



Programa de Equipos Comunitarios



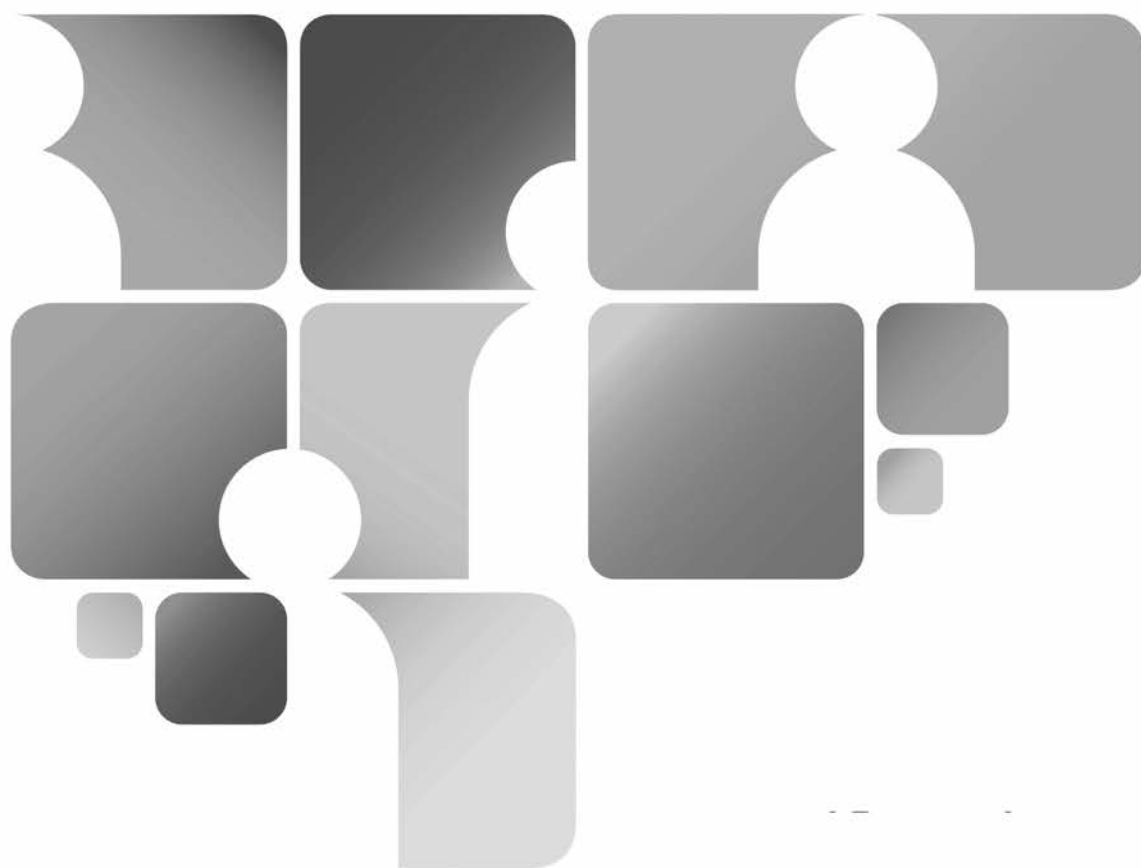
SALUD Y SOCIEDAD



salud.gob.ar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



... ..



**SALUD
Y SOCIEDAD**



■ Consideraciones Generales

- Presentación general del Posgrado 11
- Presentación del Módulo 13
- Objetivos generales 17

■ Unidad 1

- La Salud y los determinantes del proceso salud-enfermedad.
- Pobreza y condiciones de vida. 19

■ Unidad 2

- Equidad y ética en Salud.
- Desigualdades e inequidades. 53

■ Unidad 3

- Cultura y Culturas.
- Barreras en Salud. 99

■ Unidad 4

- Hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). 141

■ Evaluación 177**■ Anexo**

- Guías metodológicas y actividades de campo. 193

■ Bibliografía General del Módulo 217

Prólogo

En el análisis del complejo proceso salud-enfermedad, resulta fundamental conocer el escenario donde se desarrollan los acontecimientos. Ello resulta válido, tanto en el caso de la salud individual como familiar, comunitaria y poblacional, ya que ellas conforman un espectro único y se encuentran íntimamente interrelacionadas.

Este escenario está constituido por la sociedad y los factores que interjuegan en ella a los que habitualmente conocemos como los determinantes de la salud.

Entre dichos factores encontramos los ambientales, económicos, sociales, educativos, y culturales que condicionan la salud y la enfermedad, como lo demuestran los estudios realizados desde los comienzos de la Salud Pública y en esencia, han dado origen y consistencia a su concepción actual.

Los estudios de los últimos años han alcanzado extensión y profundidad paralelamente con la preocupación por el agravamiento del cuadro de pobreza, exclusión y marginalidad extendido a grandes sectores de la población mundial.

Nuestro país, tal como lo demuestran las estadísticas, no ha quedado al margen de este proceso, lo cual explica la necesidad de un enérgico programa, como el Programa de Médicos Comunitarios, que tenga como objetivo enfrentar las graves consecuencias que este panorama conlleva para la salud, la pobreza y la marginación.

El sector salud, en consecuencia, si bien sólo puede contribuir en mínima parte a solucionar el fenómeno global de la inequidad y la exclusión socio-económica y cultural, minimiza sus efectos sobre la salud de la población menos favorecida, mediante programas que amplían la cobertura y posibilitan la accesibilidad, removiendo así las barreras que impiden el acceso a la salud y reflexionando sobre la ideología subyacente a las prácticas habituales y los modelos de pensamiento en los que se sustentan, haciendo hincapié en los imperativos éticos de nuestro tiempo.

De esta forma, es posible caracterizar a cada comunidad en particular, identificando las barreras que traban la atención de la totalidad de su población, planificando y ejecutando las estrategias de corrección. Estas estrategias, como lo exponen estudios que vienen de la década del 60 y que han sido retomados en los últimos años por los más destacados ámbitos universitarios y por la OMS demuestran que, la salud constituye una importante inversión coadyuvante al desarrollo socio-económico y a la superación del círculo vicioso enfermedad-pobreza. Asimismo se supera la marginación y exclusión de los núcleos poblacionales sumergidos, dando cumplimiento a los imperativos éticos y valores que sustenta nuestra sociedad, así como las características culturales de cada región.

La estrategia para lograr éxito en el terreno de la salud debe basarse en la atención primaria, asignatura pendiente de correcta aplicación que configura promoción, prevención y asistencia a la enfermedad como actividades simultáneas, comprometiendo la participación de todos los estratos sociales.

Valga como muestra de este futuro auspicioso, la intervención activa de la casi totalidad de las Escuelas de Medicina del país que han hecho suyo este Posgrado, aceptando la invitación del Ministerio, asegurando su jerarquía profesional, concretando anhelos de colaboración de vieja data y cumplimentando su responsabilidad social.



Consideraciones Generales

Presentación del Módulo

El presente es un material impreso de autoaprendizaje organizado para servir de base al estudio - trabajo de los cursantes del Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Fue concebido para que cada participante desarrolle su propio proceso de aprendizaje de manera:

- **Autónoma**, centrada en el trabajo independiente de los cursantes, lo que supone organización propia del tiempo y dedicación.
- **Progresiva**, en una secuencia preparada para ir avanzando en pasos sucesivos.
- **integrada**, en la que retomará actividades anteriores e incluirá actividades de síntesis sucesivas de los materiales.
- Con relación permanente entre el **estudio y las prácticas en el contexto** del Centro de Salud y la comunidad, entre la reflexión y la acción.

Este material es parte integrante del módulo **Salud y Sociedad**, el primero de un total de diez, el cual se prevé desarrollar en dos meses.

Durante el desarrollo de las distintas actividades, usted contará con el apoyo de su **e quipo tutorial**, integrado por:

- El **tutor de campo** —con quien podrá intercambiar en interacción directa en el Centro de Salud—.
- El **coordinador docente** —con quien también intercambiará en reuniones presenciales—.

También podrá **intercambiar** con los integrantes del Equipo del Centro de Salud y con aquellos con quienes comparte esta formación.

Participará en **reuniones presenciales mensuales** coordinadas por la Universidad, en las que podrá compartir con otros colegas, profesionales de la salud y con profesores el análisis de sus trabajos, la profundización del trabajo sobre problemáticas y conocer otros aportes.

La temática que aborda este primer módulo refiere a las complejas e importantes relaciones entre **Salud y Sociedad** en torno de núcleos problemáticos que en gran medida determinan las prácticas socio- sanitarias profesionales e institucionales. Entre ellos:

- ¿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?

- ¿Cuáles prácticas profesionales e institucionales favorecen la equidad en salud?
- ¿Cuál es el posicionamiento ético de los distintos actores?
- ¿Cómo inciden las concepciones sociales propias y del otro sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo en la atención de la salud?
- ¿Qué nuevas perspectivas y campos de acción abre el trabajo con la estrategia de APS?
¿Cuáles son los obstáculos y las fortalezas para su implementación?
- ¿Cómo podemos replantear los modos de intercambio entre los distintos actores?

Conceptos clave del Módulo

Salud. Determinantes del proceso de salud-enfermedad. La pobreza.

Equidad y ética. Desigualdades e inequidades en salud. Derecho a la salud. Cultura y culturas.

Barreras culturales, geográficas, institucionales en la atención.

Atención primaria de la salud, asistencia, promoción de la salud, participación, prevención.

Para contribuir con su lectura y estudio, el material se organiza en cuatro Unidades de estudio - trabajo, en las que se desarrollarán los conceptos clave y otros relacionados de manera progresiva, a saber:

- **Unidad 1:** La salud y los determinantes del proceso salud - enfermedad.
Pobreza y condiciones de vida.
- **Unidad 2:** Equidad y Ética en salud. Desigualdades e inequidades.
- **Unidad 3:** Cultura y culturas. Barreras a la accesibilidad en Salud.
- **Unidad 4:** Hacia la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

En este material de autoaprendizaje, encontrará:

- Textos seleccionados y contribuciones especializadas en el campo de Salud y Sociedad.
- Actividades que promueven la integración de los conocimientos aprendidos a través de la lectura y el análisis de sus propias prácticas y de la comunidad en la que trabaja. Estas actividades son de distinto tipo, a saber:
 - Actividades iniciales, como apertura al tratamiento de cada unidad.

- Actividades de campo en el contexto de la comunidad local.
- Actividades de reflexión en torno a casos - problemas, artículos y lecturas.
- Actividades de exploración en el contexto particular del servicio.
- Actividades de integración de cada unidad.

Los resultados de estas actividades serán motivo de intercambio - discusión en las reuniones con el Equipo tutorial.

- Un cuestionario de autoevaluación para que compruebe el grado de apropiación y aprovechamiento de los contenidos.
- Un anexo en el que se adjuntan las guías metodológicas y propuestas de actividades para la realización de los trabajos de campo en la comunidad.
- Orientaciones para la evaluación final del módulo que usted estará en condiciones de realizar una vez que haya completado las actividades aquí propuestas.
- Una lista de bibliografía utilizada en el desarrollo del módulo y de profundización de las distintas temáticas.

A su vez, el desarrollo de los contenidos estarán acompañados por iconos que permitirán identificar distintos tipos de información:



Actividades



Recomendaciones



Definiciones



Más información complementaria



Importante / Destacado



Encontrará más información en la web



Además de las producciones o fragmentos bibliográficos que se incluyen en este material impreso, usted podrá encontrarlos en versión completa y otra bibliografía de ampliación en la página web del Programa explicitada anteriormente.

Usted podrá acceder al material de "Actividades Preliminares del Posgrado", 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.

Objetivos Generales del Módulo 1

Al completar el estudio y actividades de este Módulo, estará en condiciones de:

- Identificar los determinantes del proceso salud-enfermedad en las diferentes situaciones individuales y comunitarias de la población a cargo del Centro de Salud, y analizarlas desde el marco de la equidad.
- Reconocer y describir las condiciones de vida y la vulnerabilidad de la población a cargo del centro de salud, desarrollando una visión de la atención de salud desde la perspectiva socio-sanitaria.
- Interpretar la dimensión socio-cultural en las prácticas de salud de la comunidad y del equipo de salud y en sus propias relaciones con las familias.
- Identificar las barreras a la equidad en salud, tanto sociales, geográficas, económicas, culturales, de género, edad y discapacidad, así como las barreras institucionales.
- Analizar desde el punto de vista ético las intervenciones profesionales en salud y definir una visión de sus potenciales contribuciones en el marco del derecho de las personas a la salud.
- Analizar las estrategias de acción profesional para promover la salud de la comunidad y fortalecer la prevención, cuidado y recuperación de la salud desde una perspectiva de APS.



Recuerde que este es su material de trabajo.

Por lo tanto, puede subrayarlo, anotar dudas, nuevas explicaciones, comentarios, completar la información que aquí se encuentra, etc.



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 ptolomeica, 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 biológica: 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 factor explicativo

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 añadidlo, 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.

- ☐ Identifique cómo caracterizaría los determinantes del proceso salud-enfermedad particularmente en su comunidad.
- ☐ Retome sus subrayados y relacione esas ideas con la siguiente definición y realice una primera reflexión, luego irá completando estas ideas en el desarrollo del módulo.



2. ¿Hacia una re-conceptualización de la salud?

Primera parte: Un poco de historia

Cuando queremos pensar mejor acerca de las definiciones de la salud, encontramos que el concepto ha sido (y es) entendido de diversas maneras.

Según diversos enfoques sobre el tema, decíamos, ha habido una evolución histórica en el pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, así como acerca de los modos de conservarla o recuperarla. Mientras los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, a partir del momento en que la ciencia helenística se implanta en Europa el interés se vuelca hacia la enfermedad y lo normal pasa a ser la ausencia de síntomas patológicos. En el transcurso del siglo XX pueden identificarse dos momentos importantes en las definiciones sobre salud:

- a. Uno ocurre en la primera mitad, cuando la medicina se subordina a la biología;
- b. El otro momento corresponde ya a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces, la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se habla entonces del **proceso salud-enfermedad**.

Históricamente, las explicaciones sobre causalidad en relación con la salud y las enfermedades se han dirigido con mayor frecuencia a caracterizar la situación de enfermedad, quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitantes de la misma obligan a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o mitigarlas.

Son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el logro de un nivel o el desarrollo de una o más



OMS (2003)
Social
Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO- Europe. La Organización Mundial de la Salud, conocida con la sigla OMS, es un organismo especializado que depende de las Naciones Unidas cuyas funciones son, entre otras, brindar ayuda a los gobiernos para preservar la salud y auxiliarlos en emergencias, estimular las investigaciones relacionadas con la sanidad, erradicar enfermedades, prevenir accidentes, evitar el abuso de drogas causantes de dependencias, difundir conceptos de higiene y seguridad, promover la educación sanitaria, patrocinar campañas mundiales, otorgar becas y formar personal especializado.

enfermedades específicas, solo entendidas en ese contexto.

Esta inseparable relación entre la persona y su entorno constituyó la base para una concepción socioecológica de la salud, que es a su vez esencial para el concepto de promoción de la salud. Bajo esta perspectiva se subraya la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno, así como la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes. En este contexto destaca asimismo el carácter subjetivo y la relatividad del concepto de salud, así como el hecho de que las experiencias personales sobre la enfermedad y la salud están muy influenciadas por el contexto cultural en que tienen lugar.

Pero al hablar de la interacción del organismo con el ambiente, ¿a qué nos referimos?; ¿al intercambio con el ambiente natural o biológico?, ¿o también, y muy especialmente, con el entorno histórico- social?

En esta dirección, *Carlos Aníbal Rodríguez*² expresa:

“La salud y la enfermedad son el resultado de una interacción constante entre el organismo y el medio ambiente en que el hombre crece y se desarrolla. Sin embargo, esta concepción aceptada casi generalizadamente encuentra el límite en muchos de los que la sostienen, al concebir el medio ambiente sólo en términos ecologistas clásicos, es decir, sin tener en cuenta el medio ambiente social y el momento histórico en que la salud se analiza. Estas posiciones pueden llegar a avalar la tesis acerca de la historia “natural” de las enfermedades, cuando en realidad lo que existe es una historia social de las relaciones salud-enfermedad.

Considerar la salud y la enfermedad como estáticos a través del tiempo constituye un grosero error. El bacilo de Koch, por ejemplo, conocido como productor de la tuberculosis, existe desde hace miles de años. Sin embargo, hizo falta la concentración de masas campesinas en las ciudades, el hacinamiento, la desnutrición, la carencia de medidas higiénico- sanitarias, todos ellos factores hallables en la revolución industrial, para que la tuberculosis se convierta en la gran depredadora”.



Le presentamos diferentes conceptos de salud para que los lea detenidamente y los compare. Le serán necesarios para completar la actividad:

- ☐ “La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” Sigerist (1941).
- ☐ “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” OMS (1945)

2. Rodríguez, Carlos Aníbal; *Salud y Trabajo. La situación de los trabajadores en la Argentina*, Centro Editor de América Latina/ OIT- PIACT, pág. 25-26. 1990.

- “La intensidad con que las personas solucionan o se adaptan a sus problemas internos y condiciones externas”. Ivan Illich(1976)
- “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez.”. Milton Terris (1987)
- “El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”. R. Dubos (1995)
- “Estado caracterizado por integridad anatómica, fisiológica y psicológica, con posibilidad para cumplir personalmente las funciones de importancia en el seno de la familia, del trabajo y de la comunidad; capacidad para enfrentarse al estrés físico, biológico, psicológico y social; sentimiento de bienestar y ausencia de riesgo de enfermedad y, en último término, de fallecimiento a consecuencia de aquella.” Last (1989) Diccionario
- “...el hecho social producto de una circunstancia política, económica, cultural y social que se da en una población en un determinado tiempo y lugar. Es un fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población” (Instituto Nacional de Epidemiología. Jara).
- “El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada” OMS Europea (1985)

Le sugerimos que escriba: ¿Cómo definiría usted la Salud?

3. ¿Hacia una re-conceptualización de la salud?

Segunda parte:

La noción de campo de la salud en su comunidad

El Informe Lalonde, producido en Canadá en 1974, constituyó un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en salud pública, ampliando la comprensión de la salud.

El informe contribuyó desde entonces al pensamiento sanitarista conceptualizando el “campo de la salud” en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y mortalidad y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud en el país. Le presentamos las definiciones sobre el campo de la salud y sus componentes en un breve trabajo producido por el entonces Ministro de Salud de Canadá Marc Lalonde, veinte años después de la publicación del célebre informe que lleva su nombre: “Informe Lalonde: una nueva perspectiva para la salud de los canadienses”.

Lo invitamos a realizar la lectura del texto:

“El concepto de ‘Campo de la Salud’ Una perspectiva canadiense”

de Marc Lalonde³

El análisis del campo de la salud ha presentado un problema fundamental que consiste en la carencia de un marco conceptual común que permita separar sus componentes principales. Sin ese marco ha sido difícil comunicarse adecuadamente o desmenuzar el campo de la salud en segmentos flexibles que se presten al análisis y la evaluación. Se percibió que existía una necesidad aguda de organizar los miles de fragmentos en una estructura ordenada, que fuera a la vez intelectualmente aceptable y suficientemente sencilla, de modo que permitiera ubicar rápidamente casi todas las ideas, problemas o actividades relacionadas con la salud: se necesitaba una especie de mapa del territorio de la salud.

Este concepto contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organiza-

3. Lalonde, Marc. “El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense”; En: *Promoción de la Salud: Una Antología*, OPS- OMS, Washington, DC, Publicación Científica N° 557, Págs. 3-5. 1996

ción de la atención de la salud. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad en el Canadá, y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud en el país.

biología humana

El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, entre otros, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y el costo de su tratamiento es de miles de millones de dólares.

medio ambiente

El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

estilo de vida

En cuanto al concepto de campo de la salud, el componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la

enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

O r G A n i z A c i ó n d e l A t e n c i ó n d e S A I U d

La cuarta categoría del concepto, la organización de la atención de salud, consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios como, por ejemplo, la optometría, la quiropráctica y la pediatría. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud.

Hasta ahora, casi todos los esfuerzos de la sociedad encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de salud, se han concentrado en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de enfermedad y muerte actuales en el Canadá, se llega a la conclusión de que su origen está en los otros tres componentes del concepto, es decir, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida. Por consiguiente, es evidente que se están gastando grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido. Con el fin de seguir reduciendo la discapacidad y las defunciones prematuras debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del concepto de campo de la salud.

C A r A c T e r í s T i c A S d e l c o n c e P T o d e c A m P o d e l A S A I U d

Este concepto tiene muchas características que lo constituyen en un potente instrumento para el análisis de los problemas de salud, la determinación de las necesidades de salud de los canadienses y la selección de los medios para satisfacer esas necesidades.

Una de las consecuencias obvias del concepto fue que se diera a los componentes de biología humana, medio ambiente y estilo de vida un grado de importancia comparable al de la organización de la atención de la salud. Ese hecho es, de por sí, un cambio drástico, dada la prioridad absoluta otorgada en los conceptos antiguos del campo de la salud a la organización de la atención de la salud.

Otro rasgo del concepto es su amplitud, su capacidad de abarcar el todo. Cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una combinación de los cuatro. En consecuencia, esta característica del concepto es importante porque garantiza que se considerarán debidamente todos los aspectos de la sa-

lud. Asimismo, exige que todos los que contribuyen a la salud, ya sea individual o colectivamente –pacientes, médicos, científicos y gobierno– tengan conciencia de sus funciones y de su influencia en el nivel de salud.

Una tercera característica del concepto es que permite instaurar un sistema de análisis con el cual es posible examinar cualquier problema con respecto a los cuatro componentes, a fin de evaluar su importancia relativa y su interacción. Por ejemplo, puede determinarse que las causas básicas de las defunciones por accidentes de tránsito se deben, principalmente, a los riesgos a que se exponen los individuos, con lo cual se asigna menor importancia al diseño de los automóviles y de las carreteras y a la disponibilidad de servicios de urgencia. En este caso, la biología humana tiene muy poca o ninguna importancia. En consecuencia, el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de la atención de salud contribuyen a la mortalidad por accidentes de tránsito en 75%, 20% y 5%, respectivamente. Este análisis permite a los planificadores de programas concentrar su atención en los factores contribuyentes de más peso. En forma similar se puede establecer la importancia relativa de los factores contribuyentes de muchos problemas de salud.

La cuarta característica del concepto consiste en la posibilidad de desmenuzar, a su vez, los mismos componentes. Si se retoma el ejemplo de las defunciones por accidentes de tránsito, bajo la categoría de estilo de vida, los riesgos a que se exponen los individuos pueden clasificarse como poca habilidad para conducir, descuido, rechazo del uso del cinturón de seguridad y exceso de velocidad. Se podría decir entonces que, en gran medida, el concepto permite elaborar un mapa que señala las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas básicas, así como la importancia relativa de los diversos factores que contribuyen a ellas.

Por último, el concepto de campo de la salud ofrece una nueva visión de la salud, visión que libera la creatividad para reconocer y explorar aspectos que hasta ahora se han ignorado. Como ejemplo, un resultado que se podría obtener al utilizar el concepto como instrumento analítico es la importancia que los canadienses, individualmente, atribuyan a sus comportamientos y hábitos en relación con su propia salud.

Uno de los principales obstáculos que se presentan para mejorar la salud de los canadienses es que el poder para lograrlo se halla ampliamente disperso entre los individuos, los gobiernos, los profesionales y las instituciones de salud. Esa fragmentación de la responsabilidad, a veces ha llevado a utilizar enfoques desequilibrados, en los cuales cada participante en el campo de la salud ha procurado soluciones limitadas a su propia esfera de interés. El concepto de campo de la salud unifica todos los fragmentos y permite a los individuos descubrir la importancia de todos los componentes, inclusive aquellos bajo la responsabilidad de otros.

Probablemente, una de las contribuciones principales del concepto al mejoramiento del nivel de salud sea esa visión unificada de campo de la salud.



A partir de la lectura del texto de Lalonde lo invitamos a que:

- ☐ Retome las definiciones de salud de la actividad anterior y la suya propia y explique si tal definición comprendería la/s práctica/s institucionales de salud que usted observa: en el Centro de Salud, en su propia tarea, y en la comunidad. Anote las conclusiones.
- ☐ Escriba sus reflexiones acerca del interrogante:
¿Trabajamos con la misma concepción de salud de la comunidad?

Para profundizar en la concepción de salud de la comunidad le proponemos que:

- ☐ Indague en su comunidad y anote en forma textual, “dichos” de la población acerca de qué es estar sano y qué es estar enfermo. Analice, ¿qué factores incluyeron para describir o definir la salud?



En el anexo de guías metodológicas le acercamos una propuesta de trabajo con la comunidad sobre la concepción de salud para orientar, si Ud. lo desea, el desarrollo de esta actividad en el barrio.

Registre sus conclusiones en su cuaderno de trabajo. Llévelo a la reunión con su equipo tutorial.

4. Análisis de un caso



Retomando las lecturas y actividades anteriores, le proponemos el análisis del caso que sigue. Al final contará con preguntas de análisis a desarrollar.

Jésica, de 20 meses de edad, concurre a un control de salud al Centro de Salud de su barrio.

Su madre es de contextura pequeña y su padre de estatura mediana.

En cuanto a la Lactancia materna exclusiva (LME), su madre le dio pecho hasta los 5 meses, todavía continúa lactando. Jésica ha tenido algunas diarreas en los últimos meses.

Su padre trabaja esporádicamente como changarín, su vivienda es de material y techo de chapas, sin terminar. No tienen agua corriente ni cloacas.

En la historia clínica se lee:

Peso actual (P.A)	9.000 grs.
Talla (T)	75,5 cm.
Perímetro cefálico (Pc)	46 cm.

Antecedentes:

6 meses	P: 6.300 gr.,	T: 63,5 cm.
12 meses	P: 7.900 gr.	T: 69,5 cm.
18 meses	P: 8.800 gr.	T: 74,5 cm.

¿Cuáles son los determinantes de la salud presentes en la situación descrita? (organizándolos según los componentes del modelo de Campo de Salud y de la definición por Ud. elegida y /o reconstruida)

¿Cómo impacta la situación social descripta sobre la atención que brinda el Centro de Salud ubicado en la zona geográfica en la que se sitúa el presente caso?

¿Cuál, cuáles acciones podría realizar el Centro de Salud junto con otras instituciones existentes en la comunidad? Incluya en su propuesta el rol que le cabría al profesional de la salud con orientación comunitaria.

5. Los determinantes y las “caras” de la pobreza

“La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 33% al 51% desde octubre de 1998 a mayo de 2002, mes en que la pobreza alcanzó el punto más alto y la tasa de desempleo el 22%, el pico más alto conocido. El incremento de la indigencia fue aún mayor, del 9% de la población en octubre de 1998 al 22% en mayo de 2002⁴. Si observamos el problema por regiones, la región del Noroeste presenta la tasa más alta de pobreza e indigencia, es decir 70% y 39%, respectivamente.

Por otra parte, el quintil de población más pobre tiene una participación del 2.7% en el total de los ingresos, mientras que dicha participación asciende al 54.3% en el quintil más rico. Esto supone una brecha de 0.4 veces más en el ingreso, brecha que ha aumentado el 77% en los últimos 5 años. (PNUD Argentina, Aportes para el Desarrollo Humano 2002).

4. Datos actuales del primer semestre de 2004. Fuente E.P.H. INDEC. Pobreza 44,3 % de la población. Indigencia: 17 % de la población.

Como existe una relación directa entre todas estas circunstancias y la salud de las personas, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es clara y concreta.

Como ejemplo concreto, podemos tomar las diarreas en los menores de 5 años, donde se observa un incremento en la tasa de ocurrencia en los últimos años. Esta patología, la cual está absolutamente relacionada con la pobreza –y por lo tanto con el nivel de vida de los niños, el tipo de vivienda, el estado nutricional, su estado inmunológico, etc.– puede mostrar una tendencia, la cual no se verá en los indicadores utilizados generalmente, si conseguimos que las intervenciones tanto sociales como en salud sean oportunas y adecuadas.”⁵



Para obtener más datos, usted puede recurrir en la web a las siguientes direcciones:

<http://www.indec.gov.ar>

Le presentamos una parte de la entrevista realizada a Bernardo Kliksberg en la que refiere a las **“caras de la pobreza en América Latina”** ⁶

es importante entender de qué estamos hablando cuando nos referimos a “pobreza” en América Latina. ¿existen realmente indicadores comunes a la hora de medir la pobreza en la región?

- Hay una gran discusión metodológica sobre cómo medir exactamente “pobreza”, pero hay mediciones consistentes en el tiempo que usan la misma metodología, como la de la Cepal (Comisión Económica Para América Latina de la ONU). Según la medición de este organismo, la pobreza ha aumentado significativamente desde 1980 a la actualidad. Las mediciones se hacen básicamente con relación al costo básico de vida, que contempla lo que las personas necesitan para vivir (el consumo de los insumos más elementales), lo que varía según los países.

Desafortunadamente, la pobreza ha aumentado y el 50% de la población latinoamericana está debajo de la línea de pobreza.

Las cifras argentinas son absolutamente sólidas. Hay una excelente metodología de medición de la pobreza que desarrolló el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (Siempre) y que se viene aplicando desde hace 10 años en forma consistente.

Según esos datos, en Argentina el 53% de la población y el 70% de los chicos están por debajo de la línea de pobreza.

5. González García, Ginés. – Tobar, Federico. *Salud para los Argentinos*, Buenos Aires, Ediciones I. Salud, págs. 116-117-2004.

6. Entrevista titulada "Un 20% de los argentinos se ha convertido en 'nuevos pobres' en los últimos 10 años". Realizada por Norma Domínguez (Editor en Jefe del Observatorio Electoral Latinoamericano y Nueva Mayoría.com). Editada por Semanario de información económica y financiera. Una versión completa de la Entrevista la encontrará en <http://www.americaeconomica.com> en la Sección Entrevistas, del viernes 27 de septiembre de 2002.

¿cuáles son esas “caras de la pobreza” a las que usted hace referencia en sus exposiciones?

- La pobreza tiene caras feroces en América Latina. La pobreza mata, acorta la esperanza de vida y destruye la calidad de la vida.

La primera de esas caras es la de los niños, que son las víctimas más importantes: seis de cada 10 niños latinoamericanos están por debajo de la línea de pobreza y los cuadros actuales de privación de estos chicos son muy duros en la región. Según los últimos datos de la Cepal, el 33% de los más pequeños (de menos de dos años de edad) se encuentra en situación de “alto riesgo alimentario”. Es decir que en un continente inmensamente rico en materia de posibilidad de producción de alimento, más de uno de cada tres chicos está desnutrido. Según datos de este año de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), 22 millones de jóvenes menores de 14 de años trabajan, por lo tanto pierden virtualmente el colegio, y aumentan los chicos de la calle, que son la expresión más cruda de cómo una sociedad es incapaz de proteger a sus niños. Los chicos de la calle tienen una esperanza de vida muy corta y están en situación de abandono total, librados a las peores posibilidades y entre ellas al exterminio de grupos parapoliciales, como está sucediendo en Brasil, en Colombia, en Centroamérica... Hace pocos días se terminó una encuesta gigantesca sobre chicos de la calle en Honduras, y los resultados no son muy distintos a otras realidades: hay 20.000 chicos viviendo en las calles de Tegucigalpa, el 60% está en estado de depresión psíquica y 6 de cada diez se suicidan.

La segunda cara de la pobreza son las mujeres pobres. Las madres humildes de las zonas marginales y rurales que, en muchos casos, han visto sus familias destruidas bajo el impacto de la pobreza. El abandono del cónyuge masculino en el 30% de los hogares carenciados de la región tienen sólo a la madre al frente. Ellas son, en mi opinión, la más importante red de protección social ya que se mueven con un coraje tremendo al tiempo que sus vidas son un infierno ya que deben ganar el sustento y defender a su familia en condiciones muy difíciles.

La pobreza también tiene cara de indígena. En Latinoamérica hay 40 millones de indígenas y el 95% está en pobreza extrema. Esto afecta a los grandes sectores indígenas de Bolivia, del Perú, de Guatemala...

Tiene, además, cara de población afroamericana. En los últimos años se ha detectado en Brasil, por ejemplo, que las cifras de presencia de la población de color en la escuela primaria, secundaria y superior, son inmensamente menores que la de la población blanca. Es decir que en nuestras sociedades opera explícitamente (aunque no legalmente) el mecanismo de discriminación.

Tiene cara de jóvenes en América Latina: la tasa de desocupación juvenil es actualmente del 22%, el doble que el promedio de la región, que es del 11%.

Y por último, la pobreza tiene cara de discapacitados (quienes virtualmente no tienen ninguna protección) y de ancianos (los que después de una vida de trabajo tienen haberes jubilatorios con cifras absolutamente irrisorias).

En los últimos tiempos se ha puesto de moda el término de “nuevos pobres”. ¿Podría decirse que son una nueva cara de la pobreza?

- A todas esas caras de la pobreza se incluyó en este concierto de la miseria latinoamericana (previo esfuerzo metodológico para medirlo) esta cara de los “nuevos pobres”, en la cual Buenos Aires es una expresión casi extrema de lo que esto puede significar. En la Argentina, en el término de 10 años (de 1990 a 2000), siete millones de personas dejaron de ser clase media para pasar a ser pobres. Prácticamente no se conoce un caso similar, con esta velocidad y con esta masividad. El 20% de la población pasó a ser “nuevo pobre”.

Pensando en las posibilidades de América Latina como región, ¿cuáles diría que son las causas de la pobreza?

- América Latina es un enigma desde el punto de vista de las ciencias del desarrollo. Al comienzo de los años 60, el sentir mayoritario de los especialistas era que la región estaba “condenada al éxito” porque tiene una de las dotaciones de recursos naturales más importantes del planeta, materias primas y estratégicas en gran cantidad, fuente de energía barata, grandes posibilidades de producción agropecuaria, excelente ubicación geográfico-económica y una buena dotación de recursos humanos. Sin embargo, el continente asiático logró el éxito y América Latina se hundió en problemas económicos y sociales muy graves. Esto hace que actualmente se llame a esta situación “el enigma”: porqué un continente potencialmente tan rico tiene tanta gente tan pobre. Una de las explicaciones centrales de este “enigma” está dada en la desigualdad. Se escucha decir, generalmente, que en América Latina hay mucha pobreza y mucha desigualdad. Pero no es así porque, en realidad, “hay mucha pobreza porque hay mucha desigualdad”, y ésta es una razón central. La desigualdad de América Latina es la mayor del planeta actualmente dado que tiene la mayor brecha social de todos los continentes del mundo: el 10% más rico de la población tiene 84 veces más que el 10% más pobre de la población.

¿cómo son las desigualdades en materia de educación y salud?

- Si bien la democratización ha permitido que casi todos los chicos empiecen la primaria, entre el 25% y el 50%, según el país, no terminan el cuarto grado de la escuela primaria y hay unas tasas de deserción y repetición elevadísimas, concentradas en los sectores pobres. Hoy América Latina tiene una tasa de educación por persona que es de 5,2 promedio, lo que significa que un latinoamericano promedio está llegando al siglo XXI sin haber terminado la escuela primaria. Los jefes de hogar del 10% más rico de la pobla-

ción tienen 12 años de escolaridad, los del 30% más pobre tienen sólo cinco años. Esos siete años de diferencia van a ser totalmente determinantes a la hora de abrir posibilidades laborales).

En cuanto al acceso a la salud, si bien ha habido avances, las cifras de la región son inquietantes: una de cada 130 madres muere al dar a luz, lo que representa 28 veces la tasa de mortalidad materna de EEUU. Estas son muertes gratuitas ya que por año 2,2 millones de madres pobres dan a luz sin ningún tipo de asistencia médica. Por otra parte, hay 190.000 chicos que mueren anualmente por enfermedades absolutamente prevenibles, o por falta de vacunación (82 millones de niños en la región no tienen todas las vacunas que debieran tener). La tasa de mortalidad infantil en Bolivia, por ejemplo, es una de las peores: en 2002, de cada 1.000 chicos, 88 mueren antes de cumplir el año de edad. Para dar una idea comparativa, en Canadá mueren seis de cada 1.000, es decir, 15 veces la diferencia.

Luego de leer este fragmento de entrevista, le sugerimos que escriba:

- ☐ ¿Por qué dice el entrevistado que la “pobreza mata”? y ¿Cuáles son las caras de la pobreza que define?
- ☐ Considerando los datos de incremento de la pobreza en Argentina o de los llamados “nuevos pobres”, ¿cómo piensa que influyen estas desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a una vida saludable?
- ☐ ¿Qué observa de semejante o diferente respecto de lo que usted observó en su visita al barrio y en la referencia hecha por los informantes, por las observaciones, las entrevistas con las familias que residen en el mismo?



6. La pobreza y la familia: Estrategias de supervivencia familiares

El mayor impacto de la pobreza, recae sobre las familias, las que deben desarrollar estrategias de supervivencia. Pero los más afectados son las mujeres y los niños. Le acercamos una parte de un artículo del mismo autor, *Bernardo Kliksberg*⁷, en el que analiza el impacto de la pobreza sobre la familia y la salud.

7. Kliksberg, Bernardo – La situación social de América Latina, editado por el Centro de Formación para la Integración Regional, Uruguay.

1. Una Situación Social en deterioro creciente

"Describiendo lo que constituye el "modo de vida cotidiano" de una mayoría de la población y de las familias de América Latina, señaló la reciente Conferencia Ministerial convocada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para hacer seguimiento de las resoluciones de la Cumbre Mundial sobre la infancia:

"Los hijos de los pobres no tienen acceso a la educación, se enferman, están mal alimentados, no acceden a empleos productivos, no tienen capacitación, no tienen crédito y con ello se autogenera la pobreza".

Como se advierte, la vida consiste para muchos núcleos familiares de la región en un "círculo perverso" de carencias que se van retroalimentando y fortaleciendo, y se constituyen en un modelo reproductor de pobreza, privaciones, y finalmente degradación brutal de la calidad de la vida, y acortamiento de los años de existencia.

Esta situación se ha extendido en América Latina en la última década a núcleos crecientes de la población. Las estimaciones actuales coinciden en ubicar por debajo de la línea de la pobreza a más del 50% de la población total de América Latina. Al finalizar la década del '70 las estimaciones más utilizadas hablaban de un 40%.

No sólo aumenta el número de pobres en términos absolutos y relativos (configuran hasta el 80% de la población en diversos países de la región) sino que hay un nítido fenómeno de descenso del nivel cualitativo de la pobreza. Los pobres de los '90 son "más pobres" que los de los '80. El estrato de la pobreza que ha crecido más aceleradamente es el de los "pobres extremos". Se trata de familias que aun destinando todos sus ingresos exclusivamente a consumir alimentos, hipótesis irreal dada la imprescindibilidad de gastar en otras necesidades (salud, vivienda, transporte, vestimenta, etcétera), no alcanzan a comprar el mínimo de proteínas y calorías que se requieren para sobrevivir.

Los pobres extremos tienden a ser en muchos países más del 50% de los pobres. Paden de diversas expresiones de desnutrición que afectan severamente su vida en todos los planos. Una de las manifestaciones de su presencia creciente es la reducción observada en los distintos países en el tamaño y peso de los niños al nacer. En los sectores en pobreza se está dando un fenómeno de descenso acusado de estos indicadores por debajo de los normales.

El investigador inglés Peter Townsend concluye en sus trabajos que la "pobreza mata". Efectivamente, esa es la realidad de la región. La pobreza, con sus complejos de carencias y déficit nutricionales, es hoy la principal causa de muerte en la región. Se le atribuyen 1.500.000 víctimas anuales.

Por otra parte, crea el terreno propicio para que reaparezcan enfermedades erradicadas

en la región y surjan otras nuevas. La rápida propagación e instalación del cólera, típica enfermedad de los pobres, ligada a la desnutrición y a la falta de agua potable indica la vulnerabilidad actual de la situación. (...) asimismo se presenta un nuevo proceso: "Lo nuevo es que la naturaleza de este fenómeno en América Latina ha cambiado, al añadirse a los sectores tradicionales de pobreza los "nuevos pobres" constituidos por aquellos grupos que la crisis y las políticas de ajuste desplazaron de sus posiciones económicas y sociales".

Los nuevos pobres expresan el deterioro de los niveles de consumo de amplios sectores de clase media en la región. (...) Y el mismo proceso puede observarse en diversos países de la región; una estimación conjunta de varias instituciones de investigación señala que:

"La clase media, que representa el 13,65% de la población, cada vez posee menos recursos".

2. **ímpAc To S So br e l A fAmil iA**

El crecimiento de la pobreza tiene múltiples efectos destructores de las bases de la institución familiar. Las carencias afectan a cada uno de los miembros de la familia debilitando sus posibilidades de constituir familias fuertes y sólidas.

Los hombres afectados por problemas agudos de desempleo y salarios muy distantes de las necesidades mínimas no llegan a constituir familias estables, o abandonan su marco familiar. Las familias quedan a cargo de las mujeres. Actualmente en todo el mundo un tercio de los hogares está a cargo de mujeres y el promedio latinoamericano es mayor. El Comité Preparatorio de la Cumbre Mundial Social preparada por las Naciones Unidas destacaba:

"Las mujeres son las víctimas principales de los problemas sociales y culturales y de la carencia de desarrollo. Son ellas también quienes, en las situaciones de miseria, de pobreza y de desintegración de las estructuras sociales, sacrifican su bienestar y en ocasiones su vida por mantener a su familia... La disolución de hogares en decenios recientes que frecuentemente hace que las mujeres se queden solas pero con familiares a su cargo, la doble carga que se impone a la mujer al tener que ganar el sustento y cuidar a los hijos, junto con la falta de protección para estos, la escasez de servicios de cuidados a la infancia, y las limitadas oportunidades económicas de que dispone la mujer han hecho que aumente el número de mujeres y niños en situación de pobreza y la proporción que representan en el total de pobres, fenómeno que se ha denominado "la feminización de la pobreza".

Al mismo tiempo, desde ya en forma correlacionada a lo anterior, se está produciendo en la región un regresivo y extenso proceso de "infantilización de la pobreza". Según los cálculos de UNICEF, cerca de 3.000 niños por día perecen en la región por problemas ligados a los complejos de desnutrición y carencias perfectamente evitables. Se trata de 900.000 por año, el 60% de las muertes totales por pobreza.

El Comité Preparatorio de la Cumbre Social Mundial refiere a grandes trazos la situación de los niños pobres:

"Como parte de las estrategias de supervivencia familiar, todos los miembros de una familia están frecuentemente obligados a contribuir a los escasos ingresos del hogar y aceptar cualquier trabajo que se les ofrezca. A menudo están incluidos los niños, que son uno de los grupos más vulnerables y más explotados en el mundo laboral. Algunas familias pobres envían a sus hijos a trabajar y a la escuela, pero las necesidades pecuniarias de la familia, junto con los costos directos e indirectos que comporta la asistencia a la escuela, hacen que otros muchos no tengan oportunidad de recibir una educación básica. El trabajo infantil y el empobrecimiento de los niños no son fenómenos exclusivamente urbanos. Algunas de las manifestaciones peores se encuentran en las zonas rurales, pero con el creciente hacinamiento en las villas miseria y el fenómeno cada vez más extendido de los niños de la calle en muchas grandes ciudades, se tiene una mayor conciencia de los efectos de la pobreza en los niños. Los niños de las villas miseria son frecuentemente los más expuestos a los azares de la pobreza urbana, y las tasas de mortalidad y morbilidad entre ellos son tres o cuatro veces superiores a las que se registran como media en su grupo de edad. Como se señaló en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, aunque de ordinario la causa inmediata de la muerte de un niño es una enfermedad, las causas subyacentes tienden a ser síntomas de pobreza como la malnutrición, la ignorancia de la higiene más elemental, el analfabetismo y la falta de acceso a suministros de agua y saneamiento".

Muchos de estos niños son actualmente "arrojados" de hecho a la calle. Carentes de marcos familiares o abandonados por familias que no pueden garantizar equilibrios básicos, moran en las calles de grandes centros urbanos de América Latina en condiciones límites de existencia. El número de "niños de la calle" en América Latina se estima actualmente en 40 millones. Deben buscar diariamente su sustento, protegerse del frío nocturno; duermen arracimados, en algunos casos en compañía de perros para obtener calor, están fuera de todo sistema educativo, y de la economía, son marginales extremos. Son un ejército creciente de miseria extrema que puede verse diariamente en las calles de Río, San Pablo, Bogotá y otras capitales de América Latina. Sobre ellos se ha desatado una plaga adicional denunciada por el Papa Juan Pablo II y los organismos internacionales: el exterminio sistemático de niños de la calle, que en el mejor estilo nazi están practicando grupos parapoliciales en el Brasil y otros países, contratados, según indican las investigaciones disponibles, por comerciantes que quieren evitar que

los niños "afeen sus vidrieras". Ese exterminio, que tiene como marco la ideología de "eliminar a los más débiles" de clara fuente hitleriana, subsiste a pesar de las denuncias en cuadro vergonzante para los países en donde se practica.

A las situaciones descritas en cuanto a madres y niños se suma el desempleo juvenil. Las cifras de desempleo abierto en la región son "discriminatorias" hacia los jóvenes. La tasa de desempleo juvenil supera hoy el 20% en diversos países de América Latina. Las nuevas generaciones tienen dificultades crecientes para integrarse en el mercado de trabajo.

Estos y otros factores determinan lo que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) denomina en su informe 1993 un "debilitamiento del tejido social". Ascienden los índices de homicidios, violaciones, delitos relacionados con drogas, suicidios, número de presos y porcentaje de jóvenes en la población reclusa.

Los impactos de la pobreza sobre los padres de hogar, la feminización de la pobreza, los efectos devastadores sobre los niños, en la práctica, "los más pobres de los pobres", conducen a un severo proceso de destrucción de núcleos familiares. La familia se debilita, diluye, y va dejando de cumplir funciones centrales. Pierde las capacidades de prestar los irremplazables roles de cuidados educativos, morales, de "nido cálido de los niños", núcleo orientador de los adolescentes, base de apoyo de hombres y mujeres, que sólo ella puede cumplir.

Una de las mayores víctimas del proceso de pauperización de la región es esta institución, pilar de la historia del género humano y eje del tramado del tejido social latinoamericano".

Luego de esta lectura, le pedimos que:

- ☐ Escriba su interpretación de los términos que presenta el autor, de "feminización e infantilización" de la pobreza y situación de los jóvenes.
- ☐ Destaque los efectos que tiene este deterioro de la situación social en la salud de las familias de la comunidad de su Centro de Salud.
- ☐ Liste cuáles son las estrategias de supervivencia familiar en la comunidad de su Centro de Salud.





Le acercamos guías metodológicas N°: 4, 5 y 6 incluidas al final de este material, para repensar esta actividad con su equipo tutorial, con el objetivo de caracterizar a las familias que residen en el ámbito en el cual funciona el Centro de Salud.

Esta actividad podrá realizarse aplicando entrevista/s a informante/s seleccionados.

En caso de tener oportunidad de acceder a un contacto directo con algún miembro/s de la/s familias, podría seguir las indicaciones de la guía metodológica N° 6.

Actividad de integración de la unidad 1



La siguiente es una actividad de integración de la primera unidad de este Módulo. Le sugerimos que:

- ☐ Presente en la reunión presencial con el equipo tutorial la reelaboración del informe que preparó en la actividad inicial y que fue completado posteriormente.

Ud. volverá sobre este "informe" durante todo el posgrado pues a medida que retome otros Módulos: Epidemiología, Salud y Ambiente, Trabajo comunitario, etc., será revisado y modificado.

- ☐ Seleccione un "problema de salud prioritario" (por Ej.: violencia, desnutrición, alcoholismo) de la población de su Centro de Salud y defínalo. Si fuera posible consensúe con el equipo de salud la elección y recuerde que recibirá la orientación metodológica del Equipo tutorial. Es importante que sepa que sobre este problema trabajará en las distintas Unidades del módulo 1.

Puede elegir un grupo de familias y revisar en los registros, en sus anotaciones, en las Historias Clínicas, en las fichas si hay datos que permiten describir ese problema y las condiciones de vida, la situación de pobreza de estas familias atendidas en el último mes (por ejemplo).

- ☐ Escriba un texto de no más de dos páginas sobre:
 - | ¿Cómo impactan los determinantes de la salud sobre el proceso de salud - enfermedad en relación con el problema seleccionado?
- ☐ En dicho análisis incluya:
 - | ¿Con qué concepción de salud abordaría este problema?
 - | ¿Qué conoce acerca de las concepciones de salud de la comunidad afectada por este problema?



Unidad 2

Equidad y Ética en salud.
Desigualdades e inequidades.

Introducción

En la Unidad anterior procuramos avanzar en el reconocimiento de los supuestos sobre la salud, tanto en sus expresiones históricas como en las prácticas sanitarias actuales. También comenzamos un camino que buscó introducirnos en el análisis de los determinantes del proceso de salud-enfermedad, sus dimensiones en el campo de la salud.

Esta segunda Unidad no es independiente de estos propósitos, pero se orienta a abordar la noción de inequidad como uno de los componentes que más adecuadamente caracterizan a la realidad socio-sanitaria de la República Argentina, analizada desde una perspectiva centrada en la vigencia y aplicación de los derechos humanos, pues pone en evidencia cuestiones y dilemas éticos que deben interpelar/nos a todos los miembros de la sociedad, entre ellos a los profesionales de la salud y **cuya superación representa un desafío para la mejora del bienestar y la salud.**

- Nos centraremos en los siguientes **núcleos problemáticos**:
 - ¿Cuáles prácticas profesionales e institucionales favorecen la equidad en salud?
 - ¿Cuál es el posicionamiento ético de los distintos actores?

En lo referente a los resultados en salud, su impacto se expresa, tanto por los diversos factores determinantes de la situación de salud como también en relación con la accesibilidad y eficacia de intervenciones institucionales, tanto individuales como poblacionales.

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.



Texto del Plan Federal

"Nos proponemos un sistema más justo, que iguale las oportunidades de toda la población, actuando con responsabilidad y sensibilidad frente a las necesidades de todos y en especial de los que tienen mayor riesgo" Pág.23 (...). 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 estos problemas de atención de la salud lo más próximo a la residencia de los ciudadanos." Pág.24

Actividad Inicial



Lo invitamos a escribir sus reflexiones, sus preguntas en torno de este trabajo que describe la situación del país en términos de inequidades, con la hipótesis de cómo sería el país si en él vivieran 100 personas. Fue realizado por la Consultora Equis¹ y publicado en un Diario Nacional.

(...) “Un trabajo realizado por el sociólogo Artemio López expone una especie de radiografía sociodemográfica del país” para el año 2004.

(...) Para ello, y a los efectos de ponerlo en un plano claramente comprensible, apela a un artificio simple: cómo sería este país si aquí viviesen solamente 100 personas, según los datos obtenidos en varias mediciones realizadas por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

El resultado es el siguiente:

Si en la Argentina vivieran 100 personas...

- 51 serían mujeres.
- 49 serían hombres.
- 2 nacerían cada año.
- 1 moriría cada año.
- 30 serían casados y vivirían en pareja heterosexual.
- 3 serían graduados universitarios.
- 2 serían analfabetos absolutos.
- 27 vivirían con cuatro pesos por día.
- 10, con dos pesos por día.
- 7 vivirían con un peso por día.
- 18 habitarían en villas de emergencias o asentamientos precarios.
- 63 no tendrían cloacas.
- 58 vivirían sin gas natural.
- 33 no tendrían de agua potable.
- 48 no tendrían cobertura de salud por fuera del hospital público.
- 7 serían discapacitados, de los cuales cinco serían pobres. De los siete habitantes con discapacidad, tres serían jefes de hogar.
- 30 serían menores de 15 años, de los cuales 18 serían pobres y siete in-



Anote sus reflexiones en su cuaderno de notas. Luego lo retomará

1. Equis significa Equipos de Investigación Social. Datos extraídos del artículo escrito por Sergio Moreno. 25-11-04. Diario Página 12. Argentina.

digentes.

- 10 tendrían más de 65 años y de ellos 4 no tendrían ninguna pensión o jubilación disponible, ni tampoco cobertura alguna de salud, por fuera del hospital público.
- 40 serían activos económicamente y 15 de ellos estarían desocupados o subocupados.
- 25 recibirían parte o todo su salario en negro.
- De cada 100 pesos existentes, los 20 habitantes más ricos se quedarían con 54 pesos...
- ... y los 20 más pobres con cuatro pesos.
- 69 estarían habilitados para votar.
- 52 votarían efectivamente.

López sostiene que este trabajo expone “un país de fuerte desigualdad en la repartición de los bienes materiales y de los simbólicos”. Respecto de los primeros, ejemplifica que el 20 por ciento se queda con 54 pesos de cada cien y el 20 más pobre, con 4.

“Argentina multiplicó por dos la brecha existente entre el 20 por ciento más rico y el 20 por ciento más pobre en los últimos 30 años, transformándose en uno de los países más inequitativos en el continente más inequitativo del mundo, que es Latinoamérica”.

El estudio muestra otros indicadores que desnudan en otras áreas ese proceso de inequidad. “Que el 63 por ciento viva sin cloacas, el 58 no posea gas natural y el 48 no tenga cobertura sanitaria por fuera del sistema de hospitales públicos muestra que el proceso de inequidad distributiva en términos de ingreso impacta fuertemente en otros de la vida cotidiana”, dice López.

El sociólogo mencionado resalta algunos de los datos expuestos más arriba. A saber:

- “Argentina es un país que se jactó de poseer un alto nivel educativo, comparándose con los países más desarrollados del hemisferio y estándares similares a los de las potencias mundiales. Ahora llegamos a la circunstancia de que cada 100 habitantes tenemos 3 graduados universitarios y también dos analfabetos absolutos, casi la misma cantidad de universitarios que de analfabetos.”

-“Tenemos una sociedad que plantea una realidad angustiosa en ambas puntas de la vida. Por una parte, de cien habitantes, treinta son niños y de ellos 18 son pobres y 7 indigentes; por la otra, 4 de cada diez mayores en edad de jubilarse no lo podrán hacer porque no efectuaron aportes –sea que trabajaban en negro, sea porque estaba desocupados– no van a cobrar ingresos ni tendrán cobertura de salud del PAMI. O sea que, de cada diez hogares argentinos, cuatro no tendrán cobertura social ni ingresos. Tenemos esa cantidad de mayores sin contención en un país que se jactó de poseer el sistema sanitario y de previsión social más grande y completo del hemisferio.” (...)

1. Desigualdades sociales en Argentina:

Aproximación en números a los efectos en la salud de la población

El informe de Situación de Salud Argentina² permite analizar la desigualdad social y sus efectos en la salud de la población, incluyendo alguno de los indicadores más reveladores acerca del creciente empobrecimiento de la sociedad y su manifestación en los indicadores de salud.

Las desigualdades sociales aquí consideradas se expresan en el nivel de ingreso, el nivel de educación, el grado de precarización laboral y los distintos patrones de comportamiento demográfico, variables que deben ser identificadas y medidas en toda aproximación que relacione las condiciones de vida y de salud en los distintos grupos sociales.

En dicho informe se señala que en el 2001, un 40% de la población argentina o bien no tenía ingresos o bien eran tan escasos que la ubicaban por debajo de la línea de pobreza. Se constata que las provincias con menores ingresos medios son las que registran mayores proporciones de población pobre. Las desigualdades producidas por los ingresos insuficientes dan lugar a diferencias injustas que se van profundizando con el tiempo, extendiendo sus efectos a las

2. OPS/ OMS – Ministerio de Salud de la Argentina . Situación de Salud en Argentina. 2003.

dimensiones sociales, como la salud.

La pobreza tampoco se distribuye homogéneamente entre los distintos grupos de edades; más del 40% de la población debajo de la línea de pobreza tiene menos de 15 años. Ello abona la hipótesis que sostiene que los efectos más negativos se van incorporando a la sociedad a través de las nuevas generaciones. También la precarización en las condiciones de trabajo y en los ingresos afecta particularmente a la población joven.

Quizá el aspecto más evidente de las restricciones materiales que padece la población pobre esté relacionado con la vivienda y el acceso a la provisión de agua potable y a la red de cloacas.

Otro aspecto lo constituye el nivel educativo de la población, con importantes efectos en la salud. El mayor nivel educativo contribuye a evitar la maternidad y paternidad adolescentes y a mayores intervalos en el nacimiento de los hijos. En el estrato más pobre estos comportamientos no se observan y la proporción de mujeres que no consultan al ginecólogo es marcadamente mayor.

Según el mencionado Informe, queda de manifiesto cómo la presencia de enfermedades infecciosas incluye a nuestro país junto a los denominados “en vías de desarrollo”, aun cuando exhibe al mismo tiempo otros indicadores sanitarios, que demuestran inequívocamente el paralelo con los “países desarrollados”. También señala las importantes desigualdades en los resultados de salud que se observan entre las distintas provincias.

Dicho informe se completa con un conciso pero certero diagnóstico de la situación de salud en Argentina, en la cual queda de manifiesto la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, permitiendo ello identificar a los grupos más vulnerables.

Puede verse este informe en la pág. Web:

<http://www.ops.org.ar/publicaciones/situacion.html>

Para continuar analizando la relación entre salud y pobreza e inequidad y salud, tanto en el país como en su provincia, le ofrecemos el Informe ARGENTINA 2006. INDICADORES BASICOS, publicado por OPS y el Ministerio de Salud de la Nación que Ud. encontrará en la pág. Web del Programa Médicos Comunitarios.





Estas actividades serán retomadas en la unidad 4 y en los módulos siguientes. Comparta sus reflexiones con el equipo tutorial.

A modo de aproximación cuantitativa a la contextualización de sus prácticas en la situación de salud provincial y local le proponemos que:

- ☐ Seleccione al menos un indicador epidemiológico y/o demográfico de su provincia, por ejemplo: mortalidad infantil, mortalidad materna, expectativa de vida al nacer.
- ☐ Luego seleccione un indicador socioeconómico o de condiciones de vida, por ejemplo: porcentaje de población en condición de analfabetismo, porcentaje de población total con desagües cloacales.
- ☐ ¿Qué reflexiones y/o posibles explicaciones encuentra en la relación entre los indicadores? ¿Qué preguntas puede plantearse?
- ☐ Ahora tome otra provincia con una situación económica y demográfica similar y resultados en salud diferentes.
- ☐ ¿Qué preguntas puede plantearse que permitan la interpretación de dichas disparidades en salud?

2. Inequidades en salud: ¿Cuáles son los grupos vulnerables de su comunidad?

“Aunque se están obteniendo mejores resultados en los indicadores de salud, se retrocede en la equidad. En términos mundiales, la distancia entre la vida saludable de ricos y pobres ha tendido a aumentar. Esto no significa que el aumento de la cobertura y el avance tecnológico no hayan mejorado la esperanza de vida al nacer ni la calidad de vida de los más pobres.... Sin embargo, la capacidad de las camadas superiores de la sociedad para aprovechar los nuevos recursos de salud es siempre muy superior a la de los pobres. Hace algunos años se podían identificar enfermedades de ricos y enfermedades de pobres. Hoy, con algunas excepciones como el melanoma –cáncer de piel– en las más frecuentes causas de enfermedad, los pobres se enferman más que los ricos (Berlinguer, 1983). La capacidad del sistema sanitario de producir salud es muy limitada. A casi 50 años del Sistema Nacional de Salud inglés, las

diferencias de morbilidad y mortalidad entre clases sociales han aumentado. En Canadá, los pobres tienen 11 años menos de vida saludable que los ricos. En Francia, la esperanza de vida de un profesor universitario es 9 años mayor que la de un obrero especializado. Países todos con servicios de salud con asistencia universal e igualitaria.

En la Cumbre Social de marzo de 1995 convocada por la ONU en Copenhague, quedó establecido que el aumento de la inequidad es el mayor de los problemas comunes a todas las naciones del mundo. La formulación de políticas de salud, y en especial de reforma de los sistemas que apunten a reducir la inequidad es, entonces, el mayor de los desafíos.

Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud han tendido a concentrarse solamente en el acceso a los servicios. Es decir, se han preocupado para que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para cada uno de sus habitantes.

Todas las sociedades consideraron ilegítimas las desigualdades en salud. Los pueblos y naciones han sido más tolerantes con otras diferencias sociales que con la enfermedad. De hecho, desde los inicios de la medicina, cuando constituía una práctica más autónoma que institucional, más artesanal que científica, los maestros enseñaban a sus discípulos que no debía cobrarse a los pobres igual que a los ricos, aún cuando las prácticas realizadas fueran idénticas (Abel Smith, 1982).

La igualdad en el acceso se enfatizó por las dificultades de promover la equidad en los resultados. Durante mucho tiempo prevaleció en occidente la idea de que los hombres debían velar por la igualdad en los procedimientos, porque la verdadera equidad en los resultados involucra una justicia que sólo podría ser divina.

La causa de aumento de las inequidades están relacionadas con las causas del aumento de la pobreza. Un condicionante de ambas es el aumento de la población, que se concentra en las camadas más pobres, los que sufren más enfermedades, los que enfrentan más dificultades. En Argentina esta tendencia es muy clara, y la pobreza se convierte en un fenómeno joven y femenino. Por ejemplo, un tercio de los partos de los hospitales públicos del Conurbano Bonaerense corresponden a mujeres menores de 18 años. Entre los nuevos pobres, una gran parte de los jefes de familia son madres adolescentes. Quiere decir que la pobreza aumenta al mismo ritmo que el crecimiento demográfico y afecta a los más débiles dentro de la sociedad.(...)

En conclusión, la lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud. La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental porque los excluidos de la producción y del consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado.

Pero un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad ante-

riores a la asistencia médica, tales como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación. Aun en sistemas de salud equitativos, los resultados de salud tienden a mantener las desigualdades sociales que caracterizan la sociedad.”³

Pero, ...¿cuáles son las bases sociales de las desigualdades en salud?

En un trabajo desarrollado por Diderichsen y otros, se proporciona un marco conceptual que permite analizar los factores asociados con las diferencias sociales y la inequidad en salud, el cual incluye:

La **estratificación social** (pertenencia a grupo o clase social) que determina las oportunidades en salud (ej: acceso a un sistema de asistencia sanitaria).

La **exposición diferencial** a factores de riesgo que se constituyen en amenazas para la salud, y que son evidentes en los estratos más desfavorecidos.

La **vulnerabilidad diferencial**, que permitiría comprender por qué el impacto sobre la salud de la exposición a determinados factores de riesgo es dependiente de la existencia de otros factores de riesgo que le están asociados,

El **impacto diferencial** que tienen las consecuencias de la enfermedad sobre los distintos grupos sociales, ya que la mala salud puede iniciar una espiral creciente de deterioro de la situación social: en un principio por los crecientes recursos dedicados a la asistencia sanitaria y luego por la pérdida de ingresos asociados con la enfermedad, lo que a su vez induce un empeoramiento de la propia salud.



Le proponemos que:

- ☐ Describa cuáles son los grupos vulnerables en su comunidad, puede retomar los datos relevados en la actividad inicial de la Unidad 1 .
- ☐ Distinga en ellos la “exposición diferencial” el “impacto diferencial” sobre la salud de estos grupos.

3. González García, Gines. – Tobar, F. *Salud para los Argentinos*, Buenos Aires, Ediciones I Salud, pags. 141- 144- 2004.

3. Equidad en salud: realidad y prospectiva

¿Qué entendemos por Equidad en Salud? Le acercamos un artículo de Timothy Evans y varios autores⁴ que le posibilitará conceptualizar las relaciones entre Pobreza, Equidad y Salud. Dicho texto se enmarca en una creciente preocupación acerca del impacto que han tenido los procesos de globalización y transición socio-económica que, acontecidos en la mayor parte de los países del mundo, han provocado una profundización de las desigualdades en salud.

En tal sentido, constituye una adecuada caracterización de los principales factores asociados con la inequidad en salud: pobreza, marginación, estratificación en el empleo, diferenciales en el nivel educativo, carácter urbano o rural del ámbito de residencia, efectividad de las políticas sociales, entre otros.

Al caracterizar dichas formas de asociación, reúne y sintetiza las principales evidencias que aportan los trabajos contenidos en el volumen, y señala las principales líneas de discusión planteadas acerca de los mismos.

Como aspecto destacable, el texto vincula el concepto de equidad en salud con valores éticos tales como la justicia y la igualdad, y sintetiza los problemas fundamentales que dificultan una adecuada medición del fenómeno.

DISPARIDADES INACEPTABLES EN EL CAMPO DE LA SALUD

En los últimos 50 años del siglo XX, muchos países lograron que las condiciones de salud mejoraran más que en cualquier otro período de su historia. Incluso en algunos de los países más pobres del mundo se alcanzaron progresos notables, con aumentos de la esperanza de vida y mejoras de la supervivencia infantil sin precedentes. Aunque estos éxitos generales podrían mover a la complacencia, cuando se profundiza en el problema aparece un cuadro muy distinto.

Al desagregar los datos nacionales para conocer el destino de los distintos grupos que constituyen las sociedades aparecen disparidades igualmente inquietantes.

En los países más ricos del mundo pueden observarse cuadros similares. Así ocurre en los Estados Unidos, pues, cuando se comparan los condados con las tasas de mortalidad más altas y más bajas, aparece una diferencia de 13 años entre las esperanza de vi-



Le sugerimos que señale:

- Las diferencias entre inequidad y desigualdad;
- La relación entre determinantes sociales y salud.
- Inequidades que plantean los autores;

Le servirán para completar esta actividad.

4. 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, Introducción, págs. 3-11.2002.

da de las mujeres y de 16 años en la de los varones, patrones que siguen estrechamente los perfiles de la pobreza y de las minorías étnicas de la nación (Murray et al. 1998). Incluso en algunos de los países más saludables de Europa Occidental, tales como Holanda, Finlandia y Gran Bretaña, se encuentran gradientes de salud a lo largo del espectro social, de manera que los más pobres mueren entre 5 y 10 años antes que los más ricos (Whithead y Diderichsen 1997), con diferencias de hasta 13 años en la esperanza de vida sin discapacidad entre los ricos y los pobres de un mismo país (van de Water et al. 1996; Valkonen et al. 1997).

Por tanto, las disparidades en salud parecen extenderse en todo el mundo, sea entre las naciones como dentro de cada nación. Las oportunidades para gozar de buena salud son muy desiguales, tanto en los países más ricos como en los pobres y tanto si el estado sanitario global de cada uno de ellos es alto o bajo.

¿QUÉ SIGNIFICA EQUIDAD EN LA SALUD?

Este volumen refleja la preocupación creciente por las disparidades de salud existentes dentro de las naciones y entre ellas. Las *desigualdades* en salud reflejan las diferencias de salud entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de éstas. Las *inequidades* se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. La calificación de injusticia implica una valoración de si las desigualdades son o no evitables, así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia distributiva a la salud.

La característica común de los estudios de caso de cada país incluidos en este volumen es que la atención de todos ellos se centra en la equidad en relación con los resultados finales de salud. Se trata de un punto de partida deliberado y basado en la premisa de que las desigualdades en los resultados finales de salud constituyen la dimensión más importante de la equidad en salud. Otras dimensiones tales como la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, aunque importantes por sí mismas, han de entenderse en la relación con su impacto sobre el estado de salud. Ciertamente, es deseable lograr un acceso equitativo a la asistencia sanitaria, pero cuando las disparidades de salud importantes persisten, la asistencia sanitaria equitativa no es condición suficiente para lograr la equidad en salud. De hecho, Sen señala que la valoración de la equidad en salud debe ampliarse y superar el marco de la asistencia sanitaria recibida a fin de incluir otras formas de mejorar los resultados finales (por ejemplo, mediante la educación) y la libertad para lograr estos resultados.

Los estudios sobre la equidad en salud utilizan nociones intuitivas sobre lo que es “justo” e intentan hacerlas más explícitas. El logro de una salud óptima no debería verse

comprometido por el grupo social, político, étnico o profesional al que uno pueda pertenecer. En la medida en que las disparidades en salud coinciden con las distancias existentes entre esos grupos, puede evaluarse que son injustas y, por tanto, constituyen inequidades. Aunque cada uno de los estudios de este volumen enfoca un aspecto distinto de las disparidades en salud (salud de los niños o de los adultos, discapacidad, morbilidad o mortalidad, desigualdades entre los sexos, grupos laborales, poblaciones rurales y urbanas, zonas geográficas) en la mayoría de los casos los autores sostienen que las desigualdades examinadas son *evitables e injustas*. Estas reclamaciones o juicios de valor pueden articularse discretamente mediante descripciones empíricas de las desigualdades sociales en salud o pueden expresarse en forma más clara. Más allá de los análisis empíricos, la credibilidad e integridad de estos valores se refuerza comprometiendo a los más intensamente afectados en la definición de las dimensiones de una inequidad concreta, como sucede en los casos de Tanzania y Kenya.

Además de las demandas morales sobre la injusticia y la consideración de que las inequidades en salud son evitables, existen otras dimensiones de las disparidades sanitarias que constituyen razones importantes para la movilización y la acción políticas. Entre ellas se destacan los argumentos relacionados con el alivio del dolor y el sufrimiento de los menos sanos, el rechazo que sienten las poblaciones hacia los resultados finales de salud desiguales en grupos particularmente vulnerables como los niños, las amenazas que representan para la salud de la población los reservorios residuales de infecciones epidémicas, por ejemplo, en las barriadas urbanas, y la creciente evidencia de que las enfermedades graves conducen al empobrecimiento, limitan el crecimiento económico o producen ambos efectos.

Bajo las disparidades en salud, a menudo subyacen profundos desequilibrios generados por la discriminación y las diferencias de poder. Estas discrepancias de poder tienen lugar a lo largo de un amplio arco sociopolítico: desde las situaciones de desorden y corrupción en las que algunos señores de la guerra controlan el estado y todos sus recursos, hasta el otro extremo representado por las naciones pacíficas y democráticas con jerarquías sociales y laborales bien arraigadas. Aunque las diferencias entre estos contextos distintos son obvias, tienen en común el fenómeno de que el contexto social en sentido amplio influye, sea en forma sutil o franca, en la salud de sus poblaciones.

El objetivo de este volumen no es afirmar que la comunidad sanitaria debería combatir todos los casos de diferenciales de poder y conflicto; tampoco es nuestra meta el empeño políticamente poco realista de “aplanar” el gradiente social. Sin embargo, en el intento de producir una respuesta efectiva no es posible olvidar los determinantes sociales, económicos y políticos que son ajenos al sector sanitario, pero que afectan profundamente al estado de salud y a su distribución. De igual forma, un intento bien arti-

culado de corregir las inequidades en salud deberá operar, inevitablemente, junto con tentativas más amplias dirigidas a lograr la justicia social, tales como la provisión de redes de seguridad, la protección contra el empobrecimiento por causas médicas, la educación, la formación laboral, la reducción de los riesgos ambientales y todos los esfuerzos destinados a garantizar la paz y la participación política general. “La mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como un objetivo social en sí mismo y aislado sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social”.

Posiblemente, sería más fácil garantizar un compromiso con la equidad en salud articulando objetivos que tuvieran en cuenta la distribución de la salud. En el último capítulo de este volumen se proporcionan ejemplos de dos tipos de metas: simbólicas, cuyo propósito principal consiste en inspirar y motivar, y prácticas, para ayudar a vigilar el progreso hacia la equidad y mejorar la responsabilidad en el uso de recursos (Whitehead et al. 1998).

POBREZA Y MARGINACIÓN

En muchos de los países representados en este volumen, la pobreza y la marginación son la causas “fundamentales” de las inequidades en salud.

Las inequidades en salud se observan en relación con una amplia variedad de tipos y causas de enfermedad, de modo que la vulnerabilidad y la exposición a ellas, así como sus consecuencias negativas, se concentran inevitablemente en los que ocupan el lugar más bajo del rango socioeconómico. En contradicción con la ortodoxia aceptada, las enfermedades transmisibles no son la única carga sanitaria que han de soportar los pobres. Los accidentes, los traumatismos y la violencia, al igual que muchas enfermedades no transmisibles y otros factores de riesgo, se concentran también de manera desproporcionada en las poblaciones más desfavorecidas.

A lo largo de una vida existen efectos sanitarios adversos acumulativos que son consecuencia de vivir en la pobreza persistente (Kuh y Ben-Shlomo 1997). Los efectos de la pobreza se combinan con múltiples formas superpuestas de discriminación o marginación. Por ejemplo, el ser pobre, ser mujer y pertenecer a un grupo étnico discriminado magnifica el riesgo sanitario resultado de una vulnerabilidad intensificada. Los efectos acumulativos de la pobreza y la marginación, que se extienden a lo largo de las generaciones, son observables en el legado del apartheid o racismo institucionalizado. Además, los más ricos son los que tienden a apropiarse de las nuevas tecnologías, las intervenciones y las oportunidades de salud (Mechanic 2000). El corolario de estas observaciones es que las intervenciones dedicadas a una enfermedad concreta no reducen

necesariamente la carga global de los pobres, ya que su vulnerabilidad subyacente posibilita que el riesgo o la enfermedad erradicados sean rápidamente sustituidos por otros.

A menudo se equipara marginación y pobreza pero aquélla puede definirse también por la exclusión de origen geográfico, étnico o racial, e incluso como la consecuencia de la incapacidad o la enfermedad. Han de tenerse en cuenta las numerosas formas adoptadas por la marginación, ya que su importancia relativa como variables de estratificación difiere según los contextos. De igual modo, debe admitirse que la pobreza es un concepto heterogéneo, un factor que inhibe el bienestar e influye en múltiples facetas del modo de vida. Como se señala en los capítulos de este libro, parte de la respuesta a la corrección de las inequidades en salud radica en satisfacer las necesidades básicas y eliminar la pobreza estructural. Por tanto, las intervenciones de salud deben responder a mucho más que a la mera necesidad expresada en el momento actual y puesta de manifiesto por un síntoma o enfermedad particulares. Es esencial avanzar mucho más y corregir los rasgos desproporcionados vinculados con la pobreza y no sólo los *efectos* asociados a estos riesgos. Como lo demuestra el estudio comparativo entre Gran Bretaña y Suecia, los efectos sanitarios de la pobreza pueden modificarse mediante otras políticas sociales y redes de seguridad. El hecho de que la pobreza y la marginación estén tan unidas a la mala salud y que sean factores injustos y modificables hace de ellas una prioridad de la equidad en salud.

ÁMBITOS URBANO Y RURAL

La rápida urbanización de muchas partes del mundo crea un terreno progresivamente más complejo para el análisis de las disparidades entre las poblaciones rurales y urbanas. El tradicional “sesgo urbano” trae consigo una asignación preferente de los recursos y servicios a las poblaciones de las ciudades, pues son las que protestan más. Sin embargo, la ventaja urbana es menos clara en otros casos. En “algunos países” (la expresión es nuestra), la crisis de mortalidad que acompañó al “choque” producido por las reformas económicas se concentró sobre todo en las zonas urbanas. La creciente concentración de los pobres en el mundo en los entornos urbanos constituye un nuevo campo de estudio para la investigación e intervención relacionadas con la equidad en salud (Stephens 1998).

POSICIÓN SOCIAL

Es habitual encontrar paralelismos entre la posición social más elevada y la mejor salud. Dicho de otra forma, cada unidad de aumento del nivel educativo o de la jerarquía profesional trae consigo el correspondiente incremento de los resultados finales de sa-

lud. A continuación, exponemos dos expresiones fundamentales de la posición social: la educación y el empleo, y su asociación con la salud y la equidad sanitaria.

EDUCACIÓN

El papel de la educación como determinante de la salud está bien documentado y muchos de los estudios incluidos en este volumen aportan pruebas adicionales y nuevos aspectos relativos a esta fuerte asociación. En general, las probabilidades de supervivencia son mayores en las clases mejor educadas.

El peso de estas y otras pruebas hace de la educación una consideración política convincente para corregir las inequidades en salud. En primer lugar, parece que los niveles educativos más altos suponen menores riesgos de mala salud o muerte relacionados con una amplia variedad de causas, incluidos los cánceres, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y la violencia y el alcohol. En segundo lugar, estos beneficios afectan a todas las culturas y países y pueden apreciarse en esta época de información global. Por último, los beneficios sanitarios de la educación no son específicos de una edad concreta, sino que se prolongan a lo largo de toda la vida y se extienden a las generaciones futuras.

TRABAJO O FORMAS DE GANARSE LA VIDA

En el nivel más elemental, la relación entre empleo y salud se basa en si las personas pueden generar los ingresos suficientes para mantenerse.

Dentro de la población activa empleada, la salud se estratifica por medio de factores relacionados con el trabajo, tales como la exposición a peligros sanitarios específicos y el grado de regulación laboral. Las condiciones laborales no sólo afectan a los trabajadores propiamente dichos, sino también al conjunto de la población. Incluso en entornos en los que gran parte del trabajo se desenvuelve en el sector formal, existen importantes gradaciones entre las distintas ocupaciones. Estos gradientes sanitarios laborales se demuestran también en muchos otros contextos y constituyen una de las líneas fundamentales de estudio de los determinantes sociales de la salud.

GÉNERO

La inequidad en salud derivada de factores relacionados con el género puede considerarse de dos formas distintas. En primer lugar, los sistemas sanitarios y sociales pueden no adaptarse bien a las diferentes necesidades de salud derivadas de la especificidad biológica de los varones y las mujeres. Quizás el ejemplo más llamativo de este tipo de inequidad entre los géneros sea el de las diferencias internacionales de la mortalidad materna: en los países más pobres del mundo las probabilidades de que una mujer

muerta a tener un hijo son de 1 por cada 16 partos, mientras que en los más ricos son de 1 muerte por cada 2.000 partos. En segundo lugar, las diferencias de salud entre varones y mujeres pueden deberse a construcciones sociales de los géneros y no a diferencias biológicas entre los sexos. Las diferencias en los papeles que las sociedades adjudican a los varones y las mujeres estratifican sus oportunidades para lograr una buena salud.

En la mayoría de los casos incluidos en este volumen se observan diferencias en los resultados finales de salud entre los sexos. Quizá los más llamativos sean los diferenciales de mortalidad o supervivencia. En Rusia, las mujeres viven ahora, como promedio, 13 años más que los varones, lo que constituye la mayor diferencia de esperanza de vida entre géneros dentro de un país jamás registrada. Por el contrario, en China, la diferencia entre géneros en cuanto a la tasas de mortalidad infantil (TMI) ha crecido de manera sostenida desde 1987 debido tanto a la mejoría de la TMI masculina como a la inquietante ausencia de mejoría de la femenina. Al hacer comparaciones directas entre las tasas de mortalidad de varones y mujeres no deben perderse de vista las diferencias biológicas subyacentes relativas a la supervivencia. Al ajustar la comparación de la mortalidad infantil de Bangladesh según referencias masculinas y femeninas, se comprobó la persistencia de una significativa inequidad entre los géneros, mientras que la comparación no ajustada indicaba igualdad entre ellos. El análisis de las diferencias de salud entre los géneros proporciona algunos datos reveladores sobre la distinción fundamental entre equidad e igualdad. Así, es perfectamente concebible que exista igualdad en resultados finales que no son equitativos y, por el contrario, desigualdad en resultados finales que son equitativos.

Los casos tratados en este volumen indican que los gradientes de salud pueden tener expresiones muy distintas en los varones y las mujeres. El capítulo sobre género y equidad en salud proporciona ejemplos de las características de la mortalidad de las mujeres adultas pobres en comparación con la de los varones adultos pobres y demuestra que las ventajas relacionadas con el género varían entre los países. El análisis de Bangladesh revela que las inequidades socioeconómicas en la supervivencia de las niñas eran más pronunciadas que las de los niños a principios del decenio de 1980. Por el contrario, el análisis de las desigualdades educativas en Rusia y Chile, de los diferenciales de ingreso y raza en los Estados Unidos, de las desigualdades laborales de Gran Bretaña y Suecia, y de la marginalidad de los municipios en México, confirma la observación de que los gradientes sociales en salud son, en general, más pronunciados o abruptos en los varones que en las mujeres (McIntyre 1998). Sin embargo, es importante señalar que la comparación de estos gradientes sociales entre varones y mujeres puede verse comprometida por la insensibilidad al género del propio sistema de clasificación utilizado y así, por ejemplo, una comparación directa de las medidas existentes de las clases sociales puede no reflejar las diferencias laborales específicas dentro de

los niveles de una jerarquía de trabajo ni la carga doble de las mujeres que atienden su hogar (Sacker et al. 2000).

Sobre todo, las pruebas aquí aportadas respaldan la necesidad de diferenciar los datos de salud según el sexo. No sólo son distintos los patrones de inequidad en salud, sino que es probable que también existan diferencias relacionadas con los géneros entre sus causas subyacentes, las vías por las que el contexto social estratifica la salud y las enfermedades concretas mediante las cuales se expresan los procesos sociales. Además, ha de valorarse el papel desempeñado por las políticas explícitas, tanto del sector sanitario como de otros sectores, en cuanto a su efecto de exacerbar la inequidad entre los géneros.

Ello requiere un nuevo enfoque de los esfuerzos para:

- sensibilizarnos más respecto a nuestra tendencia a generar disparidades a través de los sectores sanitario y social.
- reconocer las inequidades en salud como un reflejo crítico de la injusticia social.
- promover la distribución de la salud como un aspecto esencial legítimo de la política sanitaria y de la investigación sobre la salud
- producir pruebas sobre las formas de vigilar y corregir las inequidades.

Por tanto, el desafío al que nos enfrentamos no es sólo la producción de salud, sino también que todos tengan las mismas oportunidades de alcanzarla.



Analizando la lectura,

- ☐ ¿Qué formas de acción en el campo de salud serían necesarias u oportunas para lograr mayor inclusión social y mejorar el derecho a la salud y a la vida de estas poblaciones?
- ☐ ¿Qué piensa que podría hacerse en su comunidad a partir del rol que desempeña el Centro de Salud?

Describa brevemente (en no más de 10 renglones) al menos un caso, una situación vivida sobre el proceso de salud-enfermedad en la comunidad donde Ud. trabaja (relevando datos de informantes claves, por testimonios de sus pacientes, o bien por su experiencia) sobre:

- ☐ Inequidad por pobreza y marginación;
- ☐ Inequidad por grupo étnico, origen o nacionalidad;
- ☐ Inequidad por discapacidad, sea individual o por grupos;
- ☐ Inequidad por grupo etario (niños, adolescentes o ancianos).

Busque en los casos anteriores los efectos de estas inequidades en las condiciones de salud de las personas.

Le proponemos que identifique situaciones que vulneren alguna de las obligaciones de las convenciones, y de los tratados sobre derechos humanos incluidos en nuestra Constitución.



Reflexione con su tutor acerca del caso identificado y de las inferencias que surjan de la lectura de la norma. Comparta sus observaciones en la reunión presencial.

No olvide que puede retomar la actividad 1 de esta unidad y utilizar los datos para contextualizar el relato del caso.

4. Equidad en salud: la situación de la mujer

El problema de la mortalidad materna esta asociado, entre otros, también a los determinantes sociales de la salud y a inequidades. Le presentamos un breve texto, a modo de ejemplificación, sobre la inequidad en el derecho de la mujer:

MORTALIDAD MATERNA:

DERECHOS HUMANOS, INJUSTICIA SOCIAL Y EQUIDAD SANITARIA⁵

ANTECEDENTES

En la conferencia inaugural del X Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (ISPOG), el Dr. Mahamoud Fathalla afirmó que “las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su

5. Ramos y cols; Para que cada muerte materna importe. Ministerio de Salud de la Nación /CEDES, 2004

valor” (Fathalla, 1992). La reflexión del Dr. Fathalla inspira las bases de este capítulo que identifica las muertes maternas como una violación de los derechos humanos de las mujeres y expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen en nuestra sociedad.

En efecto, detrás de cada muerte materna se esconde una tragedia personal que puede ser entendida de diversas maneras. Se la puede definir como un evento biológico en el que intervienen múltiples factores sociales, económicos y sanitarios. Por ejemplo, las dificultades de la mujer y su familia para identificar signos de alarma, la falta de capacidad resolutoria del sistema de salud transforman la muerte materna en una injusticia social de enormes proporciones.

Tal vez uno de los aportes más trascendentales de Fathalla es la descripción de todas las discriminaciones que están en juego en el “largo camino de la muerte materna”. Es el título de un relato verídico del viaje de una mujer de treinta y nueve años hacia su muerte por causas maternas, en el que se destacan la necesidad de intervenciones preventivas, como la nutrición o planificación familiar, a modo de pasos esenciales en un camino hacia la garantía de una maternidad segura (Fathalla, 1987). Al analizar con mayor precisión lo que hay detrás de las muertes maternas se evidencia toda clase de privaciones que afectan la dignidad humana. No sólo la vida y la salud de las mujeres están devaluadas: en cada muerte materna se conjugan discriminaciones y desequilibrios de poder entre géneros, etnias, clases sociales y grupos de edad tanto dentro de los hogares como en la comunidad y la sociedad en su conjunto.

MORTALIDAD MATERNA Y DERECHOS HUMANOS

La mortalidad materna es la expresión extrema de la negación de derechos que emerge como la punta de un iceberg. No se trata sólo de la violación de estándares internacionales reconocidos y acordados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW (1979), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Se trata también de violaciones al mandato constitucional, dado que estos tratados forman parte de la Constitución de la Argentina desde su reforma en 1994.

La mayoría de los países de América latina y el Caribe tiene normas que protegen ampliamente la maternidad, la Argentina no es una excepción. Con frecuencia esas disposiciones no se cumplen plenamente, es decir que existen derechos reconocidos para las mujeres durante el embarazo, el parto y la crianza de los hijos cuyo ejercicio no está garantizado en forma plena. Resulta paradójico que muchas mujeres se vean obligadas

a llevar adelante un embarazo y luego no se las proteja socialmente para poder criar al hijo en buenas condiciones. Para que este derecho sea efectivamente ejercido por las mujeres se necesitan servicios sociales de apoyo.

Varios derechos están vulnerados en cada muerte materna (Cook et al., 2001). En primer lugar, el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona. Este derecho es violado cuando se produce una muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa sin necesidad y se convierte además en un hecho constante. En este sentido, la mortalidad materna es una realidad que desafía el derecho a la vida y la seguridad de muchas mujeres, en su amplia mayoría mujeres pobres, jóvenes y de áreas rurales y periurbanas.

En segundo lugar, el derecho a conformar una familia y a poder disfrutar de la vida familiar. La mortalidad materna trunca el desarrollo de la vida familiar y pone en riesgo físico y psíquico a sus miembros, en particular a los hijos e hijas que quedan huérfanos.

En tercer lugar, el derecho a la salud y a los beneficios del progreso científico. El desarrollo tecnológico ha puesto a disposición los medios para salvar las vidas de mujeres que sufren complicaciones de un embarazo, parto o puerperio. Sin embargo, el acceso a los beneficios de los avances tecnológicos se ve inhibido, por un lado, por las deficiencias en la organización de los servicios de salud y la baja calificación de su personal. Por otro lado, la desinformación, tanto de las mujeres como de sus familias, junto con las barreras geográficas, económicas y culturales para el acceso a los servicios de salud, constituye también obstáculos para la utilización de estos avances. Para ejercer este derecho las mujeres deben tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad técnica y humana, que incluyan la educación sexual, la asistencia anticonceptiva, el tratamiento de las emergencias obstétricas y el manejo oportuno y de calidad de las complicaciones del aborto inseguro, estrategias cuya eficacia para mejorar la salud y preservar la vida de las mujeres está ampliamente reconocida.

Por último, el derecho a la igualdad y la no discriminación. El status social disminuido, así como las desventajas de muchas mujeres en cuanto al menor acceso a la educación formal, oportunidades laborales y poder de decisión tanto dentro como fuera del hogar, y, en particular, su menor autonomía en las decisiones acerca de la vida sexual y la reproducción conforman el escenario oculto de las muertes maternas. La pobreza y la condición étnica acentúan estas discriminaciones, que con frecuencia se expresan con mayor fuerza en las mujeres muy jóvenes. Para ejercer este derecho las mujeres deben disponer de servicios (como educación para la salud y su atención) sin obstáculos de ningún tipo relacionados con su edad, estado civil, etnia o sector social, y deben contar con el debido respeto a su autonomía en cuanto a las decisiones reproductivas, tanto dentro como fuera del hogar.



Si lo desea, puede retomar sus reflexiones sobre "feminización de la pobreza" de la actividad 6 de la unidad 1 de este módulo.



INJUSTICIA SOCIAL

Las muertes maternas son asimismo una expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres. La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto es no sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social.

La magnitud de la mortalidad materna puede considerarse un indicador de la desventaja social de las mujeres. Como parte de esos desequilibrios, la división sexual del trabajo dispone que las tareas a cargo de las mujeres sean frecuentemente peor remuneradas. Al mismo tiempo, la doble jornada laboral (el trabajo fuera de hogar para ganar un sustento y el trabajo dentro del hogar para asistir las necesidades de alimentación, higiene y crianza de los hijos) suele exponerlas a muchas horas de esfuerzo, comprometiéndose así su salud física y psíquica, y creando obstáculos para que puedan cuidar y atender su salud en forma apropiada y oportuna (Center for Population and Family Health, 1992).

Todos estos factores culturales y sociales contribuyen a reproducir situaciones de desigualdad y discriminación hacia las mujeres e influyen de manera más o menos directa sobre los niveles y los determinantes de las muertes maternas.

¿Encuentra en su comunidad alguna situación en la que quede de manifiesto la Inequidad de género? ¿Qué derechos se vulneran? Descríbala brevemente.

5. Ética y equidad: la ética en las prácticas de salud

Más allá de la pobreza, las inaceptables desigualdades sociales y la pérdida de **derechos a la vida y la salud**, constituyen una afrenta a los conceptos básicos de justicia.

En esta dirección, le presentamos un breve texto acerca de las dimensiones éticas de la equidad en salud⁶, que enmarca dicho problema en las preocupaciones filosóficas acerca de la bioética y la justicia social, así como en los nuevos planteamientos relacionados con la **nueva**

6. 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, pp. 27-31. 2002.

salud pública. Al hacerlo, caracteriza los factores evitables e inevitables que determinan las disparidades en salud, e identifica como inaceptables o injustas aquellas diferencias evitables que tienen un impacto directo en el campo de la asistencia sanitaria.

DIMENSIONES ÉTICAS DE LA EQUIDAD EN SALUD

Fabienne Peter y Timothy Evans

Las enormes disparidades del estado de salud, sea entre las distintas regiones del mundo, las naciones, los sectores sociales o los géneros, constituyen una afrenta al concepto básico de justicia. La preocupación por la equidad en salud surgida en los últimos años subraya el hecho de que la salud no es un simple problema individual relacionado con la carga biológica y el comportamiento, sino que ante todo depende de las circunstancias sociales y de una amplia gama de políticas públicas. La conclusión de que las más de las veces, una posición social privilegiada va unida a una mejor salud obliga a considerar las desigualdades sociales y de salud como un problema distinto de otros aspectos políticos, tales como la pobreza, las desigualdades de ingreso o la disparidad de oportunidades, aunque relacionado con ellos. Es en este terreno donde el discurso ético sobre la justicia social puede orientar al campo de la equidad en salud.

A primera vista parece obvio que la equidad en salud debe considerarse como un objetivo social: la salud es una meta importante para la mayoría de las personas y la sociedad debe garantizar a sus miembros las mismas oportunidades para disfrutar de buena salud. Sin embargo, debajo de esta premisa de sentido común subyace un laberinto de aspectos complejos relacionados con la multidimensionalidad del concepto de salud, su constitución sociobiológica y la limitación de los conocimientos acerca de los factores que influyen en la distribución del estado de salud en cada población y entre las diferentes poblaciones.

En el examen de la literatura sobre filosofía moral o política apenas se encuentran escritos que afronten directamente la equidad en salud. Las teorías sobre la justicia social suelen guardar silencio en lo que a la salud se refiere. 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 (Fried 1975 - Daniels 1985). De la misma forma, la bioética (un campo de la filosofía moral aplicada) tiende a centrarse en la asistencia médica y en los derechos individuales de los pacientes, sin prestar atención a la justicia en las poblaciones ni a los patrones sociales de la salud. Esto guarda relación con el hecho de que el campo de la medicina en su conjunto puede ser acusado de ignorar la base social de la salud. Farmer y Bertrand, en un análisis de las más amplias fuerzas sociales y económicas que determinan la mala salud de los haitianos pobres critican las lagunas educativas de los médicos: “estudiamos las deficiencias vitamínicas, pero no la refor-



Le solicitamos que lea este trabajo. Subraye o destaque sus conceptos principales. Estas anotaciones le servirán para realizar la actividad que se le propone.

ma agraria; aprendemos fisiopatología, pero nunca nos enseñan la personificación de las fuerzas sociales que ponen en movimiento el conjunto de acontecimientos que en último término, conducen a un proceso somático crítico” (Farmer y Bertrand 2000:87).

La situación está cambiando, aunque lentamente, y las dimensiones éticas de la equidad en salud y los temas con ella relacionados están comenzando a recibir mayor atención (Marchand et al. 1998; Beauchamp y Steinbock 1999), Wikler (1997) sostiene que la bioética está ya preparada para pasar a una nueva fase, que abarca el análisis ético de los aspectos de la salud de la población. La omnipresencia de los gradientes sociales en el estado de salud estimula la curiosidad tanto de eminentes filósofos como de profesionales de la salud pública, y trae consigo un nuevo discurso y escritos diferentes (Marchand et al. 1998; Beauchamp y Steinbock 1999; Anand et al. en preparación). De igual modo, en el contexto de la literatura relacionada con la nueva salud pública (Mann 1995; Krieger y Birn 1998), se descubre el actual interés por los vínculos existentes entre la búsqueda de la salud de la población y la búsqueda de la justicia social.

Este capítulo es sólo una contribución más a esta literatura en expansión, que explora el nexo entre justicia social y salud. En él se exponen algunos de los temas y desafíos principales a que nos enfrentamos al evaluar la justicia de las desigualdades sociales en materia de salud. A partir de una breve exposición sobre la idea de salud propiamente dicha, se procede a la identificación de dos tipos fundamentales de criterios que ayudan a determinar lo que es equitativo y lo que no lo es en la distribución de la salud. Como la base para establecer estos criterios no es clara, en la tercera sección del capítulo se hace un análisis crítico de diversos enfoques filosóficos de la justicia que podrían orientar respecto de estas valoraciones. Aunque el capítulo ofrece una visión general de estos aspectos fundamentales, sigue también una línea argumental propia. La premisa es que la equidad en salud no puede ser un concepto apolítico acultural, “tecnocrático”, limitado al campo de la asistencia sanitaria y de la salud pública. El capítulo señala que la mejor forma de considerar la equidad en el campo de la salud no es como un objetivo social en sí mismo y aislado, sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social. Como tal, se intenta proporcionar un soporte para los que nos invitan a “resistir la creencia ególatra de que, como profesionales de la salud pública, tenemos todas las respuestas o podemos mejorar por nosotros mismos la salud pública sin necesidad de esforzarnos en garantizar la justicia social o económica” (Krieger y Birn 1998:1603).

EL CONCEPTO DE SALUD: SUS CAUSAS Y SU DISTRIBUCIÓN

Inevitablemente, el concepto de salud (su definición y medición) es un punto de partida fundamental para cualquier análisis de la equidad en salud y en él inciden muchos aspectos éticos esenciales. Quizás el más importante es el reconocimiento de que, aunque inextricablemente vinculada a la biología y a la naturaleza, la salud nunca puede ser un concepto puramente descriptivo sin valor añadido (Canguilhem 1991 [1966]; Toulmin 1975). Los juicios de valor son necesarios para establecer distinciones entre lo normal y lo anormal, lo saludable y lo patológico, e incluso entre enfermedad médica y desviaciones en relación con algunas otras normas sociales no médicas (Engelhardt 1975; Margolis 1981; Hare 1986). Por tanto, la salud no es simplemente una norma biológica, sino el producto de complejas valoraciones sociales y biológicas. El descuido de cualquiera de estos aspectos impedirá la valoración de la equidad en salud. Un concepto de salud como mero resultado de factores biomédicos tenderá a reducir al mínimo la base social en que se funda y tal vez ocultará los aspectos relacionados con su distribución. Por ejemplo, las variaciones de los niveles séricos de colesterol pueden considerarse sólo en términos de ingesta alimentaria de grasas, sin prestar atención a los patrones sociales de la dieta. Por otra parte, una visión social demasiado amplia puede camuflar indebidamente la base biológica de la salud.

Una consecuencia de considerar a la salud como el producto de complejas valoraciones sociales y biológicas es que pueden surgir distintas perspectivas sobre la salud y la enfermedad y sobre su significado en relación con la vida de la personas. En este contexto, Sen considera la necesidad de combinar las perspectivas de los observadores “externos”, como los expertos en salud pública, con las perspectivas “internas” de los afligidos por la enfermedad y la discapacidad, con el fin de garantizar una base informativa adecuada sobre la cual establecer las valoraciones de la equidad en salud. Un aspecto relacionado es, como lo refleja el capítulo, el hecho de que las diferentes formas de medir la salud pueden modificar de manera espectacular la dirección y la magnitud de las inequidades en este campo.

La salud es un estado del ser sobre el que la persona tiene sólo un control parcial a lo largo de su vida; nacemos con una herencia social y biológica que deja una huella indeleble en las proyecciones sanitarias de nuestras vidas (Barker 1994). En los años previos a la vida adulta durante los cuales estamos expuestos a ambientes físicos y sociales que influyen en gran medida en nuestra salud actual y futura, tenemos pocas opciones. Como adultos, disponemos, en teoría, de control sobre nuestra salud, por ejemplo, por medio del ejercicio regular, las dietas pobres en grasa y la evitación de sustancias tóxicas como el tabaco; sin embargo, también está claro que el contexto social influye fuertemente en estos comportamientos que, por tanto, son volitivos sólo en parte. Además, a medida que envejecemos surgen nuestras susceptibilidades biológicas, mu-

chas de las cuales no pueden ser alteradas en ese momento. Por último, aunque se ha logrado aumentar la longevidad, está claro que la esperanza de vida tiene un límite.

Aunque existen limitaciones biológicas y son muchos los impactos sociales adversos para la salud, también hay un amplio campo de acción para las políticas sociales dirigidas a mejorarla. Los progresos de la nutrición y de las condiciones de vida logrados en los tres últimos siglos contribuyeron en gran medida a una mejor salud de la población (McKeown 1976; Fogel 1994). La educación universal, en especial la de la mujer, podría ser el factor que, por sí solo, contribuyó en mayor medida a mejorar la salud a lo largo del último siglo. El descubrimiento de los antibióticos y las vacunas para combatir las infecciones, las nuevas tecnologías para reducir en forma espectacular los riesgos de muerte asociados al embarazo y al parto, y los nuevos fármacos destinados a reducir los riesgos de enfermedad crónica son solamente algunos de los pasos gigantes dados por la asistencia médica que han contribuido de manera significativa a incrementar el potencial sanitario en los últimos 50 años. De igual forma, el creciente conocimiento de las conductas de riesgo modificables, por ejemplo, mediante el ejercicio físico regular y el abandono del tabaco, surgido del estudio de la salud pública es un componente en absoluto trivial del mejoramiento de los logros sanitarios. De este modo, la nutrición, las condiciones de vida, la educación, la asistencia sanitaria y la salud pública proporcionan a las sociedades un potente arsenal con el que mejorar la salud de la población.

La falta de igualdad de oportunidades de los distintos subgrupos de la población para participar en estos beneficios de salud y en otros beneficios sociales subyace a nuestra preocupación por la equidad. Especialmente inquietante es el peligro de los círculos viciosos: la privación absoluta o relativa como factor causante de mala salud y la mala salud como causa de empobrecimiento.

Al mismo tiempo, es poco probable que la salud se distribuya por igual entre todos los individuos. la variación biológica individual, determinadas exposiciones ambientales, la elección libre e informada y el puro azar se encuentran entre los factores menos modificables que diferencian los resultados finales de salud de los individuos. Por tanto, en el ámbito individual, la distribución de la salud será siempre desigual. Es necesario reconocer esta variación inicial al valorar la imparcialidad en la distribución de la salud entre los individuos. La inevitabilidad de las variaciones de salud en el ámbito individual puede ser aceptable en tanto éstas se encuentren distribuidas al azar entre los grupos sociales, por ejemplo, según el género, la profesión o la raza o etnia, y no relacionadas con la educación, el ingreso o el acceso a la asistencia sanitaria. La comprobación de desviaciones en la distribución de la salud en estos u otros estratos sociales puede plantear cuestiones fundamentales sobre la justicia social.

DISTINCIÓN ENTRE INEQUIDAD Y DESIGUALDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD

¿Cómo, más allá de identificar y analizar estas desigualdades sociales en salud, debemos establecer conclusiones sobre la equidad en salud? Según Brian Barry (1990 [1965]), la equidad es un principio *comparativo*, un criterio sobre la situación que la persona o grupo de personas ocupan en relación con los demás. La equidad requiere que “los iguales sean tratados de igual forma y que los desiguales sean tratados en forma desigual” (Barry 1990 [1965] – 152); en forma análoga al concepto de equidad vertical y horizontal en el análisis de la asistencia sanitaria (Culyer y Wagstaff 1993), que garantiza la conservación del principio de igualdad al tiempo que reconoce las diversas necesidades sanitarias de los individuos, Barry distingue dos tipos fundamentales de criterios para definir lo que es equitativo. El primero consiste en acudir a las normas existentes de distribución que definen los criterios según los cuales las personas deben ser consideradas como iguales o no iguales, y después, analizar si estos criterios se aplican de manera constante. El segundo implica el desarrollo de normas allá donde éstas son inexistentes.

En relación con el primer escenario, si la norma es la vacunación universal para los niños, existirá falta de equidad si determinados segmentos de la población no reciben la vacuna. De la misma forma, los criterios de equidad pueden suponer la identificación de un nivel mínimo o básico de salud, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer debe alcanzar al menos los 70 años en todas las regiones de un país. Existirá equidad si todas las regiones logran ese umbral mínimo, aunque persistan diferencias considerables entre las regiones por encima de esa cifra.

Sin embargo, muchas veces no existen criterios claros para valorar la equidad. La falta de criterios inequívocos que permitan definir cuándo y cómo se considera a las personas como iguales y cuáles de las desigualdades son adecuadas o necesarias es demostrable en casi todas las comparaciones entre grupos sociales (rurales frente a urbanos, varones frente a mujeres, ricos frente a pobres, etc.); por tanto, se deben desarrollar primero los propios criterios a utilizar. Por ejemplo, al comparar la salud de las mujeres y los varones, ¿cómo ponderamos el hecho de que a menudo la esperanza de vida de las primeras tiende a ser más larga, aunque su morbilidad es mayor? Además, aunque el criterio exista, puede ser discutible, como cuando se argumenta que las normas de salud desarrolladas para los varones no son aplicables a las mujeres. En las valoraciones de la equidad en salud de este segundo tipo han de tenerse en cuenta consideraciones más amplias de justicia social y de bien social y, por tanto, los criterios sobre la equidad se entrelazan con los de justicia social e imparcialidad.

Un razonamiento similar apunala el objetivo de Margaret Whitehead (1992) de distinguir entre desigualdades sociales e inequidades en salud. Según la autora, las desigual-

dades evitables e injustas constituyen faltas de equidad en salud. Whitehead (1992) elaboró una lista de siete factores determinantes de diferenciales de salud y sugirió que es más probable que los relacionados con las variaciones biológicas y las elecciones libres e informadas sean desigualdades evitables o imparciales. Las diferencias derivadas de los determinantes en los que las personas tienen menos posibilidades de elección en cuanto a la forma de vida, las condiciones de trabajo o el acceso a la asistencia sanitaria y otros servicios públicos es más probable que deban considerarse como evitables y parciales y, por tanto, como inequidades. Como indica la Figura 1, los criterios sobre justicia e imparcialidad presuponen que las desigualdades de salud son evitables, al menos en principio. Evidentemente, los criterios sobre evitabilidad pueden ser muy complejos, puesto que deben entenderse en un sentido amplio y no sólo en relación con el *status quo*. Por ejemplo, no debe interpretarse que las enfermedades tropicales son inevitables sólo porque la industria farmacéutica mundial no considera que constituyan prioridades de investigación y desarrollo los problemas de salud pública que causan. Sin embargo, la conclusión final es que cuando la muerte prematura, la enfermedad o la discapacidad son inevitables, los criterios sobre imparcialidad y justicia no son aplicables, lo que, como es obvio, no significa que estas situaciones no sean tristes o trágicas. Por tanto, en la valoración de la equidad en salud es fundamental la cuestión de cómo se decide cuáles desigualdades sociales de salud son injustas y, por tanto, constituyen inequidades.

Figura 1. Valoración de la equidad de los resultados de salud



¿PUEDE LA FILOSOFÍA MORAL AYUDAR A ESTABLECER CRITERIOS SOBRE LA EQUIDAD EN SALUD?

En todos los casos, la evaluación de la imparcialidad de las desigualdades sanitarias será inevitablemente muy compleja y no se deben esperar soluciones sencillas. No obstante,

las teorías sobre justicia social existentes proporcionan algunas directrices (Marchand et al. 1998, Pereira, 1993). A continuación, se expone la forma en que distintos enfoques filosóficos podrían considerar la justicia de las desigualdades sociales en salud.

En la literatura sobre las desigualdades sociales en salud y la equidad en salud suele admitirse que las primeras son “injustas” porque impiden a la población alcanzar su máximo potencial de salud. Existe paralelismo entre esta idea y la doctrina filosófica *utilitarista* según la cual debemos potenciar al máximo la suma de bienestar individuales. Si añadimos la admisión adicional de que la capacidad de todas las personas para disfrutar de salud es igual, el logro de la máxima salud de la población significará que cada uno de sus componentes debe alcanzar el más alto nivel posible de salud. Sin embargo, antes de llegar a este nivel, el enfoque de alcanzar el máximo grado de salud en la población implica que nos son indiferentes los grupos que logran estos beneficios de salud, por ejemplo, los pobres o los ricos, siempre que dichos beneficios ejerzan el mismo impacto sobre la salud global de la población. De hecho, una crítica frecuente al utilitarismo es su incapacidad para corregir los defectos de la justicia distributiva (Williams 1975). El problema es incluso más agudo cuando se comparan las pérdidas de salud con la pérdida de ingresos por enfermedad o incapacidad, lo que supone atribuir un mayor valor a la salud de una persona rica que a la de una pobre.

Por el contrario, las *teorías igualitarias* se centran en consideraciones distributivas, sin valorar la salud total de la población y, por ello, podrían ser más idóneas para dilucidar los aspectos relacionados con la equidad en salud. Existen muchos tipos distintos de teorías igualitarias y la defensa que hacen de la obligación social de garantizar la salud individual o de proporcionar asistencia sanitaria depende del concepto de igualitarismo defendido por cada una de ellas. El primer punto para aclarar es, como señala Amartya Sen (1980), “¿igualdad en relación con qué?”. Algunas teorías igualitarias insisten en la igualdad de los *resultados finales* que, en el contexto de la salud, se traducirían en igualdad en el estado de salud. Una aplicación posible sería argumentar si es más justo que todas las personas tengan una esperanza de vida de 60 años o si lo es que la esperanza de vida media sea de 70 años, pero que la mitad de la población sólo pueda esperar vivir 50 años mientras que la otra mitad pueda esperar vivir hasta los 90 años.

Sin embargo, debe señalarse que el igualitarismo no implica necesariamente una igualdad estricta y de hecho muchos no querrían llegar tan lejos. Así para el bioético Robert Veatch (1991:83) el igualitarismo en el contexto de la salud “requiere que las personas disfruten de la *oportunidad* de tener un *estado de salud igual* en la medida de lo posible”. Veatch y otros (Sen 1980), por tanto, hacen hincapié en la igualdad de *oportunidades*. Nótese que la igualdad de oportunidades suele exigir esfuerzos desproporcionados a favor de los grupos desfavorecidos para que éstos puedan superar las barreras so-

ciales que se oponen a su salud.

La exigencia de igualdad puede considerarse también satisfecha cuando todas las personas se encuentran por encima de un umbral determinado. La idea de Amartya Sen (1985) de “capacidades básicas” es un reflejo de esta perspectiva. Además, los principios del igualitarismo deben ser sopesados. La teoría de la justicia como imparcialidad de John Rawls (1971) suele interpretarse como la exigencia de otorgar prioridad a los grupos más desfavorecidos; en el caso de la salud, lo prioritario será mejorar la salud de los más pobres de la sociedad (Marchand et al. 1998).

No todas las formas de igualitarismo privilegian la salud. En este sentido, puede citarse el enfoque de igualdad de los recursos de Ronald Dworkin (1981). Este autor (1993) argumenta que la justicia sólo requiere la igualdad de los recursos generales (por ejemplo, oportunidad de ganancia económica, acceso a la educación). Una vez lograda la igualdad de recursos, dependerá de cada uno decidir cómo quiere utilizarlos, por ejemplo, cuánto quiere invertir en su salud. Desde este punto de vista, en una sociedad que garantizara la igualdad de recursos no sería necesario prestar una atención especial a la salud. Volveremos sobre este argumento más adelante.

Derek Parfit (1997) criticó las teorías igualitarias afirmando que es erróneo tratar la igualdad como un valor en sí mismo. Para reforzar este concepto, cita con aprobación a Joseph Raz (1986: 240):

“Lo que nos hace preocuparnos por las distintas inequidades no es la falta de equidad en sí, sino el problema identificado por el principio subyacente. Es el hambre del hambriento, la necesidad del necesitado, el sufrimiento del enfermo, etc.”. Lo importante es que “su hambre es mayor, su necesidad más imperiosa, su sufrimiento más doloroso y, por tanto, es nuestra preocupación por el hambriento, el necesitado, el sufriente, y no nuestra preocupación por la igualdad, lo que nos hace darles prioridad”.

La llamada perspectiva de la prioridad constituye, pues, un tercer enfoque de la equidad en la salud. Puede considerarse como un contrapeso al principio del utilitarismo. Así como la maximalización requiere que los beneficios sanitarios sean asignados de manera tal que produzcan la mayor mejoría general posible, el principio de prioridad obliga a asignarlos a los más enfermos. Igual que el principio de la maximalización, el de prioridad impone que las diferencias de los resultados de salud entre los grupos sociales importen sólo secundariamente; lo importante son los resultados sanitarios finales y la gravedad de la enfermedad y no quién está enfermo y a través de qué caminos adquirió la enfermedad. Este enfoque concuerda con los argumentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud para la valoración interindividual de la distribución

de la salud con independencia de los grupos sociales (Gakidou et al. 2000). Dicho de otra forma, esta perspectiva se centra en los que tienen peor salud y no necesariamente en el estado de salud de los más pobres. Por esta razón, la perspectiva de la prioridad puede tener más importancia dentro del sistema de asistencia sanitaria, en oposición a una perspectiva más amplia de “sociedad y salud”.

Lo que los tres enfoques expuestos hasta ahora tienen en común es que se centran en el patrón distributivo de los resultados finales sanitarios. Un enfoque alternativo de la equidad en salud interpreta que lo éticamente equivocado en la inequidad social en salud guarda relación con las *causas* de esta falta de equidad. Para responder a la cuestión de qué es lo que constituye una falta de equidad en salud resulta, pues, necesario ir más allá de la información sobre el estado de salud y conocer los procesos sociales subyacentes y su imparcialidad.

Enraizado en el concepto rawlsiano de justicia (Rawls 1971, 1993a), este tipo de enfoque de la equidad en salud nace de un ideal de sociedad como *sistema justo de cooperación*. El objetivo de la justicia social consiste en garantizar que las instituciones sociales, económicas y políticas básicas (“la estructura básica de la sociedad”) funcionen sin exclusiones. Esta idea fundamental fue bien expresada por Onora O’Neill (1995: 315), quien argumentó que la organización social es injusta cuando “se basa en la victimización de algunos, destruyendo, paralizando o recortando sus capacidades para la acción durante al menos cierto tiempo y de cierta forma. El resultado de los principios de justicia de Rawls es que las desigualdades sociales son justificables en tanto las principales instituciones económicas, sociales y políticas no exijan sacrificios a los grupos más desfavorecidos para el puro beneficio de los grupos más acomodados. Debido a su énfasis en los *procesos* por los que se llega a determinados resultados finales, en lugar de en los resultados finales propiamente dichos, este enfoque de la justicia recibe el nombre de “procedimental”.

¿CÓMO PUEDE APLICARSE LA JUSTICIA RAWLSIANA A LOS CRITERIOS SOBRE LA EQUIDAD EN SALUD?

Este enfoque insiste en el peso particular de las desigualdades sanitarias cuyas causas pueden rastrearse hasta el funcionamiento de las principales instituciones políticas, sociales y económicas que funcionan en la sociedad: así, las desigualdades en la salud serían consecuencia de una organización social que no satisface las exigencias de un sistema justo de cooperación social. En consecuencia, se identifican como injustas las desigualdades de clase, género, raza, región o de otro tipo que se originan en la estructura básica de la sociedad y que parecen ser el resultado de una división social del trabajo que beneficia sólo a los grupos más acomodados, a expensas (de la salud) de los

más desfavorecidos.

Al mismo tiempo, la investigación sobre las desigualdades sociales en salud y sus causas subyacentes puede aportar información sobre si la organización social exige o no un sistema justo de cooperación social. El conocimiento de la influencia de las fuerzas culturales, sociales y económicas en los resultados finales de salud permite complementar la información económica y sociológica relativa a los logros de las distintas formas de organización social y sus cambios en función del tiempo, así como nuestra valoración de la justicia social en su conjunto. En otras palabras, las desigualdades sociales en materia de salud pueden considerarse un barómetro sensible de la justicia del orden social sobre el que se sustentan. Este aspecto suele pasarse por alto y lo habitual es preguntarse sólo por la forma de aplicar a la salud las valoraciones de la justicia y no por la manera en que los problemas de salud pueden afectar a nuestras valoraciones de la justicia. Así, por ejemplo, el argumento de Dworkin (1993) pasa por alto el hecho de que no será necesario prestar una atención especial a la salud si se logra igualdad en los recursos, es decir, igualdad en relación con bienes como el ingreso y la educación, pero no de salud. Debido a la complejidad de la trama de resultados finales individuales de salud y a la influencia de la organización social, no es posible valorar la justicia de dicha organización sin tomar en cuenta sus efectos sobre la salud.

Existe, pues, una relación bidireccional entre los requisitos de la justicia rawlsiana y la preocupación por las desigualdades sociales en salud. Por un lado, nuestra valoración de la equidad en salud dependerá del vínculo entre las desigualdades sanitarias y las injusticias de la sociedad. Por otro, la información sobre los logros sanitarios y las desigualdades sociales en salud pueden contribuir a nuestra valoración de la justicia de la organización social.

Al parecer, este enfoque engloba muchas de nuestras intuiciones sobre lo que está mal en las desigualdades sociales relacionadas con la salud. Al fin y al cabo, la investigación empírica sobre las desigualdades sociales en salud no divide a la sociedad en grupos aleatorios sino que, por el contrario, se apoya en la idea preconcebida de las instituciones sociales como entes jerarquizados que imponen desigualdades de distintos tipos. En esto se basa el examen de las desigualdades raciales o entre grupos ocupacionales. El enfoque aquí propuesto intenta hacer que estos criterios sean explícitos. La premisa fundamental es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud.

El enfoque rawlsiano tiene importantes consecuencias políticas. Otros enfoques que

sólo consideran los resultados finales sanitarios tienden a exagerar la posibilidad de aportar remedio dentro de la esfera de la medicina y de la tradicional promoción de la salud (por ejemplo, educación sobre comportamientos saludables). Por el contrario, si el énfasis de una concepción de la equidad en la salud se sitúa en las causas sociales más amplias que subyacen a las desigualdades sanitarias, la búsqueda de soluciones deberá ampliarse al conjunto de las políticas sociales. Un ejemplo son las políticas que tratan de reforzar el poder de las mujeres y de otros grupos marginados. El objetivo consiste en inducir el cambio social de las organizaciones sociales que, en palabras de O'Neill, victimizan a determinados grupos sociales.

Es cierto que la consideración de la equidad en salud como parte de la búsqueda más amplia de justicia social puede complicar su valoración, pues obliga a contrapesar los objetivos de salud como otros del campo de la justicia social. En una valoración de las trabajadoras de la confección de Bangladesh, los efectos adversos del trabajo para la salud deben contrapesarse con una amplia gama de beneficios, entre los que se encuentran el retraso de la edad del matrimonio y del embarazo, el incremento salarial y las mayores libertad e independencia. Cómo calificamos estos intercambios guarda relación, una vez más, con la cuestión de la perspectiva de justicia de las desigualdades de salud que adoptemos: la de la persona o grupos con problemas de salud o la de un observador externo.

OBSERVACIONES FINALES

La adopción de un marco teórico integral para el análisis de la equidad en salud se enfrenta al desafío de combinar la moral y la filosofía política con la epidemiología, la ciencia básica de la salud pública. Los estudios epidemiológicos de las desigualdades sociales en salud y sus causas han de tomar en consideración conceptos e instrumentos procedentes de otras ciencias sociales y no pueden seleccionar las consideraciones explícitas de justicia social. La aplicación de la moral y la filosofía política al complejo tema de las desigualdades sociales de salud obliga a considerar la tensión entre la influencia de los factores sociales y de las relaciones biológicas. Como se señala en la primera parte de este capítulo, este aspecto surge con la propia idea de salud.

En el capítulo se presentan cuatro enfoques distintos de la equidad en salud. Los tres primeros, basados en el utilitarismo, el igualitarismo y la prioridad, proporcionan perspectivas sobre la equidad en salud como un objetivo social independiente. Por el contrario, el último enfoque, derivado del ideal rawlsiano de sociedad como sistema de cooperación justo, coloca el objetivo de la equidad en la esfera de la salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. Aunque se argumenta que este último enfoque es el más atractivo, no significa que estos distintos enfoques sean mutua-

mente excluyentes. Pese a sus diferentes puntos de vista, pueden encontrarse consensos sustanciales sobre el momento en que una desigualdad social se convierte en inequidad. Además, los distintos tipos de criterios sobre la justicia pueden ayudar a identificar lo que está en juego y los aspectos que deben considerarse prioritarios, especialmente porque es muy probable que nuestros conocimientos sobre las causas profundas de las desigualdades sociales de salud sean incompletos.

En cuanto a la valoración de la importancia relativa de los problemas de salud y de las prioridades para la acción, las mediciones de las desigualdades sanitarias permitirán hacerse una idea de la magnitud de una desigualdad dada, que puede ser uno de los muchos criterios con los que ordenar la importancia o la prioridad de las inequidades. Como afirma Sen, un solo enfoque puede ser problemático y los cuatro enfoques aquí indicados exigen ordenar la importancia de las inequidades en salud según sus causas relativas. Las inequidades derivadas de una discriminación deliberada pueden juzgarse como las más perniciosas y, por tanto, merecedoras de la máxima atención, en comparación con las que surgen de la negligencia pasiva (aunque ésta pueda enmascarar un descuido voluntario) (véase también Pogge 1999). Otra posibilidad es que se dé preferencia a tipos específicos de inequidades sociales en salud, por ejemplo las que afectan a grupos especialmente vulnerables de niños o madres, en comparación con las que ocurren entre otros grupos de edad o sexo. De igual forma, puede suceder que la desigualdades sociales en la distribución de ciertas enfermedades muy estigmatizadas o que suponen riesgos epidémicos tiendan a ser etiquetadas como inequidades con menos frecuencia que, por ejemplo, ciertas enfermedades crónicas o no transmisibles que muestran una distribución similar. Como la limitación de los recursos es un problema general, son necesarios muchos más esfuerzos para ampliar los conocimientos y proporcionar ciertas directrices.

En este capítulo se presta una atención insuficiente al tema de la identidad del que evalúa la equidad en salud. Como señala Arthur-Kleinman al examinar las complejidades del suicidio en China, el discurso ético debe estar iluminado por la realidad local y las valoraciones etnográficamente informadas del “conocimiento local y de los procesos morales locales” deben ser “tan sobresalientes como los temas del discurso ético general” (Kleinman 1999: 3). En un análisis antropológico de las teorías tibetanas de la medicina, Adams observa el papel central de la libertad cultural en relación con la salud y plantea a la comunidad internacional la siguiente pregunta sobre la equidad en salud: “¿cómo conciliamos con justicia las afirmaciones epistemológicas no occidentales y no seculares?” (Adams 1999: 27). Este bagaje de principios éticos podría verse facilitado por medio de una valoración política democrática, participativa, inclusiva por la toma de decisiones. En este contexto, puede señalarse que los métodos de investigación participativa y de valoración política están adquiriendo una importancia creciente y po-

drían traer a escena problemas que aún no han recibido atención suficiente en la agenda de la equidad en salud. A este respecto, las teorías éticas pueden proporcionar normas amplias; sin embargo, los patrones de referencia y los criterios específicos de la equidad en salud deben surgir del discurso local.

La necesidad de las evaluaciones democráticas participativas está vinculada a otro aspecto no tratado en este capítulo y que constituye un desafío importante para el análisis de la equidad en salud. Desde una perspectiva global de la equidad en salud, uno de los mayores inconvenientes de la literatura ética es la escasez de teorías sobre justicia internacional. Rawls (1993b) propuso la idea de ampliar un sistema de cooperación imparcial al contexto internacional. De la misma forma, podemos extender la idea de que las desigualdades en salud son injustas si se deben a formas de organización social (internacionales) injustas. Thomas Pogge (1993: 3) sugiere un enfoque de este tipo cuando rechaza “el significado moral del ‘connacionalismo’ –pertenencia al mismo país– en relación con la prevención y alivio de los problemas sanitarios en cuya producción participamos”.

Luego de esta lectura, le proponemos que:

- ☐ Distinga conceptualmente entre las teorías igualitarias, las teorías de la justicia y las teorías de la prioridad en materia de equidad, ética y salud.
- ☐ Responda: ¿Qué consecuencias tienen estas teorías para la acción en el campo de la salud?
- ☐ ¿Qué reflexiones le provoca este análisis para su práctica profesional?
- ☐ Elabore un informe de al menos 2 (dos) páginas en el cual se consignen estas reflexiones.



Comparta dichas reflexiones con el equipo tutorial y si fuera posible con sus pares.

6. Salud, ética y desarrollo humano

A partir de aquí nos aproximaremos al problema de la ética en el campo de la salud, con la intención de retomar el diálogo entre la ética y la acción de los profesionales de la salud.



En este sentido, le acercamos a continuación el texto de George A.O Alleyne, “*Salud, Ética y Desarrollo*”⁷ y lo invitamos a que identifique:

- ☐ Los principios fundamentales de la ética y sus distintas aplicaciones en el campo de la salud.
- ☐ La relación entre salud, ética y desarrollo.
- ☐ Los fundamentos sobre la idea: “el mejoramiento de la salud contribuirá directamente a la reducción de la pobreza”.
- ☐ El rol asignado al Estado.
- ☐ Los determinantes de la salud que describe el autor y la importancia relativa asignada.



Lleve estas reflexiones al encuentro con el Equipo tutorial

SALUD, ETICA Y DESARROLLO

“No soy de ningún modo un profesional de la ética, en el sentido de que no he tenido una formación formal en esa disciplina. Mi experiencia, formación y práctica están en el campo de la salud, habiendo comenzado por la asistencia médica personal y extendiendo luego mi interés a la salud pública, o mejor dicho, la salud de la población. Las diferencias entre el enfoque personal y el de la población se vuelven cada vez más borrosas y muchos de los conceptos éticos pueden aplicarse a ambos, ya que deben ser vistos como las dos caras de la salud pública.

Cuando era un médico académico practicante, la ética de la salud que me interesaba era la ética de la medicina, y tenía que ver principalmente con las reglas de conducta que guían la interacción interpersonal. La ética médica clásica tal como la entiendo, y dado nuestro apego a los principios hipocráticos, está referida a la relación médico/pa-

7. Alleyne, George A.O; “Salud, Ética y Desarrollo”, WDC. El Dr. Alleyne fue Director de la Organización Panamericana de la Salud. 2000

ciente, a determinar cuál es el mejor interés del paciente y a la etiqueta que se requiere que tenga un médico virtuoso. La ética de la asistencia del paciente individual era crítica y la ética de mantener la calidad de vida, especialmente hacia el final, era y sigue siendo una preocupación central. En la actualidad, el campo de la ética médica o de la salud se ha ampliado para transformarse en la bioética, que abarca mucho más que la anterior, extendiéndose hasta incluir virtualmente todos los aspectos de la vida humana. Vemos que se le da cada vez más atención a aspectos que tocan a los propios orígenes y a la noción de vida propiamente dicha, como las consecuencias del mapa del genoma humano, la ética de la investigación de las células humanas y los temas complejos que rodean a la posible clonación de humanos.

Pero aún se siguen valorando los aspectos fundamentales de la ética aplicados a la salud que aprendí hace muchos años, y los tres principios esenciales a los cuales nos apegamos todavía en el campo de la salud son autonomía, beneficencia y justicia. Cuando originalmente nos concentrábamos en el individuo, la interacción con el paciente era guiada por la autonomía, la conducta del médico estaba en cuenta del principio de beneficencia, mientras que la justicia quedaba más bien en el ámbito de la sociedad más amplia. Cuando uno comienza a tratar con la salud de la población y no de un individuo, creo que esto todavía se aplica. Como veremos, la autonomía del grupo o de la población sigue siendo todavía una consideración pertinente, aunque el tema de la beneficencia y de la justicia adquieran quizá ahora mayor importancia. Se debaten temas como el papel del estado benefactor como proveedor de las medidas sanitarias y sociales necesarias para la salud, así como las teorías de justicia tal como se aplican a la provisión y distribución de esas medidas. Pero si vamos a establecer un vínculo entre salud, ética y desarrollo, primero tenemos que examinar las relaciones entre la salud y el desarrollo.

Durante los últimos veinte años, me interesé profundamente por la relación entre salud y desarrollo. En mi concepto original, más bien ingenuo, veía al desarrollo como colindante con el crecimiento económico y examinaba únicamente el impacto potencial que la salud tenía en ese crecimiento, y en menor medida buscaba una mejor comprensión de su relación recíproca. Pero observé que los conceptos y el pensamiento en este campo avanzan notablemente y existe ahora una visión más amplia del desarrollo, como lo han mostrado varios expertos. Pero la visión prístina del desarrollo, como cambio o progreso, sigue siendo válida, incluso cuando se la aplica al concepto expandido de desarrollo humano. Ahora me siento cómodo al aceptar la visión del desarrollo humano como reflejo de esos cambios en la condición humana que permiten el florecimiento del espíritu humano y la realización del potencial humano.

Para que ocurra este progreso o cambio en la condición humana, tiene que haber cambio o progreso en ciertas capacidades u oportunidades fundamentales, o, como las lla-

maría el Profesor Amartya Sen, “libertades”, siendo la salud una de ellas y obviamente las otras serían cosas como el acceso a los recursos educativos. Nadie piensa ya en la actualidad en el desarrollo en términos económicos, y siempre me gusta mencionar a Eric Williams, un ex primer ministro de Trinidad y Tobago que tuvo suficiente visión hace muchos años para caracterizar al desarrollo como “el rostro del hombre”.

Ahora ya no se discute que la salud, ya sea a nivel individual o de la población, es importante por derecho propio, por ser algo deseado y apreciado por su valor intrínseco, pero también aceptamos que los cambios en la salud son críticos, y que facilitan o instrumentan el progreso en otras capacidades u oportunidades que constituyen el desarrollo humano. Los que nos deben interesar aquí son los aspectos éticos de esas interrelaciones. Tenemos que considerar los aspectos éticos de la relación de la salud con otras capacidades de desarrollo, así como de qué manera estas últimas a su vez repercuten en la salud de la gente. La reflexión y el diálogo racional, que constituyen buena parte del discurso ético, aunque tal vez no sostenidos por el empirismo, deben conducirnos a la aceptación de ciertos principios que, es de esperar, podrían ofrecernos información para las decisiones sobre procederes o políticas.

Quizá el momento más definitorio en la ética de la salud pública moderna ocurrió hace 22 años y ninguno de los que trabajan en este campo puede olvidar el entusiasmo de ese momento, cuando las naciones del mundo adoptaron lo que se llamó Salud para todos, como expresión de la necesidad de justicia social en el campo de la salud. Los especialistas de la ética habrán considerado que esto era como caer en el reino del criterio deontológico y ejemplificar una obligación moral de naturaleza general que recaía en las naciones del mundo. Se consideró que las diferencias o desigualdades que existían entre las naciones y dentro de ellas eran éticamente injustas y debían reducirse, y a medida que fue avanzando la noción de equidad en la salud, se hicieron esfuerzos para definirla.

Esta noción de equidad en la salud y de ética tiene particular importancia para nosotros en las Américas, que tienen la mala reputación de tener la distribución más desigual del ingreso, lo que, como veremos, es un determinante importante para la salud. La definición de esas desigualdades en la salud y las políticas necesarias para reducirlas se transformaron para nosotros, en la Organización Panamericana de la Salud, en una meta fundamental de nuestras políticas y constituye una parte importante de nuestro trabajo técnico. Ha habido una aceptación general de la interpretación de Whitehead/Dahlgren de la inequidad en la salud, lo que implica las disparidades que son evitables, innecesarias e injustas. El tema crítico es la injusticia de la situación de la salud y creemos que este criterio se satisface cuando las diferencias son evitables, cuando están fuera de la voluntad del individuo o del grupo y es posible identificar a algún agente responsable.

Uno de los primeros pasos para identificar la inequidad es el de establecer claramente las diferencias existentes en las características de la asistencia de la salud y tal vez, de igual importancia, su distribución. Así, ya no es suficiente hablar de promedios en los países, ya que éstos esconden diferencias entre los grupos que pueden representar inequidad. Esas diferencias pueden aparecer cuando se desagregan los datos mediante mediciones económicas u otro tipo de mediciones de la clase social, por género, raza o geografía. Está claro, por ejemplo, que indicadores clásicos tales como la tasa de mortalidad infantil muestran grandes diferencias entre los países y dentro de ellos, estando los países ricos en ventaja. La tasa de mortalidad infantil en el país más pobre de América es de alrededor de 70 por 1000, y la cifra más baja es de alrededor de cinco, en otro país. Las diferencias en la mortalidad materna son incluso mayores ya que la diferencia en las relaciones es de aproximadamente un factor de 100 entre los países de América. Es un manchón en nuestros servicios el hecho de que en un país mueran cuatro madres por cada 1000 niños nacidos. La diferencia en los resultados de la salud entre los indígenas y otros grupos de la población es impresionante, estando los primeros en enorme desventaja.

Pero no es suficiente demostrar las disparidades en el campo de la salud y calificarlas como desigualdades. Si queremos aplicar políticas para corregir las desigualdades en los resultados de la salud es fundamental examinar los determinantes de la salud y las disparidades o desigualdades en esos determinantes. Estamos reconociendo que los determinantes de la salud son casi idénticos a las capacidades u oportunidades que conducen al desarrollo humano, y el campo de los bioéticos se ha ampliado hasta considerar el aspecto de imparcialidad en lo que respecta a estos determinantes. Norman Daniels y sus colegas nos desafían a observar no solamente los resultados de la salud, sino, como él dice, “ir más lejos río arriba”, allí donde producen su efecto los determinantes de la situación y los resultados de la salud.

El determinante que ha tenido ocupados a la mayoría de los que se interesan por el desarrollo es el nivel económico. Por años se ha sabido que los más pudientes son más saludables, pero el campo de investigación referido al impacto de la situación de la salud sobre el crecimiento económico es relativamente nuevo. Sin embargo hay un cuerpo creciente de datos que apoyan la tesis de que la salud de las naciones es en verdad un contribuyente fundamental en la riqueza de las naciones, y la salud del público es un desiderátum social importante tanto por motivos de bienestar como por motivos económicos.

La naturaleza de la causalidad previa en la relación de la salud con el crecimiento es compleja, y todavía se sigue discutiendo acerca de las mediciones adecuadas que se deben utilizar en el campo de la salud y en qué grado operan los mecanismos, principalmente en el hogar, y no tanto a nivel de la población agregada. Mencionaré aquí só-

lo unos pocos aspectos pertinentes. Existe la evidencia histórica, excelentemente elaborada por Fogel, que demuestra que hubo una mejoría en la nutrición y la salud que fue responsable de alrededor de un 30% de crecimiento económico en Europa oriental entre 1970 y 1980. Muchas veces se ha señalado, refiriéndose en particular a África, que los países con mayor carga de enfermedades son los más pobres. En especial, los estudios macroeconómicos demuestran que la inversión en salud puede acelerar el crecimiento económico, aunque con un intervalo de demora. Los factores que intervienen no han sido todavía bien dilucidados, pero aparte de que obviamente una persona saludable tiene mayor capacidad, lo que le permite ser más productiva, es posible que la salud juegue un papel de facilitador o instrumentador acrecentando al máximo la inversión en educación, por ejemplo. En verdad, se ha sugerido que es posible que el mejoramiento de la salud intervenga en buena medida en el impacto que la inversión en educación tiene sobre el crecimiento. El dividendo demográfico derivado del crecimiento del sector productivo de la población, al caer sucesivamente las tasas de mortalidad infantil y de fertilidad, puede también cooperar en la intensificación del crecimiento económico, siempre que estén presentes otros prerequisites de infraestructura. A la inversa, un país con una población poco saludable no tiene posibilidad de atraer la inversión y sin duda su entorno insalubre o el deterioro del medio ambiente le impedirán transformarse en un destino atractivo para el turismo que, como se sabe, ha llegado a ser actualmente una de las industrias de crecimiento más rápido en el mundo. En el nivel nacional agregado, el mejoramiento de la salud aumentará la productividad y al producir recursos adicionales, éstos podrán a su vez contribuir a proporcionar mejor los determinantes de la salud, permitiendo así que se cree un círculo virtuoso.

No cabe duda de que los servicios de salud contribuyen a los resultados en el campo de la salud, pero el peso que representa esa contribución es incierto. Aunque no queremos de ningún modo disminuir la importancia del personal de asistencia médica, esos servicios podrían tener una importancia limitada en términos de salud de la población. Así, hay que tener prudencia al fomentar una asistencia de la salud mejorada de tipo curativo tradicional, abogando que la inversión en salud es un mecanismo que aumenta el crecimiento. Lamentablemente se trata de un error corriente.

No se puede hablar de salud y de crecimiento económico sin mencionar la otra cara de la moneda, que es la pobreza, y el mayor impulso en todos los esfuerzos de desarrollo se dirigen hoy en día a aliviar la pobreza. La salud contribuye a aliviar la pobreza mediante el aumento del desarrollo económico, pero en la medida en que la pobreza es vista actualmente no sólo en términos económicos reduccionistas, sino como la falta de las capacidades fundamentales para el desarrollo humano, podemos decir que el mejoramiento de la salud contribuirá directamente y por derecho propio a la reducción de la pobreza. La falta de asistencia de la salud, o el impacto económico de una enfermedad en una familia marginal, puede conducirla a una trampa de pobreza de la cual le será

difícil, si no imposible, escapar. En pocas situaciones se ve tan claramente la vulnerabilidad que caracteriza a la pobreza como en el campo de la salud. La asistencia de la salud es importante para mantener la autonomía de un pueblo, uno de los principios éticos fundamentales al que ya aludimos, y su ausencia es la marca distintiva de la pobreza.

El punto ético más difícil que implica un juicio de valor moral se relaciona con la distribución de los determinantes de la salud que, como dijimos antes, son prácticamente idénticos a las otras capacidades del desarrollo humano. Las desigualdades sociales y económicas son enemigas de la buena salud, y este tema ha sido incorporado al campo de la justicia, dentro del marco de la “Teoría de la Justicia” de John Rawls. La primera vez que leí acerca de este concepto fue hace unos 20 años, pero recientemente ha sido adoptado con mayor fuerza por Norman Daniels y sus colegas que postulan que la justicia es verdaderamente buena para nuestra salud.

Rawls no aborda específicamente la salud, pero propone que una sociedad justa debería proporcionar iguales libertades básicas e iguales oportunidades a personas libres e iguales. El postular que la salud debería figurar de manera prominente entre las libertades básicas y las oportunidades iguales no es un gran salto. La justicia debería solicitar el acceso universal a los servicios de salud, pero tal vez sería más importante que postulara una distribución justa de los demás determinantes de la salud. En el contexto de la relación de la ética con la salud y el desarrollo, afirmaré que las desigualdades en la salud se asociarían a desigualdades en otras capacidades y oportunidades que caracterizan al desarrollo humano. Existe una interrelación tan estrecha entre esas capacidades, que es imposible concebir que podría existir desigualdad en una y sólo hasta cierto grado en otras. Así, en una sociedad justa y en una sociedad que se esté desarrollando en el sentido de ver un progreso o cambio positivo en las capacidades esenciales, existirá un mínimo de desigualdad.

Algo importante es cuál es ese mínimo y cómo se le puede garantizar a la población. Rawls dice que una sociedad justa sólo permitirá las desigualdades que trabajen de manera que los grupos que se encuentren en el final más bajo de la escala transcurran lo mejor posible. En una época se pensaba que la desigualdad era esencial para el crecimiento económico, pero ahora existen buenas evidencias de que no es así. En realidad, lo esencial para el crecimiento económico es la igualdad de acceso a los bienes críticos como la tierra y los ingredientes esenciales del capital humano, como la salud y la educación. Por supuesto, nada de esto niega la necesidad absoluta de tener un marco de crecimiento macroeconómico correcto, pero hemos pasado a una etapa en que vemos que si bien ese marco es necesario, tiene que ser complementado por otros factores.

A pesar de los argumentos morales relacionados con la justicia y la salud, es discutible y quizá hasta fatuo, imaginar que incluso el estado más benefactor pueda ser capaz de asegurar la distribución equitativa de todas las medidas sanitarias y sociales necesarias para asegurar una buena salud para todos. La redistribución del ingreso es ciertamente la más ingobernable. Pero hay algunas que pueden ser distribuidas más equitativamente. Esto se aplica en particular a algunos servicios esenciales básicos que contribuyen a mejorar la salud, y una de las sanas lecciones del pasado reciente es que sólo el estado puede y debe asumir la responsabilidad de la distribución justa de esos servicios que tienen efectos externos altamente positivos, como ser la inmunización y el agua potable, y que indudablemente contribuyen a mejorar la salud de la población. Algunos servicios que son sin lugar a duda valiosos, pero que son más bien demandas y no manejo de suministros, como la planificación familiar, pueden también ser mejor distribuidos a través del uso consciente de técnicas adecuadas de mercadeo y del mejoramiento de la capacidad de entrega de los propios servicios.

Si aceptamos que la salud de la población es importante por razones de bienestar, así como para el desarrollo, debemos enfrentar el problema ético principal, que es de qué manera debe el estado asignar los recursos para lograr la salud óptima de la población, perjudicando sólo mínimamente a la inevitable demanda de los individuos de acceder a la mejor asistencia que la tecnología moderna les pueda ofrecer. Cada vez más se define a la asistencia de óptima calidad, como el acceso a los frutos de los imperativos tecnológicos modernos. Existe una incompatibilidad inherente entre proporcionar lo mejor para alguien y un razonable mínimo para todos –una incompatibilidad que se hace más evidente cuando los recursos escasean. Pero tal vez esto va más allá del campo de la ética y se relaciona más bien con las políticas y con cuán ampliamente se distribuyen y se ejercen en la sociedad el poder y la autoridad para la toma las decisiones apropiadas.

Es posible proponer la dimensión ética de un estado benefactor en lo referente a lo que ocurre con ese estado y la ejecución de algunas intervenciones que estimamos deben ser distribuidas equitativamente, y que son absolutamente fundamentales para el desarrollo. Pero hay una cuestión difícil y casi inmanejable que se relaciona con la provisión de aquellos bienes de salud pública mundiales que son esenciales para la salud de todos, y que por definición escapan al ámbito de responsabilidad de cualquier estado tomado en forma individual. En áreas tales como la vigilancia de las enfermedades y el control de las epidemias masivas no hay estado que pueda ser efectivo individualmente. El problema de la generación de conocimientos de investigación para el manejo de los problemas de la gran cantidad de pobres que sencillamente no pueden pagar por ellos, se ha vuelto cada vez más grave. Este tipo de temas se sale de las dimensiones éticas de la salud de la población para pasar a un nivel mundial, donde no existen mecanismos efectivos para manejarlos.

La ética será más valiosa cuando nos conduzca a algunas opciones o decisiones, y en el contexto de esta discusión conviene examinar la postura posible de organizaciones como el BID y otras instituciones financieras en relación a la salud y el desarrollo. La respuesta simple es que tienen que invertir para producir una mejor salud, pero la pregunta aún más difícil es cómo. El concepto habitual es enfocarse en las enfermedades principales que afligen a determinada población. Indudablemente eso es importante, pero una parte crucial de la receta es reforzar la capacidad del estado, para que en su rol benefactor pueda asumir la responsabilidad de proveer y distribuir los bienes de salud pública esenciales, y como dije anteriormente, los programas como el de proporcionar agua potable y vacunación de niños entran dentro de esta categoría. Pero algo que reviste igual, si no mayor, importancia es reforzar la capacidad del estado para que lleve a cabo su papel directivo o regulatorio en lo referente a garantizar que se ejecuten ciertas funciones esenciales para salvaguardar y promover la salud pública. (...)

En resumen, mi tesis es que la salud es una de las capacidades fundamentales que conducen al desarrollo humano. Esas capacidades están estrechamente ligadas una a otra, pero se ha puesto mayor énfasis en la relación entre la salud y el crecimiento económico, colocando recientemente mayor atención en la causalidad previa. La ética de esta conexión se relaciona con la autonomía que se les confiere a las poblaciones cuando tienen las capacidades necesarias —especialmente en este caso, la oportunidad en lo económico y en la salud. La falta de esa autonomía es el sello distintivo de la pobreza.

La inequidad en los resultados de la salud representa desigualdades que son injustas pero es fundamental abordar no solamente las desigualdades de los resultados en salud, sino la desigualdad en los determinantes de esos resultados. La búsqueda de equidad en la salud y sus determinantes entran en el contexto de la justicia social. Una sociedad justa requiere igualdad de acceso a los determinantes de la salud, que incluyen muchas de las capacidades que constituyen el desarrollo humano.

El principio de beneficencia se aplica al papel de estado, al asegurar la distribución justa de los determinantes de la salud relacionados con el desarrollo. Varios países que buscan equilibrar la necesidad de una distribución justa de los determinantes de la salud se ven confrontados a este dilema ético importante, en particular cuando se trata de brindar asistencia en salud apropiada para muchos, frente a las demandas corrientes de unos pocos de una asistencia de calidad, definida como el acceso a todos los avances impulsados por los nuevos imperativos tecnológicos. Tal vez, el tema de la ética y de la provisión y distribución de bienes públicos de salud no se pueda resolver con los mecanismos corrientes disponibles”.

7. Tensión entre los determinantes sociales, la equidad y la ética en salud

Análisis de un caso



La actividad que le proponemos aquí tiene un significado en sí misma, en relación con las cuestiones abordadas en esta unidad y, de algún modo, ya anticipa algunas problemáticas a ser analizadas en las unidades siguientes.

En este sentido, le proponemos que analice el siguiente **caso de mortalidad materna**⁸:

La señora Juana murió durante el trabajo de parto en un pequeño hospital distrital. El médico que la atendió no dudó sobre las causas de la muerte: un típico caso de hemorragia antes del parto debido a una placenta previa. Una mujer en esta condición sangra inevitablemente al final de la gestación o antes del parto. El médico quedó satisfecho con el diagnóstico, buscó el código correspondiente en la Clasificación Internacional de Enfermedades, codificó correctamente el caso y lo archivó.

Un comité de obstetras que investigaba las causas de las muertes maternas, se reunió y solicitó el caso completo de la señora Juana y lo examinó, de acuerdo con los modelos desarrollados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. El comité concluyó que la muerte de la señora Juana era evitable. Juzgó que si hubiera habido sangre en cantidades adecuadas y si el servicio hubiera estado equipado para atender emergencias, la vida de la señora Juana se habría salvado.

Más tarde un estudio poblacional financiado por la OMS sobre las necesidades de salud materna en las comunidades, mostró que la señora Juana estaba lejos de ser una mujer saludable. Antes del embarazo ya sufría de anemia crónica, causada por desnutrición y parasitosis crónica. La señora Juana tampoco había tenido acceso a ningún tipo de cuidado prenatal durante el embarazo. También se descubrió que ésta no era la primera vez que la señora Juana sangraba en el embarazo. La investigación concluyó que la muerte de la señora Juana obedecía a necesidades insatisfechas de la comunidad en el área de salud materna. El caso fue nuevamente cerrado. Pero no por mucho tiempo; fue reabierto por una investigación patrocinada por la Family Health International. Allí se descubrió que la señora Juana tenía 39 años y había

8. UNICEF – Ministerio de Salud de Argentina. *Mortalidad Materna. Un problema de salud pública y derechos humanos*, Buenos Aires. 2002

tenido siete partos. Cinco de sus hijos están vivos. Debido a su edad y al número de partos, la señora Juana ya había expresado su deseo de no tener más hijos. La señora Juana nunca tuvo acceso a información ni a educación sobre planificación familiar. La conclusión de este estudio fue que la señora Juana habría muerto por la falta de acceso a la información adecuada y oportuna.

Más tarde, un grupo de demógrafos que buscaba las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la comunidad, agregó un nuevo elemento. La señora Juana era un ama de casa analfabeta, su marido era un trabajador rural de muy bajos recursos. Los científicos descubrieron que la señora Juana tenía un riesgo relativo de morir cinco veces superior al de una mujer de nivel socioeconómico más alto de su país y 100 veces superior al de una mujer del país industrializado más cercano. El estudio concluyó que la verdadera causa de la muerte de la señora Juana era su estatus socioeconómico y la poca valoración social de su vida. Es decir, la señora Juana murió por causa de la pobreza y la injusticia social.

Resulta claro que las causas de la mortalidad materna pueden analizarse desde varias perspectivas. De todas formas, es claro que la señora Juana es uno de los casos de muertes maternas evitables. Pero es poco frecuente en estos estudios, agregar las causas culturales.

La causa de que la señora Juana haya tenido siete partos no reside simplemente en su desconocimiento de los métodos anticonceptivos, ya que muchas mujeres que los conocen, incluyendo muchas adolescentes, no los utilizan. ¿Por qué? En gran medida porque para la mayoría de las mujeres pobres tener hijos es la única manera de ser socialmente valoradas, lo que significa que su estatus social como mujer depende de su papel como madre, incluyendo en ello la valoración frente a su compañero.

Una mujer como la señora Juana –ama de casa, analfabeta, responsable del cuidado de una familia numerosa y de bajos recursos– difícilmente puede ejercer su autonomía cuando se trata de decidir sobre el tamaño de su familia o el cuidado de su propio cuerpo. Las inequidades sociales, de las cuales las de género son sólo una parte, se acumularon en la historia de su vida, hasta llegar a la única etapa irreversible de la vida: la muerte prematura. Si en cualquiera de los accesos al camino que la llevaría a la muerte la señora Juana hubiera encontrado una salida, muy probablemente hubiera salvado su vida, y sus hijos hoy contarían con una madre.

- ☐ ¿Qué reflexiones le provocan el análisis del caso de la señora Juana?
- ☐ Identifique en dicho caso cuáles son los determinantes sociales que aumentan la inequidad en salud. Puede recuperar en su análisis las dimensiones del campo de la salud de la Unidad 1 (Actividad 3)
- ☐ ¿Cómo debería haberse obrado desde la perspectiva ética para evitar esta muerte materna?
- ☐ Explique qué concepción de salud supone tendrían los miembros del equipo de salud y la paciente.
- ☐ ¿Qué podrían haber hecho los profesionales que la atendieron?
- ☐ Ha experimentado en su práctica profesional alguna situación similar a la descrita? ¿Lo ha observado en su análisis de la comunidad o barrio del Centro de Salud?

Actividad de integración de la unidad 2



Como cierre de esta unidad, le solicitamos que retome la actividad de integración anterior (Unidad 1) y complete dicho análisis a partir de la perspectiva de la Ética y la Equidad. En este sentido, lo invitamos a que incorpore en este caso:

- ☐ ¿Cuáles son las situaciones más injustas en las condiciones de vida y salud de los grupos de la comunidad, evidenciando mayor desventaja y desigualdad?
- ☐ ¿Cuáles son los Programas Sanitarios que atienden a estas desventajas y cuáles son los problemas en su implementación, así como la forma de mejorar sus aportaciones en función de la equidad social?
- ☐ ¿Cuáles son sus reflexiones acerca de su papel como profesional de la salud desde la perspectiva ética? (conservar estos escritos para retomarlos en la evaluación del presente módulo)
- ☐ ¿Qué otros aspectos no mencionados aquí podrían estar asociados a la equidad y a la ética?



Analice sus conclusiones con su equipo y con su tutor



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 incomunicables 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, Wille. *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 Joaquín 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 OPS*:

- ☐ 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. 44° Consejo Directivo. 55° 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 suplantán, 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.



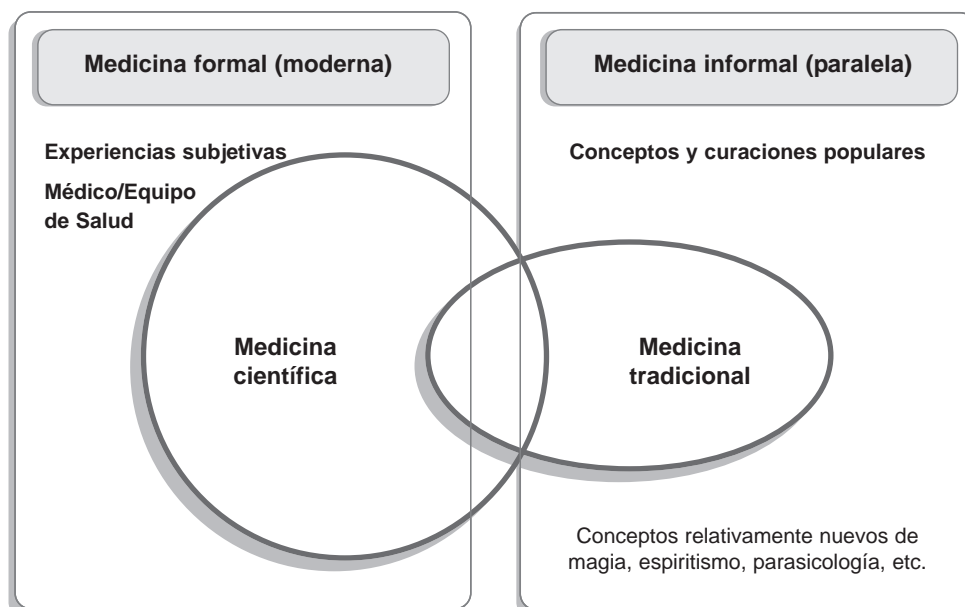
Registre sus reflexiones, para continuar con la siguiente actividad

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 cinco 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



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.



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.

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

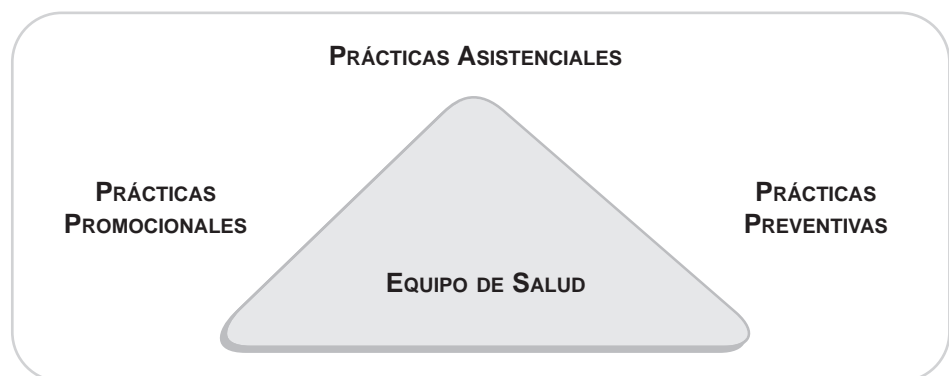
2. Las prácticas y las distintas concepciones de APS

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: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 escalar 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 sanitaristas. 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 esquiada 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 resolutive 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.

Actividad de integración de la unidad 4

Revisando las actividades de esta unidad y algunas temáticas abordadas en unidades anteriores de este Módulo, le pedimos que escriba sus conclusiones alrededor de los siguientes interrogantes:

- ☐ La estrategia de Atención Primaria de la Salud ¿constituye una estrategia de inclusión social y de equidad, en vistas al derecho a la salud de la comunidad?
- ☐ La APS ¿constituye una estrategia útil para incidir sobre los determinantes sociales de la salud con los recursos disponibles?
- ☐ ¿Por qué la APS se propone una acción integral de promoción, prevención y atención de la salud?

Por último, le proponemos que retome la actividad de integración de la Unidad 3 en la que seleccionó un problema prioritario de salud de su comunidad y en esta instancia analice:

- ☐ ¿Qué perspectiva de trabajo abriría la estrategia de APS en ese caso?
- ☐ ¿Con qué recursos y actores cuenta?, ¿con qué límites?; ¿pueden crearse estrategias superadoras?





Evaluación



Evaluación



Al haber trabajado en las distintas actividades del módulo, Ud. está en condiciones de realizar la evaluación correspondiente: por un lado, un ejercicio que le proponemos a continuación, y luego la respuesta a un cuestionario de selección múltiple, adjunto al final de éste. Entregue estas evaluaciones una vez completadas a su Tutor.

La evaluación servirá para valorar el aprendizaje y la capacidad para transferir los conocimientos a las situaciones de la práctica profesional en el Centro de Salud. Ello será de gran utilidad tanto para que Ud. mismo pueda reconocer sus avances, dificultades y necesidades de aprendizaje, como para que podamos orientarlo mejor en este proceso. Asimismo será de utilidad para facilitar el seguimiento del Programa en los siguientes Módulos.

El primer ejercicio incluye tres partes y consiste en:

1. Conteste brevemente (máximo 2 páginas) las siguientes preguntas:

- a) Si después de estos años de experiencia profesional trabajando alrededor de la importante tarea de curar enfermos, quisiera incorporar un cambio sustantivo en las prácticas profesionales de modo de mejorar las condiciones de salud de los individuos y comunidad en la que participa y posibilitar un crecimiento personal y profesional propio a través del fortalecimiento del derecho a la salud de la gente, ¿cuáles serían las razones que lo moverían para este cambio?
- b) Si la salud es un bien y un derecho para todas las personas, ¿es éticamente exigible que se dedique, dentro de sus tareas, a promover la salud entre los más vulnerables y prevenir los daños a la salud en la comunidad?; si es así, ¿por qué?

2. Luego de haber leído los materiales bibliográficos del Módulo, responda el ejercicio de comprensión de los conceptos clave que encontrará al final de este material. Detecte sus dificultades para construir las respuestas y, de haberlas notado, retome la bibliografía, dialogue con su Tutor y profundice en la bibliografía complementaria para mejorar su comprensión.

3. Conteste brevemente (máximo 5 páginas) las siguientes cuestiones:



- a) ¿Cuáles son los grupos más vulnerables en materia de salud en la comunidad en la que Ud. desarrolla sus actividades del Posgrado?; ¿cuáles son los determinantes que inciden en su mayor vulnerabilidad?
- b) ¿Cómo influyen las desigualdades sociales, de etnia, de género, de edad, de discapacidad en el derecho a una vida saludable?
- c) ¿Qué distancias detecta entre las representaciones y prácticas de salud de la población y las representaciones y prácticas del equipo de salud del Centro? ¿Cómo entiende o explica esas distancias?
- d) ¿Qué estrategias, políticas, planes o programas existen en la comunidad y en el servicio para abordar las desigualdades sociales en materia de salud?
- e) ¿Qué estrategias de atención de la salud aportan para mejorar las condiciones de vida y de salud de la población de su comunidad e incluyen en sus propuestas acciones para favorecer prácticas de equidad?, ¿a través de qué acciones podría ponerlas en práctica en su comunidad?; ¿con quiénes?

Actividad de comprensión de conceptos clave



Lea detenidamente las consignas y luego marque la respuesta correcta. Justifique.

1. Los cuatro componentes del *Campo de la Salud* son:

- | | |
|--|--------------------------|
| A. Estilo de Vida, Factores Nutricionales, Sistema de Servicios de Salud. Medio Ambiente | <input type="checkbox"/> |
| B. Factores Ambientales. Factores Culturales. Factores Sociales. Factores Biológicos | <input type="checkbox"/> |
| C. Sistema de Servicios de Salud. Biología Humana. Estilo de Vida. Medio Ambiente | <input type="checkbox"/> |
| D. Promoción, Prevención primaria, secundaria y terciaria | <input type="checkbox"/> |

2. Dentro de los cuatro Determinantes de la Salud, el Estilo de Vida designa:

- A. Las pautas culturales y de socialización que definen el concepto de lo sano y lo patológico
- B. El nivel de vida definido por los ingresos y la posición social que ocupa la persona
- C. El conjunto de decisiones que toma el individuo respecto de su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control
- D. Ninguna respuesta es correcta

3. De acuerdo al concepto de multicausalidad propuesto por el autor, los factores que están asociados con el proceso salud-enfermedad pueden identificarse como:

- A. Se trata de una sumatoria de factores (biológicos, sociales y políticos) con el mismo nivel de jerarquía e importancia
- B. Se trata de la relación entre el huésped y un conjunto de agentes causales
- C. Los factores sociales están inscritos en lo biológico y no se los puede distinguir
- D. Ninguna respuesta es correcta

4. El modelo de campo de la salud sirve para:

- A. Analizar las prioridades en la distribución de los recursos, de acuerdo a los factores determinantes
- B. Identificar los principales factores determinantes de la salud de acuerdo al perfil epidemiológico de la población, destacando la importancia relativa de cada uno de ellos
- C. Analizar los principales factores que obran en la aparición y evolución de los problemas de salud, a fin de evaluar su importancia relativa y su interacción
- D. Proporcionar una visión unificada del complejo campo de la salud
- E. Todas las respuestas son correctas



5. De acuerdo a lo planteado por Gurney Clark en torno a las relaciones entre el huésped y el ambiente desde una concepción ecológica:

- A. La presencia del agente causal provoca necesariamente la enfermedad
- B. La existencia del agente causal puede no hallarse de ningún modo relacionada con la enfermedad padecida por el huésped interactuante
- C. La presencia del agente causal no provoca necesariamente la enfermedad si no concurren otras influencias sociales que facilitan el proceso
- D. Ninguna respuesta es correcta

6. Según el trabajo publicado por CEDES con el título “Para que cada muerte materna nos importe” Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CEDES. Bs.As. 2004 , entre los derechos que se hallan vulnerados en cada muerte materna se incluyen:

- A. El derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona
- B. El derecho a disfrutar los beneficios del progreso científico
- C. El derecho a la igualdad y la no discriminación
- D. El derecho a conformar una familia y poder disfrutar de una vida familiar
- E. Todas las respuestas son correctas

7. De acuerdo al 44° informe del Consejo consultivo de la OPS, en las Américas están cambiando los tipos de familia, la composición de los hogares y la situación matrimonial, fenómeno que se manifiesta a través de:

- A. El crecimiento de la familia monoparental y liderada por mujeres

B. El descenso en la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres

C. Las nuevas posibilidades laborales a las que hoy tienen acceso las mujeres

D. El incremento en el tamaño de las unidades familiares

E. Algunas respuestas son correctas

F. Todas las respuestas son correctas

8. Entre las prácticas familiares que permiten a las familias acceder a más y mejores alimentos se incluye:

A. Diversificación de las fuentes de abastecimiento

B. Autoexplotación

C. Manejo de la composición familiar

D. Diversificación de las fuentes de ingreso

E. Todas las respuestas son correctas

9. De acuerdo a la evidencia que arrojan los estudios citados por G. Alleyne en el trabajo Salud, ética y desarrollo:

A. La inversión en salud puede acelerar inmediatamente el desarrollo económico

B. No existe relación alguna entre la inversión en salud y el desarrollo económico

C. La inversión en salud puede acelerar el crecimiento económico, aunque con un intervalo de demora

D. Ninguna respuesta es correcta



10. Según el trabajo formulado por el Dr. George Alleyne en el trabajo Salud, ética y desarrollo:

- A. La inequidad está asociada con las diferencias existentes en la asistencia de la salud ☐
- B. La inequidad se expresa en resultados sanitarios tales como las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna ☐
- C. La inequidad está asociada con la desigualdad en los determinantes de la salud ☐
- D. Todas las respuestas son correctas ☐

11. Entre los grupos sociales más afectados por la situación actual de pobreza se encuentran:

- A. Los niños, discapacitados, mujeres ancianos e indígenas ☐
- B. Las mujeres, ancianos y adultos con empleo ☐
- C. Los niños, discapacitados y mujeres ☐
- D. Ninguna respuesta es correcta ☐

12. El alto grado de desigualdad en América Latina, uno de los mayores del planeta:

- A. Se expresa en el alto índice de pobreza de toda su población ☐
- B. Se expresa en la gran disparidad de ingresos entre el porcentaje más rico y el porcentaje más pobre de su población ☐
- C. Se expresa en la carencia de oportunidades para la generación de riqueza ☐
- D. Ninguna respuesta es correcta ☐

13. Según el enfoque planteado por Kliksberg acerca del nuevo fenómeno de la pobreza en América Latina:

- A. Aumentó el número de pobres absolutos y relativos en toda la región
- B. Empeoró la situación de los pobres extremos, aumentando los niveles de indigencia
- C. Aumentó el nivel de los nuevos pobres, capas medias que han experimentado un agudo descenso en sus promedios de ingreso
- D. Todas las respuestas son correctas

14. El término “feminización de la pobreza” comprende las siguientes situaciones:

- A. La creciente responsabilidad de las mujeres en el mantenimiento económico de los hogares
- B. La doble carga impuesta por tener que obtener el sustento y cuidar a los hijos
- C. La escasez de servicios destinados específicamente al cuidado de la madre y el hijo
- D. Las menores oportunidades de desarrollo económico que tiene la mujer en comparación con el hombre
- E. Todas las respuestas son correctas

15. El creciente empobrecimiento de los niños

- A. Es un fenómeno exclusivamente urbano
- B. Comprende solamente a población rural
- C. Comprende a población urbana y rural, pero sus manifestaciones son más perceptibles en las grandes ciudades, dado el hacinamiento de sus zonas periféricas
- D. Ninguna respuesta es correcta



16. El concepto de inequidad en salud alude a las disparidades inaceptables entre los grupos sociales en relación con el estado de salud y las condiciones de acceso a los servicios. Según Diderichsen

- | | |
|---|--------------------------|
| A. Las disparidades en salud se manifiestan entre los países pobres | <input type="checkbox"/> |
| B. Las disparidades en salud se manifiestan entre los más desarrollados | <input type="checkbox"/> |
| C. Las disparidades en salud afectan tanto a los países pobres como a los más desarrollados | <input type="checkbox"/> |
| D. Ninguna respuesta es correcta | <input type="checkbox"/> |

17. La inequidad en salud

- | | |
|--|--------------------------|
| A. Alude a las desigualdades en salud que reflejan las diferencias entre los grupos | <input type="checkbox"/> |
| B. Se refiere al conjunto de desigualdades en salud consideradas injustas | <input type="checkbox"/> |
| C. Alude a las desigualdades en salud entre la población pobre y la población no pobre | <input type="checkbox"/> |
| D. Ninguna respuesta es correcta | <input type="checkbox"/> |

18. La mitigación de las inequidades en salud comprende iniciativas destinadas a:

- | | |
|---|--------------------------|
| A. La provisión de redes de seguridad social | <input type="checkbox"/> |
| B. El incremento de la educación y formación laboral | <input type="checkbox"/> |
| C. La reducción de los riesgos ambientales | <input type="checkbox"/> |
| D. El aumento de la participación política y la reducción de la violencia | <input type="checkbox"/> |
| E. Todas las respuestas son correctas | <input type="checkbox"/> |

19. En la población con mayores niveles de pobreza se observa:

- A. Una mayor concentración de enfermedades transmisibles
- B. Una mayor concentración de enfermedades transmisibles y no transmisibles
- C. Una mayor concentración de traumatismos, accidentes y violencias
- D. Todas las respuestas son correctas

20. Los estudios que vinculan la posición social de la persona y/o grupos con los indicadores de salud muestran lo siguiente:

- A. Existe una asociación positiva entre el incremento del nivel educativo y los mejores resultados en salud
- B. Existe una asociación negativa entre el incremento del nivel educativo y los mejores resultados en salud
- C. No puede establecerse asociación alguna entre el nivel educativo y los mejores resultados en salud
- D. Ninguna respuesta es correcta

21. Las diferencias de salud entre varones y mujeres pueden atribuirse a:

- A. Las creencias y representaciones acerca de los roles que deben cumplir cada uno de los sexos
- B. Las diferencias biológicas entre los sexos
- C. La mayor feminización de la pobreza
- D. Todas las respuestas son correctas



22. Según Peter y Evans, los estudios de bioética deben comprender aspectos tales como:

- A. Los deberes y responsabilidades inherentes a la profesión médica ☐
- B. Los derechos de los pacientes concernientes a decidir sobre conductas propias y/o de terceros que tienen impacto sobre su salud ☐
- C. El problema de la justicia distributiva de bienes y recursos y su impacto sobre la salud-enfermedad de los distintos grupos humanos ☐
- D. Todas las respuestas son correctas ☐

23. Entre los factores que explican el importante progreso logrado en la mejora de los niveles de bienestar de la población descritos por Evans se incluyen:

- A. La mejora en la nutrición y en las condiciones de vida ☐
- B. El descubrimiento de vacunas y antibióticos para tratar las infecciones ☐
- C. El acceso a mayores niveles de cobertura médica a través de la Seguridad Social ☐
- D. El conocimiento acerca de la adopción de conductas que protegen o amenazan la salud ☐
- E. Algunas respuestas son correctas ☐

24. Según el texto de Kroeger y Luna incluido en el libro “Atención primaria de la salud: principios y métodos”:

- A. La medicina científica ha incorporado desde siempre el saber médico popular a su acervo de conocimientos ☐
- B. Las distintas subculturas populares han rechazado muchos principios de la explicación científica para comprender la enfermedad ☐

C. La medicina científica ha negado reiteradamente los aportes del saber médico popular, pero existe actualmente una mayor apertura para su consideración

D. Todas las respuestas son correctas

25. A lo largo de la historia, el término cultura ha designado:

A. La recolección de lo sembrado en la producción de la tierra

B. El proceso de formación artístico, moral y científico de las élites dominantes

C. Como sinónimo de civilización en oposición a la barbarie natural

D. Una condición compartida por todas las personas y todas las sociedades, sea cuales fueren sus manifestaciones

E. Todas las respuestas son correctas

26. Las formas de manifestación de las distintas culturas pueden observarse en:

A. Las pautas de crianza y socialización

B. El sistema de creencias religiosas

C. La relación que se establece entre los distintos grupos que conforman a la sociedad

D. El rol social que se le asigna a cada uno de los géneros

E. Todas las respuestas son correctas



27. Según Axel Kroeger y Rolando Luna, se denomina medicina tradicional a :

- A. El saber de la población lega, modificado a través del contacto y mezcla entre diferentes grupos sociales
- B. El saber de la población lega que es aceptado por el conocimiento científico
- C. El saber de la población que vive en zonas rurales
- D. Ninguna respuesta es correcta

28. alguna de las causas más frecuentes de malentendido entre médico y paciente son:

- A. Comparten el mismo concepto etiológico sobre la enfermedad
- B. Utilizan los mismos términos pero designan conceptos disímiles
- C. La dolencia del paciente impide toda forma de comunicación
- D. Todas las respuestas son correctas

29. Entre las razones que explicarían, según Necchi, la más temprana y frecuente consulta de las mujeres a los servicios de salud encontramos:

- A. La división sexual del trabajo social que implica distinta responsabilidad por la manutención económica del hogar
- B. Las representaciones sociales acerca de la fortaleza física de varones y mujeres
- C. La creciente medicalización de situaciones vitales que atraviesan especialmente las mujeres
- D. Todas las respuestas son correctas

30. La Atención Primaria de la Salud puede ser entendida como:

- A. Nivel de atención y puerta de entrada al sistema
- B. Programa focalizado para poblaciones marginales
- C. Estrategia de organización de todo el sistema de salud
- D. Un desafío político que convoca la participación del Estado y las organizaciones sociales
- E. Algunas respuestas son correctas
- F. Todas las respuestas son correctas

CLAVE DE CORRECCIÓN**Cuestionario de autoevaluación**

Pregunta	Respuesta correcta
1	C
2	C
3	C
4	E
5	C
6	E
7	E
8	E
9	C
10	D
11	A
12	B
13	D
14	E
15	C
16	C
17	B
18	E
19	D
20	A

21	A
22	D
23	E
24	C
25	E
26	E
27	A
28	B
29	D
30	F



ANEXO

**Guías metodológicas y
Actividades de campo**

A continuación transcribimos las guías metodológicas 1, 3, 4, 5 y 6 del libro Modelo Social de Prácticas en Salud. Bello y De Lellis. PROA XXI Editores. 2001

Guía Metodológica N° 1

Inserción comunitaria

El proceso de inserción comunitaria sucede a la caracterización de las áreas geográficas sobre las cuales se realizará el trabajo de campo.

Se basa en el conjunto de estrategias que el equipo pone en práctica para lograr conocimiento, aceptación y disponibilidad a la colaboración con el proyecto de parte de los referentes barriales identificados como importantes por su inserción en la comunidad.

Esta inserción se desarrolla gradualmente, a partir de la habilidad que el investigador demuestre por ubicarse en este escenario, para él inédito, y generar confianza entre quienes lo reciben. Las demoras o dificultades propias de este proceso de inserción no deben comprenderse como obstáculos o resistencias al cambio, sino como la gestación de condiciones que facilitarán el desarrollo de todo el proceso ulterior.

En la medida que la presencia de desconocidos cuyo fin es desarrollar un estudio comunitario despierta interrogantes e inquietudes, los vecinos pueden colmar la ausencia de información con comentarios que, a través del mecanismo del rumor, generen falsas expectativas sobre el propósito de la inserción.

Es muy común, además, que en este contacto con personas e instituciones el investigador encuentre grados muy diversos de resistencia a ofrecer información. A menudo el carácter público o privado de las organizaciones contactadas condiciona las mayores facilidades u obstáculos para lograr el acceso, que el técnico debe prever como un acontecimiento e integrarlo al análisis mismo que él realiza sobre la comunidad.

Los motivos de esta manifestación pueden distorsionarse suponiendo que la presencia se relaciona con algún asunto ligado a la gestión del Municipio o bien de alguna agencia que actúa en el nivel local desarrollando una respuesta en materia de servicios sociales.

Cuando estas cuestiones recorren rápidamente circuitos formales e informales de la interacción barrial, los vecinos o sus referentes pueden promover demandas concretas de solución que el técnico se ve en la obligación de satisfacer.

Las recomendaciones metodológicas a seguir en este proceso son las siguientes:

- Contacto con líderes o referentes barriales, que puede surgir del acercamiento a instituciones representativas de la comunidad o bien a vecinos en sitios de interacción cotidiana.

- Información veraz sobre los motivos del acercamiento, facilitando su aceptación y colaboración, aunque esto no signifique dar información precisa sobre el contenido de la información relevada y, menos aún, enunciar interpretaciones apresuradas sobre la misma.
- Ubicar a tales líderes en el rol de orientadores para posteriores acercamientos indicando:
 - Qué otros informantes deberían entrevistar los miembros del grupo.
 - Cómo contactar con ellos, dado que el contacto se facilita cuando el líder presenta al visitante y le otorga confianza para que el vecino le ofrezca la información necesaria (técnica de la bola de nieve).
 - Recomendaciones del líder o referente sobre cómo, cuándo y a quién/es preguntar.

La información que el investigador obtiene en esta etapa procede de dos fuentes principales:

1. Observación

La observación es una de las técnicas más utilizadas en investigación comunitaria. Mediante sus sentidos, el investigador acumula datos e información sobre hechos y situaciones presentes en una determinada realidad socio-cultural, y el comportamiento de la gente en el contexto de su vida cotidiana.

Desde su punto de vista metodológico, la observación debe guiarse por una percepción deliberada y un cuerpo de conocimientos que permitan categorizar y poner en relación los distintos hechos observados.

La observación puede clasificarse según diferentes criterios, uno de los cuales es su grado de estructuración.

Observación no Estructurada

La observación, asistemática, se basa en el reconocimiento y registro de los hechos a partir de categorías o pautas de observación no estructurada. Esta **observación abierta, impresionista**, tiene por objeto registrar los estímulos y señales ambientales más destacados para el observador. Resulta muy útil durante la entrada a campo, cuando aún no se ha establecido contacto con referentes de la comunidad. Es decir, que será una observación poco sistematizada, sólo orientada por la inquietud o preocupación general que motiva el estudio: por ejemplo, conocer cuál es el nivel de servicios con que cuenta la comunidad, dado que eso podrá tener una influencia directa sobre el estado de salud de la población.

Observación Estructurada

Este tipo de observación descansa en procedimientos más formalizados, que establecen con mayor precisión los aspectos e indicadores a relevar.

Puede ser necesario entonces que los miembros del equipo acuerden **una guía de observación** para poder describir algunos aspectos con mayor precisión (por ejemplo, el estado de las calles, los lugares para recreación, la presencia de chicos o adolescentes en las calles), y así obtener en conjunto una información que pueda ser objeto de una comparación sistemática. Su empleo resulta muy recomendado cuando se haya avanzado en el proceso de inserción, dado que se pueden definir con mayor precisión los objetivos de la observación. En esta fase, igual que en la anterior, pueden utilizarse técnicas no reactivas que fijen y aumenten el detalle de lo observado, como fotografías o registros audiovisuales.

El tercer momento es aquel en el cual el investigador ya se ha dado a conocer e interactúa con vecinos desde un rol, que coincide con el empleo de la técnica conocida como **observación participante**. A diferencia de la denominada observación no participante, el investigador se involucra más directa y activamente en los hechos o situaciones que observa, pues asume roles determinados en el grupo o comunidad que estudia. En este proceso de interacción, el investigador encuentra mayores posibilidades de captar el significado que tienen para las personas muchos de los comportamientos observados.

La observación corre paralela al proceso de realización de entrevistas, posibilitada por un nivel de atención menos focalizada pero atenta a la captación selectiva de detalles que puedan complementar el registro de los datos. La observación permitirá complementar, ampliar o corregir la información que surja de la realización de entrevistas: por ejemplo, si se habla de los problemas que la inundación ocasiona en la salud de los más pequeños, corroborar estos datos observando cómo se ha alterado la interacción cotidiana a partir de la amenaza del agua o, si se comenta el valor de las prácticas de higiene alimentaria, qué resguardos se adoptan al momento de preparar la comida.

Las habilidades que el investigador pone en práctica resultan similares a las que son parte normal de toda interacción social, en la cual reglas de respeto y cortesía ponen límites en torno a lo que se puede y debe indagar. En términos ideales, se considera óptima aquella relación en la que el informante no percibe que el propósito del observador es investigar, y espontáneamente se confía en aquel que estimula su relato.

En esta fase, la observación se realiza en conjunto con la introducción de estímulos propios de las técnicas reactivas (preguntas, cuestionarios) o bien el uso de técnicas no reactivas (fotografías o filmaciones). Es conveniente que ambas técnicas se basen en el consentimiento de la/s personas que serán registradas en la interacción.

Registro

En el trabajo comunitario, el técnico necesita disponer de un instrumento sencillo adonde pueda volcar rápidamente sus impresiones, producto de la observación más objetiva y del registro de pensamientos e ideas que surgen durante el trabajo de campo. Se recomienda el empleo de una libreta de campo en la cual el técnico pueda volcar sus observaciones e impresiones, para fijar y compartir el registro con otros miembros del equipo de trabajo.

2. Entrevistas comunitarias

La realización de entrevistas es posible a partir de la selección de informantes significativos para el propósito del estudio.

Los informantes apadrinan al investigador en el escenario y son sus fuentes primarias de averiguación, ya que le indican a quién visitar, lo presentan ante desconocidos, les dan consejos sobre cómo actuar y además le señalan cómo es visto por los otros en este nuevo escenario.

En el acuerdo establecido con ellos deben explicitarse los objetivos de la investigación, mencionando que la motivación del acercamiento descansa en aumentar el conocimiento acerca de temas generales, no acerca de aquellos sucesos personales que incumben a la intimidad de las personas comprendidas en el estudio.

Los informantes se clasifican en tres tipos básicos:

- *Claves*: De acuerdo a la posición que ocupan (rol) en el ámbito comunitario (ej.: agente de programa social, presidenta de asociación vecinal, representante de un sector político, líder de iniciativas barriales).
- *Calificados*: De acuerdo al grado de información y/o conocimiento que manejan en temas que son de particular interés para el propósito del estudio (ej.: medio ambiente, alimentación, salud, vivienda).
- *Ocasionales*: Surgen a propósito de la interacción que se desarrolla en el ámbito comunitario, sin que medien en su elección criterios relacionados con el grado de conocimiento o con la posición que ocupan en la toma de decisiones comunitaria.
- *Clave*: Cualquiera de los tipos de informante mencionados puede servir además como medio para acceder a otros informantes, o bien al reconocimiento de ámbitos importantes para la interacción comunitaria.

Esta técnica, ampliamente utilizada en las ciencias sociales, debe ser objeto de algunas recomendaciones particulares cuando se trata acerca de su empleo en el ámbito de la interacción comunitaria.

Programación:

Los distintos momentos y oportunidades en los que el técnico puede obtener información, mediante técnicas como la observación o la entrevista comunitaria no surgen de una situación programada con antelación, como podría esperarse que ocurra a través de una relación planteada a través de un dispositivo clínico o experimental. Esto supone sostener una presencia que además dedique especial atención a las oportunidades que se presentan en el proceso de inserción comunitaria, y así aprovechar las posibilidades de obtener información mediante encuentros aparentemente casuales en los cuales pueden surgir datos de gran utilidad.

Ámbito:

El trabajo de campo se desarrolla en escenarios naturales definidos por el hábitat de la comunidad estudiada. Es esencial considerar el principio siguiente:

Es el investigador quien debe acomodarse a los sitios, horarios y rutinas de las personas con las cuales contacta, y no suponer que las personas observadas hallarán interés en acomodarse al ámbito o encuadre controlado y definido por quien investiga.

Esta cuestión, que puede plantear dificultades por la falta de condiciones mínimas para asegurar confianza, intimidad o privacidad entre entrevistador y entrevistado, ofrece sin embargo oportunidades para captar detalles de la vida de relación cotidiana y los determinantes ambientales, **que pasarían desapercibidos para el técnico si dispusiera de otros ámbitos para realizar la entrevista**. La entrevista en la plaza barrial, el club, la asociación vecinal, el centro polideportivo o la institución de tercera edad no sólo permiten contar con un marco para la realización de los encuentros. Ofrecen además una oportunidad para observar procesos que revelan datos acerca de la posición que ocupan personas e instituciones en el sistema de roles específico de cada comunidad.

Proceso:

En el vínculo entrevistador/entrevistado se acostumbra diferenciar entre entrevistas de inicio, de proceso y de cierre.

La entrevista de inicio coincide aquí con la presentación, a cargo del técnico, sobre el motivo que guía la realización de las mismas, explicitando toda aquella información que el referente comunitario plantee necesaria.

Las entrevistas de proceso suponen el establecimiento de una relación en la cual se van desarrollando vínculos de confianza entre las partes. La relación de confianza es a veces un requisito indispensable para que pueda profundizarse el nivel de inserción comunitaria y avan-

zar entonces en la etapa siguiente.

Las entrevistas de cierre tienen por objeto completar un ciclo de encuentro en el cual se explicita el grado de satisfacción de ambas partes, de acuerdo al tipo de expectativas con las que cada una de ellas estableció la relación.

Retiro del campo:

El abandono del campo resulta un tema difícil de determinar con precisión, pues se relaciona con la decisión adoptada por los investigadores de finalizar el relevamiento de datos. Dado que siempre es posible añadir una nueva pregunta u observación, metodólogos como Glaser y Strauss (1967) acuñaron el concepto de “*saturación teórica*” para describir aquel momento del trabajo de campo en el cual la inversión de tiempo comienza a tener ventajas decrecientes, dado que los nuevos datos comienzan a arrojar resultados demasiado similares a los que ya fueran relevados.

Bibliografía

- ANDER EGG, EZEQUIEL. *Técnicas de investigación social*. Editorial Hummanitas. Buenos Aires. 1971.
- TAYLOR, S. y BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós Estudio. Buenos Aires. 1986.
- SCHWARTZ, H. y JACOBS, JERRY. *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. Editorial Trillas. México. 1986

Guía Metodológica N° 3

Sondeo a informantes barriales

El objetivo de entrevistar a informantes barriales sirve a los siguientes fines:

- Identificar características socio ambientales relevantes de cada uno de los barrios de las localidades de Piñero y Sarandí en los cuales se realiza la presente investigación.
- Reconocer los aspectos más destacados de las familias que viven en dichos barrios.

Se tratará entonces de que el informante pueda dar su opinión calificada acerca del barrio, y la pregunta para obtener información sobre las características de la comunidad sería, por ejemplo:

Pregunta N° 1: ¿Cómo es el barrio?

Si bien se espera que el informante sea quien decida qué aspectos pueden definir mejor a la comunidad en la cual vive y actúa, alguno de los aspectos que pueden seleccionarse por su importancia son:

- Localización (Límites del barrio, vecindario, jurisdicción)
- Disponibilidad de servicios
- Nivel social
- Ocupación, desempleo
- Migración
- Nivel de educación formal

La pregunta para obtener información sobre la organización de la comunidad sería, por ejemplo:

Pregunta N° 2: ¿Cómo se organiza y participa la gente en la vida comunitaria?

Ejemplo:

- Asociaciones
- Tipos de liderazgo
- Grupos de representación política

La pregunta para obtener información sobre los recursos de la comunidad sería, por ejemplo:

Pregunta N° 3: ¿Con qué recursos cuenta la comunidad para proteger, atender o cuidar la salud de la gente que vive en el barrio?

Ejemplos:

- Formales: Centros de salud, dispensarios, clínicas, hospitales.
- Informales: Curanderos, espiritas, grupos de autoayuda.
- Líderes formales e informales

Y además...

Pregunta N° 4: ¿Con qué otros recursos cuenta la comunidad?

Ejemplos:

- Formales: Asistencia social, Educación, Empleo.
- Informales: Recreación, Sociedades de fomento, Vecinales.
- Líderes formales e informales.

La pregunta para obtener información sobre las características de las familias que viven en la comunidad sería, por ejemplo:

Pregunta N° 5: ¿Cómo son las familias que viven en el barrio?

- Tamaño promedio de las familias
- Agrupamiento en hogares (familia nuclear o extensa)
- Nivel de educación formal

Empleo

La pregunta para obtener información sobre las condiciones de subsistencia de las familias que viven en la comunidad sería, por ejemplo:

Pregunta N° 6: ¿De qué vive la gente del barrio?

Ejemplo:

- ¿Quiénes trabajan o aportan ingresos?
- ¿Dónde y cuándo trabajan?
- ¿De qué trabajan?

La pregunta para obtener información sobre el cuidado que las familias realizan en relación con su salud sería, por ejemplo:

Pregunta N° 7: ¿Cómo se cuida, atiende o promueve la salud en las familias del barrio?

Ejemplo:

- Utilización de los servicios formales e informales de salud
- Hábitos de alimentación
- Cuidados de higiene doméstica y prevención de accidentes
- Uso del tiempo libre

Guía de pautas

1. ¿Cómo es el barrio?
2. ¿Cómo se organiza y participa la gente del barrio?
3. ¿Con qué recursos cuenta la comunidad para proteger, atender o cuidar la salud de la gente que vive en el barrio?
4. ¿Con qué otros recursos cuenta la comunidad?
5. ¿Cómo son las familias que viven en el barrio?
6. ¿De qué vive la gente del barrio?
7. ¿Cómo se cuida, atiende o promueve la salud en las familias del barrio?

Guía Metodológica N° 4

La familia como unidad de estudio

Esta investigación analizará los comportamientos específicos de cuidado, promoción y recuperación de la salud que presentan las familias.

Al adoptar el criterio de seleccionar a la familia como unidad de reproducción física, social y cultural de los individuos pertenecientes a una determinada sociedad, se reconocen los siguientes aspectos:

- Que la reproducción generacional (procreación, cuidado y socialización de los niños) y la reproducción cotidiana (ciclo diario de producción y consumo de bienes o servicios para la subsistencia de sus miembros) se organizan en el contexto de la unidad familiar (Jelín, E. 1998).
- Que constituye una unidad de residencia en la cual se toman decisiones adaptativas de la vida cotidiana, según los condicionamientos propios del nivel socio-económico de pertenencia y los recursos disponibles en la comunidad (Schuffer et al. 1987).
- Que una de las funciones principales de la familia es preservar la salud de sus miembros, a través de prácticas elementales e indiferenciadas que comprenden la ayuda psicológica y social en cualquiera de las fases del proceso de salud/enfermedad.
- Que es en el ámbito de la familia donde se identifican y manifiestan situaciones patológicas, y se decide qué ayuda o asistencia buscar para su resolución.

Esto significa que en el aprendizaje de actitudes, creencias y conductas la familia actúa como principal formador, más allá del papel que posteriormente cumplan otras instituciones y personas significativas de la realidad social (ej.: escuela, vecindario).

Gran parte de las conductas que las personas aprenden en relación con la promoción, el cuidado y la recuperación de la salud se originan y/o mantienen en el contexto de las relaciones familiares. En el medio familiar, la identificación de problemas de salud da lugar a una respuesta que busca alguna forma de solución. Dado que es en el ámbito de las familias donde se cuida y promueve el proceso de crecimiento y desarrollo de los más pequeños, el papel de los progenitores es fundamental para analizar cómo se actúa ante los problemas visualizados de salud, y qué conductas de apoyo e intercambio se facilitan entre los adultos.

Esto, que puede observarse a partir del “corte transversal” de una familia en un determinado momento histórico, también debe entenderse para la reproducción (con variaciones) de pautas

sociales y culturales que así pueden transmitirse a lo largo del tiempo como parte del legado de una generación a la otra.

Para los propósitos de este estudio, se toma a la familia como “sistema”. Al tomar a la familia como un “sistema”, importa más el análisis de las interacciones entre sus miembros y la conducta “de rol” de cada uno de ellos que el análisis del comportamiento de cada uno de los individuos que lo componen.

Esto significa que, si tomamos los comportamientos relacionados con la alimentación, importará más reconocer cuál de los roles familiares goza de atribución para ocuparse de la selección, preparación o conservación de los alimentos, que analizar cuáles son las motivaciones, actitudes y valores de la persona singular que interioriza dicho rol y que participa circunstancialmente como informante.

Las funciones (ej.: cocinar) pueden ser intercambiadas por diferentes roles en distintas circunstancias, y hasta considerarse que ciertos roles (ej.: el rol del padre en culturas con ideologías machistas) son incompatibles con determinadas funciones (ej.: cocinar o planchar) de acuerdo a las pautas culturales que rigen para esa determinada sociedad.

Lo que resultará entonces de interés será, para los fines de esta investigación, explorar qué funciones cumple cada uno de los roles en ciertos aspectos clave (ej.: alimentación), y qué valoración le otorga cada familia a esta particular distribución de roles y funciones.

Exploración de las conductas

Una parte de la investigación irá dirigida a identificar y reconocer las conductas habituales de las familias en determinadas áreas que, se supone, guardan directa relación con la forma en que las familias cuidan y promueven su salud.

Estas áreas son:

- **Salud**
- **Alimentación**
- **Tiempo libre**
- **Higiene doméstica y prevención de accidentes**

La elección de estas áreas ha sido hecha porque en ellas la familia puede adquirir un rol decisivo en todos los comportamientos cotidianos que inciden sobre el cuidado y recuperación de la salud.

Al formularse o implementarse programas educativos o asistenciales con impacto social que tienen como destinatario focal a las familias, deben tomarse en cuenta las estrategias que la familia ponga en práctica como unidad de acción.

Como ejemplo, la eficacia de un programa alimentario o campaña educativa estará condicionada a las conductas que en tales familias se ponen en práctica, y que se estipulan como deseables. Esto supone un grado de aprendizaje cognitivo, afectivo y conductual que se traducirá en conductas y hábitos alimentarios cotidianos en los que cada uno de los miembros participará desde un rol propio y definido.

Dado que se trabajará sobre la identificación de comportamientos en salud, el estudio se orientará a las prácticas cotidianas que en el ámbito de las familias se realizan en cada una de las áreas antes mencionadas.

Es decir, cómo se seleccionan, preparan, cocinan o conservan los alimentos; cómo organizan la higiene del hogar y qué recaudos adoptan para evitar accidentes; cómo utilizan el tiempo libre y qué conductas de búsqueda de ayuda (y en qué ocasiones) realizan luego de identificados los problemas de salud.

Lo que las familias hacen deberá completarse con lo que las familias creen necesario hacer para proteger su salud, pero esto surgirá del relevamiento acerca de las creencias que justifiquen o legitimen la acción.

Exploración de las creencias

Complementariamente a la identificación de conductas familiares en las áreas antes mencionadas, la investigación se enfocará al reconocimiento de creencias y representaciones destinadas a validar las mismas dentro de un marco de referencia que permita a los sujetos orientarse en el contexto de la vida cotidiana.

Las creencias y representaciones se constituyen a partir del proceso de socialización e interacción de la persona con su medio ambiente socio-cultural. Son resultado de la tradición, los valores dominantes y las costumbres más difundidas en un determinado grupo social.

Estas creencias nos ofrecen un punto de vista a partir del cual poder situarnos y orientar nuestras decisiones cotidianas. Importa, no su hipotético carácter de falsas o verdaderas, sino el grado de eficacia que reflejen para ser aceptadas y transmitidas por la gente.

Nuestro comportamiento en materia de salud está fuertemente influido por las representaciones y las creencias de las personas significativas con las cuales interactuamos en procesos de mutua influencia social.

Respecto de la indagación de creencias en torno de los temas incluidos en la investigación, debemos señalar lo siguiente:

Los alimentos que ingerimos, sus formas de preparación, la combinación, higiene y conservación de los mismos está sustentada en creencias que refuerzan alguno de sus atributos porque promueven, protegen o ayudan a restablecer procesos alterados en materia de salud.

La investigación de estos comportamientos resulta fundamental en esta época de acelerados cambios y renovadas influencias sociales, en donde las personas están expuestas a múltiples estímulos (en los cuales la publicidad juega un papel muy importante) y la fuerza de la tradición se enfrenta a corrientes modernizadoras propias de nuevas demandas de la actividad económica (ej. : el tradicional guiso o asado versus los innumerables productos de comida rápida).

En el campo de la salud, las creencias nos orientan acerca de cuándo debemos preocuparnos por nuestra salud o la de terceros, qué formas de resolución buscar (autoayuda o búsqueda a terceros), quienes son valorados como referentes para resolver los problemas percibidos, a qué factores atribuir los procesos de mejoría.

Bibliografía

JELÍN, ELIZABETH. *Pan y afectos*. Fondo de Cultura Económica. México, 1998.

SCHUFFER, M. et al. *Estrategias familiares en relación a la atención de la salud*. Informe de investigación. Mimeo. 1987.

Guía Metodológica N° 5

Selección de familias tipo

Las ciencias sociales han legitimado una aproximación metodológica que hoy goza de gran difusión: la construcción de tipologías.

Este procedimiento se basa en la identificación de tipos ideales, intensificando uno o más rasgos tomados como esenciales y eliminando aquellos que se juzgan relativamente poco importantes para acercarse a la comprensión de fenómenos o sucesos particulares. Tal enfoque, que tiene valor heurístico, también permite orientar la selección de unidades de análisis y/o información, tales como las unidades familiares residentes en las zonas seleccionadas.

En la primera fase de esta investigación, de carácter cualitativa, la elaboración de una tipología familiar nos permitirá orientar la búsqueda de las familias concretas.

De esta manera, los datos que surjan del trabajo con dichas familias podrán ser tomados como indicativos de una probable tendencia de la población en su conjunto, aun cuando esto deba ser corroborado mediante técnicas de relevamiento poblacional.

La selección de aquellos rasgos o variables que sean discriminantes entre las distintas familias se ajustará a su probable asociación con el comportamiento que la población sigue en materia de salud. Además, deberá basarse en la información que ya se ha relevado de las unidades comunitarias (barrios), porque la familia tipo hay que referirla a lo que se presenta como mayoritario o dominante entre las mismas.

El método que se seguirá es el siguiente:

- 1. Los informantes describirán, según una serie de pautas discriminantes que le propone el entrevistador, cuáles son las características ue a juicio de ellos permitiría describir a las familias residentes en cada barrio.
- 2. El entrevistador elabora, siguiendo una metodología de análisis cualitativo (elaboración de matrices), una caracterización de la familia tipo correspondiente a cada barrio.
- 3. El entrevistador ajusta con los informantes (buscando cruzar la información de diferentes fuentes) el carácter ajustado de la tipología realizada.
- 4. El entrevistador se asegura que las familias tipo elaboradas tengan valor discriminante según la caracterización realizada de los distintos barrios.

El momento posterior es la identificación de aquellas familias concretas que respondan a esta tipología.

Deberá justificarse el empleo de dichos rasgos o variables discriminantes para el propósito que busca la investigación: identificar las distintas formas de cuidado, promoción y/o recuperación de la salud.

Un ejemplo podría ser el siguiente:

- a) **Familia numerosa** (más de cuatro hijos), con bajo nivel de instrucción, residente en hogar con necesidades básicas insatisfechas y que carece de cobertura a través de un seguro privado o semipúblico.
- b) **Familia de extensión intermedia** (entre dos y cuatro hijos), con nivel medio de instrucción, residente en hogar sin necesidades básicas insatisfechas y que ha tenido históricamente acceso a coberturas privadas y/o semipúblicas, pero que actualmente carece de ellas.
- c) **Familia reducida** (hasta dos hijos), con pareja conyugal estable, residente en hogar sin necesidades básicas insatisfechas y que presenta cobertura a través de un seguro privado o semipúblico.

Esta tipología deberá expresarse, finalmente, en una cédula de asentamiento de los datos básicos de la familia relevada para poder instalar una descripción de la misma según la tipología elaborada.

La familia nuclear es un grupo primario cuya principal función es ofrecer amparo y sostén en todas las etapas del ciclo vital. pero debemos observarla en relación con las redes de interacción que rebasan sus límites para abarcar a integrantes de la familia extensa (primos, tíos, cuñados, compadres, etc.) y otras personas o grupos cuyo papel puede ser muy importante en el momento de analizar el comportamiento de la familia estudiada. Es aquí en donde podemos ver la importante relación que puede establecerse entre el componente informal (redes familiares y sociales) y el componente formal dentro del sistema total de la salud.

Bibliografía

- MC. KINNEY, JOHN. *Tipología constructiva y teoría social*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1980.
- SCHUFFER, M. et al. "El cuidado de la salud en familias seleccionadas del Gran Buenos Aires". *Revista Medicina y Sociedad*. Número 3. Volumen 19. Abril-Junio 1992.

Guía Metodológica N° 6

Entrevista a familias

La entrevista en profundidad es una de las técnicas cualitativas más recomendadas para la recolección de datos en el ámbito social y comunitario.

La riqueza que contiene la información producida con esta técnica no ha podido ser superada, por la siguiente razón principal:

Se trata de una técnica que permite identificar cómo los actores estudiados significan, valoran, orientan y deciden las conductas que adoptan en respuesta a situaciones de la vida cotidiana.

Como técnica cualitativa que busca indagar en torno a la experiencia subjetiva, la entrevista en profundidad debe apoyarse en tres criterios juzgados como complementarios: la focalización, la flexibilidad y la tolerancia.

- La **focalización** descansa en el principio de que los objetivos de la investigación implican un cierto acotamiento y definición del tema en estudio. En otros términos, para poder avanzar en el conocimiento debe reconocerse un área que, suficientemente acotada, pueda ser objeto de indagación. Esto implica que, en la propia relación entre entrevistador/entrevistado, el intercambio de información se vaya ajustando progresivamente conforme se explicita y pone en común cuáles son los objetivos que persigue la investigación. El uso de guías de pautas sirve al propósito de focalizar el contenido de la entrevista, si bien esto presupone un cierto grado de conocimiento sobre las personas que serán entrevistadas.
- La **flexibilidad** descansa en el principio de que un diseño excesivamente estructurado limitará las posibilidades de generar información cuyo valor no ha podido ser anticipado con anterioridad por el propio investigador.
- La **tolerancia** supone aceptar las opiniones y valores que expresa el entrevistado como reflejo de la perspectiva que él mismo adopta sobre los hechos de la vida cotidiana, sin anteponerle a ello su juicio valorativo. Esto significa que el investigador no debe distorsionar los datos que releva porque contradicen sus supuestos o juicios valorativos. Debe, por el contrario, abstenerse de formular juicios de valor hasta el momento interpretativo, cuando deba efectuar una selección, procesamiento y síntesis del material relevado.

Una de las críticas más comunes al material recogido mediante esta técnica es que se basa en el intercambio verbal y, por lo tanto, susceptible de generar distorsiones, falseamientos o engaños que son propios de este tipo de relaciones. Tampoco resulta posible acompañar directamente a las personas en las situaciones de la vida cotidiana que ellos mismos describen, y que permitiría una comprensión más cabal de otros aspectos que el sujeto no sabe o no desea comunicar de sí mismo y de la situación en que se encuentra.

La existencia de estas limitaciones no implica abandonar el uso de esta técnica, pero induce a adoptar un sentido crítico respecto de la comprobación fáctica que debería seguirse para cada uno de los acontecimientos narrados en la entrevista.

Una alternativa es construir situaciones relajadas en las cuales el sujeto entrevistado se exprese confiada y libremente, evitando los sesgos que puede introducir el entrevistador mediante su presencia o bien por el estímulo que va promoviendo la fluencia del relato.

Principios técnicos básicos

Como reglas de la entrevista, tener presente:

► Contenidos

En el transcurso de una entrevista pueden surgir conflictos en torno al tratamiento de cuestiones que los entrevistados consideran transgresivas a la norma dominante: por ejemplo, conductas adictivas, comportamientos sexuales juzgados anormales, utilización de métodos de curación no tradicionales que puedan ser desaprobados por el “doctor” o “licenciado” que, se supone, indaga sobre temas que ya conoce.

► El modo de indagación

Una buena entrevista no induce ni condiciona la respuesta del entrevistado: permite que la gente se exprese sobre aquello que conoce, piensa o desea, sin verse forzada a responder para satisfacer los intereses o preocupaciones del entrevistado. En ella, el entrevistador funciona como elemento dinamizador o catalizador para que las personas respondan o se expresen de manera libre y confiada. Casi se diría, aunque exagerando los términos, que el entrevistador actúa como pantalla en blanco para que el entrevistado pueda expresar sus reales pensamientos, vivencias y emociones. Esto no debe desviar al entrevistado del establecimiento de lazos de afinidad e interés, básicos para que la relación social se exprese y posibilite la situación de entrevista, y que incluyen intervenciones de aliento. En muchas ocasiones pregunta de forma tal que el entrevistado termina expresando respuestas que, se presume, satisfarán al entrevistador, preguntas iniciadas con términos tales como: *¿No es cierto que...?* O bien expresiones que son rápidamente percibidas por el entrevistado como reflejo de los valores de quien le pregunta e inducen respuestas que, sesgadas por el estímulo, amenazan la validez de la información.

► Las circunstancias de realización

Resulta muy importante la circunstancia en que se desarrolla la entrevista, pues es muy diferente si la entrevista se realiza a solas (en condiciones adecuadas de privacidad) o en grupo (con la influencia interpersonal que ejercen quienes participan del grupo), o bien cuando se realiza en condiciones atípicas como el gabinete o consultorio profesional.

El entrevistador deberá entrenarse en el manejo de esta técnica en escenarios naturales, como puede ser el medio familiar o comunitario, dado que representa una oportunidad para obtener información desde diversas fuentes y en situaciones no programadas o acordadas por ambas partes.

El entrevistador deberá orientarse por una guía de pautas, que le permita tener en cuenta con suficiente claridad cuáles son los temas que deberán estar presentes, no importa en qué orden se presenten durante la relación de entrevista.

El lenguaje, el tono de voz, la postura corporal e incluso el vestuario con que el entrevistador se presenta pueden incidir en las respuestas que obtiene de parte del entrevistado. Pero fundamentalmente son motivo de sesgo que afectan la validez de la información: a) aquello que se pregunta; b) cómo se pregunta; c) la oportunidad elegida para formular dicha pregunta.

► Disposición interesada

Acá debemos reconocer un aspecto importante: el entrevistado debe sentir que es protagonista principal de la relación, que su relato o sus respuestas son aquello que en ese momento tiene la mayor importancia, y que el entrevistador tiene un sincero interés en lo que él se encuentra expresando.

Es claro que cuando el entrevistador está más preocupado en responder al entrevistado que en indagar más y mejor sobre lo que éste dice, o cuando no puede resignar el lugar de ser centro de la atención y obtura el relato de su entrevistado, el mal empleo de la técnica no contribuirá al propósito buscado, y la información relevada perderá riqueza y calidad.

Como recomendación, resulta propicio dejarse envolver por el clima o la atmósfera de relación que se mantiene con la persona contactada, y establecer las preguntas o intervenciones como parte de la relación fluida que se establece entre ambos. Poner atención en el relato que se está escuchando, pues muy pronto aparecerá el interés por conocer más y mejor los pormenores que faciliten una mejor comprensión del mismo. Comprobará que en el relato de la persona se conjugan elementos dramáticos que lo hacen particularmente interesante, porque se trata de una experiencia única e intransferible que no tiene sustitución exacta por ninguna otra. En ese relato irán apareciendo también aquellos aspectos que son también comunes a los de otras personas, y que permiten enlazarlo y comprenderlo en el marco de un universo simbólico mayor.

► **Objetivos claros**

En el relato se irán sucediendo temas que probablemente confundan al entrevistador, quien ya participa de una relación sostenida en elementos afectivos. El riesgo que esto implica es la suma de digresiones, los comentarios divagantes, sin responder a un objetivo y sin generar nueva información. Establecer claramente los objetivos de la entrevista, y cómo ellos contribuyen al propósito más general de la investigación, es la mejor recomendación para facilitar la concentración y evitar dispersiones en el relato.

► **Empatía y escucha**

Una de las condiciones fundamentales para la implementación de esta técnica es el logro de un vínculo o *rappor*t adecuado, que dé confianza al entrevistado y estimule su participación. Este vínculo facilitará indagar sobre algunos temas menos accesibles, y permitirá ir disipando la desconfianza que a menudo subyace en una relación que mantiene cierto nivel de ambigüedad.

La identificación y selección de los informantes debería concretarse luego de haberse interiorizado acerca de cuáles son las características principales del escenario en el que se ha insertado.

Una de las claves para la comprensión de cómo las personas significan y valoran situaciones o procesos de la vida cotidiana es mediante el análisis del lenguaje usado por los informantes. A menudo conforman un código cuya finalidad última es lograr que la comunicación no trascienda la esfera del pequeño grupo, alejando al observador poco familiarizado con la situación. De allí que sea necesario examinar el lenguaje de acuerdo a los supuestos e intenciones de quienes lo usan, no como una descripción objetiva de la realidad.

► **Confiabilidad del registro**

Es fundamental establecer registro del material informativo que se releva, porque el dato cualitativo tiene valor íntegro por su singularidad. No se lo puede resumir fácilmente, porque pierde su fuerza expresiva, o ser testimonio de una posición singular ante cuestiones muy específicas. Pero este registro no puede realizarse poniendo en riesgo la relación de confianza establecida, o inhibir al entrevistado en la expresión de sus ideas. De allí que se recomiende plantear la solicitud y explicación de los motivos del registro, o bien su anulación cuando esto perjudica la relación.

Bibliografía

- BINGHAM, VAN DYKE y MOORE. *Cómo entrevistar*. RIALP. Madrid. 1987.
 PADUA, JORGE. *Técnicas de investigación social*. Fondo de Cultura Económica. México. 1978.



Propuesta de actividad comunitaria

Concepción de la Salud

Esta es una propuesta de actividad comunitaria que el cursante del Posgrado podrá realizar con los restantes integrantes de equipo del centro de salud que deseen participar y con parte de la comunidad del área programática donde desarrolle su beca.

El **contenido** a trabajar es: **Concepción de la Salud.**

El **objetivo general** de esta actividad es:

- ☐ Construir participativamente, la concepción de salud entre la comunidad y el equipo de salud del Centro de Salud del primer nivel (CAPS) donde se capacita el becario.

Los **propósitos docentes** son:

- ☐ Propiciar un espacio de encuentro con la comunidad del área programática para reflexionar acerca de valores inherentes a la persona.
- ☐ Promover el vínculo con el Centro de Salud donde el becario realiza su capacitación.
- ☐ Acercar al participante a los saberes comunitarios.
- ☐ Posicionar al cursante y al equipo de salud como un actor más en la dinámica barrial.

Metodología propuesta

En el taller, pues, circulan horizontalmente los saberes (conocimientos, representaciones, creencias, mitos) de todos los participantes. La modalidad de trabajo es grupal, y puede realizarse con parte de la comunidad.



Le proponemos que realice la convocatoria con previo conocimiento de espacios preexistentes de participación barrial (escuela, sociedad de fomento, comedor comunitario, iglesia o en la sala de espera del centro de salud). Si estos espacios ya existen, le sugerimos acercar una propuesta del encuentro para consensuar con los referentes barriales, la convocatoria, los contenidos, la metodología. Si no existieran, se podrá propiciar el encuentro desde el equipo de salud, con la difusión de la propuesta a través de todos los espacios de atención del centro de salud y por diferentes medios (carteles, volantes, boca a boca) .

La actividad barrial podría planificarse en cuatro **momentos**:

1. Presentación de los participantes: todos se presentan utilizando alguna técnica participativa que distienda y cree un ambiente propicio para la reflexión (Ej.: presentación por parejas: una persona presenta a la otra diciendo su nombre y lo que más le gusta hacer). Este momento es importante para que el del posgrado sea presentado a la población del barrio.
2. Presentación del contenido a trabajar: Ud. elige una pregunta.
Por ej.: **¿Qué es estar sanos?**, o **¿Qué es tener salud?**, o **¿Qué es ser sanos?**
Luego, puede contar la metodología que va a utilizar; por ejemplo: “debatiremos en pequeños grupos, y recortaremos de revistas y diarios figuras y/o palabras que puedan definir la salud y las pondremos en un ‘cartel’ (papelógrafo) para ser compartidas en el último momento de puesta en común de lo producido”.
3. Trabajo en pequeños grupos. En esta instancia retoma las preguntas planteadas en el momento anterior. Tienen que estar previstos los materiales necesarios para trabajar: revistas, diarios, folletos de medicamentos, papel afiche, marcadores, goma de pegar, y lo que imagine pueda utilizar.
4. Puesta en común de lo trabajado: En este último momento cada pequeño grupo cuenta qué es la salud para ellos y la persona designada como coordinador del taller irá registrando en un cartel general los conceptos que van apareciendo hasta conceptualizar la salud y sus determinantes. Al terminar el taller se deben escuchar propuestas y demandas comunitarias, que se pueden tomar para evaluar con el equipo y pensar las posibles respuestas a ellas.
El cartel construido entre todos podría exponerse en el centro de salud, o en otra institución barrial, si el grupo estuviese de acuerdo.

Evaluación de la actividad

Es importante no obviar este momento. Tanto con la participación de la comunidad como los miembros del Equipo de Salud.



Algunas consideraciones generales:

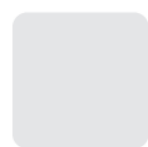
La planificación de las actividades barriales es importante porque ordena y facilita el logro de los objetivos, permite distribuir los roles (quién registra, quién coordina, quien expone), definir previamente el tiempo que se va a dedicar a cada momento (para poder cumplir los objetivos del encuentro) y sobre todo para los integrantes del equipo de salud que no desarrollan muy frecuentemente este tipo de acciones.

Por supuesto, todo lo planificado se pone en juego en el momento del encuentro con la gente y pueden aparecer cambios según el grupo lo proponga .

Es importante tener en cuenta que puede haber participantes que no sepan leer y/o escribir.



Bibliografía



Bibliografía utilizada

- Abed, Luis C. “*La enfermedad en la Historia*”. Universidad de Córdoba. Tesis de doctorado. 1993.
- Aguirre, Patricia; *Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido*. Fundación CLACYD- Córdoba. 2004.
- *Aportes para el desarrollo Humano de la Argentina*. PNUD. 2004.
- Barton, L (comp.). *Discapacidad y sociedad*. Ediciones Morata. Madrid. 1996.
- Bello, Julio y de Lellis, Martín; *Modelo Social de prácticas en Salud*. Proa XXI Editores. 2001.
- Evans, Timothy y cols. *Desafíos a la falta de equidad en salud*. Introducción y capítulos 1, 2 y 4. Publicación Científica y Técnica N° 585. OPS.
- González García, Ginés. *El sistema de salud en la Argentina*. Colección Temas Económicos y sociales. Fundación Omega Seguros. 26 de junio de 1997.
- González García, Ginés. y Tobar, Federico. *La salud de los argentinos*. Ediciones I Salud. Buenos Aires, 1997.
- González García, Ginés. Conferencia del Sr. Ministro de Salud de la Nación en el encuentro regional “La estrategia de APS en el centro de la escena”. Paso de la Patria, Pcia. de Corrientes, 31 de octubre de 2003.
- Grodos, D. y col. *Las intervenciones sanitarias selectivas*. Cuadernos Médico Sociales. N° 46: Diciembre de 1988.
- Herzlich, C.y cols *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
- Huergo, Jorge y cols.; *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.
- Kalinsky, Beatriz y Arrúe, Wille. *Claves antropológicas de la salud*. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires. 1997.
- Kliksberg, Bernardo. *Las caras de la Pobreza en América Latina*. Entrevista. Texto on line. 27 de septiembre de 2002 en la Sección Entrevistas <http://www.americaeconomica.com>
- Kliksberg, Bernardo; *La situación social de América Latina*. Centro de integración regional. Uruguay.

- Kroeger, Axel y Luna, Rolando (comp.); Cap 2: “Contexto sociocultural”. En: *Atención primaria de la salud, principios y métodos*. México. OPS/Pax 2da edición. 1992
- Last, John. Diccionario de Epidemiología. International Epidemiological Association. Oxford University Press. 1983.
- Lalonde, Marc; “El concepto de ‘campo de la salud’: una perspectiva canadiense”. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Primera sección. Desarrollo de la estructura. Publicación Científica N° 557 – OPS, 1996.
- Ministerio de Salud de la Nación – UNICEF. *Mortalidad materna. Un problema de salud pública y derechos humanos*. 2003
- Ministerio de Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Situación de la Salud en Argentina*. 2003
- Necchi, Silvia. “Distintos Actores sociales frente a su cuerpo”. En: *Medicina y Sociedad*. Vol. 15 N° 4. Octubre – diciembre, 1992.
- OPS – OMS. “Participación social en el desarrollo de la Salud”. Serie *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*. Washington DC, 1993.
- OMS Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO- Europe .2003.
- OPS – OMS – Universidad de Antioquía. *Análisis de la situación de salud de la población desplazada y estrato 1 en Medellín*. 2002.
- OPS - OMS. *Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. N° 41. 1999.
- OPS. 44° Consejo Directivo. 55° Sesión del Comité Regional. LA FAMILIA Y LA SALUD. 2003
- Prece, Graciela y cols; *Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar*. Editorial Biblos. 1996.
- Ramos, Silvina y cols. Para que cada muerte materna importe. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/CEDES. Buenos Aires. 2004.
- Rodríguez, Carlos A. *Salud y trabajo. La situación de los trabajadores en la Argentina*. Centro editor de América Latina / OIT. PIACT. 1990.
- Sonis, Abraham. “Equidad y salud. En: *Revista medicina y sociedad*. Vol. 23. N° 4. 2000.
- Torres, Rubén. *Atención Primaria de la Salud. Nuevas dimensiones*. Ediciones I Salud. N° 3. 2001.
- Wallace, S. P. y Enriquez – Haass V. *Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos*. 2001.

Bibliografía ampliatoria

- Ashton, S. y Seymour, H. *La nueva Salud Pública*. Editorial Masson Salvat. 1990.
- Chen, L. Y col. *Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización*. En: OPS. Desafío a la falta de equidad en la salud. Washington. 2002.
- Cochrane, R. *La creación social de la enfermedad mental*. Introducción. Nueva Visión. 1991.
- Evans, R. y col. “La matriz social y cultural de la enfermedad mental”. En: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Editorial Díaz de Santos. Madrid, 1996.
- Frankel, D. ; “*Hacia una definición participativa en Salud*”. En: *Cuadernos Médico Sociales*. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Nro. 44. páginas 65 a 67. Junio 1998.
- Maglio, Francisco; “Fundamentación y contenido de la medicina antropológica, una mirada reflexiva del modelo”. En: *La crisis del modelo médico hegemónico actual*. Sociedad de Medicina Antropológica. 2001.
- Moreno, Elsa y cols. *Calidad y cobertura de la APS*. 2004. Universidad Nacional de Tucumán. Tucumán. 1998.
- Morín, Edgar; *Ética y Globalización*. Conferencia realizada en el Seminario Internacional: “Los desafíos Éticos del Desarrollo”. Bs. As., 5 y 6 de Septiembre de 2002

■ **Autores:**

Académico Abraam Sonis

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina.

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Maimónides

Dr. Julio N. Bello

Director de la Maestría en Administración de Salud de la Universidad

Maimónides. Ex Subsecretario de Desarrollo Humano y Familia de la Nación

Mg. Martín De Lellis

Asesor técnico de la SS de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización

Sanitaria. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Coordinador

Académico de la Maestría en Administración en Salud. Universidad

Maimónides.

■ **Colaboradores:**

Lic. Rosa María Borrell

Consultora en Recursos Humanos OPS/OMS

■ **Responsable Editorial:**

Dra. Mariela Rossen

■ **Diseño Didáctico:**

Dra. María Cristina Davini

Lic. Claudia Lomagno

Lic. Cristina Gorosito

Lic. Alejandra Bello

Lic. Claudia Lázaro

■ **Asesoramiento Académico:**

Dra. María Luisa Ageitos

Lic. Amanda Galli

Acad. Abraam Sonis

■ **Producción creativa:**

Lic. Alejandra Bello

■ **Diseño gráfico:**

Cristián Fèvre

■ **Imprenta:**

Cristián Fèvre

■ **Agradecimientos:**

- Agradecemos el apoyo y la colaboración brindados por la Organización Panamericana de la Salud.
- Agradecemos a la editorial PROA XXI Editores el haber permitido la publicación de las guías metodológicas.



Programa de Equipos Comunitarios

República Argentina 
salud.gob.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación