en ellas depende de la capacidad de resolver estas alternativas que tienden a magnificarse a medida que se las ignora.

Es por ello que suscribimos el planteo de la necesidad de "construir un nuevo objeto científico... porque la medicina define el problema de salud en términos de la enfermedad biológica del individuo, lo que conlleva a dos tipos de limitaciones respecto al proceso de generación de conocimientos sobre salud-enfermedad colectiva:

1. por una parte, le da una especificidad que en el terreno metodológico corresponde a las ciencias naturales obstaculizando la comprensión de la salud como un proceso integral de múltiples determinaciones (donde lo biológico es un componente más de dicho proceso), y,
2. por otra parte, lo desarticula de la totalidad social" conservando sus caracteres en la



Determinantes de la Salud:

"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)

relación causal con la enfermedad.

La distribución en comportamientos estancos de los saberes encerrados en sus disciplinas asegura una distribución y un ejercicio del poder de ellas sobre sectores del campo social, aun cuando aparezcan como solo afectando al campo biológico. Según sostiene Foucault, el orden médico es portador de un discurso que le confiere autoridad y capacidad represiva –como sucede en la terapia vigilante que concluye con el encierro del alienado, e inclusive se registra su poder en la obligatoriedad de una vacunación o el certificado médico que habilita o invalida. Pero éste no dimana del derecho jurídico, del aparato jurídico, de la soberanía constituida como derecho político instaurado por la burguesía en el poder. Más bien, es el derecho resultante del ejercicio de las disciplinas.

Las disciplinas como la medicina llevan como discurso prevalente el de la regla, el de la norma, que no es precisamente el de la norma jurídica. Definen un código que no sea el de la ley sino el de la normalización. Es que tienen como punto de partida la misma génesis del discurso desde el momento que considera al individuo que sufre una enfermedad como una dualidad: el hombre por un lado, y la enfermedad que lo habita por otro, que es a su vez ajena a la persona. De esta manera se plantea una lucha que es liderada por el médico y en la que participa el enfermo en contra de la enfermedad. Ya hemos visto que la enfermedad es una resultante normativa. Consecuentemente la batalla el médico y del enfermo se desarrolla contra el desvío y a favor del retorno a la normalidad. Pero siempre a partir del discurso del médico sobre la enfermedad. Así, la medicina tiene como objeto la enfermedad.

En otras palabras, si al producirse una transferencia de los problemas que se hallan prisioneros en el campo de las ciencias biológicas al territorio de lo social, por ser éste más abarcativo y tener mayor capacidad de respuestas, se produce también un traslado de prácticas, de ejercicio de funciones desde la medicina a los organismos sociales encargados del estudio y la instrumentación de dichas tareas, lo que se produce entonces es un traspaso de poder.

De manera que, según puede observarse, muchas "patologías" van dejando de serlo a medida que van siendo comprendidas como resultante social. Por ejemplo, la enfermedad en sentido lombrosiano, o la enfermedad mental según los criterios manicomiales. Del mismo modo, haciendo fluir el pensamiento en este sentido, podríamos adquirir otra comprensión con respecto al alcoholismo, a la adicción a las drogas, a la violencia colectiva, a la delincuencia infantil, a la xenofobia, a las crueldades raciales, al incremento de las desigualdades socioeconómicas, a la indiferencia frente al sufrimiento humano, entre otras muchas realidades acuciantes de la sociedad.



Unidad 3

Cultura y culturas

Barreras culturales a la
accesibilidad en salud

Introducción

En esta unidad, nuestro propósito es repensar desde el equipo de salud con una mirada prospectiva, cuáles aspectos de las concepciones y prácticas culturales de la comunidad entran en juego en el proceso de cura, promoción de la salud o prevención de la enfermedad.

- A continuación le presentamos los **núcleos problemáticos** que se tratarán durante este tramo de estudios, a saber:
- ¿Cómo inciden las concepciones sociales “propias y del otro” sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo en la atención de la salud?
- ¿Qué obstáculos se expresan entre nuestras concepciones y prácticas y las de la población en el ámbito del Centro de salud?
- ¿Cuál es el posicionamiento del equipo de salud ante la medicina formal e informal y ante las culturas de la comunidad?

Objetivos específicos

- Reconocer las desigualdades e inequidades en salud en el contexto de actuación profesional.
- Identificar la vulnerabilidad diferencial en los grupos sociales en materia de salud.
- Analizar el papel de los profesionales de la salud desde la perspectiva ética, en torno a los valores de justicia y equidad.
- Reconocer las relaciones entre Derechos Humanos y bioética y su expresión en términos normativos y operacionales.
- Relacionar la realidad observada con los pactos internacionales sobre Derechos Humanos incluidos en la Constitución Nacional.

Actividad Inicial



Texto del Plan Federal

"Un sistema más equitativo en el financiamiento y más igualitario en el acceso es un desafío que entre todos debemos construir; logrando la resolución de los problemas de salud lo más próximo a la residencia de los ciudadanos"
Pág. 24

Presentamos a continuación algunos testimonios que, extraídos de entrevistas tomadas a pobladores de una zona urbana en nuestro país, reflejan maneras de pensar, de sentir, mitos, imágenes, conductas, prácticas propias de la cultura vinculadas con el cuidado y recuperación de la salud:

- a) "¿Quién no tuvo piojos?, expresa Alejandra. Es fácil, peine fino y vinagre. El piojo va a la sangre dulce. Ahora me acuerdo que el Martín y la Paola se contagiaron en la peluquería; yo me di cuenta el domingo en la feria que los piojos caminaban. No dependen de la limpieza; si te bañás todos los días y te lavás la cabeza el pelo se pudre...." (*)
- b) "Tanta cosa mala que pasan que alguien tiene que tener la culpa (...). Ponemos el ajo o el balde de agua para espantar a los espíritus, acá se lavan los pies con vinagre, limpiamos la casa con vinagre...." (Mercedes) (*)
- c) "Aquí, quien cura el empacho es la abuela, es la curandera, tira el cuerito y si no querés hacés la clara de huevo con cuatro gotitas de alcohol y se lo ponés en el estómago con una hoja, les saca todo el calor del estómago y con eso duermen; o hacés una buena dieta o tomás los remedios que tenes en tu casa".
- d) "Nosotros por ejemplo tenemos a San Cayetano, a San Jorge que me lo regalaron de Tandil, a la virgen de Desatanudos todos los 8 le prendo una velita para que mi marido tenga trabajo; los días 7, le prendo la velita a San Cayetano. (...) todo para levantarme el espíritu y para que mi marido tenga trabajo....." (Ramona) (*)

Le proponemos que escriba sus hipótesis, sus pensamientos, sus creencias, que retomaremos en el desarrollo de la Unidad, acerca de:

- ☐ ¿Cómo caracterizaría las concepciones sobre la salud y la enfermedad que reflejan estos testimonios?
- ☐ ¿Qué posición podría tomar el Equipo de Salud ante prácticas como la del curandero o el agente de salud comunitario?
- ☐ Lo invitamos a que rastree en su historia personal si algún miembro de su familia, o amigo recurrió a la medicina "folklórica" para superar la enfermedad. ¿Por qué cree Ud. que sucedió?
- ☐ Escriba en no más de 5 renglones qué relación encuentra Ud. entre: Cultura y Salud.

Lleve estas reflexiones a su reunión de trabajo.

1 (*) Testimonios extraídos de: Bello, Julio y de Lellis, Martín. Modelo social de prácticas de salud. Proa XXI Editores. Buenos Aires. 2001.

1. Prácticas, pensamiento y cultura: Aproximaciones en el campo de la salud

“El término cultura tiene su historia. Se utilizó por primera vez en el Imperio Romano; la palabra *colere* designaba, entonces, la recolección de lo sembrado; es decir, estaba vinculada a las actividades de producción con la tierra.

Poco a poco fue designando las actividades de producción relacionadas con el espíritu de los hombres: se suponía que lo que en ellos se sembraba daba sus frutos, y que eso era la cultura. Cicerón hablaba de la cultura como el cultivo del alma o el espíritu.

Recién en el Renacimiento el concepto se modifica y pasa a designar el proceso de formación de las elites dominantes, en especial relacionado con las artes, las ciencias en formación y la moral. Nace así una concepción muy extendida de cultura, como refinamiento del “buen gusto”, conocimiento y cultivo de las bellas artes y las bellas letras, donde los “cultivados” eran los aristócratas.

En el siglo XVIII se generaliza otra noción extendida de cultura, aquella que la contrapone a lo “natural” y a los “naturales”, considerados, desde entonces, incultos. Entonces cultura pasó a ser sinónimo de “civilización” y antónimo de “barbarie”. El estado culto, ahora, se relacionaba con el conocimiento científico-racional, los buenos modales, las bellas artes y la literatura.

Hoy es aceptada la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar compartida por un pueblo, y construida a lo largo de su historia. Esa es una definición que propuso el escritor argentino Jorge Luis Borges. Entonces, habría culturas y no sólo una cultura, porque cada pueblo tiene historias diferentes.

Para los antropólogos que se dedican al estudio de las culturas, cultura designa una condición o estado que todas las sociedades y todas las personas comparten, cualesquiera sean sus manifestaciones diferentes. Si bien todas las culturas poseen similitudes, tienen usos (como el saludo, por ejemplo), costumbres y normas, cada cultura hace estas cosas de manera diferente. Sin embargo, algunas culturas han creído que son superiores a las demás y han actuado en consecuencia dominando a las otras²”.

2. Huergo, Jorge y Col.; “Cultura y Culturas”. En: *Fundamentación de los procesos educativos en el área de la Salud*. Serie: Formación docente en el área de la Salud. Dirección Provincial de Capacitación para la Salud Buenos Aires 1999.

Si bien en la actualidad se acepta que cada sistema sociocultural crea y legitima visiones convencionales del mundo, es común hallar una desvalorización del pensamiento que no se adapta a las características o atributos de la racionalidad científica occidental.

Como señalan Arrúe y Kalinsky³, el concepto de pensamiento mágico ha sido usado para contraponerlo al pensamiento científico-racional. Desde allí mismo se produjo su devaluación epistemológica. (...) y agregan:

“Una antropología aliada a lo exótico y a la inconmensurabilidad de las racionalidades ha hecho aparecer algunos conjuntos de creencias como comunicables o mágicos. Pero son en el fondo las condiciones de la comunicación -ideológicas, técnicas, institucionales, morales y prácticas- las que lo hacen aparecer como tales”.

Dichos autores clasifican las características habitualmente adjudicadas al pensamiento mágico:

1. Uso irrestricto y tolerancia a la contradicción
2. Actitud acrítica a un cierto grupo de creencias
3. No aceptación de relaciones del tipo causa-efecto
4. Uso de la eficacia simbólica.

Desde un punto de vista práctico la cultura puede verse, oírse y comprenderse de muy diferentes maneras: observando cómo se viste la gente, mediante qué lenguaje se comunican, cuáles son los hábitos alimentarios más comunes, la organización del trabajo y del tiempo de descanso, o escuchando canciones o relatos que forman parte del patrimonio de ese determinado grupo.

Cada cultura encierra distintas posibilidades, apoyadas en creencias acerca de las razones para hacerlas de esa particular manera. Por ejemplo, las formas de saludar difieren según las culturas: un abrazo, un apretón de manos, un beso. Las pautas sociales que rigen la comensalidad y los medios usados para ingerir los alimentos también forman parte del patrimonio cultural: con palillos de madera, con los dedos o con cubiertos de metal.

Estos patrones de comportamientos, creencias y valores permiten que los sujetos comprendan su realidad, y puedan actuar en consecuencia. Las culturas evolucionan, a veces lentamente y en ocasiones con rapidez, como consecuencia de acontecimientos de carácter natural y/o social, o bien por el contacto con personas de otras culturas. Dado que los grupos humanos basan su reproducción en los patrones culturales, es habitual que todos los grupos humanos traten de reforzar en sus miembros la conciencia de la importancia y el valor de pertenecer a una cultura, así como cuidar o preservar el legado o patrimonio cultural que la constituye.

3. Kalinsky, Beatriz y Arrúe, Willy. *Claves antropológicas de la salud*. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires. 1997

- ☐ ¿Percibe usted distancias o discrepancias entre su cultura y la de la comunidad?
¿Entre la de los miembros del equipo de salud y la comunidad? ¿En qué se manifiestan?
- ☐ En sus prácticas de atención de la salud, ¿ha surgido en los diálogos o intercambios del equipo de salud esta problemática?, ¿se ha propuesto alguna forma de superarlas?
- ☐ ¿Qué importancia tendría reflexionar en torno de la cultura en salud para sus prácticas profesionales?



2. Cultura y representaciones sociales: la salud y la enfermedad

Asimismo, existen comunidades en las que confluyen una gran variedad de subgrupos, producto de migraciones (internas o de países vecinos) y de distintos grupos étnicos locales. Cada uno de estos grupos comparte un conjunto de conocimientos, saberes, mitos, prejuicios, creencias elaboradas en torno a un objeto o situación, compartidas por un grupo social y construidas a lo largo de su historia.

Para poder comprender las diversas formas de manifestación de las culturas locales será necesario abordar el concepto de **representación social**, el ámbito de su surgimiento y su campo de aplicación.

“ Las representaciones sociales conforman un **sistema de interpretación que rige nuestra relación con el mundo y con los otros, orientando y organizando las conductas y las comunicaciones sociales**. Designan un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida diaria en el curso de las comunicaciones interindividuales, y cumplen en nuestra sociedad la función de los mitos y sistemas de creencias en las sociedades tradicionales; puede decirse también que son la **versión contemporánea del sentido común**” (Moscovici, 1979).

Se transmiten de generación en generación y, como se aprenden desde la temprana infancia, permiten integrar al grupo social alrededor de estas concepciones. Estas ideas, conocimientos y creencias, muchas veces fundados en la experiencia de los grupos, se manifiestan y coordinan toda una gama de prácticas sociales, desde las formas de nacer, de crecer, de aparearse (o casarse), producir su economía familiar, envejecer y morir, manifestándose en la más variada gama de comportamientos humanos.

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’ ”.

A diferencia del pensamiento científico, las representaciones sociales constituyen una **forma de conocimiento práctico** que de algún modo resulta útil para la vida cotidiana del grupo que lo elabora, ya que permite pensar y actuar sobre los acontecimientos de la vida diaria.

Dependen de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad; toda representación social es **representación de algo y de alguien**. Por ello, en el aspecto metodológico del estudio de las representaciones sociales, será importante obtener información sobre la posición social, sobre indicadores de categorías sociales y realizar análisis de estructuras de las creencias, afectos y comportamientos de los distintos grupos que “portan” las representaciones.

En su trabajo “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”, Herzlich y Pierret señalan cómo han ido variando las representaciones sociales acerca de la enfermedad y el enfermo. Expresan:

“La enfermedad es una de las encarnaciones privilegiadas de la desdicha individual y colectiva: de este modo, exige siempre una explicación que supere la única búsqueda de causas y que enuncie una verdad acerca del mundo y del cuerpo enfermo”.

Y resumen sintéticamente el proceso que ha permitido que hoy aparezca el sujeto reconociéndose en el rol de enfermo:

“Para que apareciera lo que hoy llamamos el enfermo, numerosos elementos jugaron un rol y fueron puestos progresivamente en su lugar. Primero fue necesario que la enfermedad dejara de ser un fenómeno de masa y que constituyera una forma de vida más que una forma de muerte. Luego la medicina debió ser capaz de intervenir eficazmente sobre la enfermedad y de sustituir la visión y experiencia religiosa. Finalmente,

por intermedio del desarrollo de las leyes sociales, las nociones de salud y enfermedad se encontraron ligadas al trabajo, y el enfermo se definió por su lugar en el proceso de producción. Los dos primeros elementos muestran que la enfermedad se individualiza y pierde su carácter colectivo (...) A partir del siglo XIX la enfermedad adquiere también su sentido con relación al trabajo. Con el desarrollo industrial y el asalaramiento que la acompaña, se impone la necesidad de tener una mano de obra que responda a las exigencias de la producción. La salud se asimila a la capacidad de trabajo y la enfermedad a la incapacidad. En tal contexto importa encontrar los medios de conservar y restaurar la salud cuando es amenazada.”⁴



Retome de la unidad 1 los testimonios acerca de qué es estar sano y qué es estar enfermo, tanto para la comunidad como para el equipo de salud, y escriba sus reflexiones incorporando la noción de representaciones sociales y cultura.

En esos testimonios, reconozca las representaciones sociales acerca de la enfermedad.



3. Prácticas culturales: la segregación y la discriminación

Así como estos sistemas de pensamiento congregan a los grupos humanos, también condenan a algunos de sus miembros a posiciones subalternas o de subordinación. Asimismo, producen diferencias sociales con otros grupos, desde el lenguaje y la comunicación hasta la **segregación y discriminación**.

Uno de los grupos que frecuentemente es objeto de discriminación social son los discapacitados, tanto en la esfera de la comunidad específica como en la inclusión a la sociedad y aun al acceso a los servicios de salud. Al respecto, resultan interesantes algunos comentarios que Barton incluye en su libro “Discapacidad y Sociedad”⁵:

4. Herzlich, C. y col. “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”. *Cuadernos Médicos Sociales*. N° 43. Marzo. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. 1988.

5. Barton. (Compilador). “Discapacidad y Sociedad”. Ediciones Morata. Madrid. 1996. Pág. 24 y 29.



Retome de la unidad anterior, la actividad 3 referida a relatos de inequidades en salud en diferentes grupos sociales de su comunidad, ¿Podría vincularlos con la segregación y la discriminación?

“Ser discapacitado significa ser objeto de una discriminación, implica aislamiento y restricción sociales. En las sociedades modernas, es una causa importante de diferenciación social. El grado de estima y el nivel social de las personas discapacitadas se derivan de su posición respecto a las condiciones y las relaciones sociales más generales de una sociedad determinada (the Equality Studies Centre, 1994; Finkelstein, 1995).”

“La discapacidad surge del fracaso de un entorno social estructurado a la hora de ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos con carencias, más que de la incapacidad de los individuos discapacitados para adaptarse a las exigencias de la sociedad (Hahn – 1986).” (Pág. 24)

- ☐ ¿Cómo es tratado el discapacitado en la comunidad cercana al Centro de Salud?
¿Observa Ud. una tendencia a la discriminación y que esta situación perdure?
- ☐ Más allá de los discapacitados, ¿hay otros casos que puedan vincularse con la segregación y la discriminación en la comunidad? Verifique el caso de los ancianos, las mujeres, los grupos étnicos, etc.

No pretendemos que el problema de la discapacidad se agote aquí; será retomado en otros Módulos. Simplemente es una apertura a la reflexión sobre la discriminación y la segregación.

- ☐ Realice una lista de diferentes situaciones de individuos o grupos sociales que hayan sido afectados en su calidad de vida por razones de discriminación en su comunidad.

Le sugerimos que lleve estas respuestas al encuentro con el Equipo tutorial.

4. Prácticas culturales: visiones del hombre y de la mujer sobre el cuerpo y la salud.

La comprensión de los fenómenos socio-culturales en relación con la salud requiere considerar, también, en la perspectiva de género las concepciones acerca del cuerpo y de la salud en hombres y en mujeres.

En un estudio realizado en distintos estratos socio-económicos de la Capital Federal y la provincia de Jujuy, la Dra. Silvia Necchi ⁶ indica:

“Centrando ahora nuestro análisis en los actores sociales considerados bajo su condición de género, se ha observado también que existen ciertas regularidades en las conductas sanitarias de los hombres por un lado y de las mujeres por otro.

Algunas de las diferencias en las normas específicas que regulan las sensaciones mórbidas de hombres y mujeres considerados como actores sociales, pueden ser comprendidas teniendo en cuenta la división sexual del trabajo social. Los hombres tradicionalmente han sido asignados a la producción material de bienes (ámbito público) y las mujeres a la reproducción social y doméstica (ámbito privado). Aunque a partir de la creciente incorporación de mujeres al ámbito público esta división estereotipada del trabajo social está tendiendo a cambiar; en amplios sectores de la sociedad sigue fuertemente arraigada, especialmente a nivel de contenidos ideacionales, esta asignación de roles.

La condición de enfermo se asimila hoy día a la de paciente. Esto implica asumir un rol de dependencia hacia el curador y conlleva el abandono de otros roles cotidianos. El hombre, al que se le adjudica fortaleza física y anímica como condición esencial de virilidad y se le atribuye responsabilidad en la provisión económica del hogar tiende a rechazar la situación de dependencia que implica el estar enfermo. Como se verá más adelante, los hombres de las familias estudiadas en Capital Federal declararon menos problemas de salud que las mujeres y acudieron menos que ellas a la consulta médica, en un período dado.

Estas conductas masculinas se acentúan en los sectores populares: en el estudio realizado por J. Llovet (1984) sobre servicios de salud y sectores populares se describe muy bien cómo los nombres de estos sectores sólo acuden a los servicios de salud cuando las molestias los imposibilitan totalmente para el desempeño laboral; "el hombre es el que debe sufrir cambios más bruscos cuando se enferma y pasa a convertirse en paciente... coloca al afectado en el papel de sujeto "necesitado" el cual se contrapone polarmente con la función de jefe que mantiene y tiene a su cargo dependientes

6. Fragmentos extraídos de Necchi, Silvia; "Distintos actores frente a su cuerpo", Rev. *Medicina y Sociedad*, Vol. 15, N° 4, oct./dic. 1992, págs. 13 y 14.

...es posible que tenga que anular por un tiempo su principal espacio de actividad –el afuera, el ámbito extra doméstico– y tenga que permanecer las 24 horas del día en su casa, el lugar de las mujeres y los niños.

Los eventos vitales que recorren las mujeres a lo largo de su vida: menarca, contracepción, embarazo, parto, crianza de los hijos, etc., han sido transferidos crecientemente en las últimas décadas al ámbito de la medicina. Este proceso, llamado de medicalización, implica la intervención expansiva de la medicina moderna en distintos aspectos de la vida cotidiana de las personas, que afecta especialmente a las mujeres.

Estos hechos sumados al rol de cuidadoras de la salud familiar e intermediadoras de la atención de los miembros enfermos con el sistema médico, coloca a las mujeres en una posición especial frente a sus cuerpos”.



Ud. puede encontrar la investigación completa en la página Web



A partir de esta lectura:

- ☐ ¿Cuáles son sus reflexiones respecto de las diferencias en la visión del cuerpo y de la salud en hombres y mujeres, en particular teniendo en cuenta los diferentes estratos socioeconómicos?
- ☐ Retome sus anotaciones obtenidas de la observación y entrevistas en la comunidad, considerándolas respecto del papel de la mujer y de los hombres en las prácticas de salud de su comunidad, ¿qué comportamientos diferenciales encuentra entre ellos?; ¿en qué medida influye el hecho de ser mujer en las conductas de cuidado de la salud?
- ☐ Retome las lecturas y actividades de las unidades anteriores e integre estas reflexiones respecto de la “feminización de la pobreza” y la vulnerabilidad.
- ☐ Observe en el equipo de trabajo del Centro de Salud el papel que juegan las mujeres y los hombres, de forma explícita e implícita. Escriba las reflexiones.

5. Prácticas culturales: representaciones sociales de los jóvenes acerca de la salud

Además de la perspectiva de género, otra línea importante es la de las concepciones, prácticas y expectativas de los jóvenes, uno de los grupos sociales más vulnerables en el contexto actual. En esta actividad incluimos un trecho de un artículo de Marcelo Barbieri y Joaquin Mirkin⁷, en el que relatan los resultados de una investigación realizada en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. La investigación fue realizada en las ciudades de Buenos Aires, Merlo (Pcia. De Buenos Aires), Neuquén y Bariloche y comenzó con la pregunta:

¿Cuáles son los valores y actitudes de los jóvenes argentinos en relación con su salud?

“DOS CONCEPCIONES DIFERENTES”

Los resultados del trabajo demostraron que los jóvenes refieren a la salud desde dos concepciones diferentes. En primer lugar, lo que llaman la base orgánica, en donde la salud se asocia al buen funcionamiento del cuerpo y la ausencia de enfermedad. Otra concepción –en su mayoría de la ciudad de Buenos Aires– se inclina por un concepto de salud ampliado que integra cuerpo y mente e incluye, además, prevención. Según los especialistas en salud pública, la existencia de este segundo criterio es favorable para cualquier grupo social, ya que implica la adopción de hábitos preventivos, en lo referido a pautas de alimentación, prácticas de deportes, consumo de drogas, etc. Según Ana María Kornblit, directora del equipo de investigación del Germani, buena parte de los jóvenes tiene un nivel de conciencia importante que les permite adoptar una posición activa respecto de su salud.

ESTRÉS Y APOYO SOCIAL

Dos factores fundamentales influyen en la salud de los jóvenes de hoy: el estrés psicosocial, por un lado, y el grado de apoyo que reciben de la sociedad, por el otro. Frente a situaciones económicas adversas, queda claro que sufren mayor presión; el descreimiento y la desesperanza en relación con el futuro –producto de las sucesivas crisis económicas y sociales permanentes en nuestro país– aumentan significativamente su estrés psicosocial. Hay diferencias, además, entre varones y mujeres: los hombres se muestran más interesados por lo orgánico mientras que las mujeres incluyen una gama de aspectos que tienen que ver con lo psicológico, lo cognitivo, lo afectivo, etc. Esta segunda posición coincide con el rol que les asignan las sociedades a las mujeres como cuidadoras de la salud.

7. Extraído del Suplemento Científico del diario Página 12, del 8 de abril de 2000

EL SIDA NOS AFECTA A TODOS

Los problemas que más preocupan a los jóvenes son el sida (88%) y las adicciones. Sin embargo, cuando se les pregunta normalmente sobre estos temas, queda al descubierto un prejuicio bastante común: el síndrome del sida es un problema de riesgo para los demás y no para uno. De todas maneras, los entrevistados mencionan las siguientes soluciones: realización de charlas en escuelas, ser escuchados y comprendidos, y aumentar las posibilidades de tener acceso real al sistema de salud. Hay algo que llama la atención: los jóvenes reclaman la falta de acceso a médicos, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos, enfermeros, trabajadores sociales, docentes, etc.

Lejos de tener una imagen peyorativa de los jóvenes, el trabajo de Germani reflexiona sobre un tema esencial: qué puede hacer la sociedad para responder a sus demandas, más allá de promover la indiferencia y la exclusión.



Luego de la lectura de este artículo:

- ☐ Retome las concepciones de la salud y de campo de la salud que fueron analizadas en este Módulo, las suyas propias y las que conversó con el equipo de salud (se encuentran en la unidad 1, actividades 2 y 3) y vincúlelas con las que expresan los adolescentes de esta investigación. ¿Qué semejanzas y diferencias percibe entre ellas?
- ☐ Retome las anotaciones que realizó en la actividad inicial de esta unidad y verifique las similitudes y diferencias en la percepción de la salud entre los jóvenes de la investigación del Germani y lo que dicen los integrantes de la comunidad del Centro de Salud en el que Ud. trabaja.
- ☐ Analice las problemáticas de estos adolescentes a la luz de los determinantes de la salud, tratados en las unidades 1 y 2 .
- ☐ Verifique en su Centro de Salud si se desarrollan Programas Sanitarios (nacionales, provinciales, locales) de atención a este grupo de población.
- ☐ Retome la reflexión final del texto y analice qué puede hacer la sociedad y en particular los profesionales de la salud para evitar la indiferencia o la exclusión de estos jóvenes.



Comparta estas reflexiones en el encuentro con el Equipo tutorial.

6. Las familias y la salud

Las formas de manifestación de la diversidad socio- cultural también pueden observarse en los siguientes aspectos:

- En la organización de las familias y su estructura de parientes
- En la distribución de las responsabilidades de sostén económico y de cuidado de sus miembros
- En las formas de criar a los niños
- En las formas de compartir el espacio de la vivienda
- En el sistema de creencias religiosas
- En la relación con los otros grupos vecinos, en términos de integración o segregación
- En el cuidado de la salud

Lo invitamos a realizar una lectura sobre las principales relaciones que pueden establecerse entre la familia y el cuidado de la salud planteadas en fragmentos de un texto de OPS⁸:

- ☐ Discuta el acuerdo o desacuerdo con las proposiciones del citado texto desde su experiencia profesional en la atención de las familias.
- ☐ Para comprender el impacto de los determinantes sociales sobre las condiciones de salud, discuta con el equipo de trabajo acerca del rol desempeñado por la familia.



Le recordamos que Ud. puede recurrir a sus anotaciones de la actividad 6 en la unidad 1 y las actividades 3 y 4 en la unidad 2.



LA FAMILIA Y LA SALUD

Introducción

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA COMO INSTITUCIÓN SOCIAL:

¿POR QUÉ CENTRARSE EN LA FAMILIA?

1. La función que desempeña la familia en cuestiones de salud y enfermedad se ha reconocido desde que la Organización Mundial de la Salud publicó en 1976 los índices estadísticos sobre salud familiar que estipulan lo siguiente: «La familia es la uni-

8. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 44º Consejo Directivo, 55ª Sesión del Comité Regional. LA FAMILIA Y LA SALUD. 2003- (Págs. 3- 9. Puntos 1 a 8, Págs. 14- 20, 25-26).

dad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella».

2. La familia es la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica. La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud. En las Américas, los factores culturales de las familias repercuten significativamente en el acceso a la salud y en las actitudes saludables: por ejemplo, las mujeres pueden dar menos prioridad a sus necesidades de salud que a otras necesidades familiares como la alimentación y la educación. Esta forma de establecer prioridades puede perjudicar a la salud de la familia: pese a ello, es en el marco de la familia donde mejor puede modificarse tal comportamiento.
3. Las instituciones y los profesionales de salud han adoptado al individuo como el centro de la prestación de los servicios de salud. En consecuencia, las necesidades de la familia en su conjunto no han sido tomadas en cuenta de manera adecuada.
4. Se ha demostrado que la participación activa de las familias y la comunidad para promover y proteger su propia salud mejora la eficacia: el empoderamiento de las familias y las comunidades aumentará la concientización y la demanda de servicios de salud de calidad. En efecto, esto puede lograrse con un modelo basado en un enfoque de atención primaria de salud.
5. En la Región han aumentado las familias en crisis. Las sociedades ya no pueden suponer que todas las familias protegerán a sus miembros por sí mismas. Las normas culturales, las condiciones socioeconómicas y la educación son los principales factores determinantes de la salud de la familia. El maltrato, el descuido, la explotación sexual de los niños, la violencia conyugal y otro tipo de violencia doméstica, así como el descuido de los ancianos, son hechos comunes dentro de la familia de importancia para la salud pública. El desamparo y el maltrato de las personas de edad se han convertido en una epidemia silenciosa en todo el continente.
6. El aumento de la pobreza y de la inequidad social ha tenido como consecuencia que para una mayor proporción de la población ha disminuido el acceso a los servicios. Estos cambios exigen una reevaluación de los enfoques tradicionales que guíen los modelos de atención y sus contenidos. Los nuevos métodos que se adopten deben incluir a instituciones sociales que puedan apoyar intervenciones de salud participativas y que tengan en cuenta la diversidad cultural.

VÍNCULOS DE LA FAMILIA Y LA SALUD CON LA CULTURA, LA EDUCACIÓN Y EL DESARROLLO DURANTE TODA LA VIDA.

7. El desarrollo tecnológico y su difusión han contribuido al mejoramiento de los niveles de vida a nivel mundial. La familia ha alcanzado logros en cuanto a mejores oportunidades de educación para los hijos y mayor seguridad, además de más tiempo para las actividades recreativas. También se observan efectos negativos tales como el estrés ocasionado por los cambios en los entornos de vida y de trabajo, los desplazamientos y la desubicación.
 8. La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, celebrada en Copenhague, recomienda que se creen oportunidades integrales de educación, con opciones para la educación de adultos y el aprendizaje continuo, que hagan hincapié en la manera de aprender y no en una materia concreta. Desde una perspectiva cultural, es importante reconocer la función de la familia en el desarrollo de este hábito de aprendizaje. Es bien sabido que la educación facilita el acceso a los servicios básicos, tanto sociales como de salud. Las mujeres con más años de estudios tienden a casarse más tarde, a tener menos hijos y a criar niños más sanos, a tomar mejores decisiones para sí mismas y sus hijos, y a efectuar mayores contribuciones económicas al hogar y a la unidad familiar. Una de las correlaciones estadísticas más fuertes en los países de las Américas se observa entre la educación de la madre y la mortalidad de los niños. Los hijos de las mujeres con más años de escolaridad tienen mayores probabilidades de sobrevivir más allá del período de la lactancia” (Págs. 3-4)
- (...)

SITUACIÓN DE LA FAMILIA EN LAS AMÉRICAS

“DEFINICIONES, ESTRUCTURA Y DINÁMICA

14. En los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado. Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia: 1) la familia monoparental y los hogares encabezados por mujeres; 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias; 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias; 4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso; 5) la mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y

a los mayores. Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada.

15. Los efectos de las fuerzas sociales que ejercen presión sobre la familia son dignos de mención. Se reconoce que la familia tiene una responsabilidad fundamental en la socialización de sus miembros, en su educación, así como en el establecimiento de las normas sociales y los roles de género. Además, la responsabilidad de la familia en la repetición de las relaciones de poder entre los hombres y mujeres es considerable. Si bien algunas de las funciones de socialización, como la educación y el trabajo se han transferido a las escuelas, la familia está todavía realizando las funciones fundamentales de la socialización, como la forja de interrelaciones estables y de solidaridad con otras personas, así como la creación de mecanismos para hacer frente al conflicto dentro de la familia y manejar las presiones que surgen en las esferas laboral, social y política.
 16. El paradigma de salud basado en la familia como unidad principal del análisis, el diagnóstico y la práctica debería basarse en la etiología de la salud y la enfermedad y en la definición de la familia como una unidad estructural en funcionamiento de la sociedad; es decir, como un proceso dinámico mayor que la suma de sus partes. Sin embargo, el paradigma de salud familiar también se ocupa de explicar el desarrollo del bienestar físico, mental y emocional de sus miembros. En consecuencia, este documento abordará tanto la salud de la familia como la de cada uno de sus miembros. (Págs. 5-6)
 17. En las Américas están cambiando los tipos de familia, la composición de los hogares y la situación matrimonial. Desde los años setenta se observa una tendencia marcada hacia los hogares encabezados por mujeres.
 18. La estructura demográfica en proceso de cambio, así como el entorno socioeconómico y político en la Región coloca enormes presiones sobre las familias y las comunidades. El tamaño de familia promedio está disminuyendo debido a la dispersión de sus miembros. Esto afecta al ritmo del ciclo familiar, la socialización de los niños centrada en la familia y la atención de los niños pequeños, así como de las personas de edad. En vista de los cambios mencionados, es menos probable que los miembros de la familia dependientes y ancianos reciban atención adecuada.
-

19. Otros factores que inciden en esta situación son la urbanización rápida, la disminución de la prevalencia de la familia nuclear, el mayor acceso e integración de las mujeres en el mercado de trabajo, los bajos niveles de instrucción y la elevada prevalencia de la miseria. El resultado de esta tendencia es la adquisición de nuevos modos de vida relacionados con la urbanización, una disminución gradual de las enfermedades infecciosas con aumento de la carga de las enfermedades crónicas (lo que abarca la violencia, los accidentes, las adicciones y las enfermedades mentales), que son causas importantes de muerte y discapacidad”. (Págs. 6 –7)
- (...)

REPERCUSIÓN DE LOS VÍNCULOS FAMILIARES EN LA COMUNIDAD Y FUNCIÓN DE LA FAMILIA EN LA SALUD

25. A menudo, las familias son un reflejo de la comunidad y aportan el primer nivel de educación para sus miembros acerca de los comportamientos saludables que deben adoptarse, los comportamientos perjudiciales que deben evitarse o cambiarse, y sus funciones y responsabilidades con respecto a ellos mismos y la sociedad. Algunas veces, ciertos elementos del entorno familiar no son conducentes a la promoción o protección de la salud de algunos de sus miembros. Por consiguiente, es importante que la comunidad haya establecido sistemas de apoyo familiar en casos en que la salud de los miembros de la familia se vea amenazada por la violencia, el abuso, el descuido o el desamparo.
26. Numerosos y variados interesados directos de la comunidad, como los grupos religiosos y sociales, contribuyen a formar las redes de apoyo social necesarias para fortalecer la función de la familia en la promoción y la protección de la salud. Mayores rendimientos, información, promoción de la causa y acceso a los servicios de salud, especialmente la detección temprana y la atención preventiva, son de importancia fundamental. Para que las actividades de promoción de la salud se concentren en la familia será necesario concebir métodos prácticos que consideren las variables sociales al analizar las estrategias de salud y de desarrollo humano, además de reconocer la importancia que tienen las variables sociales en el comportamiento saludable. (Págs. 8-9)

7. Prácticas y representaciones sobre la alimentación

Primera parte: Estrategias de consumo familiares

Mientras que la organización de las familias en los grupos familiares de mejores recursos económicos incluye a la denominada familia nuclear (padres e hijos), las familias más pobres tienden a organizarse en grupos aglomerados, incluyendo desde distintas generaciones (abuelos) hasta afiliados, con marcada ampliación de las nociones de parentesco. Ello es particularmente visible en las periferias urbanas y en los ámbitos semi-rurales y rurales. Todos tienden a contribuir en el sostén económico, incluyendo a los menores, dentro de las estrategias de supervivencia.

Hasta aquí mencionamos la importancia de las representaciones sociales en las prácticas de salud, tanto las referidas al cuerpo, a la enfermedad, como a la salud; ahora nos aproximaremos a las prácticas sociales sobre alimentación y su relación con las culturas.

Lo invitamos a realizar la lectura de fragmentos de un texto de Patricia Aguirre titulado: **SEGURIDAD ALIMENTARIA. Una visión desde la antropología alimentaria.**⁹ que nos permite identificar las distintas estrategias de supervivencia que despliegan las familias para asegurarse un aumento de los ingresos económicos o bien un acceso suficiente a los alimentos que garantice la seguridad alimentaria de los hogares:

ESTRATEGIAS DOMÉSTICAS DE CONSUMO - CONCEPTO.

“Las estrategias domésticas de consumo alimentario son las prácticas que los agregados sociales realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones, creencias y sentidos que se aducen para justificarlas.”

ESTRATEGIAS DOMÉSTICAS DE CONSUMO - PRÁCTICAS

Hemos aislado cuatro **prácticas** que permiten a los hogares pobres acceder a más cantidad y/o mejor calidad de alimentos: Diversificación de las formas y fuentes de los ingresos; Diversificación de las fuentes de abastecimiento; Manejo de la composición familiar; Autoexplotación.

9. Publicado en: *Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido*, Fundación CLACYD- Córdoba, 2004.

1. Diversificación de las formas y fuentes de los ingresos:

Esta práctica asegura que al no depender de una cadena única, las pérdidas pueden ser compensadas. Las *fuentes* de donde provienen los ingresos son múltiples y variadas:

- mercados de trabajo urbanos formal e informal,
- asistencia social provista por el estado,
- redes de ayuda mutua,
- autoproducción.

a) *Mercados de trabajo urbanos*: La esperanza de todas las unidades domésticas pobres es colocar a todos sus integrantes en el mercado formal, ya que ello les asegura un flujo de ingresos con estabilidad al mismo tiempo que prestaciones de salud y cobertura previsional en el futuro. (...). En realidad toda la sociedad logró mantener algún nivel de ocupación a costa de la precarización y la informalización del empleo.”

b) *Asistencia social provista por el estado*: Otra fuente de ingresos es la asistencia alimentaria tanto del estado (nacional, provincial y municipal) como de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

A medida que los ingresos de las familias y las partidas de la asistencia se reducían, esta gestión se fue haciendo más difícil, exigiendo más trabajos para entrar y permanecer en los planes. La “participación”, que en la década de la convertibilidad se esgrimía como ideología, a medida que avanzaba la pobreza y disminuían las prestaciones se convirtió en un elemento indispensable, no sólo para el funcionamiento de los programas asistenciales que sumaban fuerza de trabajo gratuita, sino para que los caudillos locales aseguraran el control social a través del clientelismo político. Por eso los programas que en 1991 pasaban por entregas de cajas o cheques para que la familia organizara sus comidas, luego se convirtieron en comedores dependientes de instituciones o en Planes Trabajar, bajo el control directo de los punteros locales. A medida que la asistencia se transformaba en clientelismo su gestión pasaba de las mujeres a los varones. Nuestros trabajos cualitativos advierten que en ningún momento de la década, el aporte de la asistencia del estado a los ingresos de los hogares pobres (aun si hubieran recibido todos los programas simultáneamente), hubiera superado el 10% del ingreso medio del hogar.

c) *Redes de ayuda mutua*: Cuando los ingresos se reducen y la asistencia se hace más y más discrecional, los hogares aumentan la confianza en la ayuda que pueden recibir, no de un estado en retirada, sino de su propio entorno. Cultivan

entonces sus redes de ayuda mutua. Estas son relaciones de amistad, vecindad o parentesco basadas en la confianza que se tienen entre amigos, vecinos y parientes. Estas **redes de relaciones forman un verdadero sistema de seguridad social que canaliza la solidaridad mutua en forma de mensajes, bienes y servicios que se desplazan desde los miembros y los hogares** que “están en la buena”, que tienen más, hacia los miembros y los hogares que “están en la mala”, quienes, a su vez, devolverán los favores recibidos a sus vecinos, amigos o parientes cuando mejore su situación o aquéllos se encuentren necesitados. Es cierto que puede dudarse de la eficacia de las redes cuando la crisis es generalizada, puesto que son sistemas de seguridad entre pares.(...) Pero, aun sin recursos, la función de sostén psicológico de las redes se visualiza en el mensaje de afecto, valorización y esperanza que realizan los amigos y que es un elemento clave de la supervivencia.

d) *Auto producción*: Otra fuente de ingresos es la caza de pequeños animales o la producción en huertos y gallineros domésticos. Sin embargo, en un área urbana las posibilidades de cazar o mantener una huerta o un gallinero son escasas”.

2. Diversificación de las fuentes de abastecimiento

Por la misma razón que tratan de diversificar las fuentes de ingresos, las familias pobres diversifican las fuentes de abastecimiento. (...) La estrategia de los hogares es invertir la energía de las mujeres en la búsqueda de los mejores precios en todos los circuitos. Esta conducta en 1991 permitía abaratar la canasta de consumo un 38%, en 1995 un 22% y en 1999 un 27%.

En la década se registra una modificación del mercado informal que pasa de comercializar productos a comidas, intentando cubrir el espacio que brindan los cambios en la comensalidad (cada vez más gente toma por lo menos una comida fuera del hogar) y la caída de los ingresos hace que cada vez menos trabajadores puedan pagar por una mesa.

3. Manejo de la composición familiar.

Desde hace milenios los humanos hemos descubierto que la organización doméstica es un comportamiento estratégico que permite optimizar los recursos disponibles y el tamaño de la misma ha dependido del sentido del flujo de los ingresos. Cuando los ingresos fluyen de los hijos a los padres se tenderá a tener familias numerosas, incluso a captar miembros a través de la adopción o del parentesco ampliado. Cuando los ingresos fluyen de los padres a los hijos, los padres elegirán tener familias más pequeñas, con pocos niños, buscando calidad antes de cantidad de hijos.

- ☐ Identifique alguna de las estrategias de supervivencia familiar descritas hasta aquí en estos fragmentos, en la comunidad vecina al Centro de Salud.
- ☐ ¿Qué impacto tienen dichas estrategias en el mantenimiento de la seguridad alimentaria? ¿Cómo impacta ello sobre la salud?



8. Prácticas y representaciones sobre la alimentación

Segunda parte: Estrategias de supervivencia familiar. Preguntas y aperturas

La conservación y el cuidado de la salud es un bien muypreciado por las comunidades. Decíamos que ello es de particular importancia entre los más pobres, ya que el cuerpo es, en gran medida, un verdadero instrumento de trabajo. Estar enfermo no sólo es sentirse mal, sino también perder el trabajo o el sustento mientras dure el malestar.

Sin embargo, muchas de estas preocupaciones buscan soluciones que se basan en creencias sociales arraigadas. Algunos de ellas, adoptan explicaciones “mágicas”; otras se asientan en saberes antiguos que han dado resultados en sus experiencias.

Siguiendo con los fragmentos del texto anterior, lo invitamos a tomar nota durante la lectura acerca de

- ☐ Sus reflexiones sobre las prácticas de alimentación, representaciones sociales de los alimentos y el cuerpo en los distintos estratos sociales de la población que accede al Centro de Salud.



4. AUTOEXPLOTACIÓN

“En la pobreza este comportamiento estratégico significa:

- a) trabajar más y/o
- b) comer menos o distinto.

a) El intento de aumentar las horas por trabajador ocupado o la cantidad de trabajadores por hogar chocó con la creciente desocupación, la desaparición de las changas y el levantamiento de horas extras. (...) No sólo se buscó aumentar la actividad en los mercados de trabajo sino también en las actividades hogareñas, por ejemplo trabajar más significa producir o procesar alimentos con alto valor agregado (amasar las tapas de empanadas que antes se compraban), o sustituir servicios que antes se pagaban invirtiendo las energías de los miembros de la familia. (...)

b) Comer menos significa reducir la ingesta, distribuir en forma diferente o bajar la calidad del régimen. Es sintomática la asimetría de género con que las familias pobres deciden invertir la energía disponible. Son las mujeres las que pagan con sobre trabajo los productos que se suplantan, ya que por razones de subordinación y en concordancia con representaciones de género difíciles de revertir, la mujer-madre, funciona como una reserva de energía silenciosa, siendo además cómplice de su propio deterioro.

(...) La compra de la carne en circuitos informales... “Es que este abaratamiento riesgoso sólo se sostiene en una serie de representaciones que podríamos llamar “el complejo de la vaca”, donde la carne ha sido entronizada como “el alimento por excelencia” hasta el punto que podemos decir que la comida idealizada es “carne con algo”

La formación de esta representación no está exenta de criterios ecológicos, económicos y nutricionales, porque dada la particular geografía pampeana, ha sido un alimento de precios relativos bajos y la mayor fuente de proteínas y hierro en la dieta del área. Simultáneamente se construyó el mito de su salubridad incuestionable. La población con que trabajamos no reconoce que la carne vacuna pueda provocarle mal alguno. En cambio está alerta respecto a las “otras” carnes: el cerdo como transmisor de triquinosis o la carne aviar sospechosa de contener hormonas. Pero la carne vacuna carece, en la representación popular, de enfermedades que afecten al ser humano. Los datos sobre la aftosa se ven como un problema político de colocación de las carnes argentinas en el mercado europeo; de hidatidosis, ántrax o brucelosis no se tiene registro. Se sabe, en cambio, que no hubo casos de “vaca loca” en Argentina, lo que confirmaría que “nuestra carne” es intrínsecamente sana. Por lo tanto comprar carne barata, aunque se sospeche que proviene de mataderos clandestinos, no configura (en la visión popular) ningún riesgo. Esto ha servido para marcar la importancia de tratar las representaciones en que se apoyan las elecciones estratégicas respecto de la alimentación.

9. “Diálogos” entre la medicina folklórica y la medicina formal

En este apartado nos centraremos particularmente en las creencias y en las prácticas de cuidado y de recuperación de la salud de los grupos de la comunidad.

A continuación, analice el siguiente fragmento del texto de *Axel Kroeger*, y *Rolando Luna*¹⁰;

“Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto sociocultural en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan el estado de salud-enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad.

Varios estudios han demostrado que grupos étnicos y socioeconómicos diferentes presentan patrones patológicos distintos, y perciben la enfermedad y actúan frente a ella en forma diferente.

En muchos países de América Latina existe una amplia base poblacional nativa, integrada sólo parcialmente al desarrollo general de la sociedad. Aparte de los idiomas oficiales se habla una variedad de lenguas y dialectos. Hay, en consecuencia, importantes elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres, creencias) que establecen una percepción especial de los procesos de salud y enfermedad. Lo que se conoce como “medicina indígena”, “medicina folklórica”, “medicina tradicional” o “medicina popular” es, precisamente, este saber de la población, mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y mezcla con diferentes grupos étnicos y sociales. Este saber que conforma un verdadero cuerpo de doctrina sobre el saber de la enfermedad, su clasificación y tratamiento, es utilizado actualmente por un amplio porcentaje de la población, especialmente de las zonas rurales o urbano-marginales.

Las diferentes culturas indígenas así como las subculturas populares nacionales (representativas de una mezcla de diversos elementos culturales), han incorporado a su saber muchos principios de la medicina “científica” para explicar la enfermedad. Sin embargo, los conceptos etiológicos que parten del desequilibrio humano en las relaciones sociales, el mundo físico y sobrenatural se encuentran todavía muy vivos, lo cual se comprueba fácilmente al observar los modelos conceptuales con que la población explica la enfermedad.

10. Kroeger, Axel y Luna, Rolando; Cap. II. Contexto sociocultural. En: *Atención primaria de la Salud, principios y métodos*. México. OPS/Pax. 1992. Pág. 21.

La medicina científica ha negado, reiteradamente, los valores de la medicina tradicional; no obstante, últimamente hay mayor apertura para su consideración. Si bien existe una carga de elementos mágico-mítico-religiosos, explicables por la situación social y cultural en que permanecen estos grupos, también hay muchos elementos empíricos y racionales que pueden ser utilizados e incorporados a la práctica médica occidental.”



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



- ☐ ¿Se han identificado en la comunidad vecina al Centro de Salud prácticas populares o de “medicina folklórica”?
- ☐ ¿A quiénes acuden las personas para la resolución de sus malestares o enfermedades?
- ☐ ¿Se observan en la comunidad la presencia de curanderos o agentes informales de ayuda en salud?
- ☐ ¿En qué medida estas prácticas culturales tradicionales o populares son integradas a las prácticas asistenciales médicas?
- ☐ ¿Qué destacaría de estos casos?
- ☐ ¿En qué medida estas prácticas pueden coexistir y aun ayudar a la atención del Centro, y en qué caso piensa que pueden ser riesgosas?
- ☐ En su opinión, ¿qué piensan los grupos de la comunidad acerca de la asistencia brindada en el Centro de Salud? Retome los comentarios que relevó en las actividades preliminares de este Posgrado.



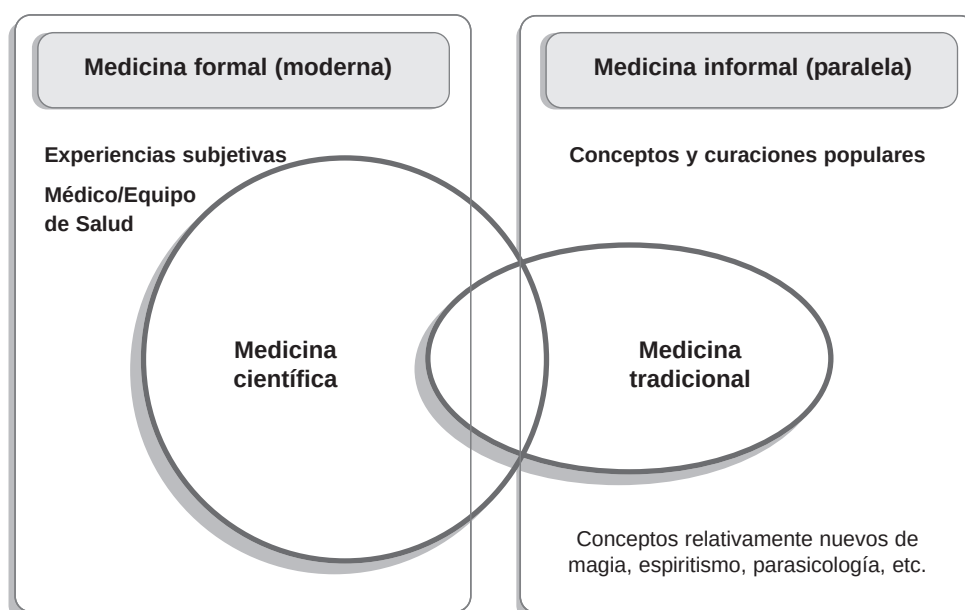
Registre sus reflexiones, para continuar con la siguiente actividad

10. Las pautas culturales: ¿Un obstáculo para la atención de la salud?

Con frecuencia, el personal de salud entiende que las pautas populares de atención de la salud desarrolladas por la comunidad son negativas y un verdadero obstáculo para su tratamiento. Con relación a estas percepciones, le invitamos a que lea los siguientes párrafos, retomando la contribución de Axel Kroeger, y Rolando Luna ¹¹;

¿Qué pierde el equipo de salud cuando ignora los factores socio-culturales?

1. El entendimiento racional del comportamiento de sus pacientes
2. El mejoramiento de la calidad y aceptabilidad de sus servicios y el reconocimiento de sus propios límites.
3. Una mejor colaboración de sus pacientes, particularmente en tratamientos largos (por ejemplo, tuberculosis).
4. El entendimiento del sistema informal y el aprovechamiento de algunos elementos para el propio trabajo.



11. Kroeger, Axel y Luna, Rolando (comp.); Cap. II. Contexto sociocultural. En: *Atención primaria de la Salud, principios y métodos*. México. OPS/Pax. 2da Ed. 1992. Págs 21-24. 28.

La Figura 1 muestra las dos grandes corrientes de la medicina que coexisten: la medicina oficial o formalmente aceptada (*medicina moderna*, en nuestro contexto), y la medicina informal en la cual se reúnen los elementos tradicionales (medicina tradicional), nuevas corrientes de las llamadas ciencias ocultas (espiritismo, parasitología, etc.) y una gran variedad de conceptos y curaciones populares. A esta medicina informal la llamaremos, en nuestro contexto, por brevedad y simplicidad, *medicina tradicional*, tomando en cuenta que este término se refiere, en realidad, sólo a una parte del todo.

El curandero (o terapeuta tradicional) es definido como una persona reconocida por la propia comunidad en que vive como un personaje competente para prestar atención en salud mediante empleo de productos vegetales, animales y minerales, y la aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad. Sin embargo, el término de curandero representa, según las regiones, diferentes agentes del sistema informal de salud. Utilizaremos “curador”, que incluye a todas las personas que curan dentro del sistema informal de salud.

A los dos grupos de proveedores de atención se agrega un tercero que en términos de frecuencia de utilización tiene todavía mayor importancia: la medicina doméstica.

3. BARRERAS DE ENTENDIMIENTO ENTRE PROFESIONALES DE SALUD Y SUS PACIENTES

En América Latina hay una gran variedad de conceptos populares sobre el origen de las enfermedades; existen clasificaciones populares específicas para determinar los trastornos, las que llamaremos “*enfermedades folk*” (como susto, empacho, ojeo, daño) y que presentaremos más adelante.

Estos trastornos parecen relativamente raros, porque la población no los presenta con esa denominación a los servicios de salud. Muchas de las enfermedades comunes como diarrea, bronquitis, impétigo, pueden ser clasificadas en los esquemas de la medicina tradicional y doméstica. Aquí existe una sorprendente variedad de subclasificaciones (por ejemplo, disentería de frío o de calor; diarrea de humedad o de frío o de calor) que pueden o no coincidir con las de la medicina moderna.

Hay pocos estudios científicos de epidemiología de las enfermedades más comunes que simultáneamente tomen en cuenta la clasificación de la medicina científica y la

clasificación popular de enfermedad (Lozaya y Zolla. 1983; Zolla, 1988; Kroeger y Ruiz, 1988).

Este hecho tiende a crear profundos malentendidos entre el paciente y el equipo de salud.

Los malentendidos más evidentes pueden surgir cuando el paciente utiliza las mismas palabras del médico, pero éste no se da cuenta de las diferencias conceptuales que existen; por ejemplo, cuando el paciente utiliza la palabra “anemia” para expresar debilidad y decaimiento, o “reuma” para describir dolores en los músculos o huesos. En otros casos el paciente puede tener el mismo concepto etiológico que el médico sobre cierta enfermedad, pero utiliza un término popular; por ejemplo “empacho”, en lugar de dispepsias y “culebrilla” por herpes zoster. Frecuentemente el paciente no comunica al médico sus propios conceptos etiológicos, particularmente cuando ellos no coinciden ni con los conceptos ni con los términos médicos: tal es el caso de mal de ojo, daño (hechicería), estómago caído, etcétera.

Felizmente, en muchos casos el malentendido médico/paciente no altera la efectividad terapéutica, especialmente cuando la enfermedad es de corta duración o la aplicación de los medicamentos necesita pocas repeticiones. Pero lleva a menudo al fracaso terapéutico cuando la enfermedad es crónica o grave, o cuando el tratamiento requiere una determinada conducta por parte del paciente.

(...)

Resumen

La medicina moderna elabora el diagnóstico de una enfermedad, básicamente, a través de la combinación de síntomas descritos por el paciente. En cambio la medicina tradicional tiene otras formas de diagnosticar la causa de una enfermedad. El desinterés en los síntomas específicos, que comparte el curandero con sus pacientes, lleva al enfermo a tener dificultades para explicar sus síntomas al médico, de tal forma que entre al esquema de la medicina moderna.



Sugerimos que retome sus anotaciones del estudio de los modelos de interpretación de la salud y sus determinantes, realizados en la unidad 1.



En un esfuerzo por incorporar las prácticas sociales vinculadas con el cuidado y recuperación de la salud que incluirá el poder y el conocimiento tanto del componente informal como formal del sector salud, la OPS definió el **Modelo Social de Prácticas de Salud** como:

“un conjunto de prácticas, hábitos, conductas e intereses que instalados en la sociedad tienen una influencia decisiva en la salud de la población y los individuos que, incluyendo al componente formal del sistema de salud lo exceden, conformando una realidad más compleja, que jerarquiza caminos alternativos y complementarios a los tradicionales para cuidar, recuperar o promover la salud.”¹²

Luego de estas lecturas,

- ☐ Identifique una situación que haya acontecido en la atención brindada por el Centro de Salud, y que refleje un problema de comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud;
- ☐ Reflexione acerca de cómo dicho problema de comunicación representa un obstáculo en la adecuada atención que debería brindar el Centro.

11. Las percepciones de la atención en salud: ¿Un obstáculo para el cuidado de la salud?

¿Por qué la gente acude a otros servicios o a otros agentes comunitarios para resolver sus problemas de salud? A continuación, a modo de introducción le presentamos dos autores que reflexionan sobre este problema:

12. Citado en Bello, Julio y de Lellis, Martín, *Modelo social de prácticas de salud*. Proa XXI Editores. Buenos Aires, 2001.

“Existe una gran variedad de factores que pueden influir en la decisión de un individuo enfermo para elegir entre uno u otro servicio de salud. Por ejemplo, un anciano con poca educación formal acude más fácilmente al curandero que un joven con educación secundaria. Además, hay mayor disposición para acudir a un curandero cuando se trata de una enfermedad crónica o folklórica que de una enfermedad infecciosa aguda y de origen natural. Igualmente, es más probable que la gente se dirija al agente tradicional de salud cuando el centro o puesto de salud más próximo está lejos o es de mala calidad.

Son, entonces, dos los tipos de percepción que determinan la elección del servicio de salud: la del beneficio que va a obtener del tratamiento y la percepción de las barreras culturales, geográficas y financieras.” (Peter & Evans, 2002)¹³

“Los que acudieron al médico o personal auxiliar se justificaron aludiendo la mayor eficacia curativa de la medicina moderna y a las malas experiencias con los curanderos. Por el contrario, quienes consultaron a los curanderos se sentían rechazados por el “orgullo” de los médicos, la distancia al puesto de salud más próximo o los costos elevados (Kroeger y Luna, 1982)”¹⁴

■ Le sugerimos la lectura de los siguientes casos analizando en ellos:

- Las barreras de comunicación y relación entre la población y los profesionales del equipo de salud.
- Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad.
- Cultura de los grupos sociales de la comunidad y cultura del equipo de salud.

A. Para la familia del señor Torres, de origen campesino, la enfermedad revela el poder de Dios, quien dirige la vida, ordena la naturaleza y castiga. El sujeto que enferma no tiene una parte de su cuerpo enferma (órgano), sino que él en su totalidad está enfermo. Se siente mal, de manera global (malestar). Por ese motivo, prefiere llevar a su familia al curandero que al Centro de Salud.

B. Un miembro de la familia de la señora María tiene un trastorno caracterizado por dolor abdominal, a veces vómito, diarrea, mareo y hasta pérdida del conocimiento. La familia consulta al Centro de Salud, pero en realidad piensa que el joven tiene “mal de aire”.



13. Peter, F.,– Evans, T. “Dimensiones Éticas en la Equidad en la Salud”. En: OPS- OMS- Fundación Rockefeller Evans, Timothy; Whitehead, Margaret; Diderichsen, Finn; Bhuiya, Abbas; Wirth, Meg. *Desafío a la Falta de Equidad en Salud*, Washington DC, Publicación Científica y Técnica N° 585, 2002.

14. Kroeger, Axel y Luna, Rolando (comp.); *Atención primaria de la Salud, principios y métodos*. México. OPS/Pax. Cap. II. Contexto sociocultural. 2da Ed.1992. Pág. 39



Discuta con su tutor y miembros del equipo de trabajo acciones que permitan revertir dichas barreras de comunicación.

- C. Un niño de la comunidad fue mordido por una víbora, comúnmente presentes en el medio local. Toda la comunidad sale persiguiendo a la víbora hasta encontrarla. El niño es conducido al Centro de Salud, donde recibe su suero antiofídico. Sin embargo, la comunidad cree que el niño se salvará si y solamente si se consigue atrapar y matar a la culebra.
- D. El personal de una posta de salud encargado de esterilizar ciertos materiales utilizados para curación, acostumbra a secarlos extendiéndolos en el césped sobre una sábana para recibir la acción del sol. Es la manera en que, también, secan sus ropas lavadas. La percepción es que al aire libre y por la acción del sol quedarán perfectamente esterilizados.
- E. La madre de varios niños del barrio se niega a llevarlos al Centro de Salud para la vacunación, debido a que su primer hijo falleció pocas horas después de haber sido inmunizado en dicho Centro. El grupo profesional del Centro no pudo explicarle por qué pudo haberse producido este lamentable hecho.
- F. El médico del Centro de Salud atiende a la señora Luisa, embarazada de cuatro meses. Es la primera vez que Luisa asiste a un control. Como resultado de esta atención, el médico le informa sobre su estado y condiciones del embarazo, indicándole el comportamiento a seguir. Como no está en buenas condiciones, le recomienda reposo y ningún esfuerzo. La entrevista fue breve. Luisa se retira sin haber comprendido el lenguaje del médico. Además, piensa que en su realidad no será posible la recomendación, dado que trabaja como empleada doméstica por horas y tiene una familia numerosa. Su condición económica le impide reducir su trabajo. Como no cumplirá con las indicaciones, decide no asistir más a los controles.
- G. El grupo de enfermeras brinda una charla a madres embarazadas que asisten al Centro de Salud. Muchas están próximas al parto. En la sala de espera, las enfermeras les explican cómo deben lavar las mamaderas y otros enseres del futuro recién nacido, para evitar la contaminación. Las madres escuchan en silencio. Una de ellas piensa que no tendrá mamaderas y, como es de costumbre en su familia, dará el pecho al niño mientras dure, y aun podrá apelar a una “madre de leche”. Otra madre se pregunta interiormente cómo va a cumplir las instrucciones, si no tiene agua corriente en su vivienda.
- H. En la Argentina, agua es un término desprestigiado –reflexiona un médico consultado–, que también recomienda los jugos exprimidos por su aporte de vitaminas y fibras, útiles para la digestión. Pero cuando los chicos se juntan en una ca-

sa, los padres no ofrecen agua para beber, porque creen que es poca cosa y, en su lugar, ofrecen gaseosa. El profesional, además de reconocer el problema, no encuentra cómo actuar con las familias para superarlo, especialmente considerando la incidencia de casos de obesidad en niños en la comunidad.

- ☐ Seleccione aquel/los casos que a su juicio más se asemeja/n a hechos o situaciones que usted ha protagonizado como profesional del Centro de Salud.
- ☐ Discuta con sus pares acerca de las estrategias utilizadas en ese contexto para superar las barreras de comunicación.
- ☐ Lo invitamos, si lo desea, a escribir un relato de una situación en la cual se haya planteado un problema de comunicación, de barreras culturales entre la población demandante y la atención brindada por el equipo de salud.



12. La cultura socioprofesional

Otra tendencia común entre los profesionales de salud es la de concebir que las pautas culturales atañen sólo a la comunidad. Sin embargo, ...

Es importante destacar que estas pautas culturales, de pensamiento y de prácticas, se desarrollan en todos los grupos humanos, inclusive en el grupo al que Ud. pertenece. Los profesionales de la salud, como hemos visto, a lo largo de la historia también construyeron su propia **cultura profesional**, alrededor de los modelos de explicación de la salud.

El no reconocimiento de las propias creencias o de los modelos para pensar la salud obstaculizan la comprensión de las pautas culturales de los otros grupos sociales. Muchas veces este obstáculo, se expresa en los procesos de comunicación y diálogo entre el personal de salud y la gente que acude a los servicios, con consecuencias muchas veces muy riesgosas.





Si lo desea puede retomar la actividad 4 de esta unidad.

- ☐ ¿Cómo describiría la cultura profesional de los miembros del equipo de salud?
- ☐ Si hubiera barreras culturales de los profesionales del Equipo de Salud: ¿Qué estrategias superadoras podrían implementarse?

Le proponemos a continuación la lectura de una ponencia presentada por el Dr. Raúl Mejía en ocasión de unas Jornadas realizadas en la ciudad de Buenos Aires, en el cual expone las dificultades que se observan en la propia cultura profesional para comprender con claridad la problemática de salud de las mujeres:¹⁵

- ☐ Marque las barreras propias de la cultura socioprofesional.
- ☐ Anote sus reflexiones .

-Vamos a hablar un poco de salud de la mujer. Primero habría que definirlo. Salud de la Mujer se definió en 1985. En realidad se venía hablando de salud de la mujer desde 1960, porque hasta ese momento la salud de la mujer se dividía clásicamente en dos grupos:

- Las enfermedades ginecológicas o relacionadas con la reproducción y
- Las otras. Estas otras enfermedades, de hecho siempre se estudiaron para varones y después se homologaron para las mujeres, y en realidad se vio que no era así.

Entonces, en 1985 se definió que salud de la mujer comprende aquellas situaciones o enfermedades, que reúnen alguno de estos criterios:

1. Ser exclusivas de las mujeres.
2. Ser más prevalentes en mujeres que en varones. Hay patologías que se presentan en los dos sexos pero que son mucho más frecuentes en mujeres.
3. Tener consecuencias más graves para las mujeres o ser un factor de riesgo diferente para mujeres, o simplemente requerir una estrategia de intervención diferente.

15. Bello, Julio; de Lellis, Martín; Cárdenas, Rosario. La salud en crisis y el rescate de la equidad. Fundación Navarro Viola. Buenos Aires. 1997.

Todo esto lo dice el Departamento de Salud de los Estados Unidos en un documento que es clásico, de 1985.

A partir de ese momento se empezó a trabajar sobre el tema. En 1993 salió otro documento que trata sobre la educación médica y la necesidad de implementar el estudio de la salud de la mujer en toda la formación médica. Y también se empezó a analizar cuáles son las dificultades más importantes que tienen las mujeres y si hay o no inequidad en la calidad de la atención médica que reciben las mujeres.

El primer punto en el que hay una desigualdad en la calidad de la atención médica es en el acceso al sistema de salud (en Estados Unidos el 13% de las mujeres y el 9% de los varones no tuvieron cuidado médico durante el último año). Este 4% es bastante importante, sobre todo si uno considera que en la población mayor de 65 años hay mucho más porcentaje de mujeres que de varones, y es la población que necesita más cuidados médicos.

El otro elemento importante es que las mujeres que no tienen cobertura médica reciben menos cuidados médicos que los varones. Del total de las mujeres, el porcentaje que no tuvo cuidados necesarios en el último año es el que les dije al principio, 13% y 9%, pero las mujeres sin seguro médico, las *homeless*, son un 36% contra 23% de los varones. Medicare, que es una especie de seguro médico para la gente sin recursos, que está provista por el Estado, muestra una diferencia muy grande y después va disminuyendo el cuidado y acceso médico y se van limando las diferencias.

En la Argentina, la cobertura médica de la población descendió del 74% que estaba cubierto en 1985, al 58% en 1993. El grupo de la población donde más se nota la diferencia en cobertura médica es el de las mujeres jóvenes, que son mujeres que han debido recurrir a trabajos en negro, trabajos de tiempo parcial, trabajos que no tienen cobertura médica ni beneficios sociales.

El otro tema muy importante relacionado con éste es que la definición legal de trabajo aleja a la mujer del sistema de salud. ¿Por qué? Porque, en primer lugar, la definición de trabajo no considera al ama de casa como trabajadora, y el trabajo de ama de casa es un trabajo, y es un trabajo que tiene una carga horaria mucho más alta que el de un oficinista o de un empleado y no tiene ningún tipo de reconocimiento social. Entonces las mujeres que están solas pero que tienen alguien que colabore en su manutención, ya sea una pareja o la ayuda de la familia, no tienen acceso al sistema de salud porque no trabajan, o mujeres que tienen que trabajar de empleadas domésticas para atender a su familia o mujeres que tienen que hacer trabajos en negro para poder cuidar a su familia. Entonces, para poder acceder a un sistema de salud se necesita trabajar legalmente y las que están más perjudicadas en este sistema son las mujeres; esto marca

una severa desigualdad en el acceso.

Una vez que las mujeres entran al sistema de salud hay disconformidad; y la disconformidad también es importante, 41% de las mujeres contra 27% de varones han cambiado de médico en su vida. ¿Cuál es el problema? Según un estudio de la Fundación Commonwealth, en Estados Unidos el 32% de las mujeres cambia por problemas de comunicación. El 25% de las mujeres contra el 12% de los varones, aquí los compara, refiere haber sido desvalorizadas o tratadas como niños. Esto es fundamental, los síntomas de las mujeres: “Ah ¡esto no es nada!...” es una frase característica; lo mismo que “no esa molestia en el cuello no es nada...”. Esto es mucho más frecuente en mujeres que en varones. La contrapartida es que ellas te contestan, por el contrario, los varones sólo consultan cuando están gravemente enfermos, y eso también es cierto, hay diferentes patrones de acceso al sistema médico, pero los de las mujeres no están considerados. Al 17% de las mujeres contra el 7% de los varones se les dijo que sus problemas eran psicológicos.

Por último, y esto es en la Argentina, el 5% de las mujeres fueron molestadas sexualmente por los médicos, con comentarios o actitudes por los cuales se sintieron sexualmente agredidas.

Acá tenemos problemas de comunicación con los médicos, las mujeres tienen más dificultades que los varones. Desvalorizadas: 25% las mujeres, 12% los varones. Que todo era psicológico: 17% las mujeres, 7% los varones.

Enfermedades cardiovasculares. Primera causa de muerte de las mujeres en Estados Unidos. Si se pregunta de qué se mueren las mujeres, la mayoría de los médicos no lo sabe. Las mujeres se mueren de enfermedades cardiovasculares exactamente igual que los varones tanto en Estados Unidos como en Argentina: 31,8%. La única diferencia es que la enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, afecta a la mujer diez años después que al varón. Esto tiene muchas explicaciones fisiológicas que ahora no importan.

Los factores de riesgo tienen diferente importancia en las mujeres y en los varones. Esto es algo que recién ahora se está empezando a investigar. Todos los estudios que hay sobre enfermedad coronaria están hechos en varones. Los estudios más importantes, en los cuales todo el mundo decide qué tratamiento va a hacer y la prevención, están hechos en varones. Ahora lo vamos a charlar al final.

Por ejemplo el HDL colesterol tiene mucho más importancia y se considera un factor de riesgo independiente en las mujeres, cosa que no es así en los varones. Lo mismo pasa con los triglicéridos, lo mismo pasa con la menopausia. Y después, cuando tienen un infarto, ¿qué pasa? Las mujeres llegan a la edad coronaria más tarde que los varones, porque el dolor en el pecho de la mujer, es cierto, se presenta de manera diferente

que en el varón, pero además se le presta mucha menor atención, y cuando llegan a la unidad coronaria a las mujeres se les ofrecen menos tratamientos trombolíticos y menos estudios invasivos, se les hacen menos cateterismos. Como respuesta, algunos dicen que esto no es una discriminación sino que la mujer que llega a la unidad coronaria es en promedio más grande que el varón, está más deteriorada y tiene diferentes características arteriales, por lo cual es más difícil hacer este tratamiento. Eso se dice, pero la realidad es que reciben con menor frecuencia tratamiento trombolítico y que los estudios sobre prevención primaria y prevención secundaria publicados se han realizado en varones.... Los estudios más famosos en prevención ¿cuáles son? El 4S, el estudio del Oeste de Escocia, dice: 8% de mujeres, entonces vale la pena darle droga para prevenir enfermedad coronaria a gente de alto riesgo, que no han tenido infarto y casi no considera mujeres. Y así si revisamos cada uno de los estudios desde 1960, todos los estudios de prevención primaria y secundaria están hechos sobre varones.

Esto es un pantallazo de algunas enfermedades, nada más.

Vamos a hablar sobre las enfermedades psicosociales. 40% de las mujeres contra 26% de los varones cumplen criterios de depresión mayor, en Estados Unidos. Respecto de la depresión mayor en Estados Unidos, la historia psicológica o la escuela psicológica existente es diferente a la de la Argentina. Por sus características, para calificar a una persona como deprimida o no, ésta tiene que cumplir ciertos criterios del DSM IV. Estamos de acuerdo o no con esto, los criterios del DSM IV son iguales para varones y para mujeres. Primer error. Y si uno se guía por esos criterios, fíjense la diferencia que hay entre los varones y las mujeres. Prácticamente no hay estudios sobre el origen de la depresión en las mujeres. En Estados Unidos se están empezando a hacer algunos estudios, ya hay algunos grupos que trabajan bastante en psicología del género, en la génesis de la depresión y son mecanismos totalmente diferentes. Las mujeres se deprimen a diferente edad que los varones, tienen maneras de deprimirse diferentes, expresiones de la depresión, diferentes problemas de otra índole que ya vamos a ver.

Un elemento muy importante en Estados Unidos, que en Argentina no se mide, es la autoestima. La autoestima también se mide con escalas con las que podemos estar de acuerdo o no, pero la realidad es que el 20% de las mujeres se sienten desvalorizadas, sienten que tienen baja la autoestima, y eso se advierte cuando uno somete a mujeres y varones, a las mismas poblaciones a un mismo test.

Otro problema muy importante es que el 10% de la población argentina tiene más de 65 años. ¿Esto que quiere decir? Está demostrado que las mujeres de más de 65 años son mujeres que en general están solas, o con parejas enfermas, porque los varones nos enfermamos antes y morimos antes; cuanto más grandes sean las mujeres mayor es el porcentaje de mujeres solas por varón. La soledad es un factor importante de depresión

y de malestar. Al vivir más tiempo tienen mayor cantidad de enfermedades crónicas o parcialmente inhabilitantes y aparte tienen mayores problemas económicos, porque cuando una mujer enviuda la pensión es mucho menor que la jubilación que recibía del marido, porque no son iguales las pensiones, ya conocemos el valor de las jubilaciones en nuestro país.

El acceso al Sistema de Salud también es diferente porque muchos sistemas, muchas empresas que tienen a sus socios afiliados a algún sistema de medicina, cuando el afiliado se jubila pasa a depender del sistema estatal.

Entonces, el envejecimiento de la población argentina aumenta mucho el porcentaje de soledad en la mujer y el riesgo de estar enferma.

Esta es una encuesta del grupo nuestro en Argentina. Tres de cada cuatro mujeres mayores de 65 años consume psicofármacos en forma regular. Esta es una encuesta que está hecha en un estrato social de clase media hacia arriba. Por otro lado, el uso crónico de psicofármacos se asocia con algunas enfermedades muy importantes, por ejemplo el riesgo de caídas y de fractura de cadera, que es mucho más frecuente en varones que en mujeres, se ve arriba de los 70 años, y de cuatro mujeres que se rompen la cadera, tres tomaban psicofármacos, algo que es bastante congruente con esto.

El último punto es el alcoholismo; todo el mundo habla de alcoholismo en los varones pero en las mujeres es otro tema del que no se habla, y no se habla porque los varones tienen un patrón de consumo de alcohol social en grupo y uno los ve alcoholizados por la vía pública. El patrón de consumo de alcohol de las mujeres es diferente; las mujeres ¿cuándo beben?, beben a la mañana en su casa, en soledad, en general después duermen y cuando se reinician las actividades en la casa porque los chicos vuelven del colegio, porque el marido vuelve del trabajo, están más o menos en condiciones de cumplir con sus tareas.

Cambiando de nuevo de tema, vamos a otro que es terrible: la violencia doméstica. Se trata de un tema de muy alta prevalencia. En países que tienen estadísticas, el 7% de las mujeres casadas ha sido físicamente agredido por sus maridos en el último año y el 37% lo ha sido en forma verbal o emocional. Esto es altísimo, es un porcentaje muy alto y las estadísticas siguen creciendo. En Estados Unidos, en los últimos 5 años, el 2% de las mujeres han sido violadas. Violación no implica el uso de la fuerza física, simplemente implica tener una relación sexual no deseada. Cuando se lo pregunta con encuestas sensibles y dirigidas a las mujeres, el 5% de ellas ha tenido relaciones sexuales no deseadas, aunque sea con su pareja, con algún tipo de coerción, en el último año.

De las mujeres que consultan a un servicio de guardia, el 30% viene de una situación

de violencia doméstica, pero miren lo que pasa y esto ya es culpa de los médicos, el 92% de las mujeres víctimas de abuso no han discutido el tema con sus médicos, no se animan por la respuesta que ellas encuentran en nosotros. Son respuestas que no contemplan la situación, son respuestas que desvalorizan. Son respuestas tipo: “Bueno, ¿qué habrá hecho usted?... etc. etc.” Y recién nos enteramos de los casos de violencia doméstica con el drama de esta chica que fue muerta de 113 puñaladas por el novio, o algún otro caso que llega a los diarios. El 60% de las mujeres víctimas de violencia no han sido derivadas a centros especializados, con lo cual no se les ha ofrecido ninguna ayuda, se le ha curado las lesiones y nada más.

Si vamos a lo que son las prácticas de prevención, en Estados Unidos el 44% de las mujeres mayores de 50 años no se han realizado una mamografía, ustedes saben que se recomienda que las mujeres mayores de 50 años se hagan una mamografía anual, pues se trata de una recomendación demostrada que salva vidas. En nuestro país no estamos tan mal; 51% de las mujeres que consultan al Programa del Departamento de Atención ambulatoria del Hospital de Clínicas, que es el Hospital Universitario, no tienen hecha una mamografía. Este porcentaje en realidad se acompaña de un estudio hecho en el centro de salud N° 21 en el barrio de Flores, en una villa de emergencia, y entonces el porcentaje sube al 80%, con lo cual la pobreza es el factor de riesgo del cáncer de mama por falta de diagnóstico precoz.

El treinta y cinco por ciento de las mujeres no se ha realizado el Papanicolau, y sabemos que el Papanicolau anual desde el inicio de la vida sexual es una actitud preventiva que salva vidas. Un solo Papanicolau hecho en la vida de todas las mujeres salva vidas, creo que es un cuarenta y pico por ciento, lo cual es un número realmente muy importante.

El sesenta y siete por ciento de las mujeres tiene sobrepeso y solo el 31% contra el 47% de varones realiza ejercicio en forma regular más de 3 veces por semana. Esto es muy importante porque mientras tanto la propaganda está llena de remedios para adelgazar, geles, institutos, algas, lo que uno quiera. Pero educación o programas sobre reducción de peso o estímulo para el ejercicio no hay. Y en general todo el ejercicio está dirigido hacia los varones no hacia las mujeres.

Aquí estamos viendo otro caso interesante: en la pareja, en un 80% de los casos la regulación de la fertilidad depende de la mujer, es un problema de la mujer, si va a tomar anticonceptivos, si va a utilizar un método barrera, si se va a colocar un DIU; el varón en el 80% de los casos no participa; y cuando se adoptan técnicas de esterilización es 1 varón contra 300 mujeres cuando, paradójicamente la esterilización en el varón es una técnica mucho más sencilla y barata que la esterilización de la mujer. Porque la esterilización del varón es la ligadura de conductos eferentes, que se puede hacer fácilmente,

es una operación de cirugía menor y uno puede volver caminando a su casa, mientras que una ligadura de trompas requiere una cirugía abdominal o hacerlo durante una cesárea después de un embarazo.

Estos fueron algunos ejemplos. Tengo tantos ejemplos que podemos estar hasta mañana charlando de cada una de estas enfermedades. Pero ¿qué pasa con la educación médica? Porque hasta ahora vemos que los médicos no hacen nada, pero ¿nos educaron para eso? No. El curriculum de la Facultad de Medicina no considera las cuestiones de género salvo en dos materias, ginecología y obstetricia. No existen programas de educación médica continua que consideren la salud de la mujer en forma integral. Hay un solo programa de entrenamiento para residentes; perdón hay dos programas de entrenamiento para residentes que consideran a la mujer en forma especial, uno está en el Hospital Italiano y el otro está en el Hospital de Clínicas. En el nuestro, los residentes rotan tres meses durante toda su residencia por atención ambulatoria y en él pueden recibir entrenamiento en salud de la mujer durante, creo, 3 días en total, hicimos el cálculo horario, con lo cual alcanza para que les mostremos un poco más este tema y nada más, no tenemos tiempo de entrenarlos.

Los programas de entrenamiento en violencia doméstica y la certificación o acreditación en Medicina Interna no exige que uno esté capacitado en salud de la mujer, de hecho, por ejemplo, para obtener el **Port** en Internal Medicine en Estados Unidos uno debe acreditar que está capacitado para atender mujeres no solamente desde el punto de vista reproductivo. Uno no sólo tiene que saber tomar un Papanicolau, saber mirar una mamografía y saber hacer un examen pelviano, sino demostrar habilidad en la entrevista médico paciente y comprender en forma, algunos lo llaman “*sensitive*”, de manera sensible, digamos, hablando el mismo idioma que las mujeres, los problemas y los patrones de acceso al sistema de salud.¹⁶

Y por último, sólo el 15% del presupuesto de investigación se dedica a investigar el problema de la mujer, no ginecológico, la investigación ginecológica obviamente es el 100% de presupuesto pero no se considera. Esto motivó que en el año 1994 el Instituto Nacional de Salud de mujeres y niños, NIH sacase un documento en el cual se establece que los trabajos de investigación que se hacen a partir de ese momento no pueden tener más el sesgo de discriminación de las mujeres. Pero la respuesta es que hay que cambiar todo el diseño de la investigación. Bueno, mala suerte, las mujeres son por lo menos la mitad de la población.

16. En la encuesta a médicos clínicos y generalistas sobre el cuidado de la salud de la mujer se concluye que “los médicos clínicos han recibido escaso entrenamiento formal en el cuidado de la salud de la mujer, que la mitad de ellos no discuten temas como la violencia doméstica o el control de la fertilidad con sus pacientes. Además sugiere que los médicos verían con buen agrado en sus programas de entrenamiento de posgrado”. Mejía, Raúl y cols. *Medicina y Sociedad*. Vol. 23. N° 1. Marzo 2000.

Actividad de integración de la unidad 3

En las actividades de integración de las Unidades I y II, usted estuvo trabajando sobre un problema prioritario de salud que afecta a la población vecina al Centro de Salud (sus determinantes, inequidad, la perspectiva ética).

Le solicitamos a continuación que:

- ☐ Observe cuáles son las barreras culturales, en términos de distancias entre las culturas locales en la atención de la salud y las culturas profesionales del Centro de Salud.
- ☐ Luego determine si existen barreras geográficas, económicas, administrativas del Centro de Salud u otras .
- ☐ ¿Cuáles estrategias superadoras podrían pensarse? ¿Quiénes podrían participar?

Sería importante que para dar respuesta a esta consigna revise sus anotaciones, y las que ha ido realizando a lo largo del Módulo en las distintas actividades.

- ☐ Escriba un breve texto en el que responda las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo explicaría las dificultades en el acceso a la atención que presenta la comunidad del Centro de Salud?
 - ¿Existen familias o personas que quedan marginadas de la atención? ¿existen extranjeros, trabajadores indocumentados o grupos étnicos que quedan fuera del acceso a la atención?
 - ¿Existen discapacitados y ancianos que quedan postergados por las distintas barreras encontradas?
 - ¿Existen familias en situación de riesgo a la salud, niños y mujeres desnutridos, situaciones de violencia social o de género?
 - ¿A qué pueden atribuirse estas barreras a la atención de la salud? ¿qué acciones desarrollan los profesionales para vencer estas barreras?



El texto que Ud. elabore será retomado en la unidad 4.



Unidad 4

Hacia la Estrategia de Atención
Primaria de la Salud (APS)

Introducción

En esta unidad, nos centraremos en la **estrategia de atención primaria de la salud (APS)**. Esta estrategia, desde que fue concebida, puso en revisión muchos conceptos tradicionales sobre:

- Salud y enfermedad,
- Comportamientos personales e institucionales,
- Modalidades para definir y organizar un sistema de atención de la salud.

Asimismo, impulsó las líneas de trabajo que buscaban **superar las barreras de acceso a la atención e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades** mediante intervenciones individuales y/o poblacionales.

Enriqueció el marco conceptual de la **participación comunitaria** como un elemento principal de los programas de salud, y colaboró en la integración de los derechos humanos en la base ética que sustenta el acceso a la salud destacando la importancia de la red de servicios y los niveles de atención para asegurar el acceso y la calidad de la atención, en donde el primer contacto con el sistema de salud suponía tanto una integración hacia el interior del sistema asistencial como hacia la población, valorando su responsabilidad y la de sus instituciones para promover salud, prevenir la enfermedad y acceder oportunamente al sistema de atención.

En esta unidad buscaremos integrar las actividades y temáticas desarrolladas en las anteriores unidades con los conceptos centrales sobre Atención Primaria de la salud; su estudio será desarrollado en mayor profundidad y extensión a lo largo de los subsiguientes Módulos.

Los **núcleos problemáticos** que nos planteamos para este último tramo del módulo se centrarán en:

- ¿Cuáles son las concepciones de APS que subyacen a las prácticas de los profesionales de la salud?
- ¿Qué nuevas perspectivas y campos de acción profesional abre el trabajo con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud?
- ¿Cuáles son los obstáculos y las fortalezas para su implementación?



Texto del Plan Federal

"La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica."

Págs 22-23



Regístrelas en su cuaderno y converse sobre el tema con el tutor y algunos compañeros del Centro de Salud

Objetivos específicos

Deseamos que el trabajo desarrollado en esta Unidad le permita:

- Concebir la noción de Atención Primaria de la Salud como una estrategia integral e integrada de asistencia, promoción y prevención en el contexto comunitario.
- Identificar el impacto de la estrategia de APS sobre los sistemas y servicios de salud.
- Reconocer los cambios organizacionales de la estrategia de APS y su influencia sobre las prácticas de los profesionales de la salud.
- Identificar intervenciones que permitan superar los obstáculos para su extensión y consolidación.

Actividad Inicial



Realice esta actividad antes de leer el material de la presente unidad a efectos de dar mayor espontaneidad a lo que usted exprese. Sus repuestas son importantes para guiar al Equipo Tutorial en su actividad formativa.

En esta última Unidad le proponemos que, a modo de apertura y recuperación de sus saberes (conocimientos, creencias, prácticas),

- ☐ Exprese en pocas líneas, a partir de su experiencia, formación y lo transitado a lo largo del presente módulo, algunas respuestas o reflexiones a los siguientes interrogantes:
 - ¿Qué entiende usted por Atención Primaria de la Salud?
 - ¿Podría identificar programas, actividades, instituciones o servicios donde se aplica?
 - ¿Ha realizado experiencias sobre APS? ¿Recuerda cuáles?
 - ¿Tiene alguna opinión valorativa sobre APS?
- ☐ Identifique algunas de las principales dudas y principales certezas que tiene sobre el tema.

1. Algunos antecedentes importantes de la APS

Desde 1978, se dio status prioritario y reconocimiento conceptual a la **Atención Primaria de la Salud (APS)**, en la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata¹. Así queda reconocida en el campo de la Salud Pública:

“ Existe una Política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada “Salud para todos en el año 2000”. En 1978, en la reunión de Alma-Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de la salud (APS), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud.”²

Esta estrategia incluye como principios básicos:

- **Accesibilidad** de la población a la atención de la salud.
- **Cobertura universal** en función de las necesidades de salud de la población.
- **Organización y participación de la comunidad** para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado.
- **Acción intersectorial**, entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios.
- **Desarrollo de tecnologías apropiadas** en función de los recursos disponibles.

1. La 1ª Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, se celebró del 6 al 12 de septiembre en la ciudad de Alma Ata, antigua URSS, en 1978.

2. Kroeger, A y Luna, R (comp.). “Aspectos programáticos de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional”. Cap. I. en *Atención Primaria de la Salud*. 2ª edición. OPS. México. 1992

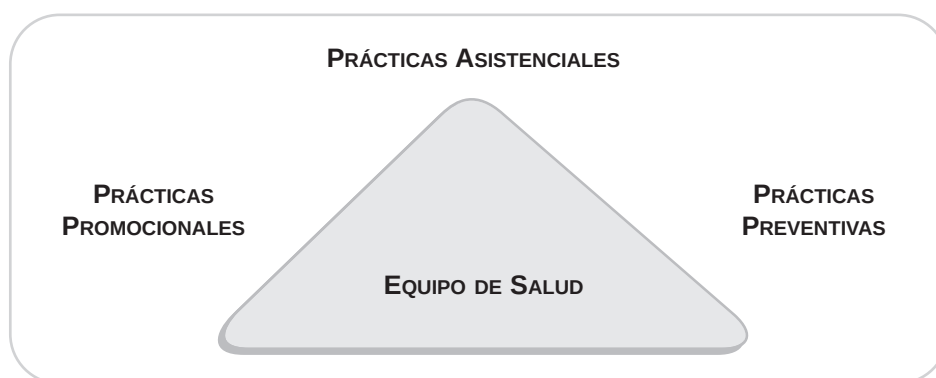
2. Las prácticas y las distintas concepciones de APS

ATENCIÓN PRIMARIA: PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN

Grodos y Bertune nos dicen que la APS propone dar una respuesta “integral” a los problemas de salud. Esta **integralidad** implica que se tome a cargo a la vez el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (su “demanda de atención”) y los aspectos de prevención y promoción de la salud.

En resumen, la APS requiere ser integral porque la realidad misma de la salud y la enfermedad es “integral” y porque su fin último es “integral”. Es decir, se propone un modelo de atención “que integra las actividades de medicina curativa, de prevención y promoción sanitaria” (el mismo equipo en una zona determinada es responsable del conjunto de estas actividades, a la inversa de lo que ocurre en el enfoque “vertical” de los problemas de los equipos especializados).

Veámoslo gráficamente.



Otros autores señalan:

*“Esta estrategia (APS) tiene un componente muy fuerte de participación comunitaria en un doble sentido; por un lado, buscando más consenso y democratización del poder y por otro, más legitimación del sistema de salud que en muchos casos no es suficiente. De allí surge la necesidad de buscar algunos **cambios instrumentales** que mejoren la performance de los sistemas, la legitimación con los ciudada-*

*nos y niveles más activos de participación de estos últimos. Es indiscutible que se incrementa la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la **estrategia de promoción y prevención de la salud**, tales como los **estilos de vida, cambios de hábitos y cuidado de la salud**, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población.*

En este sentido, las estrategias de la atención primaria y la participación comunitaria mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica.”³

La **Atención Primaria de la Salud** debe analizarse desde **tres perspectivas**:

- **Como estrategia**
- **Como nivel de asistencia**
- **Como programa de actividades**

La Atención Primaria de la Salud es concebida de distintas formas: como estrategia, como programa, como nivel de atención. En la amplitud y ambigüedad de su definición, permite entenderla y actuarla de distintas maneras. En cualquier caso, siempre tiene el valor de movilizar la reflexión y la acción en materia de la salud de las poblaciones.

3. González García, Ginés; “Apertura”. En: Torres, Rubén (org) *Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Ediciones. I Salud N° 3, Pág. 5. (2001)

APS	Concebida como	Apoyo en la definición	Objetivo	Nivel	Impacto sobre el sistema actual	Principal desagregación
	Estrategia	Núcleo del Sistema Nacional de Salud-Forma Parte del desarrollo	Transformar el sistema para lograr equidad y eficiencia social	Político Administrativo	Total	8 Componentes: • Recursos humanos • Participación • Articulación Intersectorial • Programación • Tecnología Apropiaada • Nuevas modalidades de organización • Reorientación del financiamiento sectorial • Cobertura total
	Nivel de Atención	Puerta de entrada al sistema	Desarrollar una ancha base de captación	Técnico Administrativo	Parcial	Sistema de escalonamiento con referencia y contrarreferencia
	Programa Proyecto	Asistencia sanitaria esencial	Proteger grupos sociales seleccionados abordando sus problemas prioritarios	Técnico creativo	Bajo	Actividades: • Educación para la salud • Nutrición • Agua potable y Saneamiento ambiental • Maternidad e infancia (Planificación familiar) • Atención a endemias • Inmunizaciones • Atención de enfermedades y traumatismos comunes • Suministro de medicamentos básicos

Analicemos cada perspectiva.

■ APS como Estrategia

El logro de la meta Salud para Todos en el año 2000 mediante la APS implica una reorganización del sistema de salud en su conjunto, al ubicar como foco de atención a la propia comunidad y sus problemas.

Se apoya en **tres pilares fundamentales**:

- **Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud.**
- **Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.**
- **Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.**

Ello implica subordinar la utilización sistemática y acrítica de las prestaciones de servicios más complejas a un uso racional de la atención médica basado en las reales necesidades de los pacientes, priorizando en consecuencia las prestaciones más básicas y con mayor capacidad resolutoria. Así, se debe escalonar la atención según niveles ascendentes de complejidad, desde los primeros que son las unidades y centros de salud hasta los niveles más altos como son los hospitales especializados o de máxima complejidad, lo que implica **dos aspectos fundamentales**:

- **Estimular el uso de los servicios básicos de salud**, apoyándose en las **conductas de autocuidado** desarrolladas en el propio núcleo familiar y en **estrategias de participación** que facilitan la implementación de actividades de promoción y prevención con base en la comunidad.
- **Reasignar los recursos humanos**, propiciándose la capacitación de técnicos y profesionales para aumentar sus competencias en la resolución de problemas básicos de salud.

■ APS como Nivel de Asistencia

Así entendida, la Atención Primaria de la Salud (APS) es equivalente a un primer nivel de atención, lo que se traduce habitualmente como **“puerta de entrada al sistema”**. Es decir, como la zona de contacto inicial de individuos y comunidades con el sistema de salud, cuyo carácter descentralizado está destinado a aumentar las posibilidades de

acceso de la población a los recursos disponibles en cada área sanitaria.

Esta **zona inicial** implica establecer una **comunicación continua y sistemática** con:

- a. La **población cubierta**, ya se trate de aquellas personas incluidas en la población de alto riesgo como aquellas consideradas como sanas o asintomáticas.
- b. Con **referentes ubicados en otros niveles del sistema**, para efectuar su adecuada derivación.

Esta concepción sufrió tal tipo de distorsiones que llegó a interpretarse la APS como el “techo” o límite máximo de la atención, lo que suponía limitar el acceso y degradar la propuesta en una *medicina para pobres*. Si la atención primaria se degradara de esta forma, se transformaría en un programa marginal para gente marginal y con recursos marginales.

■ APS como Programa de Actividades

La APS sostiene que, si bien las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad horizontal en el acceso a los servicios básicos de salud, es cierto que **la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obligan a satisfacer prioritariamente sus necesidades**. Esto no implica que la atención deba limitarse solamente a grupos focalizados mediante el suministro de un paquete básico de servicios, sino que es necesario **ampliar o extender la cobertura de los programas y servicios de salud**.

El concepto de **programas dirigidos a grupos de población o a problemas específicos seleccionados según un enfoque de riesgo** ha sido objeto de una polémica creciente entre los sanitarios. Por un lado, están quienes aceptan esta perspectiva, subyacente al diseño e implementación de programas “focalizados” que se dirigen a grupos expuestos a situaciones de riesgo o en condiciones de mayor vulnerabilidad (Programa Materno Infantil, Programa de Lucha contra el SIDA, Programa de Atención Primaria dirigido a la población aborigen) y por el otro, los que sostienen que al asociarse la estrategia de APS con programas focalizados se legitima la concepción selectiva de la intervención y se abandona la filosofía original de la APS, cuyo principio de universalidad se basaba en una atención que debía abarcar a toda la población comprendida en el sistema.

“La atención primaria de la salud (APS) constituye la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Esta definición, expuesta en la reunión de Alma Ata hace más de dos décadas, y a cuyos postulados han adherido formalmente la totalidad de los países individualmente, y constituye hoy la recomendación de todos los organismos internacionales como una de las bases de los procesos de reforma del sector salud, parece no corresponderse en la práctica con políticas universitarias de pregrado y posgrado que privilegian la ultraespecialización, con políticas salariales que devalúan estas prácticas y aun una depreciación de reconocimiento profesional para quienes a ella se dedican.

Al mismo tiempo, la relación costo-efectividad y el impacto sobre los principales indicadores de salud parecen dejar pocas dudas de su eficacia en relación con los procedimientos tecnológicamente más sofisticados; y aun así resulta difícil implementar e imponer esta estrategia.

Vinculada con ella, surge una nueva concepción del Hospital Público, que por ser el elemento más visible e imagen de la salud pública para la mayoría de nuestra población, debe hoy cambiarse.

El tradicional hospital encerrado entre sus paredes y altamente especializado, o mejor, tecnologizado, y simple receptor o tratante del hombre enfermo, debe transformarse en una institución capaz de organizar la demanda de ingreso al sistema entrando en contacto con el hombre sano y acercando a él la disponibilidad de los recursos.

En definitiva, un hospital que tienda a alcanzar la equidad no sólo como un problema de asignación de recursos sino también de la accesibilidad del conjunto de la población al sistema sanitario.

Y aunque meta común de las políticas sanitarias y sociales, la equidad aparece a menudo esquiwa en la implementación de las mismas.

Según diferentes concepciones, la APS puede interpretarse simplemente como el nivel de atención o puerta de entrada al sistema, limitándola por consiguiente a una forma de organización técnico-administrativa; como un programa con objetivos específicos y estructura simplificada para la atención elemental de grupos marginales, y en este caso termina transformándose en un programa marginal, con recursos marginales, para población marginal («¿atención primaria o primitiva de la salud?») y finalmente como una estrategia, para lo cual debe satisfacer requisitos de impacto, equidad, eficacia social y articulación intersectorial.

La APS como estrategia, al introducirse en la estructura del sistema de salud, plantea desde la base de este sistema un cambio cualitativo que lo afecta en su totalidad generando a la vez modificaciones en los diferentes niveles y promoviendo una mejor calidad en las prestaciones.

Por otra parte, en virtud de sus fundamentos y características de integración en la comunidad, al encontrar las respuestas adecuadas en tiempo y lugar a las necesidades particulares de cada grupo social, aumenta su eficacia elevando los niveles de salud de la población en su conjunto.

Concebida de esta manera, la APS sobrepasa los límites del sector, significa mucho más que reordenamiento y estructuración de los servicios, compromete una mayor participación del Estado, la integración de los servicios y de la comunidad y se transforma en un desafío político.”⁴

4. Torres, Rubén; Atención Primaria de la Salud, Nuevas Dimensiones, Buenos Aires, Ediciones ISALUD N° 3. "A 20 años de Alma Ata el Debe y el Haber de la Atención Primaria de Atención", Págs.178-179-



Lo invitamos ahora a que, a partir de estas lecturas, realice las siguientes actividades:

- ☐ Efectúe una consulta a profesionales de la salud que trabajen en el Centro de Salud en distintas especialidades clínicas, acerca de qué significado le atribuyen al concepto de Atención Primaria de la Salud.
- ☐ Releve la presencia de las distintas concepciones acerca de la APS (como programa, estrategia, nivel de actividad) enunciadas en las respuestas dadas por los entrevistados.
- ☐ Identifique cuál es la concepción que prevalece acerca de la APS.
- ☐ De alguna manera, las diferentes concepciones, si las hubiere, ¿constituyen un obstáculo para las prácticas profesionales?

3. Barreras en la implementación de la APS

Tal como señalan Fried (1975) y Daniels (1985) y como lo presentamos en las unidades anteriores, *“Cada vez que se toca el tema de la equidad en salud, se tiende a considerar como aspecto fundamental el acceso a la asistencia sanitaria.”*⁵ Sin duda, es básica la posibilidad de recibir la atención de la salud ante cualquier episodio de enfermedad, cualquiera sea su nivel de complejidad, en forma equivalente para todas las personas.

La **ampliación de los servicios de salud**, incluyendo centros de primer nivel de atención instalados en las comunidades, ha significado un importante aporte en la búsqueda de acercamiento a la comunidad y a la mejora de su salud.

Sin embargo, estas barreras siguen influenciando a las prácticas y a los resultados sanitarios. No sólo es necesario estar más cerca y pertenecer a la comunidad. Se requiere,

5. En: Ob. cit. Peter F y Evans, T. Capítulo 3 "Dimensiones éticas de la equidad en salud". Pág. 27.

fundamentalmente, el desarrollo de un **nuevo modelo de trabajo** que supere la visión meramente curativa, atendiendo cuando el daño a la salud ya está instalado y agravado.

Entre los servicios de salud y la comunidad suelen establecerse **distinto tipo de barreras** que se interponen al **acceso real**, considerando el **uso efectivo de los servicios de salud por parte de la comunidad**, la disponibilidad y disposición del personal, la calidad y oportunidad de la respuesta, la satisfacción de la comunidad y las personas. **Tales barreras económicas, geográficas y culturales** constituyen un obstáculo importante para la salud de las personas y acaban potenciando los efectos de los determinantes sociales. En otros términos, **estas barreras obstaculizan el logro de mayor equidad en salud, produciendo una vulnerabilidad diferencial o acumulativa de los factores sociales determinantes de la salud.**

De manera simple y retomando lo enunciado en las unidades 2 y 3, podríamos identificar:

- **La distancia geográfica del servicio de salud con respecto a la comunidad que atiende.** Ello incluye los medios de transporte público y sus costos para las personas más pobres, o el camino a pie que las personas deben recorrer para llegar al servicio de salud, muchas veces con terrenos llenos de obstáculos.
- **La organización de los servicios y sus barreras administrativas**, que impiden el acceso al servicio y la atención oportuna.
- **Las distancias culturales entre los profesionales y la gente**, incluyendo las dificultades para la comprensión de las necesidades, la comunicación, el diálogo.

Las dificultades en la capacidad resolutoria del servicio de salud, para dar atención y respuestas efectivas a las necesidades de salud y su reestablecimiento.



Considerando estos problemas, lo invitamos a recuperar sus reflexiones de la Actividad de integración de la unidad 3 referida a las barreras existentes entre el Centro de Salud en el que trabaja y su comunidad y las dificultades en el acceso a la atención de la salud.

Le sugerimos que retome sus anotaciones realizadas durante las Actividades Preliminares del Posgrado, (referidas a las observaciones y entrevistas administradas acerca de las razones por las cuales la comunidad no asiste al Centro de Salud, o lo hace cuando ya no tiene otras opciones), y las actividades 10,11 y 12 de la Unidad 3.

Revisando sus anotaciones y las que ha ido realizando a lo largo del Módulo en las distintas actividades:

- ☐ ¿Podría agregar algo más a estas reflexiones sobre las barreras?
- ☐ ¿Cómo explicaría ahora las dificultades en el acceso a la atención que presenta la comunidad del Centro de Salud?; ¿qué diferencias observa, si las hay, entre sus primeras anotaciones y sus análisis actuales?





- ¿Cuáles son las barreras materiales y culturales que advierte?
- ¿En qué medida ellas afectan negativamente en el acceso a la atención oportuna?; ¿cómo afecta esto a la equidad en salud?
- ¿Qué límites presentan en materia de prevención del daño a la salud y de promoción de prácticas saludables?

4. Barreras institucionales y profesionales

Existen **barreras personales e institucionales** para la consolidación de esta estrategia en los propios modelos de atención de la salud que, contruidos a lo largo de la historia de la medicina y presentes en las prácticas profesionales condicionan su desarrollo. El texto de Kroeger y Luna sintetiza en el siguiente esquema acerca de las barreras en la relación médico – paciente:

“BARRERAS MÉDICAS

1. *La inestabilidad del personal médico en las zonas rurales no ofrece suficiente tiempo para el proceso de aprendizaje.*
2. *La identificación con los grupos dominantes, dentro de los pueblos y comunidades rurales, impide el conocimiento de los verdaderos grupos de alto riesgo en los estratos marginados.*
3. *La inexperiencia y desconocimiento profesional de los factores sociales y culturales que influyen en la salud, y el comportamiento frente a los servicios de salud (particularmente entre grupos indígenas y estratos socio – económicos bajos).*

- 4. La soberbia del médico** (adquirida durante su carrera universitaria y confirmada por su elevada posición en la comunidad), que le hace creer que entiende los problemas de salud de la comunidad y trata con cierto desprecio a sus pacientes. Por esta razón, muchos enfermos prefieren consultar a un curandero profesional.
- 5. La práctica médica individualista**, que permite al profesional diagnosticar y tratar pacientes individuales, pero que le impide analizar y tratar los problemas de salud y sus causas dentro de una población.
- 6. El miedo a la competencia de los practicantes de la medicina informal**, quienes podrían quitarle a sus pacientes.”⁶

A continuación les presentamos algunos testimonios volcados por trabajadores de la Salud de distintas provincias de nuestro país⁷. Se refieren a interrogantes y opiniones sobre posibles respuestas a los desafíos planteados. Le sugerimos que los lea y analice.

“El médico viene deformado de los '70, '80, '90; aprendimos con el paciente horizontal, no lo vimos nunca vertical, vimos un órgano, un ojo, un corazón etc., nunca vimos a la persona. El cambio de paradigma de la salud es justamente apuntar a otra cosa que no tiene nada que ver con lo que nos formamos ahora, y pasa por la reformulación de lo que estamos haciendo, replantear la formación de la gran cantidad de especialistas que se forman en los hospitales, por el centralismo hospitalario, y formar profesionales de la salud que puedan hacer carne la estrategia de APS”.

“Desde el discurso, todos acuerdan con el abordaje a favor de la APS, como estrategia para desarrollar todos los programas de salud. Pero en el abordaje concreto encontramos un poco de resistencia al cambio, a una visión que sea más humana y social, no sesgada y enfocada sólo en la enfermedad. La cuestión es tratar de desarrollar un trabajo multidisciplinario y en equipo”.

“Hace 40 años que estamos hablando de APS. Un poco ya conocemos las herramientas, pero es aplicarlas en los contextos en los que estamos trabajando y creo que todo se reduce a articulación, y es muy amplio, y es el secreto y es la rueda que tenemos que poner a funcionar, que hace veinte, treinta, mil años que hablamos y que uno le echa la culpa a Nación, otro a Provincia, otro a Municipio. Pero a nosotros, ¿qué nos toca?”



6. Kroeger y Luna. Ob. Cit. Pág. 42.

7. Estos testimonios fueron recogidos en el contexto de las distintas jornadas de trabajo que organizó el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en conjunto con los Ministerios de Salud Provinciales y que se convocaron bajo el nombre "La estrategia de APS en el centro de la escena". 2003.



“Hay cuestiones sociales, económicas, esto [*hace referencia al proceso salud-enfermedad*] es multicausal, multifactorial, todo es muy complejo; ¿qué hacemos mientras tanto? En el mundo feliz tendríamos que esperar que no existiera el hambre, que no existiera la desnutrición, que no existiera en los hospitales internación por estas causas, porque si manejamos prevención no tendrían que existir, pero ¿qué estrategia tenemos que plantear mientras tanto? Tenemos que bajar a lo nuestro, a lo cotidiano”.

En estos testimonios se plantea la estrategia de APS como una posible respuesta y algunos de sus desafíos y limitaciones del enfoque clásico. A partir de la lectura de los testimonios anteriores, le proponemos que reflexione:

- ☐ ¿Qué piensa usted de estos testimonios?
- ☐ ¿Qué similitudes y diferencias tienen con las que se expresan en la práctica en su equipo de salud? ¿Y con las suyas?

5. Barreras percibidas por la población



A continuación se transcriben **testimonios de pobladores** que refieren a **barreras percibidas** que dificultan el acceso a los servicios de salud. Le pedimos que los analice:

Ent: ¿Vos considerás que es fácil o difícil ser atendido?

- ☐ *¿Por la Obra Social o el Hospital?*

Ent: En ambos lados ...

- ☐ *No, por la Obra Social es mucho más fácil la atención y si uno va al hospital bueno uno sabe que tiene que esperar, debe esperar, y hay veces que cuesta esperar según la urgencia que tenga cada persona, por ejemplo las veces que el*



nene se me lastimó la cabeza no hubo paciencia para esperar, si de repente el nene tiene temperatura esperamos hasta que nos llamen, pero por la Obra Social es mucho más rápido, no hay que esperar tanto...

- *“Están tan acostumbrados a hacer su trabajo que de repente descuidan la parte emocional de paciente, entonces ellos no se dan cuenta que una madre o un padre que va a llevar a sus hijos a un médico porque lo necesita, al no conocer tu estado económico entonces es como que ellos ignoran todo ese factor y a veces te tratan muy mal y te sentís pésimamente mal”*
- *“Si me gasto los veinte para ir al medico en remedios les saco dos o tres días de comida a mis hijos; prefiero que coman ellos; yo ya viví; en una palabra prefiero que coman ellos”.*
- *“El hospital tenía como 68 personas antes que yo, así que lo llevé a una clínica (por un cólico hepático, después no lo hice tratar)”;*
- **(...) Ahí en el hospital te tenés que levantar a las cinco de la mañana, hacer la cola hasta las siete...que se abra la ventanilla y después tenés que esperar hasta las diez que te llame la ginecóloga, que te atienda o te dé la pastilla, si te la da o no te la da...(...) Acá tenés que estar a las cinco para salir a las doce más o menos, todas las veces que he ido he tardado, tenía que estar toda la mañana ahí...con todo lo que uno necesita para los chicos (...)”*
- *“Me gustaría que en la salita del barrio haya un médico las 24 horas porque cada vez que pasa alguna cosita tengo que correr a la salita de Valentín Alsina.*

Ent: *¿El problema es que no hay médicos?*

- *“En la salita de Mario Bravo solamente hay médicos de 9 a 12, creo que después de la 1 hasta las 3 de la tarde y no todos los días”.*

Ent: *¿Cuando Uds tienen un problema siempre se dirigen a Alsina?*

- *“Sí, al hospital o a la salita de Alsina, seguro que hay un pediatra”.*

Ent: *Uds. Prefieren ir a la salita por un motivo de distancia?*

- *“En la salita convendría más porque ahí en la salita le hacen hacer análisis, esas cosas. En la salita de Valentín Alsina, por ejemplo, si Ud. necesita un análisis de sangre o una radiografía todo le hacen ahí, es como un hospitalito pero chico”.*



Luego de analizar estos testimonios:

- ☐ Le sugerimos que realice algunas entrevistas a los habitantes de su comunidad incluyendo los mismos interrogantes que utilizó el entrevistador para obtener los testimonios transcritos anteriormente.
- ☐ Compare las respuestas obtenidas por usted y elabore su interpretación sobre las barreras que perciben los miembros de su comunidad.
- ☐ ¿Cuáles son sus conclusiones acerca de las barreras a la atención de la salud en su contexto?

6. Regionalización y nivel local



En la página del Ministerio de Salud, en Conapris, usted encontrará el resumen ejecutivo del trabajo sobre Referencia y Contrarreferencia en sistemas locales de salud. Lo invitamos a compartir sus reflexiones con el equipo tutorial

La implementación efectiva de la APS supone un sistema regionalizado: una red integrada de servicios en la cual se otorga máxima prioridad a la **atención básica prestada a nivel local como puerta de acceso al sistema de salud en su conjunto**. La atención de la salud será más efectiva cuanto más próxima se halle al ámbito en el que las personas viven, se educan y trabajan, y de acuerdo con las necesidades o características que presenta cada zona o región geográfica.

En este sentido, uno de los principios básicos de la regionalización es que **la atención de la salud debe ser ofrecida al máximo nivel posible por el primer nivel del sistema**.

Para dar cumplimiento a este proceso debe partirse de la conformación de una **red integrada de servicios**, que incluya a efectores tales como:

- el Hospital,
- el Centro de Salud o Unidad Sanitaria,
- Programas de salud que estén orientados hacia el fin de mejorar la cobertura de la población.

El proceso de regionalización no debe concebirse como una simple división geográfica, sino que se inscribe en un **proceso de descentralización de la administración técnica y de servicios** cuyo fin último es el **aumento de la accesibilidad a los servicios**.

Lo invitamos a que describa e interprete:

- ¿Cómo está organizada la red de atención regional a la que pertenece su Centro de Salud?
- ¿Conoce Ud. la existencia de normas sobre referencia de pacientes, en el Centro de Salud?
- ¿Tiene información sobre el grado de aplicación? ¿Cuáles son las dificultades? ¿Cómo responden los servicios en la contrarreferencia?
- ¿Qué papel le cabe al Centro de Salud en el aumento de la accesibilidad a los servicios?; ¿y en su función resolutoria específica?
- ¿Qué procesos requerirían ser mejorados para facilitar la articulación entre los servicios de la red y el desarrollo del primer nivel de atención?



7. Acerca de la intersectorialidad

Una herramienta fundamental para la implementación de una estrategia de APS es la **INTERSECTORIALIDAD**. Ella permite incorporar y sumar recursos, actividades, iniciativas que habitualmente existen y se desarrollan más allá del sistema formal de salud, a través de otras agencias sociales: escuelas, instituciones barriales, centros de recreación, organizaciones laborales, etc. En la propuesta de Municipios Saludables aparecen buenos ejemplos de esta respuesta intersectorial.





En el sitio del Ministerio de Salud puede encontrar referencias concretas al Programa de Municipios Saludables www.msal.gov.ar



Ahora le proponemos que trate de identificar, en la realidad del área que abarca el Centro de Salud en el que usted trabaja,

- ☐ ¿Cuáles son las organizaciones que, fuera de los servicios formales de salud, influyen en la situación de salud de la población en su comunidad?
- ☐ ¿Qué actividades identifica en ellas como vinculadas a salud?
- ☐ ¿Qué mecanismos de articulación existen entre dichas organizaciones y los servicios de salud?
- ☐ ¿Qué medidas sugiere para hacer esta articulación mas eficaz y eficiente?

8. Participación social y Calidad en APS

La estrategia de APS, en cualquiera de los distintos niveles de atención, propone dar una respuesta “integral” a los problemas de salud. Ello requiere la jerarquización de las actividades de promoción y prevención desde un enfoque que destaque la participación social, así como de la permanente mejora de la calidad de la atención. Veamos lo que expresan algunos especialistas:

PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN

(Párrafos extraídos de Grados y Bertune)

Las dos características de integralidad y de equidad de la APS no son realizables sino en el marco de un enfoque participativo. Éste cae de su peso si recordamos una dimensión capital de la filosofía de la APS, tal como la hemos descrito: tender a responsabilizar a los individuos y las comunidades con respecto a la toma a cargo de su salud por ellos mismos.

Pero la participación tiene también razones más «técnicas». Podemos considerar al menos cuatro:

- a) el diálogo con la población es una vía de entrada no burocrática a la comprensión de sus necesidades y de su demanda de atención;
- b) la salud no se mejora nunca por la sola acción de la medicina. Cuando todo el medio ambiente cambia en el buen sentido, la salud puede mejorar. Pero esto supone individuos actores, y no solamente beneficiarios de la acción médico-sanitaria;
- c) además, sólo la opinión, el control, la retroalimentación que viene de la población permiten una adaptación permanente del sistema de salud y su mejora hacia una mayor eficacia, eficiencia, acceso, y para decirlo todo, humanidad.
- d) finalmente, cada cultura tiene su propia concepción de la salud, que los “profesionales de la salud”, encerrados en su saber técnico, no llegarán a adquirir más que por una forma u otra de diálogo con la población. Se han cometido muchos errores por no haber querido reconocer que toda comunidad humana posee su propio saber sobre la salud, y que es tomando explícita la expresión y consciente la lógica que podemos unir este saber con el saber occidental en los mismos dominios –saber occidental que no se trata de tirar, desde luego.

La participación no es siempre una dimensión de la APS automáticamente garantizada. Se obtiene y se conserva difícilmente. Es, además, tanto un resultado de acciones emprendidas como un recurso para la realización de estas acciones. Tomemos el ejemplo de la atención curativa. El sufrimiento individual es, para las personas, el problema de salud prioritario (estemos en un país rico o en un país pobre, por otra parte).

Entonces, un servicio de salud debe, primero, hacerse cargo de la respuesta a esta necesidad fundamental y universal. Pero la organización de servicios curativos es también una excelente ocasión de diálogo, que permite a las personas tomar conciencia de

sus propias posibilidades de autonomía y a los profesionales de la salud adaptar la naturaleza y las modalidades de funcionamiento de sus servicios.

No hay razón para que la participación no llegue a todos los sujetos que tienen una relación con el desarrollo o la salud. Tampoco hay razón para que ella no intervenga en todos los niveles de decisión, desde el nivel médico-enfermo a los niveles superiores del sistema sanitario. Por lo tanto, al confinar indebidamente la APS sólo a los servicios periféricos, no se hace más que yuxtaponer una organización comunitaria naciente con el resto del sistema sanitario, inmodificado en su centralismo, sus costos y su tecnicidad.

Una vez dicho esto, el enfoque participativo no niega –contrariamente a lo que algunos dicen– la importancia de las técnicas y de los técnicos. Pero demanda a estos técnicos un esfuerzo de escucha y de cambio que permita reorientar algunas de sus acciones y adaptar algunos de sus medios a los valores y modelos de las personas para las que trabajan.

Las consecuencias evidentes de este reparto de saber y de poder, aun limitado, son la demistificación de una gran cantidad de técnicas, de tratamientos o de servicios –y un cierto cambio de comportamiento por parte de los que las utilizan. En la práctica, esto se manifestará, por ejemplo, en la negativa a medicalizar problemas corrientes o susceptibles de ser tomados a cargo a nivel familiar (como el tratamiento de primera instancia de la gripe, de la fiebre o de la diarrea). O aun en la búsqueda de alternativas: farmacias familiares, colaboración con la medicina tradicional, etc.

COBERTURA Y CALIDAD

Dra. Elsa Moreno

“Alma Ata, con un renovado enfoque de la atención primaria, significó una ruptura cualitativa con el pasado y una nueva propuesta de actuar en salud, focalizada especialmente en un reordenamiento de prioridades que compromete a la sociedad en su conjunto. Este reordenamiento deriva, por lo menos, de tres ideas fuerza presentes en la «Declaración de Alma Ata»; la primera es una nueva conceptualización de la salud, la segunda es la introducción de un enfoque intersectorial y participativo y la tercera es el imperativo de reorientación y reestructuración de los servicios de salud.

La nueva conceptualización de la salud representa el reconocimiento de que la salud es un producto intersectorial, resultado de un conjunto de aspectos mucho más amplios que sólo los servicios de salud y las causas que se generan en los ámbitos políticos, económicos y sociales.

La introducción de un enfoque intersectorial pone énfasis en la necesidad de generar un compromiso político que permita llevar a la práctica esta nueva apreciación de la salud, actuando intersectorialmente a nivel de los servicios y promoviendo una masiva participación del pueblo tanto en la promoción y prevención de la salud, cuanto en los determinantes políticos, sociales y económicos que afectan su vida.

La tercera idea fuerza de la atención primaria apunta a una reestructuración de los servicios de salud que aseguren la cobertura y la calidad necesarias para lograr un real impacto en los indicadores y en especial en la inequidad de las cifras, acrecentada en las últimas décadas en la totalidad de los países de América Latina.”

A partir de los aportes anteriores, le sugerimos que analice desde su perspectiva:

- ☐ ¿Por qué la participación de la comunidad y de las familias es necesaria para la promoción de la salud?
- ☐ Revise con su equipo de trabajo las enumeraciones de actividades preventivas y promocionales que han identificado en el Centro de Salud y luego identifique en ellas los factores que facilitan o dificultan la participación de la comunidad.
- ☐ ¿Por qué la calidad es asunto importante en el primer nivel de atención y desde la estrategia de APS?



9. APS y Promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud.

Se ha constituido en un marco de referencia ideológico y conceptual para todos aquellos que aceptan que el fomento de una mejor salud colectiva se apoya en cambios sobre las condiciones y sobre los estilos de vida, conjugando la autonomía personal y la responsabilidad social.

El fomento de ambientes y comportamientos saludables es una responsabilidad primordial del Estado, pero su acción debe plantearse concertadamente con los grupos más representativos de la sociedad. Involucra, por lo tanto, a los actores institucionales y comunitarios que pueden influir positivamente, en un determinado espacio geográfico, sobre la salud de la población.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (1996):

“la promoción de la salud puede sintetizarse a través de los siguientes principios generales: implica trabajar con la gente, no sobre la gente, empieza y acaba en la comunidad local, está encaminada hacia las causas de la salud, valora tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente y subraya las dimensiones positivas de la salud y afecta a todos los sectores de la sociedad”⁸.

Los características que definen esta estrategia son:

- Se orienta hacia las causas fundamentales que originan la pérdida de la salud.
- Combina enfoques muy diferentes para mejorar la salud: información, educación, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud, legislación.
- Se apoya de manera decisiva en la participación de la comunidad.
- Los profesionales de salud tienen un rol destacado en su difusión y desarrollo.

El Movimiento de Promoción de la Salud se difunde internacionalmente hacia mediados de la década del '80, registrando como antecedentes una serie de eventos y documentos internacionales que han ido planteando la necesidad de renovar el enfoque tra-

8. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C. 1996.

dicional en torno a las modalidades de cuidado y recuperación de la salud.

Este movimiento, también conocido como Nueva Salud Pública, refleja la necesidad de complementar el enfoque individual orientado hacia el cambio de conducta y el enfoque orientado a promover cambios en la sociedad mediante intervenciones poblacionales.

Convergen a este campo los esfuerzos que, compartiendo una filosofía similar acerca de la salud, se produjeron en los países europeos a partir de experiencias como las que se llevaban a cabo en las ciudades de Liverpool y Mercey en Inglaterra, y que culminarán con la Conferencia desarrollada en Lisboa sobre el Proyecto de Ciudades Sanas o Municipios Saludables para la región latinoamericana y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

Una síntesis de las principales estrategias y desafíos que plantea el movimiento de Promoción de la Salud se incluye en la Declaración de Ottawa sobre la promoción de la salud (OPS, 1996).

La Carta de Ottawa ha sido formulada y adoptada por una conferencia internacional a la que asistieron doscientos delegados de 38 países que se reunieron en dicha ciudad para intercambiar conocimientos y experiencias orientadas hacia la promoción de la salud.

El evento promovió un diálogo abierto entre profesionales de la salud, asociaciones filantrópicas, ciudadanos, representantes de organizaciones comunitarias, políticos, administradores y técnicos de la salud.

Los participantes arribaron a consensos acerca de cuáles eran las prioridades y los objetivos futuros, y de cómo reforzar el compromiso individual y colectivo para acercarse a la meta de Salud para Todos en el año 2000.

El Documento presenta sintéticamente los enfoques y estrategias para la promoción de la salud que los participantes juzgaron prioritario para lograr avances sustentables, y convoca la participación de los grupos y naciones involucrados.

Allí se señala, como prioridades para la acción, las siguientes:

- a) La formulación de políticas públicas saludables;
- b) La creación de ambientes favorables;
- c) El reforzamiento de la acción comunitaria;

- d) El desarrollo de aptitudes personales
- e) La reorientación de los servicios de salud



Ud. podrá encontrar la Carta de Ottawa en nuestra pág. Web:
www.medicoscomunitarios.gov.ar

A la búsqueda de una forma de adaptación de la propuesta comprendida en la Carta de Ottawa para la situación de América Latina, la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santa Fe de Bogotá realizada en 1992 enfatiza la pobreza, la violencia y la marginalidad que vive la población del continente, y rescata la necesidad de recuperar la participación comunitaria, la cultura de la salud y la reorganización de los servicios de salud.

Otros hitos significativos que jalonan este movimiento son el Documento de Yakarta, la Conferencia de Adelaida, y la Conferencia para la Promoción de la Salud desarrollada en la Ciudad de México durante el año 2000.



A partir de los aportes anteriores, le sugerimos que analice:

- ☐ ¿Por qué la promoción de la salud requiere superar el enfoque exclusivamente médico o técnico?;
- ☐ ¿Qué valores y ventajas atribuye a esta forma de mejorar la salud de la población?
- ☐ ¿Qué miembros de su equipo de salud presentan mayor experiencia o formación para la acción en el terreno de la comunidad y las familias? Converse con él/ella sobre estas temáticas.

10. A 25 años de Alma Ata



Ahora lo invitamos a que en la lectura de fragmentos del texto de David Tejada de Rivero⁹ pueda:

- ☐ Marcar en el texto aquellos principios de APS que a su criterio tienen vigencia, tanto en lo conceptual como en las prácticas.
- ☐ Señalar cuáles se toman en cuenta en su comunidad.

Comparta estas reflexiones con el Equipo tutorial y otros participantes del Posgrado.

Por otra parte, en la Unidad 1, usted analizó diferentes concepciones de salud y elaboró una definición propia (puede retomar las actividades 3 y 4).

- ☐ Le sugerimos comparar la definición propia con la perspectiva propuesta en Alma Ata.
- ☐ Luego, evalúe si hubo modificaciones, ¿Qué recuperó de su anterior definición de la salud?

Luego de 25 años de la Declaración de Alma Ata, es ilustrativo conocer las reflexiones que realizara el Dr. David Tejada de Rivero.¹⁰

“Salud para todos en el año 2000” fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar entonces que, 25 años después, todavía estemos trabajando por ese sueño.

Este año se cumple el 25° aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos inter-

9. David A. Tejada de Rivero fue subdirector general de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985 y fue dos veces ministro de Salud de Perú.

10. Revista *Perspectivas de Salud* La revista de la Organización Panamericana de la Salud Volumen 8, Número 1, 2003

nacionales y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente China fue el gran ausente.

Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones, los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de “Salud para todos”. Desde entonces, Alma-Ata y “atención primaria de salud” son términos indisolubles.”

Hoy, un cuarto de siglo más tarde, es importante reflexionar sobre estos hechos, sobre todo en cuanto al sentido original de ese objetivo, porque en reiteradas ocasiones ha sido mal interpretado y distorsionado.

*Para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro: el lema “Salud para todos” ha sido víctima de **simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales** condicionados por un **modelo hegemónico mundial**, aunque ahora irremediablemente obsoleto, que confunde **la salud y su cuidado integral** con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad. (...) En la **década de los ’70** se vivía en la cresta de la **revolución científica y tecnológica** que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como **“globalización”**. Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes **desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida**, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. Por ello, en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 se adoptó el compromiso de “Salud para todos en el año 2000”. (...) Al mismo tiempo, en el mundo se producían desde muchos años antes, experiencias sobre **formas diferentes de afrontar los problemas de salud**, a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas en el aspecto económico. Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los ’60 y ’70. (...) Esta **meta social y política** era en realidad un **“slogan”**, término que se refiere a un grito o estandarte de batalla capaz de convocar y motivar a las personas. Sin embargo, el contenido sustantivo del slogan ha sido mal entendido, pues se confundió con una forma simple de programación, más técnica que social y más burocrática que política.*

En este marco se propone **“Salud para todos” en 1975**; fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico (hoy diríamos un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano).

Revisemos el importante proceso de **desarrollo conceptual acerca de qué es la salud**. En 1946, la **definición de salud** incorporada en la Constitución de la OMS había sido propuesta por Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública. Fue realmente costoso que fuera comprendida por los expertos de los gobiernos de entonces, a pesar de haber significado un notable salto cualitativo. En esta etapa se decía que la salud era **“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”**.

En la **Declaración de Alma-Ata** se reitera en forma expresa esa definición. Y se agregan los conceptos de que la salud **“es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo”**. Además, el texto dice que dicho logro **“exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud”**.

Tampoco se comprendió, por nuestras deformaciones profesionales, que la salud es una **realidad social** cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos y que, por lo tanto, **no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado**. Tampoco se percibió suficientemente, a pesar de estar escrito varias veces, el hecho de que la salud es, por sobre todo, una **realidad social compleja**, un proceso social aún más complejo, y un **proceso político** dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores.

Lo que sí fue muy claro, pero sigue siendo muy mal entendido, es **la responsabilidad y el deber de todos -personas, grupos sociales y ciudadanía en general- de cuidar de modo activo de su salud individual y colectiva**. Lamentablemente, en la práctica las personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.

La denominación de **“Atención Primaria de Salud”** surgió de una percepción sesgada y errada de algunos de los componentes formales de las experiencias antes mencionadas y sobre todo de la experiencia china de los “médicos descalzos”. Su **comprensión superficial y simplista** contribuyó a una restringida interpretación conceptual. **Los tres términos del concepto han sido mal interpretados:**

- Ya vimos la estrecha y errada interpretación de **“salud”**;
- En cuanto a la **“atención”**, la versión original usó el término “cuidado” y no “aten-

ción”. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. Denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es intersectorial y en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

- En lo lingüístico, el término **“primario”** tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas:
 - una se refiere a lo “primitivo, poco civilizado”,
 - la otra a “lo principal o primero en orden o grado”.

Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término “primario” en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud “forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)”, y es “la función central y el núcleo principal” de “todo” el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.

*No está de más insistir en un punto: **la gran diferencia que hay entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos —multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado—, y una atención reparativa de ciertas enfermedades, de bajo costo y por eso de segunda o tercera clase para los estratos periféricos más pobres de la población y, lo más grave, prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de las personas. (...) Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de “Salud para todos” y a la estrategia, también social y política, de la “atención primaria de salud”, no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces.***

En el mundo globalizado de hoy, unipolar y con la amenaza de una pérdida cre-

ciente de las soberanías nacionales, una de las pocas medidas que existen para tener control sobre el destino es la **construcción de democracias auténticas, descentralizadas y participativas**. Hoy es imprescindible transferir, o mejor dicho “devolver”, el poder político para tomar las decisiones que afectan a las sociedades a su punto de origen, que es la ciudadanía.

“El cuidado integral de la salud para todos y por todos”, la mejor forma de expresar la genuina “atención primaria de salud” de Alma-Ata, es una necesidad no sólo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día más injusto. Tal vez sea necesario convocar a una Alma-Ata II para relanzar, sin distorsiones, los conceptos que dieron origen a esa conferencia en 1978. Por supuesto, con las debidas actualizaciones derivadas de los grandes cambios mundiales y de las experiencias de estos 25 años.”

11. A modo de síntesis

A modo de síntesis conceptual es ilustrativo transitar por las siguientes preguntas que desde la perspectiva de un medio de difusión propio de la OPS responde:

- ☐ Escriba sus preguntas y compártalas en el encuentro presencia.



Nos preguntamos : **¿Qué significó la conferencia de Alma Ata?**

La Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata (Kasajistán), reunió en 1978 a 134 países y 67 organismos internacionales (China fue el gran ausente). Esta conferencia definió y otorgó **reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud (APS), como una estrategia para alcanzar la meta de “Salud para Todos” en 2000**, según indica la Declaración con la que se concluyó la conferencia.

¿Qué es la atención primaria de salud?

Según la Declaración de Alma Ata, **la atención primaria de salud, es “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.**

¿Cuál era el contexto político y demográfico en el que se instrumentó la APS?

El contexto económico era crítico. La población empezaba a ser mayormente urbana, en plena transición demográfica. El panorama político se caracterizaba por dictaduras militares en muchos países y democracias inestables en otros, con algunas excepciones. En ese escenario, los servicios de salud estaban organizados con un **enfoque centralista**. La APS promovió el progresivo fortalecimiento de unidades de servicios y capacidades locales (que en muchos países se denominaría nivel primario de atención) y que posteriormente servirían de base a nuevos enfoques de políticas sociales.

¿Cuáles fueron las grandes enseñanzas de la aplicación de la APS?

En las Américas, la APS se constituyó en una **experiencia pionera de desarrollo de políticas de salud** y marcó el inicio de un **cambio de paradigmas en la práctica de la salud pública**.

La APS, al plantear un **cambio en el modelo de prestación de servicios**, se anticipó a los procesos de reforma sectorial emprendidos en la década de los noventa. También los países utilizaron la estrategia como marco para el desarrollo de recursos humanos en salud. Por otra parte, la APS priorizó la **promoción de la salud**, reivindicando el **carácter anticipatorio y preventivo de la acción sanitaria** y **desmedicalizando la salud pública**.

Asimismo, la Declaración final de la conferencia de Alma-Ata tenía 10 puntos principales que se encuentran sintetizados a continuación:

- **La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y es un derecho humano fundamental.** La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.

- **La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable** e involucra de manera común a todos los países.
- **El desarrollo económico y social es esencial** para poder alcanzar la salud para todos y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- **Las personas tienen el derecho y el deber de participar** en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser **la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave** para conseguir este objetivo.
- **La APS se basa en la práctica**, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. **Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto**, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- **La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad.** Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- **Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS** como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.
- **La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país.** Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una **mejor utilización de los recursos mundiales**, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

“La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo...con el espíritu y contenido de esta Declaración.”



A efectos de completar su información, nos parece oportuno que pueda conocer y leer el texto original de la Declaración de Alma Ata, que se encuentra en nuestra web www.medicoscomunitarios.gov.ar

Por último, en el contexto de las transformaciones sociales y sanitarias que han tenido lugar en las últimas décadas y la renovada perspectiva de Salud para Todos, la APS tiene un gran potencial como **vehículo para satisfacer cinco desafíos** que se le presentan al futuro de la salud en la Región:

- Garantizar el estatuto de ciudadanía en salud y la universalización del acceso.
- Priorizar la salud de los grupos menos privilegiados y la reducción de desigualdades en salud.
- Mejorar la salud de la población con reducción de la mortalidad infantil y materna, aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida.
- Alcanzar una **atención** de salud eficaz que satisfaga a individuos, familias y comunidades, y en la cual participen todos ellos.
- Desarrollar en forma articulada los distintos proveedores de salud, fortaleciendo la infraestructura y las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.

Estos desafíos son hoy particularmente pertinentes para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, tanto en nuestro país como en el resto de países hermanos. Iniciando el siglo XXI, todas las naciones del mundo han suscripto las **Metas de Desarrollo del Milenio**. Ellas son un compromiso asumido por las naciones del mundo para mejorar el bienestar de las personas, entre los que está reducir la pobreza, la mortalidad infantil y materna y la propagación del VIH para 2015.

En el marco mayor de la **APS como estrategia de desarrollo** orientada a mejorar las condiciones de vida de las comunidades, reducir la carga de enfermedad y favorecer la equidad en salud, los principios de la APS requieren ser alineados, armonizados y ajustados con estas metas. Por su capacidad de fortalecimiento de los servicios de salud, la APS puede constituirse en una estrategia básica para el logro de estos objetivos internacionalmente acordados.