

Curso en Salud Social y Comunitaria

SALUD Y SOCIEDAD

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Curso en Salud Social y Comunitaria

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INDICE

<i>Presentación del material</i>	11
<i>Unidad 1. El concepto de salud</i>	15
<i>Unidad 2. La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)....</i>	35
<i>Unidad 3. Una visión intercultural de la salud.....</i>	59
<i>Bibliografía General.....</i>	79

Salud y Sociedad

Para Elvira Ruiz, comprometida luchadora, que acompañó en su recorrido a los equipos de salud de Santiago del Estero.

(...) en nuestro vivir y caminar diariamente desempeñandonos en esta función como agente sanitario, agente de salud (equipo interdisciplinario) ... nació con el tiempo el amor, la entrega hacia nuestro prójimo, con el compromiso de llevarlo adelante ... por que no solamente aprendimos a tomar mate en la comunidad, sino también aprendimos a compartir dolores y tristezas, aflicciones, desesperanzas, dolor físico y espiritual...

Cuando nos esperan, con la esperanza quizás que mágicamente llevamos la ayuda, la voz del amigo, la palabra cierta y justa que respetan porque los sabemos escuchar (...)

Ser agente sanitario no es cualquier cosa, ni fácil, significa muchas cosas que no se pueden explicar...estamos haciendo Patria con la esperanza de un mundo mejor, aun falta mucho, pero lo importante es continuar...

Noemí del Valle García
Agente Sanitario UPA N° 6 SMATA
Santiago del Estero

Presentación del material

Este material integra el Curso en Salud Social y Comunitaria y está elaborado para acompañar el desarrollo del proceso aprendizaje de cada participante. Intenta brindar elementos para el estudio y la reflexión acerca de las prácticas de salud en el contexto de la comunidad.

Tiene como objetivo introducirte en la problematización de algunos conceptos básicos, que utilizamos cotidianamente de modo *natural*. Así, hablamos de **salud**, de **enfermedad**, de **condiciones de vida**, **causas de enfermedad** y de **consecuencias para la salud**, muchas veces sin prestar atención a los distintos significados que adoptan estos términos para las personas con las que hablamos.

Esperamos que este curso contribuya a tomar conciencia de que la estrategia de APS - como articuladora de todo el sistema sanitario - tiene el propósito de garantizar la salud dando una respuesta integral a las necesidades y problemas, mejorando la calidad de vida de todos los grupos sociales.

En esta oportunidad nos referiremos a:

- ◎ las concepciones de **salud**
- ◎ las ideas acerca de la **enfermedad**
- ◎ las múltiples causas o **determinantes de salud y/o enfermedad**
- ◎ las prácticas de **promoción de la salud**
- ◎ las acciones de **prevención de la enfermedad**
- ◎ la **estrategia de Atención Primaria de la Salud**

Los ejes de trabajo pueden sintetizarse en las siguientes preguntas:

- ◎ ¿Todos utilizamos el mismo concepto de salud? Es decir, ¿todos entendemos lo mismo cuando decimos que alguien está *sano*?, ¿y cuándo decimos que alguien está *enfermo*?
- ◎ ¿Qué cuestiones inciden en la salud de los integrantes de una comunidad?, ¿son las mismas para todas las poblaciones?
- ◎ ¿Qué se propone la estrategia de Atención Primaria de la Salud?
- ◎ ¿Cómo está organizado el primer nivel de atención?
- ◎ ¿Cuál es la relación que mantiene el sistema de salud con las comunidades que utilizan las llamadas *medicinas tradicionales*?
- ◎ ¿Algunas comunidades encuentran barreras en el acceso a la salud?
- ◎ Las condiciones de vida de una comunidad ¿influyen en la aparición de determinadas enfermedades?

Para contribuir a la lectura, hemos organizado el contenido en tres unidades didácticas, en las cuales encontrarás los contenidos desarrollados progresivamente, a saber:

Unidad 1: El concepto de salud y sus determinantes

Unidad 2: La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)

Unidad 3: Una visión intercultural de la salud

También encontrarás:

- Textos seleccionados, artículos y diversas lecturas
- Actividades que promueven la integración de los conocimientos
- Actividades de reflexión con la utilización de casos y resolución de problemas

El desarrollo de los contenidos de este material estará acompañado por íconos que permitirán identificar los distintos tipos de textos y actividades:



Esta es tu guía de trabajo. Por lo tanto, podés subrayarla, anotar tus dudas, nuevas explicaciones, comentarios, completar la información que aquí se encuentra, etc.

Actividad



Más información



Importante



Para compartir



Recomendación



Definición



Ejemplo



Objetivos del material

Al completar el estudio y actividades de este material, estarás en condiciones de:

- ◎ Reconocer diferentes concepciones y significados de los términos *salud* y *enfermedad*.
- ◎ Identificar los determinantes del proceso salud-enfermedad, tanto para la salud de los individuos como de las comunidades.
- ◎ Valorar las prácticas referidas al cuidado de la salud y la medicina tradicional utilizada por los pueblos indígenas.
- ◎ Identificar las barreras sociales, geográficas, económicas, culturales y de género a la equidad en salud.
- ◎ Promover acciones destinadas a fortalecer la prevención, cuidado y recuperación de la salud de la comunidad.

Unidad N° 1

El concepto de Salud

El concepto de Salud

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

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

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

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

Al finalizar esta unidad podrás:

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

¿Qué entendemos por salud?

ACTIVIDAD

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

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

.....
.....



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

.....
.....



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

.....
.....

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



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

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

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

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

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

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

Entonces, nos podemos preguntar:

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

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

ACTIVIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Veamos un ejemplo para reflexionar:



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

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

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

Un poco de historia sobre el desarrollo del concepto de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El concepto de *campo de la salud*

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

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

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

I. 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 Nfl 557, Págs.
3-5. 1996

A continuación te presentamos algunas citas del informe original²:

Biología humana

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

Medio ambiente

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

Estilo de vida

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

Organización de la atención de salud

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

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

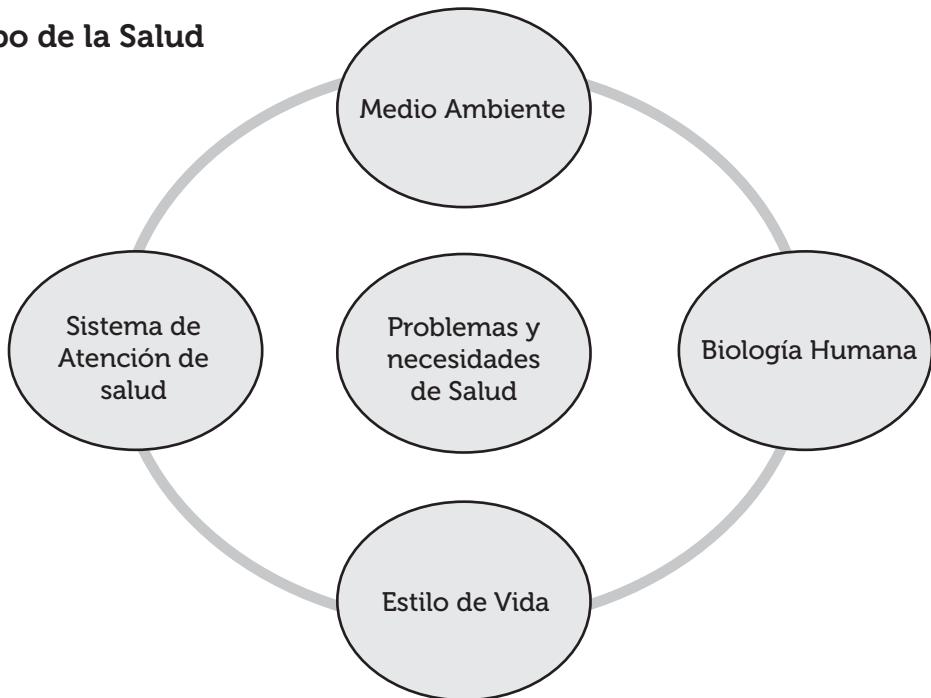
Así, el concepto de *campo de la salud* se constituyó en un instrumento para el análisis de los problemas y de las necesidades de salud pública, brindando un modelo sencillo de análisis de los problemas de salud para una población.

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

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

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

Campo de la Salud



ACTIVIDAD

Te proponemos reflexionar a través de un caso:

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

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

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

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

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

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

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



La salud desde un enfoque *ecosistémico*

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

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

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

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

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

Esta línea de pensamiento introduce la idea del *desarrollo sostenible*, entendido como *el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades*. Hombres y mujeres, la humanidad toda, están en el centro de los intereses del desarrollo sostenible. Es imposible mejorar el ambiente sin incluir a los seres humanos, junto con los inherentes problemas sociales, culturales y económicos, en relación con los recursos

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

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

La salud desde un enfoque de género

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

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

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

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

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

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

Los determinantes de la salud

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

Ramón Carrillo

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

En este sentido, resulta difícil separar la descripción y explicación que se tenga acerca de la situación de salud de una población desde las cuales un sujeto o un grupo describen y explican³ estos fenómenos. De este modo, la situación de salud de un determinado grupo de población es el resultado de un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor determinado.

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

Según la Carta de Ottawa⁴, las condiciones y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por ello, la Carta de Ottawa también señala⁶:

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

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

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

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

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

La Organización Mundial de la Salud⁷ define a los **Determinantes de la Salud** de la siguiente forma:



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

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

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

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

Existen diversos modelos conceptuales que permiten comprender la relación entre los determinantes sociales de la salud y las inequidades observadas⁹. Veamos a continuación, un esquema¹⁰.

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

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

9. Secretaría técnica de CSDH, "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", Abril de 2007.

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



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

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

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

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

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

estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal¹¹.

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

Según Breilh¹²:

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

ACTIVIDAD

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

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

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

.....
.....

Aspectos referidos a la Familia:

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

.....
.....

Aspectos referidos al Trabajo:

¿En qué trabajan los integrantes de la comunidad?

.....
.....



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

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

Aspectos referidos a la Niñez:

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

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

.....
.....

Aspectos referidos a la Escolarización:

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

Los adolescentes y jóvenes ¿asisten a las escuelas?

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

.....
.....

Alimentación:

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

¿Tienen alguna producción familiar o comunitaria de alimentos?

.....
.....

Seguridad Social:

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

.....
.....

Esparcimiento:

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

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

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

.....
.....

Otra información significativa que quieras agregar:

.....
.....

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

Comparte la información con tus compañeros y el tutor.



Sintetizando...

En esta unidad desarrollamos las siguientes ideas:

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

Unidad N° 2

La estrategia de Atención
Primaria de la Salud

Introducción

Tal como vimos en la Unidad 1, las personas conciben su propia salud de modos diversos, como producto de todo lo que el hombre hace y sabe, condicionados también por variables sociales que interfieren en la definición de cómo será la salud de una comunidad en un momento histórico determinado.

El **rol del Estado** es primordial para proteger el derecho a la salud. A través del diseño de políticas sanitarias y de lineamientos ejercidos por el Ministerio de Salud de la Nación.

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la **asistencia**, la **prevención** de enfermedades, la **promoción** y la **rehabilitación** de la salud.

En esta unidad presentaremos algunos conceptos básicos de la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS)**.

Según Ginés González García, la estrategia de Atención Primaria de la Salud *puede ser la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, con equidad y justicia social*¹.

El propósito de la atención primaria de la salud es mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.

Por lo tanto, para la EAPS es decisivo asegurar el vínculo entre la comunidad y el equipo de salud, la articulación con las redes locales, alcanzando desde el sistema sanitario los hogares, permitiendo conocer la realidad social y las condiciones de salud de la población favoreciendo así otras formas de organización al interior del equipo de salud.

Al finalizar esta unidad podrás:

- Reconocer a la APS como una estrategia integral e integrada de asistencia, promoción y prevención en el contexto comunitario.
- Identificar acciones que intenten mejorar la accesibilidad a la atención de la salud.
- Valorizar el rol de las instituciones, servicios y actividades de articulación en los distintos niveles de atención.

Las líneas de trabajo impulsadas con esta estrategia buscan **superar las barreras de acceso a la atención** e integrar las acciones de **promoción** y **prevención** en el día a día

¹. GINÉS GONZÁLEZ GARCIA, RUBÉN TORRES, "Políticas de Salud". Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5. Buenos Aires, 1º Edición.2005

de los equipos de salud, como así también fortalecer la **participación comunitaria** como un elemento clave en el acceso a la salud y en la toma de decisiones de sujetos libres y soberanos, que puedan ejercer una verdadera ciudadanía.

La propuesta de la estrategia de Atención Primaria de la Salud impulsó la revisión de muchos conceptos tradicionales sobre **salud y enfermedad**. Pero también puso en revisión las **prácticas personales e institucionales** de los equipos de salud y el modo en que las naciones **enfocan y organizan el sistema de atención de la salud de la población**.

La conformación actual del sistema de salud es el resultado de la historia sanitaria de nuestro país. Para aproximarnos al desarrollo del concepto de APS creemos conveniente situarnos en el contexto de nuestro sistema de salud.

¿Cómo está organizada la atención de la salud en nuestro país?

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS / OMS, 1986)².

Entonces, la atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

Primer Nivel de Atención³

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud.

Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta -*demandas espontáneas de morbilidad percibida*-. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud -*demandas oculta*- que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, pero

2. La Organización Mundial de la Salud, OMS - La Organización Panamericana de la Salud, OPS

3. Lineamientos del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer nivel de atención- Ministerio de Salud de la Nación- Julio de 2009.

también revisa las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad.

Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios y los CICs. En nuestro país, también se ha incluido en algunos casos a los consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática.

Es importante tener en cuenta que el primer nivel de atención es el lugar donde se desarrolla *tu tarea hoy*. Que tiene una especificidad que requiere **trabajar en equipo y pensar críticamente sobre el hacer cotidiano**. Los problemas de salud que se observan en este lugar de trabajo, son socialmente complejos y contienen las características de las condiciones de vida del propio lugar. Este es el desafío del equipo: ampliar su mirada y su concepción sobre la salud.

La mayor parte de los problemas de salud que se consultan en el centro se pueden resolver **allí**, por lo general son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la población y son habitualmente el 90% de los llamados **problemas prevalentes de salud**.

Segundo nivel de atención

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando derivamos a una persona al segundo nivel hablamos de *referencia* y lo hacemos con el acompañamiento correspondiente, personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

Tercer nivel de atención

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatoanatomía.

Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.

Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada.

ACTIVIDAD

Te proponemos realizar un ejercicio de reconocimiento tomando como punto de partida tu lugar de trabajo o el efecto del primer nivel más próximo. Anotá en este esquema el nombre del efecto de cada nivel más próximo. Si necesitás, podés pedir información a tu tutor o a algún compañero del equipo de salud.



Conservá la actividad para compartirla en la próxima reunión con el tutor.

Programas de Salud

Situándonos en el primer nivel de atención, en cada jurisdicción existen programas nacionales, provinciales y municipales que instrumentan las políticas de salud.

ACTIVIDAD

Te proponemos que indagues cuáles son los programas que se implementan en tu CS, buscando información sobre:

- en qué consisten,
- a quién o quiénes estarán dirigidos,
- si distribuyen insumos, de qué tipo son,
- si tienen registros específicos,
- si tienen referentes del programa/s en el equipo de salud,
- si fueron capacitados o informados para utilizarlos.
- qué dependencia tienen (municipal, provincial, nacional)

Luego armá una lista con ellos.

Te proponemos que en la próxima reunión con el tutor retomes la lista:

Entonces, ¿con qué recursos cuenta el CS para desarrollar las acciones de promoción, prevención y asistencia de la salud?
Conversa con tus compañeros sobre los recursos que tenés a disposición para llevar a cabo la tarea diaria.

¿Te animás a armar un dibujo o un afiche para mostrar en el Centro? Juntá toda la información sobre los programas y manos a la obra!!

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante diferentes programas nacionales. Algunos apuntan a fortalecer los objetivos del primer nivel de atención, sea a través de la formación de recursos humanos, o bien a través de la provisión de insumos o medicamentos.

*Es importante que identifiques qué dependencia tienen los programas que se implementan en el Centro: **nacional, provincial o municipal**. Esta información te será útil a la hora de gestionar o realizar reclamos y saber a quién dirigirte para encontrar la solución a un problema.*





ACTIVIDAD

Análisis de un caso

Te proponemos que leas este caso:

El Centro de Salud de un barrio en las afueras de la ciudad, tiene un vecino especial: el BASURAL, un predio extenso, con varios metros de altura y 6 de profundidad, en el cual se deposita mucha basura diariamente.

La población del barrio, niños y mujeres, trabajan en el basural. Son frecuentes las quemas a cielo abierto de basura, ocasionando mayor contaminación.

Cada mes consultan al establecimiento muchos integrantes de la comunidad que realizan trabajos con la basura, muchos sin vacunación ni controles de salud previos, situación relacionada -entre otras cuestiones- con la falta de contacto con el equipo de salud.

Para trabajar con el equipo y/o tutor

- ¿Qué vinculación encuentran entre las consultas que llegan al centro y la presencia de tantos residuos al aire libre?
- ¿Cómo repercute en la salud la manipulación de los residuos?
- ¿Qué otras consultas podrían llegar al centro? Convérsalo con tus compañeros de equipo.



Prácticas de salud

Cuando hablamos de prácticas de salud nos referimos a **un proceso que combina conocimientos y acciones en torno a la asistencia, la promoción y la prevención de la salud** y no exclusivamente a las acciones que llevan adelante los profesionales de la salud.

Estas acciones no sólo incluyen conocimientos técnicos específicos sino que también incluyen pensamientos, hábitos, creencias, valoraciones, sentimientos y comportamientos.

En el primer nivel de atención el **amor** y el **compromiso por la tarea** como la **escucha activa** son condiciones básicas necesarias para poder contener a las personas,

conocer sus sufrimientos y necesidades. Muchas veces, el equipo desde lo académico/científico no puede dar respuesta a todos los padecimientos, y claro está, que hay habilidades que se desarrollan por la propia experiencia y por la participación y el enriquecimiento mutuo dentro del equipo.

En el primer nivel las **prácticas asistenciales** son particulares (cuando hablamos de prácticas asistenciales nos referimos a la atención de los problemas de salud en cualquiera de los niveles de atención), la **atención** dentro del centro de salud la realiza cualquier integrante del equipo: si es un médico atenderá una consulta por enfermedad o por un control de salud- por ejemplo-; si es un administrativo también atiende cuando le consultan horarios para turnos, o le comentan problemas o dificultades personales o familiares. Si es un agente sanitario también está atendiendo al escuchar necesidades o pedidos de la población del barrio.

Todas las **actividades extramuros** son-por tanto-también prácticas de atención. Así como las **reuniones de equipo** en las que se trabajan problemas de salud individuales, familiares o comunitarios⁴.

Si nos referimos a las **prácticas de promoción de la salud** hablamos de los procesos que estimulan las prácticas saludables, sea en forma individual y especialmente colectiva, favoreciendo la participación social y la construcción de ciudadanía y revalorizando los recursos que la comunidad tiene para la resolución de problemas de salud. A través de ellas, se impulsa la acción comunitaria y se proponen espacios de encuentro, donde la comunidad se involucra definiendo sus problemas y preocupaciones.

Todas las prácticas de promoción, como la recreación, las actividades deportivas, los juegos, el cuidado del ambiente, las huertas comunitarias, pueden considerarse también prácticas de prevención de enfermedades en la medida que fortalecen las “causas” de la salud.

“en un barrio la población decide que es necesario tener un espacio de encuentro y recreación para la gente del lugar, con música, espacios para hablar y escuchar, actividades recreativas o deportivas. Se está trabajando en prevención del aislamiento, el sedentarismo, la hipertensión, la diabetes y promoviendo modos de vida más saludables”

Los niveles de **prevención** se clasifican en:

- Prevención primaria: El conjunto de medidas y actividades tendientes a la prevención de la enfermedad. Teniendo como objetivo reducir la *incidencia* del problema de salud en la población, detectando y neutralizando las condiciones que implican riesgo
La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un período determinado.



4. Lineamientos del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer nivel de atención- Ministerio de Salud de la Nación- Julio de 2009



Trabajar participativamente para obtener agua segura y suficiente.

- Prevención secundaria: El conjunto de medidas y actividades tendientes a reducir la incidencia de un problema de salud a través de su diagnóstico precoz y una intervención efectiva, disminuyendo las consecuencias que trae aparejada la enfermedad.



La realización del Papanicolaou -detección temprana de cáncer de cuello uterino- o el control anual de tensión arterial - detección temprana de hipertensión arterial -.

- Prevención terciaria: El conjunto de medidas y actividades que tienen como objetivo evitar secuelas de los problemas de salud padecidos, apuntando principalmente a la rehabilitación e integración de esas personas a la comunidad.



Caminatas con pacientes hipertensos o diabéticos, consultorios para el seguimiento de personas con problemas crónicos de salud, talleres para estimular la memoria en personas de la tercera edad.

La evolución de la Atención Primaria de la Salud

La APS reconoce antecedentes en los diversos programas y actividades que se estaban llevando a cabo en el mundo en la década de los setenta, siendo quizás los de China, Cuba y México los más exitosos en mejorar los indicadores de salud nacionales.

En nuestro país en el año 1966 se lanzó en la provincia de Jujuy el Plan de Salud Rural⁵ iniciado por el Dr. Alvarado con dos áreas programáticas (Perico y Tilcara) que promovían la descentralización de las acciones de salud, aumentando su alcance, como claro antecedente de lo que luego se difundiría en todos los centros de salud, teniendo estas ideas impacto a nivel mundial.

Hablar hoy de Atención Primaria de la Salud invoca múltiples y diversas ideas que evidencian distintas maneras de entenderla.

Como ejemplo de ello, te presentamos un pequeño relato sobre las distintas representaciones acerca de la Atención Primaria de la Salud en un grupo de estudiantes de medicina.⁶

“(...) en una universidad, compartiendo con un numeroso grupo de estudiantes a punto de graduarse en una de las profesiones vinculadas al cuidado de la salud, se sondaron conceptos acerca de la Atención Primaria.

5. <http://argentinauniversal.info/sept05/medico905.html>

6. www.sintesismedicina.com.ar/actividades/allegremia.doc

El 65% de los estudiantes cree que Atención Primaria es solamente prevención de enfermedades y/o promoción de la salud.

De las disímiles concepciones que expresan los restantes encuestados se destacan ideas de tipo operativo: Atención Primaria de la Salud es visitar domicilios, es “lo que se hace en los barrios”, “algo” que hace el equipo de salud con la comunidad, es el servicio de menor jerarquía y de menor costo en insumos y otros similares, etc.

El 15% relaciona en forma difusa atención primaria con una estrategia sin dar precisiones. Un solo estudiante menciona a Alma Ata expresando que de allí surge una estrategia de prevención y de promoción.

Algunos identifican atención primaria con el primer nivel de atención (...)

ACTIVIDAD

Te proponemos que leas el relato y que pienses que es para vos la APS y con que cosas o acciones la relacionás. Conservá tu respuesta.

En la próxima reunión con el tutor y tus compañeros/as tendrás la oportunidad de trabajar en conjunto qué es la APS.

¿Qué representa para el equipo esta estrategia? ¿Y para la comunidad?

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



La Atención Primaria de Salud concebida en Alma Ata

En los años 70, la Organización Mundial de la Salud promovió una serie de conferencias regionales e internacionales sobre atención primaria de salud bajo la dirección de Dr. Hafdan Mahler.

El día 12 de setiembre de 1978 en la ciudad de Alma Ata se firma el documento llamado Declaración de Alma Ata⁷ en la cual se establecen principios básicos fundacionales de lo que se llama hoy Atención Primaria de Salud *integral, comprensiva, universal e incluyente*.

7. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, fue realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la antigua URSS (Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas)

La Declaración define la **atención primaria de la salud** como 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 a un coste 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.

Se establece entonces, que es obligación de los gobiernos cuidar la salud de sus pueblos y adoptar medidas sanitarias y sociales adecuadas con el objetivo de que todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Alma Ata propone algo superador: que **todas las políticas globales, no sólo las de salud, se centren en la imagen horizonte de un mundo en que todos los pueblos gocen del mayor nivel de salud posible, bajo el lema salud para todos en el 2000**.

En 1985 el Grupo de Investigación y Difusión de Atención Primaria de la Salud (G.I.D.A.P.S.) de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA desarrolló 8 componentes esenciales que conforman los ejes sobre los cuales se diseñan todos los programas y actividades de la APS.

Ellos son:

- Cobertura total
- Participación social
- Reorientación del financiamiento sectorial
- Tecnología apropiada
- Nuevas modalidades de organización
- Programación integral por necesidades
- Articulación intersectorial
- Recurso Humano apropiado

El siguiente gráfico nos muestra como podemos presentar estos conceptos⁸:



Cobertura total

La asistencia sanitaria debe ser puesta al alcance de todos los individuos y las respuestas que de ella emanan deben satisfacer las necesidades y aspiraciones de la población.

Esto implica mejorar la accesibilidad y utilización de los servicios de salud, aumentar la disponibilidad de los recursos y contar con un sistema capaz de responder eficaz y eficientemente.

8. Tomado de SPT,
GIDAPS,
Conceptualización de
APS, 1985. Modificado



ACTIVIDAD

¿Con los recursos que disponen en tu Centro de salud, cómo podrías hacer con tu equipo para garantizar una cobertura total a la población del área de responsabilidad?

.....
.....

Comentalo con tus compañeros y tutor.



Participación social

Un punto clave de la estrategia es fomentar la plena participación de los individuos y las comunidades en todas aquellas decisiones y aplicaciones que afecten su salud.

Las personas dejan de ser objeto de atención y se transforman en **actores** que conocen, participan y deciden sobre su propia salud, asumiendo responsabilidades específicas frente a ella. Hablamos aquí del nivel más alto de participación: *la toma de decisiones*.



ACTIVIDAD

¿Qué espacios de participación encontrás en el barrio donde trabajás?
¿Qué actividades realizarías para garantizar la participación social?

.....
.....

Comentalo con tus compañeros y tutor.



Reorientación del financiamiento sectorial

Se sabe que los recursos financieros no son infinitos. La APS implica privilegiar la asignación de los recursos estratégicamente allí donde están las necesidades, donde están los problemas de salud, en definitiva donde está la gente y donde la gente decide. Este componente está claramente relacionado con las decisiones de los gobiernos y la política local.

Tecnología apropiada

Por tecnología se entiende un conjunto de métodos, técnicas y equipo que, puesto en manos adecuadas, pueden representar una contribución importante para la resolución de un problema de salud.

Contar con aparatología sofisticada en los hospitales de segundo y tercer nivel no garantiza, por si sola, tener respuestas adecuadas ante los problemas. Está claro, entonces, que no es posible hacer esto si en la definición de problema y en la búsqueda de soluciones no participan la comunidad y los demás sectores involucrados.

En el primer nivel, es imprescindible contar con una balanza de pie y balanzas de resorte para hacer controles de peso en el centro y en la casa de los vecinos en caso de visitas domiciliarias.

Nuevas modalidades de organización

La APS plantea un desafío formidable a la imaginación y a la participación popular. En definitiva se trata de poner en discusión la organización sanitaria para no quedar *entramados* en estructuras y funcionamientos preexistentes, caducos y/o inapropiados. Se trata, de no hacer “más de lo mismo” y pensar creativamente nuevos modos de organizarnos para el cuidado de la salud.

Programación integrada por necesidades

La APS parte de las necesidades de la población para poder dar las respuestas adecuadas. Estas deben ser llevadas al nivel operativo a través de programas o proyectos, o sea como formulaciones de actividades a realizar en una determinada área y en un tiempo determinado. La APS exige que esta programación sea concertada con la comunidad y los demás sectores institucionales, pues dado que los problemas de salud tienen determinantes y condicionantes multifactoriales y sólo una programación local e integrada podrá proveer una respuesta eficaz.

ACTIVIDAD

Te proponemos que identifiques 3 necesidades de salud de la población del área de responsabilidad de tu Centro.





Comentalo con tus compañeros y tutor.

Articulación Intersectorial

Implica conocer las otras instituciones y organizaciones del barrio sumando esfuerzos y aprovechando los recursos. Es necesario proponer un trabajo conjunto para que se pueda tener una comprensión completa del problema, una solución suficiente y sustentable, una competencia interinstitucional, sumatoria de esfuerzos y aprovechamiento de recursos.

Recursos humanos apropiados

La APS necesita de trabajadores del primer nivel (profesionales, técnicos, agentes sanitarios, etc) convencidos de sus principios. Que sean capaces de aceptar el desafío que implica incorporar nuevos saberes y cambiar estructuras. Dado que son las personas quienes llevarán a cabo la transformación propuesta por la EAPS, es importante orientar el financiamiento hacia la formación del recurso humano reforzando los conocimientos para el trabajo participativo, interdisciplinario e intersectorial.

Distintas perspectivas de la APS

La Atención Primaria de la Salud es concebida de distintas formas: como estrategia, como programa, como nivel de atención. En cualquiera de los casos siempre tiene el valor de movilizar la reflexión y la acción con el fin de cuidar la salud de la población.

Analicemos cada perspectiva:

APS como Estrategia

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.

Así, se escalona 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**.

Esto implica:

- 1 Estimular el uso de los servicios básicos de salud, valorando las conductas de autocuidado desarrolladas en el propio núcleo familiar y la implementación de actividades de promoción y prevención con base en la comunidad.
- 2 Formar a los integrantes del equipo de salud, propiciándose la capacitación de técnicos y profesionales para aumentar sus competencias en la resolución de problemas básicos de salud.

APS como nivel de asistencia

La Atención Primaria de la Salud (APS) entendida como primer nivel de asistencia o 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 “puerta de entrada” implica establecer una comunicación continua y sistemática con:

- A La comunidad que está bajo la responsabilidad del Centro, con o sin necesidad explícita de un servicio de salud.
- B Referentes territoriales ubicados en otros niveles del sistema como así también redes formales e informales que apoyan el sistema (organizaciones sociales, instituciones barriales y educativas).

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 prioritamente 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.

Muchas de las actividades sanitarias esenciales comprometidas en la Declaración se encuentran expresadas como programas de salud:

- ◎ educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes

- ◎ la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada
- ◎ un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
- ◎ asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia
- ◎ inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- ◎ prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales
- ◎ tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- ◎ suministro de medicamentos esenciales.



ACTIVIDAD

Retomá la lista sobre los programas de salud que armaste anteriormente, revisá cuales de los programas estan vigentes en el lugar donde trabajás, elegí uno de ellos que sea específico del primer nivel y responde:

- ¿A quién está dirigido?
 - ¿Qué ofrece el programa?
 - Pensá en las cosas que crees que llegan a la gente y sirven del programa elegido y cúales no.
-
.....

APS como respuesta integral

Seguramente es común escuchar que la APS propone dar una **respuesta integral** a los problemas de salud. Esto significa poder desarrollar actividades de promoción y prevención a la vez de dar alivio al sufrimiento cotidiano de las personas.

La APS debe ser *integral* porque la realidad misma de la salud y de la enfermedad es *integral*.

La *integralidad* en el sistema nacional de salud requiere estar reflejada en recursos humanos competentes, existencia de estrategias eficientes, expresadas en acciones consecuentes que estén en correspondencia con la voluntad política.

⁹. Grodos, D. Y de Bethune, X. Las intervenciones sanitarias selectivas. Una trampa para las políticas del tercer mundo. Pag. 72 y 73 en Cuadernos Médico Sociales Nfl 46. Rosario, Santa Fe. Argentina.

Grodos y Berthune⁹ nos dicen que la *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. Es decir, se propone un modelo de atención “que integra las actividades de medicina curativa, de prevención y promoción sanitaria”.

Al respecto, Ginés González García señala:

"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 ciudadanos 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."¹⁰

APS renovada¹¹

En Julio del 2005, en la ciudad de Montevideo se desarrolló la Consulta Regional sobre la Renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en las Américas -OPS/OMS.

En esta reunión internacional se definieron los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS.

Los documentos describen que desde hace más de un cuarto de siglo la Atención Primaria de la Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes clave de un sistema de salud efectivo.

Las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo demuestran por igual que la APS pudo ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se incluye el reconocimiento creciente de que esta estrategia es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Un enfoque de la APS es una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar la mejor calidad de cuidado de la salud posible para cada persona.

Este enfoque renovado, parte de reconocer la salud como una capacidad humana básica, un prerequisito que le permite a las personas realizar sus proyectos de vida, elemento indispensable en la construcción de sociedades democráticas y un derecho humano fundamental.

¹⁰. GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA Apertura. En: Torres, Rubén (org) (2001) Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Edic. I Salud Nfl 3, pág. 5

¹¹. Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS Julio 2005

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

A 30 años de la Declaración de Alma Ata

El Gobierno de la República Argentina convocó en el año 2007 en la ciudad de Buenos Aires a una Conferencia Internacional -Buenos Aires 30/15- para debatir distintos temas vinculados a la realidad de la salud de todos los pueblos.

La convocatoria se realizó con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras entidades internacionales.

En síntesis, a 30 años de Alma Ata, estamos distantes de la salud *para todos y por todos* como derecho, con sistemas equitativos, solidarios y con una atención universal efectiva, con acciones de prevención y promoción en un trabajo en equipo y con participación comunitaria.

Salvo algunas experiencias, falta mucho por hacer en cuanto a la formación del equipo de salud hacia el abordaje de las necesidades sanitarias en una realidad compleja.

Es necesario sortear estas dificultades y re pensar estrategias y acciones para conseguir un acercamiento a que el derecho a la salud realmente pueda ser ejercido por toda la población mundial.

La Conferencia Internacional -Buenos Aires 30/15- permitió reforzar consensos ya establecidos e intercambiar nuevos aportes tendientes al fortalecimiento de una estrategia de cuidado integral para todos y con todos, mejorando el funcionamiento del sistema de salud, la responsabilidad de los ciudadanos y las comunidades, construyendo la salud en todos los ámbitos del quehacer social cotidiano y replanteando el rol del Estado, la comunidad y las familias en garantizar el bienestar y la integralidad de las acciones de salud.

Barreras en la implementación de la APS

Son muchos los obstáculos o 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. Ello abarca un amplio campo de procesos de intercambio social y sanitario, tanto en la lógica de las prácticas asistenciales como en las experiencias vividas por las personas al utilizar los servicios de salud locales y en la percepción que la comunidad tiene de la resolución de sus necesidades vinculadas a la salud.

Entonces, entre los servicios de salud y la comunidad existen **distintos tipos de barreras** que constituyen un obstáculo importante para la salud de las personas y acaban potenciando los efectos de los determinantes sociales. De manera simple podemos identificar algunas de estas barreras:

- ◎ **La dificultad geográfica de acceso al servicio de salud por parte de la comunidad.** Ello incluye los medios de transporte público y sus costos para las personas más pobres, o la distancia 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 modalidades administrativas,** que a veces impiden el acceso al servicio y la atención oportuna.
- ◎ **Las distancias culturales y de género entre el equipo y la gente,** incluyendo las dificultades para la comprensión de las necesidades, la comunicación, el diálogo y las diferentes concepciones en relación a los valores y a la salud.
- ◎ **Las dificultades en la capacidad resolutiva del servicio de salud,** para dar atención y respuestas efectivas a las necesidades de salud y su re establecimiento.



ACTIVIDAD

¿Podés identificar posibles barreras en tu comunidad para el acceso al centro de salud y a otros centros de mayor complejidad?

Barreras de Acceso al primer Nivel	Barreras de Acceso al efector de mayor complejidad

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, fundamentalmente, el desarrollo de un nuevo modelo de trabajo que supere la visión meramente curativa.

¿Qué barreras percibe la población?

A continuación transcribimos un relato de un vecino que hace referencia a las barreras percibidas que dificultan el acceso a los servicios de salud.

*“(...) Ahí en el hospital te tenés que levantar a las cinco de la mañana, hacer la cola hasta las siete...te abra la ventanilla y después tenés que esperar hasta las diez que te llame la ginecóloga, que te atienda o te de 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 (...)”*¹²



ACTIVIDAD

I) ¿Qué reflexión te merece este relato? ¿Cuáles son las barreras con las que se encuentra esta persona?

.....
.....

12. Testimonios de pobladores- Modulo I Salud y Sociedad. PMC - Programa Médicos Comunitarios

2) Te sugerimos que realices algunas preguntas a los integrantes de tu comunidad consultando sobre las barreas de acceso percibidas por ellos.

Es importante escuchar atentamente tratando de entender lo que el otro está diciendo ya que la percepción de la otra persona es diferente.

Barreras institucionales y profesionales

Existen algunas barreras que están vinculadas directamente con las personas que trabajan en los servicios de salud y con las propias instituciones. Tomaremos algunas de las ideas del texto de Kroeger y Luna donde se describen algunas de las barreras en el vínculo comunidad- equipo:

- La inestabilidad de los profesionales de la salud en las zonas rurales o suburbanas no ofrece suficiente tiempo para el conocimiento de la comunidad.
- El desconocimiento profesional de los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud impide la comprensión del comportamiento de la comunidad frente a los servicios de salud (particularmente entre grupos de alta vulnerabilidad social).
- El modelo hegemónico de atención, que es el predominante, con una visión individual de los problemas, centrado en la práctica medicalizada, la enfermedad y los medicamentos.

Es decir, existen barreras profesionales e institucionales para la consolidación del vínculo necesario para trabajar en el marco APS que se deben a los propios modelos de atención construidos a lo largo de la historia, presentes en las prácticas de salud.

ACTIVIDAD

¿Qué barreras en el vínculo médico-paciente encontrás con más frecuencia en el Centro donde trabajás?

.....
.....

Intercambiá la información con tus compañeros seguramente encontrarán muchos puntos de vista.



Desafíos por delante

El Informe Mundial de la Salud -OMS 2008- expresa una serie de cuestiones que resultan de interés actual para pensar en los futuros desafíos que representan las reformas en favor de la APS.

En este sentido se piensa que transformar y reglamentar los actuales sistemas de salud, permitirá lograr el acceso universal y la protección social en salud, obtener respuestas integrales a las expectativas y necesidades de las personas y promover modos de vida más saludables.

Asimismo, mitigar los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud; facilitar el acceso de los equipos de trabajadores de la salud a la tecnología, mejorar el acceso y el uso adecuado de los medicamentos, orientará la participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas; y la reorientación del crecimiento de los recursos de salud hacia una cobertura universal.

Podemos decir que estos planteos se organizan en torno a grandes cuestiones:

- La garantía de un acceso universal y de equidad en salud;
- La reorganización de la prestación de los servicios en función de las necesidades y expectativas de la población.
- El mejoramiento de la salud de las comunidades mediante políticas públicas idóneas que den lugar a la participación activa de las poblaciones.
- La inclusión en las políticas de salud del enfoque de género y del enfoque intercultural en salud.

Proyectar a la APS como una herramienta de transformación social nos obliga a profundizar en algunos interrogantes:

- ¿Cuáles serían las formas de diálogo intercultural con otras cosmovisiones? ¿y con otras medicinas?
- ¿Hasta qué punto se ha llegado en la construcción de interdisciplina en las prácticas concretas y en la capacidad de enfrentar problemas complejos?
- ¿Cuál es el equilibrio que debería alcanzarse entre el financiamiento y la infraestructura del primer nivel respecto a los otros niveles?
- ¿Será posible pensar y diseñar acciones concretas en el marco de la estrategia de APS para una gestión de calidad sustentable centrada en los/as ciudadanos/as?

Unidad N° 3

Una Visión
Intercultural de la Salud

Introducción

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

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

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

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

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

Al finalizar esta unidad podrás:

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

Cultura y representaciones sociales

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

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

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

Para Jodelet las **representaciones sociales** son:



“...una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social”; configuran lo que conocemos como ‘conocimiento cotidiano’, o de ‘sentido común’ o ‘conocimiento ingenuo’ ...”

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

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

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



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

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

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

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

ACTIVIDAD



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

Situación 1:

Médico: - Rubén...

Vecino: - ¿Sí?

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

Vecino: - ¿De qué?

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

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

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

Situación 2:

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

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

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

Sacerdote: - “*quiero proponer algo antes...*”

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

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

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

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

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

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

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

Situación 3:

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

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

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

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

Los Pueblos Originarios en la Argentina

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

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

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

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

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

ACTIVIDAD

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

Algunas preguntas pueden guiar tu búsqueda:

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

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



Marco Legal

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

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

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

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

Art. 75.- Corresponde al Congreso:

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

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

Ley N° 23.302: Política indígena y apoyo a las comunidades indígenas.
 Entre otros, crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas y establece sus misiones y funciones¹.

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

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

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

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

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

1. Sancionada: 30/9/85.
 Promulgada: Artículo 7º de la Constitución Nacional. Publicada en el Boletín oficial el día 12/11/85. Decreto Reglamentario N° 155/89 del Boletín Oficial del 17 de Febrero de 1989. Decreto Reglamentario N° 1667/91 publicado en el Boletín Oficial del día 2/9/91

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

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

- *Ley N° 24.956:* Establece la inclusión del autoreconocimiento de la identidad indígena en el Censo de 2001.²
- *Ley N° 24.071:* Ratificación del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Este Convenio promueve el respeto por las culturas, las formas de vida, las tradiciones y el derecho consuetudinario de los pueblos indígenas.³

Artículo 25.

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

2. Sancionada el 29/4/98; Promulgada en el Art. 8º de Constitución Nacional el 22/5/98; Publicada en el Boletín Oficial del 28/5/98.

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

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

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

ACTIVIDAD

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

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

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

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

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

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

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



Hacia un enfoque intercultural de la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural?

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

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

Entonces, trabajar en salud desde una perspectiva intercultural supone:

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

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



ACTIVIDAD

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

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

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

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

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

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

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

La interculturalidad como proceso

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

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

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

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

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

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

Barreras de acceso a la salud en un contexto indígena

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

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

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

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

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

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

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

ACTIVIDAD



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

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

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

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

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

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

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

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

ACTIVIDAD

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

Caso 1:

La madre de varios niños de la comunidad se niega a llevarlos al Centro de salud para la vacunación, debido a que su primer hijo estuvo enfermo pocas horas después de haber sido inmunizado en dicho Centro. La madre está convencida que la vacuna transmite enfermedades.

¿Cómo se te ocurre trabajar con este problema? ¿Qué estrategia utilizarías para que esta mamá confíe nuevamente, y vacune a sus hijos?

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

Caso 2:

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

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

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



Atención Primaria de la Salud e Interculturalidad

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

Como sostiene Rufino Chuquimamani:

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

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

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

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

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

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

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

5. MENÉNDEZ, E. L. (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS, México.

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

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

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

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

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

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

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

ACTIVIDAD

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

¿Qué actividades innovadoras plantearías desde un enfoque intercultural?

.....



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

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

Comparte tu actividad con tus compañeros de curso y el tutor

En síntesis...

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

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

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

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

Bibliografía

Bibliografía utilizada

- AGUIRRE Beltrán, G. (1996). Antropología médica. CIESAS, México.
- ALTAALEGREMIA- www.altaalegremia.com.ar
- AUSTIN MILLAN Tomás R. Comunicación Intercultural: conceptos y consecuencias. Diálogos en la acción. Primera etapa, 2004.
- CASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista Epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987
- CARTA DE OTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
- DAHLGREN, G., WHITWHEAD, M., Policies and strategies to promote social equity in health, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991.SM
- DE HOYOS, G. MERCADO A., Universidad Nacional del Comahue Escuela de Medicina- Atención primaria de la salud 1- Neuquén, Abril de 1999- <http://www.apsi.iiomib.com/APS%20I.pdf>
- FERNANDEZ JUAREZ GERARDO (Coordinador) – Salud e Interculturalidad en América Latina- Quito , Ecuador- 2004
- GINÉS GONZÁLEZ GARCIA, RUBÉN TORRES, “Políticas de Salud”. Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5.Buenos Aires, 10 Edición.2005
- GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA Apertura. En: Torres, Rubén (org) (2001) Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Edic. I Salud N° 3, pág. 5
- GRODOS, D. Y de BETHUNE, X. Las intervenciones sanitarias selectivas. **Una trampa para las políticas del tercer mundo.** Pag. 72 y 73 en Cuadernos Médico Sociales N° 46. Rosario, Santa Fe. Argentina.
- 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.
- LERIN PIÑON SERGIO - Desafíos de la Salud intercultural- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social- Año 2004.
- LEY N° 24.375: Ratificación del Convenio sobre Diversidad Biológica, Art. 8, Inc. J
- LEY N° 24.956 Ley Nacional – Censo Aborigen.

- LEY N° 24.071: Ratificación del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes
- LEY N° 23.302: Política indígena y apoyo a las comunidades indígenas.
- MENENDEZ, E. L. (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS, México.
- MONSALVO JULIO; “A 25 años de Alma Ata, un balance de intenciones y realidades”, Revista El Médico, diciembre 2003. Argentina.
- OMS (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO- Europe.
- OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.
- OPS/OMS -Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición - Julio 2005
- OPS - Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, © 2008.
- OPS- OMS Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos (1998)
- PAYAN, SANDRA ISABEL- MONSALVO JULIO – La salud de los ecosistemas- 2003
- SECRETARIA TECNICA DE CSDH, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, Abril de 2007.
- SONIS ABRAAM, BELLO JULIO, DE LELLIS MARTIN- Salud y Sociedad-Módulo 1- PSSC- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- 2005
- TARLOV, A: Social determinants of health: the sociobiological translation, 1996.

AUTORES**Dr. Julio Gómez**

Docente de la cátedra de Atención Primaria y Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Nordeste

Dr. Carlos Rubio

Docente de la cátedra de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Nordeste

Dra. Mónica Auchter

Prof. Titular de Pediatría
Prof. Titular de salud Materno Infantil de la carrera de Enfermería
Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Nordeste

COLABORADORES:**Lic. Laura Waynsztok**

Programa Municipios y Comunidades Saludables
Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

Dr. Luis Fanlo**Prof. María Soledad Lopez****Prof. Roberto Pappalardo****Sr. Daniel Magnífico**

Área de Salud Indígena - Programa Médicos Comunitarios
Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

EDITOR**Programa Médicos Comunitarios**

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS**Dra. Diana Juárez****Dra. Ángeles Tessio****SUPERVISIÓN PEDAGÓGICA****Lic. Adriana Sznajder****DISEÑO DIDÁCTICO****Lic. Alejandra Pérez****DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN****Dcv. Pablo Fantini****IMPRENTA****Cristián Févre & Asoc.**

Programa de Equipos Comunitarios

Cobertura Universal de Salud

República Argentina



salud.gob.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación