

Promoción de la Salud

Una perspectiva latinoamericana



Graciela María Teresita Enria
Lorena Cecilia D'Andrea
Claudio Mario Staffolani
Francisco Javier Colunga Gallegos
Francisco J. Álvarez Rodríguez
Maritza Fernanda Mera Gaona
Mireya Betancur Acosta
María de los Milagros Colobig

Graciela María Teresita Enria, Lorena C. D'Andrea, Claudio M. Staffolani, Francisco Colunga Gallegos, Francisco Álvarez R., Maritza Mera Gaona, Mireya Betancur A., María de los Milagros Colobig

Promoción de la Salud. Una perspectiva latinoamericana.

1a ed. - Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn), 2014. 133 pag.

Primera Edición: Marzo 2014

Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto Abiertos (LATIn)

<http://www.proyectolatin.org/>



Los textos de este libro se distribuyen bajo una licencia Reconocimiento-CompartirIgual 3.0 Unported (CC BY-SA 3.0) http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.es_ES

Esta licencia permite:

Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar: remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier finalidad.

Siempre que se cumplan las siguientes condiciones:



Reconocimiento. Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.



CompartirIgual — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, deberá difundir sus contribuciones bajo **la misma licencia que el original**.

Las figuras e ilustraciones que aparecen en el libro son de autoría de los respectivos autores. De aquellas figuras o ilustraciones que no son realizadas por los autores, se coloca la referencia respectiva.



Este texto forma parte de la Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto abiertos (LATIn), proyecto financiado por la Unión Europea en el marco de su Programa ALFA III EuropeAid.

El Proyecto LATIn está conformado por: Escuela Superior Politécnica del Litoral, Ecuador (ESPOL); Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA), Universidad Católica de San Pablo, Perú (UCSP); Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil (UPM); Universidad de la República, Uruguay (UdelaR); Universidad Nacional de Rosario, Argentina (UR); Universidad Central de Venezuela, Venezuela (UCV), Universidad Austral de Chile, Chile (UACH), Universidad del Cauca, Colombia (UNICAUCA), Katholieke Universiteit Leuven, Bélgica (KUL), Universidad de Alcaá, España (UAH), Université Paul Sabatier, Francia (UPS).

Índice general

Presentación	9
Introducción	11
1 Historia de la Promoción de la Salud	13
1.1 Aproximaciones previas: salud y promoción	13
1.2 Antecedentes	14
1.3 El Informe Lalonde	16
1.4 Declaración de Alma Ata	17
1.5 Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud	18
1.6 Glosario de Promoción de la Salud	19
Bibliografía	21
2 Conceptos fundamentales	23
2.1 Sobre el concepto de Salud	23
2.2 La Salud Pública como construcción social	26
2.3 De la Salud Para Todos en el año 2000 a la Salud en Todas las Políticas	31
Bibliografía	35

3	Participación comunitaria en salud, de la apropiación del saber al ejercicio del poder de la comunidad	37
3.1	Antecedentes conceptuales	37
3.2	Qué entendemos por comunidad	40
3.3	Aportes de la Planificación Estratégica a la PCS	46
3.3.1	¿ Qué es una estrategia?	46
3.3.2	Estrategia, una necesidad para la salud	47
3.3.3	Estrategia total, un concepto complejo para una realidad no menos compleja	48
3.3.4	Bases conceptuales de la planificación estratégica en salud	50
	Bibliografía	55
4	Gestión y Promoción de la Salud	57
4.1	Introducción	57
4.2	El Higienismo	57
4.3	El Higienismo, su implementación en América Latina	59
4.3.1	Aportes desde Rosario - Argentina	59
4.4	Los Programas	61
4.5	Emergencia de la Promoción de la Salud	63
4.5.1	Identificación de los problemas de salud de las poblaciones	63
4.5.2	Requisitos previos para la salud	63
4.5.3	Formas de conducir la gestión	64
4.6	Dificultades: relacionadas con la comunidad, el Equipo de Profesionales y el Sistema de Salud	66
4.6.1	La población como protagonista	67
4.6.2	Generar negociación	69
4.6.3	Organización de los recursos	70
4.6.4	Fuentes de financiamiento	70

4.6.5	Evaluación	71
	Bibliografía	73
5	Ambiente y Salud	75
5.1	Aproximaciones teóricas a la problemática ambiental	75
	Bibliografía	79
5.2	Soberanía Alimentaria	80
5.2.1	La alimentación: derecho humano universal y prerrequisito para la salud .	80
5.2.2	De la Seguridad Alimentaria a la Soberanía Alimentaria	81
	Bibliografía	85
6	Experiencias latinoamericanas	87
6.1	Promoción de la Salud en un contexto multicultural en la Provincia de Santa Fe, Argentina	87
6.1.1	Introducción	87
6.1.2	Tensiones entre diversidad e igualdad	87
6.1.3	Ser “indio” en la ciudad de Santa Fe	89
6.1.4	Las políticas públicas en relación a los pueblos originarios	90
6.1.5	Aproximaciones finales	91
	Bibliografía	93
6.2	Sexualidad Multicultural	93
6.2.1	Introducción	93
6.2.2	Fundamentos teóricos	94
6.3	CONCLUSIONES	107

Bibliografía	109
6.4 Salud Intercultural	115
6.4.1 Introducción	115
6.4.2 Fundamentos Teóricos	116
6.4.3 Conclusiones	121
Bibliografía	123
7 Herramientas de soporte a la toma de decisiones en Programas de Promoción y Prevención en Salud Pública	125
7.1 Soporte a la toma de decisiones en programas de promoción y prevención en salud pública	125
7.1.1 Introducción	125
7.1.2 Necesidades de información para la toma de decisiones	126
7.1.3 Sistemas de Soporte a la Toma de Decisiones (Decision Support System) ..	127
7.1.4 Sistemas de Soporte a la Toma de Decisión Inteligente	128
7.1.5 Toma de Decisiones en Promoción y Prevención de Salud Pública	129
Bibliografía	131

Presentación

Este libro se realiza gracias a la iniciativa pionera a nivel mundial de escritura colaborativa de libros de texto abierto. El Proyecto LATIN (Latin American Open Textbook Initiative - Iniciativa Latinoamericana de libros de Texto Abiertos) tiene como objetivo mejorar el acceso a la lectura de los estudiantes universitarios, produciendo libros escritos por los docentes de universidades latinoamericanas a través de una plataforma tecnológica colaborativa para la creación y publicación de textos abiertos.

En este libro participan como autores:

Argentina

Universidad Nacional de Rosario - UNR

- Mg Graciela M. T. Enria: Médica Pediatra, Magister en Salud Pública. Diplomada en Sociología. Profesora Asociada de Medicina Social; Directora del Departamento de Promoción de la Salud. Investigadora del Consejo de investigaciones de la UNR. gmt.enria@gmail.com
- Ps. Lorena Cecilia D'Andrea: Psicóloga y Profesora en Psicología. Docente e investigadora de la Cátedra de Medicina Social y docente del Postítulo de Formación Universitaria en Educación para la Salud, Facultad de Ciencias Médicas.
- Mg. Claudio M. Staffolani: Licenciado y Profesor de Enseñanza Superior de Filosofía, Magister en Metodología de la Investigación Científica, Docente e Investigador de la Cátedra de Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR y de la Facultad de Humanidades Artes y Ciencias Sociales de la UADER. Experto de Carrera de Promoción de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER.

Universidad Nacional del Litoral - UNL, Santa Fe

- Dra. María de los Milagros Colobig: Licenciada y Profesora en Antropología, Magister en Museología, Dra. en Humanidades y Artes con mención en Antropología. Profesora Adjunta de Medicina Social y Antropológica. Investigadora de CONICET.

México

Universidad Autónoma de Aguascalientes - UAA

- Francisco Javier Colunga Gallegos: Licenciado en Asesoría Psicopedagógica por parte de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Estudiante de Maestría en Pedagogía por el Instituto de Pedagogía Crítica. Profesor de Nivel Superior en el área de Educación. Miembro fundador del Colegio de Asedores Psicopedagógico Dr Luis Manuel Macías Lopez A.C. Encargado del Programa INEPJA-UAA en el Proyecto Fomix de intervención integral para reducir el déficit digital en el Estado Aguascalientes. Áreas de interés: Pedagogía Crítica, Educación Sexual, Políticas Públicas.
- Francisco J. Álvarez Rodríguez: Doctor en Ingeniería por la UNAM y Doctor en Metodología de la Enseñanza por el IMEP; Especialidad en Proyectos de Inversión por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Área de interés: Educación a distancia e Ingeniería de Software. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), de Comité de Evaluación de SENEVAL; CONAIC; AMCIS y ANEI. Ha publicado libros en el Área de Ingeniería de Software y tecnología de objetos de aprendizaje.

Colombia

Universidad del Cauca - Unicauca, Popayán

- Maritza Fernanda Mera Gaona: Ingeniera de Sistemas. Estudiante de Maestría en Computación en la Universidad del Cauca; Profesora del Departamento de Sistemas de la Universidad del Cauca. Integrante del Grupo de Investigación GICO sobre Inteligencia Computacional de la Universidad del Cauca.

Universidad de Antioquía - UdeA, Medellín

- Mireya Betancur Acosta: Nutricionista Dietista de la Universidad de Antioquía, Magister en Administración en Salud de la Universidad CES y el Colegio Mayor El Rosario, profesora de Cátedra de la facultad de Medicina y de la facultad de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquía.

Introducción

La enunciación del concepto Promoción de la Salud remite a una diversidad de experiencias muy disímiles entre sí. Recuperado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma Ata (1978), como la posibilidad de alcanzar la Salud para TODOS, es comprendida desde diversos sentidos y significados. Los Estados implementan acciones siguiendo acuerdos políticos y de Justicia Social, que sin embargo no logran alcanzar las metas prometidas.

En este libro se discuten la historia de la Promoción de la Salud, los antecedentes y alcances de los diferentes documentos emitidos en acuerdos internacionales; los conceptos fundamentales a tener en cuenta: salud como hecho positivo y el papel de la participación comunitaria; los modos de intervención e implementación alcanzados según diferentes paradigmas históricos y en la actualidad, desde la gestión participativa situacional. Se consideran también, las nuevas problemáticas ambientales a partir del cambio climático y la propuesta de Soberanía Alimentaria surgida de organizaciones campesinas y movimientos sociales.

Se aportan experiencias desarrolladas en Latinoamérica, específicamente en Argentina, Colombia y México, de Promoción de la Salud intentando construir respuestas a diferentes problemas:

- Promoción de la salud en un contexto multicultural en la provincia de Santa Fe, Argentina, subcapítulo donde se reflexiona sobre multiculturalidad en relación a una experiencia en equipo de Atención Primaria de la Salud, más específicamente la cuestión indígena en contextos urbanos y cómo estos grupos logran insertarse en el barrio, con las contradicciones, rechazos, indiferencias y conflictos que esta inserción y su relación con la promoción de la salud implica.
- Sexualidad Multicultural, subcapítulo que tiene por objeto mostrar una perspectiva de la sexualidad multicultural, con la finalidad de favorecer un espacio para la socialización, discusión, análisis y algunas propuestas de las acciones, actividades y conocimientos en este área de estudio. Pretende ser un marco de referencia en la orientación sobre la sexualidad partiendo desde un enfoque multicultural valorando elementos educativos, de políticas públicas, de salud, etc., dirigido a jóvenes universitarios de América Latina.
- Salud Intercultural, presenta un panorama sobre la integración de la salud intercultural en la aplicación del uso de diversas hierbas y plantas que contribuyen a mejorar el estado de salud de las personas en las zonas centrales de México, siendo evidencia del cómo se pudiera trasladar a otros sitios de América Latina. Considerando que la Organización Mundial de la Salud invita a la recuperación de los saberes y conocimientos de las Medicinas Tradicionales.
- Soporte a la toma de decisiones en Programas de Promoción y Prevención en Salud Pública: Los programas de Salud Pública diseñados por las entidades gubernamentales responsables del cuidado de la Salud de una población están basados principalmente

en los datos estadísticos que se pueden recolectar a nivel nacional, regional y local de los centros médicos e instituciones que prestan servicios de Salud. En particular, en Colombia se ha diseñado el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) que incluye reglamentación para estandarizar procesos de recolección de información estadística de la Salud de la población, análisis de datos, difusión de información obtenida a partir de los indicadores de Salud y registro de datos individuales de pacientes afectados por un evento de Salud de interés, así como también el desarrollo del software SIVIGILA permite consolidar los datos a través de un sistema informático en el que las entidades encargadas de la vigilancia de Salud Pública registran información para consultarla a través de reportes, gráficos y datos representados geográficamente a través de mapas.

1 — Historia de la Promoción de la Salud

Lorena Cecilia D'Andrea, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

1.1 Aproximaciones previas: salud y promoción

Para que pueda desarrollarse un área de saberes y prácticas denominado Promoción de la Salud fue condición necesaria que previamente se produjera un deslizamiento en la manera en que se concibió la salud durante siglos, ya no de un modo negativo -no estar enfermo- sino de manera positiva -estar sano-. Este hecho queda claramente reflejado en la definición que en 1948 universaliza la Organización Mundial de la Salud (OMS): la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad. Si bien una serie de críticas ha recibido, en las décadas siguientes tal concepto - la utopía de la completud, la estaticidad y la pregunta por la línea que separa al sano y al enfermo, lo normal de lo patológico - su valor reside en que ha posibilitado pensar en acciones en las ciencias médicas más allá de la asistencia de la enfermedad, la *curación* del hecho patológico ya desencadenado. Tales acciones refieren no sólo a intervenciones con el propósito de prevención de las enfermedades sino a actividades que buscan proteger y potenciar la salud. En este sentido, la asociación entre condiciones de vida y enfermedades se hace evidente, relación que si bien ya había sido señalada por diversidad de pensadores desde el Siglo XVIII, nunca había sido ponderada lo suficiente.

Al pensar en la salud de los diversos pueblos del mundo, ¿se puede hablar de un concepto de salud definido universalmente para todas las comunidades? Cada grupo humano posee ciertas características de acuerdo a su devenir histórico, sus formas de organización social y económica, su capital simbólico y cultural. En este marco, la idea de salud emerge como un concepto dentro de un proceso social definido temporal y espacialmente, Contandriopoulos (2000), plantea a la **salud** como un concepto complejo, socialmente construido, configurándose por la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y la enfermedad.

La Real Academia Española en su edición 2001 define al término **promoción** (Del lat. *promotio, ōnis*) como:

1. f. Acción y efecto de promover.
2. f. Conjunto de los individuos que al mismo tiempo han obtenido un grado o empleo, principalmente en los cuerpos de escala cerrada.
3. f. Elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, etc.
4. f. Conjunto de actividades cuyo objetivo es dar a conocer algo o incrementar sus ventas.

Resulta interesante el rastreo histórico de estas acepciones. La primera, el efecto de promover -adelantar una cosa procurando su logro-, ya aparece en la edición del año 1737 del Diccionario de la Lengua Castellana compuesto por la Real Academia Española, mientras que la segunda lo hace en 1803. La tercera acepción, aquella que se relaciona con la salud, se incorpora recién en 1970, década en la que surgen los primeros Documentos y Conferencias que abren el camino hacia la conceptualización de la Promoción de la Salud. La última acepción, vinculada a la publicidad y las ventas, es la que aparece más tardíamente, en el año 1985. (Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española)

1.2 Antecedentes

El hecho de que la enfermedad se encuentre en estrecha relación al medio social y cultural del hombre es una idea que ha estado presente en los médicos en épocas del pasado. “La práctica de la medicina siempre ha estado relacionada con las condiciones sociales y económicas de grupos específicos de personas, pero estas relaciones sólo rara vez eran objeto de discusión teórica. Sólo en la época moderna aparece una clara conciencia de los estrechos lazos que existen entre las condiciones sociales y los problemas médicos.” (Rosen, 1985:77)

Peter Frank (1745-1821), durante el S XVIII, sienta las bases de una nueva política sanitaria basada en la idea de una mejora en la manera de vivir de la gente señalando las insalubridad de las aguas, la mala ventilación, las deficiencias en la alimentación y la falta de alcantarillado. Escribió una monumental obra sobre Policía médica en la cual se explicitaban los cuidados médicos en cada uno de los aspectos de la existencia, pero si bien Frank fue una de las máximas figuras de la Medicina, marca Valdés (1987) que su prestigio fue olvidado por el predominio de los aspectos médico-curativos sobre los preventivos.

Inglaterra sufrió, a fines del siglo XVIII, un proceso expansivo en todos los órdenes y hacia principios del siglo XIX los efectos de la Revolución Industrial se hicieron sentir más fuertemente. La migración de la población rural a las ciudades por el requerimiento de la mano de obra en las fábricas, con el consecuente hacinamiento urbano y condiciones higiénicas habitacionales y de trabajo deplorables, genera que hacia la mitad del Siglo XIX la mitad de la población inglesa ya viva en los núcleos urbanos. El cólera se convirtió en una de las más características enfermedades de esta época junto con la tuberculosis, que hasta ese momento se mantenía dentro de límites moderados. Los grandes cambios en los modos de vida hacen posible el estallido de brotes epidémicos que se desarrollan en los conglomerados urbanos constituyéndose en el caldo de cultivo ideal para el germen tuberculoso, asociado a la falta de resistencia física de una población que trabajaba, incluyendo a mujeres y niños, más de doce horas diarias en condiciones de hacinamiento por un magro salario, muy alejado del ritmo de vida más acorde con la naturaleza que se vivía en el campo. (Valdés, 1987)

En 1842 se publica un Informe sobre las condiciones sanitarias de la clase trabajadora en Gran Bretaña. “Este documento, en gran parte obra de Edwin Chadwick, presentó los resultados de una investigación entre las condiciones ambientales y la mala salud... Su más importante conclusión era que las primeras y más importantes medidas, al mismo tiempo las más prácticas, y dentro del campo reconocido a la administración pública, son drenaje, la remoción de desechos de las habitaciones, calles y caminos, y la mejora de los servicios de agua.” (Mckeown y Love, 1981: 256) Es importante destacar que siendo el más fervoroso defensor de las reformas sanitarias, Chadwick negaba la naturaleza contagiosa de la infección y abogaba por la idea de la corrupción de la atmósfera.

También en Francia, unos años antes, en 1826, Louis René Villermé redactó un informe *Sobre la mortalidad en los distintos barrios de París, demostración de la relación entre la pobreza y la enfermedad*, y más tarde, en 1840 publica su obra *Encuesta sobre las condiciones físicas y morales de los obreros de las fábricas de algodón, lana y seda*, escritos que ponían de manifiesto la responsabilidad de la muerte prematura de los trabajadores por sus inmundas condiciones de vida (Terris, 1997).

Otro destacado médico que muy pronto notó la importancia de las condiciones sociales sobre la salud de la gente fue Rudolf Virchow (1821-1902), quien enviado a estudiar en 1847, una epidemia de tifus en Silesia, redactó un informe revelador de tan deplorables condiciones sociales y con recomendaciones tan radicales - prosperidad, educación y libertad- que las autoridades gubernamentales lo desterraron de Berlín (Guthrie, 1947). El 10 de julio de 1848 aparece el primer número de la revista semanal *Die medicinische Reform*, publicada por Virchow y R. Leubuscher, en el cual pregonan por una reforma médica basada en los factores sociales y económicos. "Virchow formulaba esta preocupación por las relaciones de la medicina con los problemas sociales por medio del lema algo retórico pero impactante: La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala"(Rosen, 1985:79).

Una serie de principios están contenidos en la idea de la medicina como ciencia social:

- La salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros.
- Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica.
- Deben darse los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y la medidas que se adopten deben ser tanto sociales como médicas.

John Snow (1813-1858), considerado el padre de la ecoepidemiología, a raíz de la epidemia desatada en Londres en 1848, plantea en un escrito en 1849, que la transmisión del cólera se producía mediante la ingestión de una sustancia mórbida que se propagaba a partir de la diseminación involuntaria de las heces y la falta de higiene en las viviendas y en el acto de comer. "Esto sucede entre los pobres, donde una familia entera duerme, cocina, come y lava en un solo cuarto (...) Cuando al contrario el cólera es introducido a una casa de mejor clase, como sucede a menudo, se encontró que era difícil que se propagara de un miembro a otro de la familia. Esto se debe al uso regular de palangana y toalla, así como al cocinar y comer en un cuarto separado del enfermo"(Snow, 1991: 45-46). A su vez las deposiciones terminaban en el río Támesis y los pobladores utilizaban esa agua para beber, cerrando de esta manera un círculo de contagio.

De este modo puede observarse como todos estos médicos concebían las posibilidades de salud y enfermedad de la población en estrecha relación con la organización social, las condiciones de vida y de trabajo. La respuesta médica, entonces, no podía reducirse al tratamiento de la patología ya establecida y requería de acciones de carácter público por parte de los gobiernos y de la misma gente. Winslow, en 1920, entiende a la salud pública como "la ciencia y el arte de evitar enfermedades, prolongar la vida y desarrollar la salud física, mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del medio ambiente, el control de las infecciones en la colectividad, la organización de los servicios médicos y para médicos para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de enfermedades define a la Promoción de la Salud como un esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y avance de la

salud"(citado por Marchiori Buss, 2006:21-22).

En 1945, Henry Sigerist, un gran historiador de la ciencia médica, al definir las 4 áreas esenciales de la medicina, instituye a la Promoción de la Salud como una de ellas, junto a la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación; a su vez que afirma que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso. Señalaba, además, la necesidad de medidas protectoras de la salud como ser el alcantarillado, el control de las enfermedades transmisibles, la salud materno-infantil y de los trabajadores. Terris (1997) destaca respecto a este autor, como ya en 1942, incluía en primer lugar, en la propuesta de un Programa Nacional de salud, a la educación gratuita de todas las personas, en segundo lugar, mejores condiciones de trabajo y vivienda; luego, mejores posibilidades de descanso y ocio, quedando relegada la atención médica a un cuarto lugar, eje de la acción médica tradicional.

Actividades

- La explicación sobre el modo de transmisión del cólera que despliega John Snow en 1949 es resistida y criticada. Averigua cómo demuestra su hipótesis en la tercera epidemia de cólera que se desata en 1853-1854.
- Averigua sobre antiguos trabajos en tu zona o país, de pensadores interesados en las condiciones de vida de la población y su relación con la salud. En Argentina, por ejemplo, Juan Bialet Massé.

1.3 El Informe Lalonde

La mayoría de los autores de la literatura en este tema sitúa como fecha de inicio de la Promoción de la Salud, en tanto área que comienza a organizarse como política pública, la publicación un documento conocido como Informe Lalonde, escrito que si bien se titula *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, circula bajo el nombre de quien fuera en el momento de su escritura y adopción, año 1974, el ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde. Esta nueva perspectiva refería a la presentación del concepto de "campo de la salud" dividido en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de salud, concepto que se convierte en un valioso instrumento para el análisis de los problemas de salud, la determinación de las necesidades y la selección de los medios para satisfacerlas. Otorga a todos los componentes el mismo grado de importancia, desplazando la prioridad dada hasta el momento a la organización de la atención de la salud, o mejor dicho, de la enfermedad.

El Gobierno de Canadá se plantea dos objetivos generales:

1. Reducir riesgos a la salud mental y física de las partes de la población canadiense cuyos riesgos son altos.
2. Mejorar la accesibilidad de una buena atención de la salud mental y física para aquellos cuyo acceso actual no es satisfactoria.

En la consecución de estos dos objetivos, se proponen cinco estrategias siendo la primera de ellas la Promoción de la Salud. Las otras cuatro estrategias postuladas son: una regulatoria, una de investigación, otra de eficiencia en el cuidado de la salud y la última, de establecimiento de metas. La estrategia de Promoción de la Salud se enuncia como "dirigida a informar, influenciar

y ayudar a los individuos y las organizaciones para que puedan aceptar más responsabilidad y ser más activos en los asuntos que afectan mental y físicamente la salud"(Lalonde, 1981:66).

Este Documento tomó relevancia internacional, constituyéndose en la base de la redacción de otros documentos con políticas similares en otros países y contribuyó a despertar un creciente interés para la utilización del concepto de Promoción de la Salud como un enfoque que sea llevado adelante en forma conjunta por los gobiernos, las organizaciones, las comunidades y las personas (Rootman, Goodstadt, Potvin y Springett, 2007).

1.4 Declaración de Alma Ata

Entre el 6 y 12 de septiembre de 1978, en la ciudad de Alma Ata, capital de la República de Kazajistán (en ese momento parte de la ex Unión Soviética), tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La convocatoria es motivada por la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud, de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, siguiendo la meta fijada en la Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1977 de **Salud Para Todos en el año 2000**. En dicho evento estuvieron representados 134 gobiernos del mundo y 67 organizaciones internacionales, firmándose el último día la Declaración de Alma Ata, la cual establece los principios fundacionales de la llamada Atención Primaria de Salud (APS), guiados en un espíritu de equidad y justicia social.

La Declaración define la APS como "fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad"(OMS-UNICEF, 1978:2). Orientada a los principales problemas sanitarios de la comunidad, dentro de los servicios que debe prestar aparece el fomento de la Salud, junto con la prevención, la curación y la rehabilitación, explicitando que si bien variarán según las condiciones económicas y los valores sociales de cada país, deben comprender como mínimo:

- Promoción de una nutrición adecuada.
- Abastecimiento suficiente de agua potable.
- Saneamiento básico.
- La salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia.
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes
- El tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes.
- El suministro de medicamentos esenciales.

Para que la APS pueda concretarse debe garantizarse la cobertura total de la población mediante su accesibilidad -geográfica, financiera, cultural y funcional-, la participación comunitaria y la intersectorialidad de las acciones. La participación implica la inclusión activa y responsable de la gente en la determinación de las prioridades, en la planificación, organización y administración de las actividades, de manera que les permitan ser .³gentes de su propio desarrollo,

en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo"(OMS-UNICEF, 1978:22). Para ello es necesario que el gobierno garantice el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad, reciprocidad en la comunicación y que aporte suficientes recursos humanos, materiales, técnicos y financieros. La intersectorialidad implica la idea de que por sí sólo el sector sanitario no puede alcanzar la salud y ninguno de los sectores que abogan por el desarrollo puede accionar bien aisladamente, ya que las actividades de un sector influyen sobre las metas de otro sector. El sector agrícola con la producción de alimentos, el sector sanitario con la inversión en provisión de agua potable y saneamiento ambiental, el sector industrial, la construcción de viviendas, las obras públicas y de comunicaciones, el sector docente y los medios de información de masas, junto con las más diversas organizaciones, deben coordinar objetivos y actividades en pos del desarrollo socioeconómico del país.

Resulta importante destacar que esta Declaración establece que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

Actividades

1. Qué se entiende por accesibilidad geográfica, financiera, cultural y funcional en *Atención Primaria de salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia*, OMS-UNICEF. Investiga en tu zona o ciudad si la cobertura de la población se encuentra vulnerada por dificultades en alguna de estas accesibilidades.
2. Quizhpe y Monsalvo (2004:26) expresan "Alma Ata proponía un nuevo orden económico internacional con sentido social, solidario y de servicio. Aún no se habían acallado los ecos de Alma Ata cuando ya estaba el Nuevo Orden Económico Internacional totalmente opuesto al espíritu de la Atención Primaria de Salud Integral". Investiga a qué se llama APS Selectiva, quién la propone y a qué intereses responde.

1.5 Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud

La nueva concepción de salud pública y la meta del logro del más alto nivel de salud para toda la población, plasmadas en la Asamblea Mundial de 1977 y en la Declaración de Alma Ata, se continúan en las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud, la primera de ellas realizada en 1986 precisamente en Canadá, lugar de nacimiento del Informe Lalonde, documento que incluye por primera vez, como ha sido señalado anteriormente, a la Promoción de la Salud como una estrategia específica en las acciones en salud.

En dicho Encuentro, 38 países elaboraron la Carta de Ottawa, que plantea enfoques y estrategias para llevar a cabo el compromiso colectivo de salud para todos. Define a la Promoción de la Salud diciendo que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente"(OMS, 1986). A su vez afirma que cualquier mejora en la salud debe basarse ineludiblemente en una serie de prerequisites que enumera de la siguiente manera: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, estabilidad en el ecosistema, justicia social y equidad.

Se proponen cinco estrategias para alcanzar la reducir diferencias en el estado actual de la

salud y posibilitar que la población pueda desarrollar al máximo su salud potencial:

- La elaboración de una política pública favorable a la salud: la salud debe formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles.
- La creación de ambientes favorables: la conservación de los recursos naturales es una responsabilidad mundial; las condiciones de vida y de trabajo de la gente deben ser agradables, seguras y estimulantes.
- El reforzamiento de la acción comunitaria: la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en todos los pasos de la planificación y ejecución de las estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud, asegurándoles la información, instrucción y ayuda financiera.
- El desarrollo de las aptitudes personales.
- La reorientación de los servicios de salud: que se trasciendan la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos hacia acciones de Promoción de la salud respetando las necesidades culturales.

El compromiso a favor de la Promoción de la Salud que se firma en la Carta de Ottawa implica reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posible y la necesidad de tratar la cuestión ecológica global que supone la organización social y forma de vida del hombre actual.

Luego de esta primera conferencia, se suceden otras - Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Helsinki (2013) - que van profundizando conceptos y que enfatizan el compromiso que deben asumir los gobiernos, las organizaciones y la comunidad en general en las acciones en Promoción de la Salud.

1.6 Glosario de Promoción de la Salud

También en 1986, la OMS publica la primera edición de un glosario de términos de Promoción de la Salud, a modo de orientación para los lectores de sus documentos y publicaciones. Su propósito fue el de aclarar el significado y la relación entre los numerosos términos que hasta ese momento no tenían un uso general. Aquella primera edición del glosario fue traducida a varios idiomas (francés, español, ruso, japonés, e italiano), habiendo sido ampliamente utilizados sus conceptos.

En 1998, se confecciona un nuevo Glosario de Promoción de la Salud, con modificaciones y ampliaciones de las definiciones vertidas en 1986. Se procedió a una publicación previa de este glosario, a modo de documento destinado a ser utilizado en la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, realizada en Yakarta, Indonesia, en julio de 1997. Consta de dos secciones: la primera comprendida por una lista de términos básicos y la segunda, una lista de términos ampliada. Entre las definiciones de los términos consideradas fundamentales se encuentran: Salud, Promoción de la salud, Salud pública, Salud para Todos, Atención Primaria de la Salud, Educación para la salud y Prevención de la enfermedad.

En este texto se amplía la definición de Promoción de la Salud formulada en la Carta de Ottawa al afirmar que constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos,

sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud"(OMS, 1986b).

En cuanto a la prevención de la enfermedad aclara, que si bien puede producirse una superposición en contenidos y estrategias con la Promoción de la Salud, es una actividad distinta y .abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz"(OMS, 1986b).

Actividades grupales

- Reflexionen sobre cuáles serían los determinantes de la salud referidos en la definición de Promoción de la Salud del Glosario. ¿Cómo puede intervenir las acciones en Promoción de la salud sobre ellos?
- Piensen en una actividad de Promoción de la Salud que podrían realizar en un centro de Salud u otra institución junto a la comunidad y seleccionen cuáles de los términos que aparecen en la lista ampliada del Glosario utilizarías para fundamentarla.

Bibliografía

- Contandriopoulos, A. P. (2000) *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales*, Cuadernos Médico Sociales N° 77, Rosario.
- Lalonde, Marc. (1981) *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Minister of supply and services, Canadá.
- Marchiori Buss, Paulo (2006) *Una introducción al concepto de promoción de la salud. En Czeresnia, Dina y Machado de Freitas Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Mckeown, Thomas y Lowe, C. R. (1981) *Introducción a la medicina social*, Siglo XXI, México.
- Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española www.rae.es
- OMS (1986) *Carta de Ottawa, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, OMS, Ottawa.
- OMS (1986b) *Promoción de la Salud. Glosario*, OMS, Ginebra.
- OMS-UNICEF (1978) *Atención Primaria de salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia*, OMS-UNICEF Ginebra-Nueva York.
- Quizphe, Arturo y Monsalvo, Julio. (2004) *Salud, Amor y Libertad*, Editorial Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Rootman, Irving; Goodstadt, Michael; Potvin, Louise; Springett, Jane. (2007) *Un marco para la evaluación de la promoción de la salud. En Organización Panamericana de la Salud (OPS), Evaluación de la Promoción de la Salud. Principios y Perspectivas*, Washington.
- Rosen, George. (1985) *De la policía médica a la medicina social*, Siglo veintiuno editores, México.
- Salleras Sanmartí, L. (1985) *Educación sanitaria. Principio métodos y aplicaciones*, Días de Santo, Madrid.
- Snow, John. (1991) *Sobre el modo de transmisión del cólera. En Organización Panamericana de la Salud (OPS), El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*, Publicación Científica N 505.OPS, Washington.
- Terris Milton. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social*, Editorial Siglo XXI, México.
- Terris, Milton. (1997) *Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoría de la Salud Pública. En Organización Panamericana de la Salud (OPS) , Promoción de la salud: una antología*, Washington. Publicación Científica N 557.
- Valdés, Alberto García. (1987) *Historia de la medicina*, Emalsa Interamericana, Madrid.

2 — Conceptos fundamentales

Claudio Mario Staffolani, Universidad Nacional de Rosario y Universidad Autónoma de Entre Ríos, Argentina.

2.1 Sobre el concepto de Salud

Definir el concepto de salud ha sido un tema central en el campo que, a partir de Bourdeau (1994), podríamos definir como el de las Ciencias de la salud. La importancia de este concepto radica en que actúa axiomáticamente en el devenir de dichas ciencias, imprimiendo criterios de intervención que van desde el nivel microsocio (relaciones entre profesionales y pacientes), hasta ámbitos que se ocupan de la definición de políticas sobre los cuidados de la salud de las poblaciones a través de la acción del Estado (macrosocio).

Quizás, este concepto, sea más propio de una reflexión filosófica que epistemológica; puesto que no es posible definirlo en términos reales desde ninguno de los tres puntos de vista en que contemporáneamente se lo aborda: el biológico, el psicológico y el social. Tampoco hace alusión a parámetros mensurables la perfección a la que se refiere la definición adoptada por la OMS de: “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(Carta Magna, 1946). Algo parecido sucede con la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en el año 1948, que en su Art. 25 menciona: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”. En esta declaración tampoco se precisa cuál es el nivel de vida adecuado que asegure la salud, el bienestar y todos los demás satisfactores mencionados. Como consecuencia de la adopción de la definición de salud como el estado óptimo que se espera para el hombre, y el derecho que le asiste a partir de la declaración de la ONU, la Asamblea Mundial de la OMS de 1977 acuñó el lema “Salud para todos en el año 2000”.

Quizás haya sido éste, el último vestigio de modernidad que ejerció influencia sobre las organizaciones internacionales para el logro de una meta que no forma parte de las posibilidades humanas. Sin embargo, programas, estrategias, organismos estatales -cualquiera sea su nivel (municipal, provincial o nacional) - e internacionales (OMS, OPS), siguen haciendo alusión a la salud (Programa de Salud Mental, Atención Primaria de la Salud, Secretaría o Ministerio de Salud) en sus nomenclaturas.

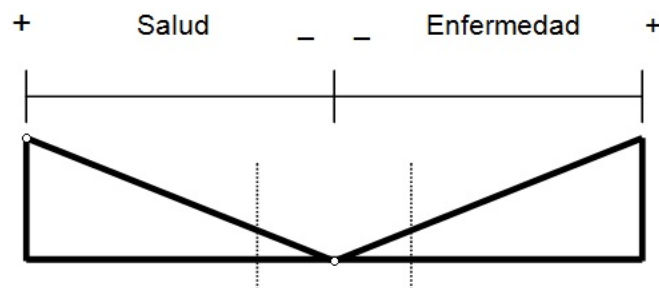
El giro producido por la OMS al diferenciar la salud de la ausencia de enfermedad, es

formalmente más apropiado que la visión reproducida hasta ese año 1948, al reconocer el ámbito propio de la discusión científica desde el cual hasta podríamos cuestionar el término “ciencias de la salud”, asumiendo el riesgo de la pesada carátula positivista, que solo reconoce lo que puede ser mensurado, como objeto de reflexión científica.

En defensa de no definir la salud como falta de enfermedad o invalidez, se esgrime el argumento de que no es siempre posible trazar el límite entre lo normal y lo patológico, también que el concepto de normalidad varía con el tiempo, y por último, que las definiciones por la negativa no son operativas (Sanmartí Salleras, 1991). Todos estos argumentos son aplicables también a la definición por la positiva difundida por la OMS, ya que sería imposible definir un estado de perfecto bienestar que fuera el límite entre lo normal y lo patológico. Tampoco es operativa la definición por la positiva para poder establecer la variación de algo que no se ha determinado dentro de parámetros concretos, ni que sea más operativo el estado de perfecto bienestar que la falta de enfermedad.

Otra crítica que se realiza a la definición por la positiva planteada por la OMS es el ser una declaración de principios que es difícilmente alcanzable, sobre todo por no saberse lo que se debe alcanzar. También, la equiparación entre salud y bienestar parece ser efímera, ya que se puede lograr momentos de bienestar dentro de un contexto o proceso patológico. Pero, quizás, la crítica más aguda es que la salud y la enfermedad son estadios estáticos sin explicar el paso del uno al otro, si es que realmente existe el paso del uno al otro.

A diferencia de esta definición dicotómica y absoluta de la salud y la enfermedad, Milton Terris (1980) propone distintos grados de salud y enfermedad dados en un continuo que va desde un máximo de salud, pasando por un mínimo de salud y enfermedad, hasta llegar a un máximo de enfermedad, teniendo en cuenta aspectos objetivos como podrían ser los evaluados por un profesional, y subjetivos que son el fruto de la percepción personal. (Figura 7.1)



Zona neutra

Figura 2.1

Más allá de la crítica habitual que se hace a la propuesta de Terris de que pueden coincidir momentos de salud con instancias no sintomáticas de la enfermedad, lo significativo es que el máximo de salud sigue siendo un estadio ideal al plantear “Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Terris, 1980), dado que no siempre la capacidad de funcionamiento es descendente desde un máximo de salud a un mínimo de ésta, puesto que el desarrollo de algunos procesos patológicos son la condición de posibilidad de una futura mejor capacidad de funcionamiento como sucede en algunos procesos infecciosos. También, es cuestionable desde el punto de vista de los Adultos Mayores, ya que la disminución de su capacidad de funcionamiento -medida con respecto a los más jóvenes- quedaría analogada al aumento de la enfermedad. Es decir,

que el continuo de salud-enfermedad no es aplicable al devenir de las edades, puesto que la disminución de las capacidades de funcionamiento nos acercaría necesariamente a un máximo de enfermedad, como parece marcar la gradación de los diferentes niveles a través del continuo salud-enfermedad. Sin embargo, la definición de Terris marcó una diferencia fundamental con la planteada por la OMS al incorporar una interpretación dinámica de los estados por los que pasamos los seres humanos a lo largo de la vida, que empujan la zona neutra, donde no queda definido los límites del mínimo de salud y enfermedad, en el sentido de cada uno de los extremos según las características de los determinantes que actúen.

También, es importante el cambio del concepto de salud que lleva a la idea de “perfecto bienestar” por el de “más alto bienestar”, a partir de lo cual, Salleras Sanmartí, basándose en Terris, define la salud como “...el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la sociedad” (Salleras Sanmartí, 1985).

Más allá de los cambios que hemos analizado desde la concepción de la salud como estado ideal hasta el de más alto nivel de bienestar, no ha perdido las características utópicas y etnocéntricas propias de la cultura y la ciencia moderna que se evidencia cuando dice “...que permitan los factores sociales en que vive inmerso el individuo y la sociedad”, lo que hace suponer que siempre hay un más alto nivel de bienestar superior al que podría acceder la comunidad. En esta idea de un nivel siempre superior de bienestar, confluye el imaginario científico de la modernidad, que confía en un futuro, que por el solo hecho de ser futuro promete el hallazgo de soluciones venturosas a la falta de saber en el presente, para la solución de los problemas.

Si algo hemos aprendido de la postmodernidad es que a medida que avanzamos hacia ese estadio ideal o de absoluta verdad, más nos alejamos de ellos y más nos damos cuenta que utopía es ningún lugar ¹, que la salud es una utopía, que no existe, que no ha sido creada, que no puede ser creada. Cuando la ciencia pudo definir el código genético también aprendimos que las enfermedades, en parte, están genéticamente determinadas, y cuando podamos modificar el código genético para prevenir enfermedades, quién sabe cuáles serán sus consecuencias no deseadas. Es decir, que por más que hayamos avanzado hacia un concepto dinámico de salud-enfermedad, y que ese dinamismo lo consideramos dentro de ciertos parámetros, aun así, seguimos pensando que es posible un nivel superior de bienestar.

El punto a discutir sobre el concepto de salud, pensando en la Atención Primaria de la Salud (APS), es si podemos hablar de un concepto universal de salud aplicable a todos los grupos humanos con sus características, o es el resultado de una construcción social definida espacial y temporalmente. En un segundo momento, si podemos hablar de un continuo que va desde el bienestar más completo hasta la muerte pasando por la enfermedad, o si no es más apropiado hablar, a partir de E-P Contandriopoulos, de un “...concepto complejo, socialmente construido, que toma en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y la enfermedad” (2000). De esta manera, sin quedar atrapados por el recuento y tratamiento de la enfermedad, la podemos sopesar para pensar los límites y la forma de transgredirlos hacia estadios de tensión más oportunos y viables.

A partir de lo expuesto podríamos concluir, que construcción y tensión definen el concepto de salud, y que son los procesos de esa construcción y las características de la tensión que las comunidades presentan, las que determinan la aparición de los procesos patológicos. El mejoramiento del perfil patológico de una población, su forma de enfermar y morir, está acompañado

¹Del griego ου τοπος, ου : ninguno, τοπος : lugar, ningnlugar.

de una transformación de la prevalencia e incidencia de los diferentes tipos de enfermedad y de las causas de mortalidad, no de la eliminación absoluta de las enfermedades. Por lo tanto, a la definición de Contandriopoulos, podríamos agregar que salud sería: la construcción que una comunidad realice, tomando en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y una morbimortalidad, que permita el logro de los ideales de una comunidad en su conjunto y de los proyectos personales.

La salud, o lo que se entienda por ella, de esta manera no queda definida a través de una abstracción, tampoco por un continuo que asocia necesariamente los estadios más altos de la vida con la enfermedad. Salud sería el resultado de una serie de decisiones que la comunidad debe tomar, a partir de un asesoramiento profesional, sobre una realidad biológica y social. De esta manera, la salud se construye a través de la interacción entre la comunidad y los integrantes de los servicios para resolver la tensión que presente la realidad política, social y medioambiental que lleve a mejorar las características de morbilidad y mortalidad.

2.2 La Salud Pública como construcción social

Si partimos de la definición de salud expresada anteriormente, donde el acento se pone sobre las decisiones que tome la misma comunidad (Participación Comunitaria en Salud) en interacción con los servicios de salud, se hace importante definir también el concepto de Salud Pública que acompañe dicha definición. Para ello, debemos remontarnos por algunas concepciones que se han dado a lo largo de la historia.

Si bien la Salud Pública como disciplina científica y como política de Estado comienza a partir de la Revolución Francesa, estando ésta muy influenciada por el proceso histórico, económico y social, conocido como Revolución Industrial, algunos de sus elementos constitutivos fueron anticipados en más de dos milenios. El *corpus* Hipocrático en la Grecia Antigua, a través de la distribución de las enfermedades en términos de espacio y de tiempo (Lopis, 1990), y el desarrollo de las obras de Ingeniería Sanitaria como baños públicos, alcantarillado y abastecimiento de agua en la Roma Imperial, determinaron “...un claro concepto de administración sanitaria, con leyes que disponían censos periódicos de la población, inspecciones de locales y mercaderías y prohibición de ciertas molestias públicas” (Sonis, 1982:1).

En la Edad Media, sobre todo a partir de la caída del “orden” Romano, aparecieron en Europa las grandes “plagas”. La lepra y la peste sirvieron de excusa para el desarrollo de dos modelos bien diferenciados de tratamiento de “lo social sanitario”, quedando identificados con cada una de las patologías mencionadas (Foucault, 1989:201-203). El primero, fundado sobre la exclusión, la reclusión, la marginación de los grupos sociales cuyas características indeseables podrían afectar al resto de la comunidad. La lepra y el leproso, como centro de la exclusión, fue solo el punto de partida de este modelo que ha sido seguido en el tratamiento de la locura a través del manicomio y, más contemporáneamente, de las adicciones a través de los llamados “centros de rehabilitación”. En cambio, a partir de la peste se ha desarrollado un modelo de control social, de los movimientos, de las prácticas, de la delimitación territorial. El modelo de la peste es el fundamento conceptual de la epidemiología más tradicional, que no solo se sigue aplicando a las enfermedades contagiosas, sino también al tratamiento poblacional de todas las enfermedades, cualesquiera sean sus características, con los cambios propios de los criterios de actuación consagrados a partir de los nuevos desarrollos tecnológicos y de conocimiento.

Salud Pública y control social, conformó una asociación que ha seguido hasta nuestros días, a

la que se incorpora la figura del hospital. A partir del siglo XVII y XVIII, muy influenciado por el iluminismo, surge el hospital como el lugar en el que se concentran todos los saberes sanitarios, de la misma manera que la enciclopedia concentra todo el saber humano. Esta influencia iluminista que acompaña a la figura del hospital, se expresa también en las características que toma desde las políticas de Estado, sobre todo, en lo relacionado con la planificación de las Políticas de Salud. El compromiso del iluminismo con el conocimiento y tratamiento de lo social sanitario se canaliza a través del hospital, pero ese compromiso sigue un lineamiento político que diferencia claramente a la institución hospital de la comunidad. La vieja crítica a la ilustración que se expresa a partir de la frase “todo para el pueblo pero sin el pueblo”, puede ser aplicada al fenómeno hospitalario. En el hospital la sociedad, la comunidad, el pueblo solo toma humanidad y se constituye en sujeto de derecho cuando se ha enfermado, cuando alcanza el estatus que permite la aplicación de esos saberes desarrollados a partir de los métodos reconocidos por el modelo científico de la época.

Por otro lado, también es muy fuerte la asociación entre hospital y pobreza. En un principio, el hospital es pensado como un lugar para los enfermos sin familia, tanto desde la mirada religiosa de la Edad Media, como en los hospitales de beneficencia en el Renacimiento, también en los primeros hospitales modernos impulsados por los revolucionarios franceses, que a través del Comité de Mendicidad de la Asamblea Nacional estimaban que “...el único lugar posible de remedio de la enfermedad, es el medio natural de la vida social, la familia...Para esto es necesario crear “casas comunales de enfermos”, que deberán funcionar como sustitutos de la familia y hacer circular, en forma de reciprocidad, la mirada de la compasión; los miserables encontrarán así en los compañeros de su suerte seres naturalmente compasivos y a los cuales no son, por lo menos, enteramente extraños” (Foucault, 1986:65-66). Si bien la figura de la casa comunal de enfermos dista conceptualmente del hospital, en tanto que su función no iría mucho más allá de la de ser un depósito de pobres, no se llevó a la práctica. Pero sin embargo, el concepto de depósito de pobres se trasladó a la figura del hospital público a través de la protección de los enfermos y menesterosos siguiendo el modelo de la lepra.

Los revolucionarios franceses, en concomitancia con las ideas expresadas a partir de la obra “Un Sistema Completo de Policía Médica” desarrolladas por el alemán Peter Frank, donde se establecen los métodos y principios que deben regir las acciones de los gobiernos para la protección de la salud, proponen -a través del Comité de Auxilio- la creación de dos instancias de acción que se yuxtaponen. Estas instancias, que según Michel Foucault remedan dos miradas de la medicina -distintas pero complementarias- como son el modelo de la peste y el de la lepra, son la ordinaria y la extraordinaria. La primera, implica una vigilancia continua del espacio cuya miseria se pretende suprimir; la segunda, en cambio, implica un aislamiento en espacios discontinuos estructurados según un modelo de saber científico. Este último espacio exclusivamente médico, es el hospital, el lugar de la verdad, donde se pueden manejar todas las variables a voluntad de la ciencia.

El hospital en momentos de la Revolución Francesa mantiene, más allá de las críticas de algunos revolucionarios como La Montaña, Lebon y Barère (Foucault, 1986:70) un prestigio que supera largamente al de la misma profesión médica, que es muy criticada en esos momentos, sobre todo, por la facilidad y el poco control con que se accedía al título de Médico. Podríamos sintetizar esta situación, en la opinión de uno de los revolucionarios, quien manifestó durante la sesión de la Asamblea de los Quinientos que: “...en los grandes hospitales, se ven en general muchos enfermos, pero muy pocas enfermedades” (Foucault, 1986:110). Esta opinión, de alguna manera deja entrever el rol que asumieron los hospitales como depósito de pobres, pero también, la asociación que se establece entre las instituciones a cargo del Estado, la enfermedad y la

pobreza.

El hospital se constituye entre fines del siglo XVIII y principios del XIX en “...una estructura compatible con los principios del liberalismo y la necesidad de la protección social, entendida de una manera ambigua como la protección de la pobreza por la riqueza, y la protección de los ricos contra los pobres” (Foucault, 1986:124). Esta protección de los ricos contra los pobres también se empieza a hacer evidente en tanto que los hospitales públicos se constituyen en el lugar de las prácticas obligatorias en la formación de los futuros Médicos. Los pobres, obligados a solicitar asistencia en el hospital público, se transforman en el objeto de observación e intervención pedagógica, ya que lo que se observa e interviene en él, está destinado a conocer mejor a los otros.

Con el correr del siglo XIX, los pobres, ahora transformados en proletarios, se constituyen también en el objeto último de intervención, a partir del impacto que produce la Revolución Industrial sobre las condiciones de vida de las poblaciones y la necesidad de mantener su salud para que sigan incorporados al sistema productivo. Paralelamente, esas mismas consecuencias determinan el aumento de la participación política de los grupos sociales relacionados con el trabajo. Surge así, una serie de propuestas que recibieron la denominación común de Medicina Social. Estas ideas lideradas por Rudolf Virchow y Daniel Guérin, a través de su periódico llamado Medicina Social, ponen como centro de la reflexión sanitaria el fenómeno de la pobreza y la explotación, desde su marco conceptual postulaban que “...la medicina es política aplicada en el campo de la salud individual y la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad” (Almeida Filho y Silva Palm, 1999:9).

Las propuestas de la Medicina Social, si bien dejaron una impronta teórica retomada recién a partir de la segunda mitad del siglo XX, fueron rápidamente reemplazadas por los postulados de Movimiento Sanitarista que surge básicamente en EE.UU. e Inglaterra. Este Movimiento, se basa fuertemente en los descubrimientos de Edward Jenner, Luis Pasteur, Robert Koch y en el desarrollo de la medicina experimental impulsada por Claude Bernard (Alvarado, 1982:2). El Movimiento Sanitarista, movilizó -sobre todo- las actividades preventivas en un momento de la Salud Pública reconocido como bacteriológico. Podríamos decir con Enrique Nájera que “...Desde mediados hasta finales del siglo XIX no se hablaba más que de enfermedades y microorganismos infecciosos” (Nájera, Buck y otros, 1990:8). Las acciones del Sanitarismo, a partir de este marco teórico, se caracterizaron por la aplicación de la tecnología y la organización racional de las actividades profilácticas, estas actividades se enmarcaban dentro del ámbito del tratamiento de los factores biológicos, tanto desde lo micro como desde lo ambiental, por medio de la inmunización, el control de vectores y el saneamiento territorial.

El hospital estatal, dentro de esta perspectiva, asegura el contrato social que se establece entre la ciencia, los ricos y los pobres. A través del hospital público (también el de beneficencia), los más adinerados financian el desarrollo del saber que les promete un mayor bienestar futuro; los pobres, en cambio, aportan su cuerpo, su sufrimiento, su esperanza; la ciencia, por último, es el seguro que legitima -a través del prestigio del que goza en la modernidad- las consecuencias del acuerdo tácito. Du Laurens, un observador crítico de las características socio-sanitarias de la época citado por Michel Foucault, resume claramente el contrato social del que forma parte el hospital: “Los dones benéficos van a calmar los males del pobre de lo cual resulta las luces para la conservación del rico. Si, ricos bienhechores, hombres generosos, este enfermo que se acuesta en el lecho que vosotros habéis preparado experimenta en el presente la enfermedad por la cual no tardaréis en ser atacados vosotros mismos, se curará o perecerá; pero en uno u otro acontecimiento, su suerte puede iluminar a vuestro Médico y salvaros la vida” (Foucault,

1986:125).

Siguiendo con este repaso de acontecimientos que repercutieron en la Medicina, en la Salud Pública, y posteriormente, en el desarrollo de las condiciones de posibilidad sobre los que se organiza un tipo de planificación eminentemente normativo y vertical, podríamos agregar que en los primeros años del siglo XX se produce en EE.UU una evaluación de las bases científicas de la enseñanza y la práctica sanitarios de ese país, por medio del conocido Informe de Simón Flexner, que no solo tuvo impacto interno sino también a nivel internacional. Las consecuencias del Informe Flexner para el campo de la Medicina, es una fuerte separación entre lo individual y lo colectivo, lo privado y lo público, lo biológico y lo social y entre lo curativo y lo preventivo (Almeida Filho y Silva Palm, 1999:10) con un claro énfasis en lo individual, privado, biológico y curativo, que determina, con el apoyo de las corporaciones económicas sanitarias, un aumento muy considerable de la especialización y la tecnologización de la práctica médica.

Los desarrollos tecnológicos, la creciente especialización y el hospital como centro exclusivo de la práctica sanitaria, son tres de los elementos fundamentales que definen a la medicina de la segunda mitad del siglo XX, la cual, enfocada como ciencia que estudia los mecanismos por los que se producen las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento, ha alcanzado niveles elevados de sofisticación científico-técnica.

La rapidez en la introducción de nuevos conocimientos y tecnologías, sumado a la imposibilidad de dominarlos todos, están en el origen de la especialización y subespecialización creciente de los profesionales sanitarios. El hospital es la institución sede donde se desarrollan y aplican estos últimos avances tecnológicos que lo hacen el referente de la salud para la población.

Todos estos elementos característicos del tratamiento de la salud del siglo XX, se han acompañado de un incremento progresivo de los costos de los sistemas sanitarios que no se evidencia en el mejoramiento de los perfiles patológicos de la comunidad; las nuevas tecnologías, además de aumentar las inversiones económicas necesarias, imponen la obligación del desarrollo de nuevas especialidades para su planificación y ejecución. Los hospitales crecen en tamaño y cada vez se hacen más complejos, absorbiendo cantidades crecientes de recursos humanos y materiales, que se emplean para la asistencia de una pequeña parte de la totalidad de los problemas de salud individuales y colectivos, pero siempre desde la distancia respecto del lugar donde se originan los problemas de salud.

La población, a partir de todas estas particularidades que va tomando el tratamiento de la salud de la comunidad, demanda cada vez más y mejores servicios, asociando este mejoramiento al aumento de la utilización de nuevas tecnologías y especialidades médicas, pero sobre todo reproduciendo la imagen de la salud como un logro que se alcanza con el tratamiento de las enfermedades, la salud -de esta manera- se transforma en una metáfora de la enfermedad. El hospital representa, cada vez con mayor intensidad, esta imagen distorsionada de la salud, implicando que los recursos disponibles no permitan cubrir totalmente las necesidades que se vuelven así incontrolables. Por ello, se hace necesario establecer políticas de salud que delimiten claramente las prioridades utilizando criterios más de acuerdo a las características locales. En tal sentido A. M. Zurro y J. F. Cano Pérez manifiestan que: "Existen múltiples evidencias científicas de que el incremento de la complejidad y de los costes de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha visto reflejado en el nivel de salud de la población atendida. Asumir la necesidad de proseguir con los avances técnicos en el campo diagnóstico y terapéutico no debe hacernos olvidar que estamos en un momento de inflexión de la curva en que el crecimiento de las inversiones sanitarias según el modelo previo no se acompaña de cambios positivos ostensibles en su impacto sobre la salud de la población" (1999).

Todas estas consideraciones seguramente han de hacer reflexionar sobre cinco puntos esenciales:

- a) ¿La eficacia y la eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades puede mejorar el nivel de salud colectiva alcanzado?
- b) ¿El mantenimiento de una determinada situación de salud es un problema que puedan resolver exclusivamente los profesionales sanitarios y sus tecnologías?
- c) ¿Desempeñan un papel fundamental otros sectores de la actividad social y económica relacionados con la calidad de vida general?
- d) ¿Las medidas de Promoción de la Salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos de vida que están en la base causal de las enfermedades crónicas, de importancia creciente en las sociedades desarrolladas?
- e) ¿La distancia y las características de los efectores de salud, inciden en el rechazo de estos por parte de la comunidad?

Estos cuestionamientos, son una parte fundamental de un movimiento crítico sobre las características que alcanzó la salud en general y la Salud Pública en particular, que toma mayor fuerza con posterioridad a la segunda guerra mundial, retomando muchos de los postulados de Virchow y Guerin, que se fueron concretando en los documentos y resoluciones de los organismos internacionales. Todo este movimiento de opinión se plasmó en la Asamblea de la OMS del año 1977 dando lugar a la ambiciosa meta de “Salud para todos en el año 2000”, y posteriormente, la “Declaración de Alma Ata” del año 1978 que presenta la estrategia para cumplir con dicha meta.

A partir de Alma Ata, los organismos internacionales de salud no sólo ven la necesidad de transformar en profundidad el sistema sanitario, también la figura del hospital. Derivada de la imagen predominante del hospital como centro de acción por la salud, ha madurado en ese espejo una idea distorsionada de ella, que se potencia y es potenciada en este fenómeno especular. El hospital, espacio donde la enfermedad protagoniza todo el ámbito del pensamiento y la acción profesional que se expresa a través del imaginario de gran parte de los integrantes de la comunidad, los funcionarios y trabajadores de salud, es el máximo responsable de la interpretación de la salud como una metáfora de la enfermedad. La salud, entendida como un estado posterior a la curación de la enfermedad que se deriva a partir de ese proceso especular, se presenta como un gran obstáculo para poder pensar la Salud Pública en tanto que las acciones planificadas desde el Estado, y lo que espera la comunidad de éste, se conjugan en esta metáfora. Parte de esta metáfora, también se soporta en la imagen casi milagrosa desarrollada a partir del uso excesivo de la tecnología y la especialización de la medicina.

Por último, a partir de la definición de salud desarrollada anteriormente, apoyada en la mirada que nos propone Contandriopoulos es importante definir también el concepto de Salud Pública, con la intención de poder revertir, en lo posible, la determinación histórica que pesa sobre este concepto que incide negativamente para el logro de los mejores estándares de calidad de vida. En tal sentido, la Salud Pública sería: “la disciplina científica que acompañe como política de salud, a partir del conocimiento alcanzado, la construcción que una comunidad realice, tomando en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y una morbimortalidad, que permita el logro de los ideales comunes de la comunidad y sus proyectos personales”.

2.3 De la Salud Para Todos en el año 2000 a la Salud en Todas las Políticas

La Asamblea General de la OMS celebrada en Ginebra en el año 1977, dio comienzo a una transformación copernicana respecto de la perspectiva desde la cual abordar los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones. En dicha asamblea se propone la meta Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000), hecho que obligó a repensar las acciones que hasta el momento se desplegaban para el cuidado de la salud, que no era otra cosa que acciones concentrada en el tratamiento de la enfermedad a través de la figura excluyente del hospital como institución central de las políticas sanitarias, salvo contadas excepciones como las desarrolladas para la lucha de enfermedades prevalentes mediante campañas de inmunización o acciones que seguían la misma lógica, caracterizadas por la idea de entrada y salida en un territorio para combatir el mal instalado en la población que lo habita.

Luego de un año de debate, en septiembre de 1978 conjuntamente la OMS y UNICEF presentan en Alma Ata (Rusia) a través de la Declaración que lleva su nombre la estrategia que permitiría cumplir la meta de SPT 2000, conocida como Atención Primaria de la Salud (APS). En la Declaración de Alma Ata se plasma el nuevo paradigma en salud, poniendo el acento en el cuidado de la salud y no sólo de la enfermedad, es así como en varios párrafos se enuncia una palabra novedosa dentro del campo de las Ciencias de la Salud. Promoción es mencionada sin que se la defina convenientemente: “La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial [... La APS] se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas”.

A partir de la falta de precisión conceptual del uso del término promoción, que a la postre se transformará en Promoción de la Salud, se sucede una serie de Conferencias con sede en ciudades de diferentes países del mundo (ver Figura ??), con el objetivo de darle contenido al nuevo concepto que se erige en el eje de la nueva perspectiva o paradigma sanitario.



Figura 2.2: Sucesión de Conferencias sobre Promoción de la Salud

La primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud fue realizada en Ottawa (Canadá) en ellas se propone que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.” (OMS;1986)

A partir de esta definición, que no avanza demasiado en precisiones conceptuales, sin embargo se puede diferenciar claramente las responsabilidades del Estado (quién debe proporcionar a los pueblos los medios. . .) y de los individuos o grupos (ser capaces de identificar y y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente). En el caso de los individuos o grupos la responsabilidad se transfiere por parte del estado, contrariamente a lo propuesto desde la Declaración de Alma Ata, sin que estos tengan la

posibilidad de decidir cuáles son los medios necesarios, en qué tiempo y forma.

Más allá de esta situación, el aporte de la Carta de Ottawa es poner el acento en que la Promoción de la Salud no puede ser viable si los Estados no se hacen cargo de asegurar a las poblaciones una serie de prerrequisitos necesarios para que se pueda lograr el bienestar físico, mental y social. Dichos prerrequisitos son: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad. Plantea cinco estrategias: formular políticas públicas para la salud, crear ambientes favorables, desarrollar las aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

La segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, fue realizada en Adelaide, Australia (OMS, 1988), en ella se puso el acento sobre la necesidad que los Estados desarrollen políticas públicas para la salud e identificó cuatro áreas clave como prioridades para esas políticas y de acción inmediata: apoyo a la salud de las mujeres, la eliminación del hambre y la malnutrición, el uso y abuso del tabaco y el alcohol y la creación de entornos propicios de vivienda y trabajo.

Tres elementos se pueden destacar del documento firmado en Adelaide, uno es la incorporación de la salud como un Derecho Humano. Otro es la necesidad de que los Estados se comprometan en crear políticas públicas compatibles con la salud. El último, es la denuncia sobre las desigualdades entre y dentro de los países que conspira fuertemente con la equidad social y por ende con la salud.

Podríamos decir que la Promoción de la Salud como concepto, se traslada paulatinamente del campo de las Ciencias de la Salud a la Política, las sucesivas Conferencias Internacionales sobre promoción de la Salud se centrarán en las dificultades de los países para llevar adelante políticas públicas compatibles con la salud.

La tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se desarrolló en Sundsvall, Suecia (OMS, 1991). El tema central de esta conferencia ha sido instar a los países y a las organizaciones multilaterales que nuclea a los países (ONU) a favorecer la creación de entornos saludables tanto desde el punto de vista ambiental como social como estrategia de promoción de la salud.

La cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, fue organizada en Yakarta, Indonesia (OMS, 1997), repite gran parte de las apreciaciones de las Conferencias precedentes, e incorpora un nuevo término que se reproduce hasta el presente como es el de empoderamiento.

La Declaración propone la necesidad de ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo. Ampliar la capacidad de las comunidades para la Promoción de la Salud, exige desde esta perspectiva, educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios.

Al igual que la declaración de Sundsvall, insta a los países y a todos los organismos internacionales multilaterales a colaborar en la creación de una red mundial para la Promoción de la Salud. Más allá de las buenas intenciones de los conferencistas es evidente, en función de las Conferencias realizadas con posterioridad a Yakarta, que el compromiso solicitado no ha tenido el acatamiento esperado.

La quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se realizó en México (OMS, 2000) en el año 2000, fecha clave al ser el plazo que se había fijado la OMS para llegar a la SPT.

Veintitrés años no fueron suficientes para revertir el proceso de inequidad social y económica que determina gran parte de las problemáticas relacionadas con la salud de los pueblos.

El contenido del texto no agrega novedades respecto de las Conferencias anteriores, más allá de reconocer todo lo que falta para crear las condiciones de posibilidad para llegar a estándares de salud aceptables en todo el mundo, a pesar de los compromisos asumidos y renovados.

La sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se realizó en Bangkok, Tailandia (OMS, 2005). Define a la Promoción de la Salud como: “. . . capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta”. Podríamos decir que esta definición es un retroceso respecto de los documentos anteriores, a centrar la actividad de promoción en el saber de la gente. Huelgan los ejemplos respecto del hábito de fumar, alimentación, tomar sol en horarios indebidos, etc., donde más allá de conocerse los riesgos de dichas actividades las personas las realizan cotidianamente. Más allá de esto, la Carta reflexiona sobre el impacto del proceso de globalización, amenazas y beneficios, también sobre la necesidad de lograr coherencia en las políticas públicas que se ejecutan desde los distintos niveles del Estado y desde los organismos internacionales.

La séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se realizó en Nairobi, Kenia (OMS, 2009). Además de reafirmar la totalidad de las propuestas de acción desplegadas desde las Conferencias anteriores, propone reforzar las actividades de Promoción de la Salud dentro de los sistemas y políticas de salud. También refuerza la idea de empoderamiento comunitario y se agrega la alfabetización en salud como elemento dinamizador y de generación de liderazgos en la comunidad.

La última de las Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud es la octava realizada en Helsinki, Finlandia (OMS, 2013) en el año 2013. Esta declaración reconoce como ninguna otra anterior la existencia de poderosas fuerzas que operan en contra de la salud, redundando en recomendaciones como continuidad de las Declaraciones anteriores, pero incorpora una nueva idea fuerza Salud en Todas las Políticas (STP), que no es otra cosa que el reconocimiento de la salud como una construcción social que se edifica a través de las acciones cotidianas de los integrantes de una comunidad, también que las políticas de salud no pueden ser un hecho aislado y requiere del compromiso de todas las políticas ejecutadas a través de los gobiernos. STP es pensar la complejidad de la vida y la política a través del norte que debe ser la salud y el bienestar de los pueblos.

Actividad N° 1

A partir de la definición de salud de E-P Contandriopoulos, discutir grupalmente sobre las tradiciones de pertenencia de cada uno de los integrantes de grupo. Analizar:

- Procesos de salud-enfermedad que inquietan o preocupan a los integrantes de su comunidad de pertenencia.
- Cuáles son las limitaciones que imponen dichos procesos de salud-enfermedad a las aspiraciones personales y comunitarias.
- Qué rituales implementan los integrantes de la comunidad para enfrentar dichos procesos de salud-enfermedad.

Actividad N°2

- Identificar grupalmente situaciones o discursos de trabajadores de salud, funcionarios públicos, representantes políticos, etc., donde el concepto de salud sea utilizado como metáfora de enfermedad.
- Describir los actores que participan de dichas situaciones o discursos.
- Las aparentes intenciones puestas en juego a través de la utilización del término salud.

Actividad N°3

- Discutir grupalmente las implicancias de que en los Documentos emitidos sobre Promoción de la Salud, se diga que la Salud es un Derecho Humano:
- ¿ Qué rol jugaría la Promoción de la Salud para permitir el cumplimiento de dicho derecho?.
- ¿ Qué actividades concretas podrían desarrollarse como estrategias de Promoción de la Salud?.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. y Silva Palm, J. (1999) *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*, CMS N° 75, Rosario.
- Alvarado, C. (1982) *Perfiles doctrinarios y ubicación de la salud pública*, en: SONIS, A, *Medicina Sanitaria*, Ed. Atenéo, Barcelona.
- Bourdeau, P (1994) *El campo científico*, Revista Redes, N° 2, Vol. 1.
- Carta Magna o Carta Constitucional de la OMS (1946), Ginebra.
- Contandriopoulos, A-P. (2000) *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales*, Cuadernos Médico Sociales N° 77, Rosario.
- Foucault, M. (1986) *El nacimiento de la clínica*, Ed, Siglo XXI, México.
- Foucault, M. (1989) *Vigilar y castigar*, S. XXI, Bs. As.
- Lopis, A., en: Buck, C. y otros (1990) *El desarrollo de la Epidemiología*, OPS, Washington.
- Najera, E., en: Buck, C. y otros (1990) *El desarrollo de la Epidemiología*, OPS, Washington.
- OMS (1986) *Carta de Ottawa, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, Ottawa.
- OMS (1988) *Recordaciones de Adelaide, II Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, Adelaide.
- OMS (1991) *Declaración de Sundsvall, III Conferencia internacional sobre Promoción de la Salud*, Sundsvall.
- OMS (1997) *Declaración de Yakarta, IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Yakarta.
- OMS (2000) *Declaración de México, V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, México.
- OMS (2005) *Carta de Bangkok, VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Bangkok.
- OMS (2009) *Llamada a la acción de Nairobi, VII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Nairobi.
- OMS (2013) *Declaración de Helsinki, VIII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Helsinki.
- Sanmartí Salleras, L. (1985) *Educación sanitaria. Principio métodos y aplicaciones*, días de Santo, Madrid.
- Sanmartí Salleras, L. (1991) *La salud y sus determinantes*, Revista Anthropos N° 118, Barcelona.
- Sonis, A (1982) *Medicina Sanitaria* Ed. Ateneo, Barcelona.
- Terris, M. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social*, México, Siglo XXI.
- Zurro, A. M. y Cano Perez, J. F. (1999) *Atención primaria de la Salud*, Ed. Harcourt Brace, Madrid.

3 — Participación comunitaria en salud, de la apropiación del saber al ejercicio del poder de la comunidad

Claudio Mario Staffolani. Universidad Nacional de Rosario y Universidad Autónoma de Entre Ríos, Argentina.

3.1 Antecedentes conceptuales

La Promoción de la Salud como actividad sanitaria, requiere de un saber técnico, también de la creatividad de quienes se dan esta tarea, pero para que esta práctica pueda sustentarse en el tiempo requiere de una organización que pueda soportarla y permitir su desarrollo. Una de las herramientas prestigiadas desde la Declaración de Alma Atta en función de la atención de la salud, es la Participación Comunitaria en Salud (PCS), que como concepto permite innumerables interpretaciones, sobre todo en el contexto de los países subdesarrollados, siendo tratada tradicionalmente en forma ambigua y oscura tanto por quienes promueven la PCS desde un punto de vista utilitarista buscando una mayor posibilidad de adaptación a los cambios (Souza Bravo y otros, 1991:14), o por quienes la interpretan solamente como formas alternativas de las propuestas oficiales (Jamamoto y Nietto, 1989).

Desde el punto de vista liberal, se puede hablar de la participación como un derecho universal que, desde una interpretación puramente abstracta, se refiere genéricamente a los individuos y no a los grupos, sociedades, comunidades o clases. La participación desde esta visión es la condición de posibilidad del ascenso social. ¿Participando de qué se podría ascender socialmente? Sería la pregunta a realizarle a esta perspectiva política, la respuesta obviamente es a estrategias previamente elaboradas, con lo cual la participación comunitaria se transforma en una colaboración de la sociedad en los espacios y circunstancias que el mercado o alguna representación del Estado le permita actuar. Si la colaboración es la adecuada, entonces el premio es el “ascenso social” o el “bienestar social”, y si no lo es, las consecuencias serán el descrédito y la marginación.

Según Myriam Baptista, se “...considera que es en el conjunto de las instituciones sociales donde él (el individuo) va a encontrar las condiciones necesarias para su desarrollo” (Baptista 1987:87), y esto es necesariamente así, pero la discusión es sobre cuál es el desarrollo esperado, o mejor dicho ¿quién decide las pautas sobre las cuales se entiende el desarrollo? Por lo tanto, en la discusión sobre las ideas que subyacen en lo que podemos entender por PCS, no es la inclusión de la comunidad en las estrategias de salud, porque de hecho que de cualquier manera lo está. Tampoco es si la población se empodera, si hace suya, si toma responsabilidades sobre las estrategias o las acciones que se ejercen desde el sistema de salud, ya que en el mismo acto de ir o no a una consulta médica hay un ejercicio de empoderamiento. La discusión fundamental sobre la PCS es quién decide sobre la forma de entender el “desarrollo”, quién toma las decisiones, o

planifica las estrategias sobre las cuales la población debe participar. En definitiva, la discusión es, si participar es tomar decisiones, planificar estrategias de acción sobre esas decisiones, ejecutarlas y evaluar los resultados de esas acciones, o acatar en forma “paciente” las decisiones, las acciones y las evaluaciones de otros.

La misma Declaración de Alma Ata plantea que “La atención primaria de la salud: ... exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;...”(OMS, 1992:11). Sin embargo, el concepto de participación tiene una ambigüedad que ni siquiera puede ser precisado mediante la educación apropiada, puesto que esta actividad también se encuentra influenciada transversalmente por el modelo ideológico vigente que, “casi en forma natural”, tiende a reproducirse.

Diez años después de Alma Ata, la OPS (1988) define la PCS como una actividad “permanente y no circunstancial, activa y no pasiva, es decir, asumiendo un rol de sujeto-agente transformador de su propia realidad; crítica, significando con ello la no aceptación de una realidad preformada, descrita o definida por elementos externos, sino asumiendo directamente y a todos los niveles, en el sentido que la participación social no debe ceñirse solo a la fase de ejecución de los programas de salud, sino también en lo que respecta a la planificación, evaluación y control de los mismos”. A este punto de vista, donde la comunidad debe asumir un rol transformador de la realidad, deberíamos agregarle la transformación del marco conceptual desde el que se piensa transformar la realidad, ya que si no se incluye la transformación de los axiomas políticos desde los cuales se piensa la salud, estaríamos condenados a la reproducción permanente de la realidad de la cual se parte y a la que se pretende transformar. Por lo tanto, no se puede hablar de una participación activa, transformadora y productora de una realidad diferente a la que motivó la meta de salud para todos en el año 2000, si no pensamos también la transformación del marco político y hasta económico que le dio origen, al menos en los países donde el modelo liberal y capitalista tiene sus mayores deformaciones y, no es casual que se den también, las más amplias diferencias sociales y peores perfiles sanitarios de sus habitantes.

En este sentido, no podemos olvidar, que más allá de las diferentes perspectivas sobre el marco político y económico, a nivel internacional, entre los países que presentan los mejores niveles sanitarios de su población aplicando los principios de la APS, se dan ejemplos variados y exitosos si lo medimos desde la perspectiva de los indicadores de salud. Por lo tanto, la crítica no es a los principios de las perspectivas políticas y económicas, que van más allá de la discusión sanitaria, sino a las deformaciones que justificadas a partir de esos principios, impulsan políticas sanitarias como la APS, tomando de ellas solamente algunos elementos dejando de lado el resto que permitiría conformar un sistema eficiente de salud. De la misma manera que la APS no es solamente una descentralización del servicios de atención médica, tampoco la PCS puede ser solamente una colaboración de la comunidad con los equipos de salud que laboran en los efectores de atención, puesto que si a la intervención contributiva de la comunidad en la estrategia de salud no se agrega su injerencia en la planificación, ejecución, evaluación y control de lo realizado, se sigue manteniendo la separación tradicional entre el servicio de atención y la comunidad. Esta separación, está en la base de los cambios impulsados por los movimientos de pensamiento que confluyeron en Alma Ata con la propuesta estratégica de la APS.

En definitiva, no es el problema, en lo que tiene que ver con la salud de la población, si el sistema tiene una base económica capitalista o socialista, puesto que -como se ha dicho

anteriormente- existen sobrados ejemplos a nivel internacional de Estados que aplicando cada uno de estos principios han desarrollado políticas sanitarias que los ubica entre los que tienen los mejores perfiles de salud en su respectivas poblaciones. Sino, la deformación de esos modelos que se expresan en la organización del Estado y reproducen mecanismos de organización e intervención que hacen fracasar la meta de “salud para todos” aunque desde el punto de vista formal se aplique la estrategia de APS como eje del sistema de salud.

Si acordamos que la participación comunitaria es una herramienta fundamental para cumplir esa meta planteada por la OMS, es razonable pensar que la PCS no debe quedar acotada a transformar la realidad sanitaria, sino que es condición indispensable transformar también las características de esa perspectiva política y normativa que le da sustento, y por lo tanto la organización estatal que reproduce esa perspectiva. Si no fuera así, estaríamos pensando como aquel personaje de fábula, que habiendo caído en un pozo, pretendía salir del mismo alzándose de los pelos.

De las características políticas y normativa de los países subdesarrollados, a las que podríamos agregar su relación de dependencia histórica con respecto a los países centrales que determinan gran parte de esas características, y las grandes diferencias socio-económicas entre los estratos que forman parte de su población, los organismos internacionales de salud se ocupan muy poco, salvo en presentaciones de principios y descripciones de la realidad sanitaria.

Respecto del tema de la participación comunitaria dentro de la problemática de la salud ocurre básicamente lo mismo, los dos documentos fundamentales que han apadrinado las reformas sanitarias en la República Argentina y más específicamente en la Provincia de Santa Fe, la Declaración de Alma-Ata (1978) en lo que tiene que ver con la APS y la Carta de Ottawa (1986) en relación con la promoción de la salud, han dado a la PCS un papel crucial, sin embargo nada dicen sobre la forma de revertir esas características políticas y normativas que de una u otra manera agregan dificultad para que pueda darse efectivamente la PCS. No obstante, hay diferencias entre ambas propuestas en lo que se refiere a la articulación de las relaciones con la comunidad, en el caso de la Declaración de Alma Ata, la PCS es uno de los tres pilares básicos que deben sustentar las estrategias de APS junto con su integración a un sistema nacional de salud y su función como primer nivel de contacto del sistema con los individuos, las familias y la comunidad. En cambio en la Carta de Ottawa, desde su visión de la Promoción de la Salud, la PCS se inscribe en un contexto más amplio que el del propio sistema de salud, extendiéndose al resto de la acción social, con lo cual se abre la posibilidad de entender la PCS desde otras dos perspectivas diferenciadas, como acción social en salud y como intervención social.

La acción social en salud (Nutbean, 1986), el conjunto de actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud, son llevadas a cabo por individuos, por las familias y por las asociaciones comunitarias. Una parte de esta acción comunitaria se produce en relación con los servicios sanitarios a partir de los mecanismos que éstos establecen y articulan. Otras definiciones de participación comunitaria, apuntan hacia el carácter formal o institucional de los mecanismos y a la importancia de vincularlos a la toma de decisiones de las organizaciones sanitarias. Desde la perspectiva de la acción social en salud, la PCS sería un conjunto de mecanismos que los servicios de salud ponen en marcha y articulan desde una visión más o menos permeable a la influencia del medio social.

En cambio, la intervención social en salud (Zurro y Cano Perez, 1999), serían las actuaciones que los integrantes del equipo de los Centros de Salud (CS) realizan sobre determinados grupos de población para producir la transformación de su realidad sanitaria.

La PCS, es una especie de síntesis superadora de estas dos visiones que relacionan la actividad social con la sanitaria, las superación de estas dos visiones estaría dada por la reflexión que cabe sobre todas esas acciones y el poder de decisión sobre su implementación y evaluación. Por lo tanto, toma una importancia relevante la perspectiva política y normativa, ya que de la misma surgen los criterios sobre los que se hará la planificación, la ejecución y la evaluación de las estrategias de salud. Desde el punto de vista del liberal capitalismo, esos criterios están regulados por la disminución de la inversión de los Estados para satisfacer la salud de la población, manteniendo las libertades individuales de sus ciudadanos. De hecho que este fue un gran motivador para impulsar la estrategia de APS en los países centrales o desarrollados, ya que han logrado efectivamente equilibrar las inversiones económicas con los beneficios logrados en la salud de la comunidad respetando las libertades individuales. En cambio, para la perspectiva socialista el criterio es la supremacía de la libertad a nivel general sobre la individual a partir de la conformación de un Estado fuerte que represente esa voluntad general. Las características de este último criterio, están dadas en que los niveles aceptables de salud se logran con una inversión mucho menor, pero con la supresión de algunas libertades individuales que desde la visión liberal son fundamentales como la propiedad privada y la posibilidad de ascenso social.

3.2 Qué entendemos por comunidad

Desde estas perspectivas, deberíamos también revisar el concepto de comunidad al cual hacemos referencia cuando hablamos de PCS. Desde el punto de vista de la APS sería el grupo de personas que vive en el espacio de referencia de un CS, que tiene características culturales, valores e intereses determinados, que comparten una historia y que a partir de todos esos elementos comunes piensan y se expresan socialmente a través de sus comportamientos en forma homogénea y previsible. En la realidad, más allá de los elementos comunes que de hecho es muy posible que puedan existir, también se dan en esos mismos grupos sociales profundas desigualdades y diferencias producidas por determinantes laborales, ingresos económicos, educacionales, políticos partidarios y pertenencia a organizaciones intermedias de la comunidad que, por ser muy dependientes de objetivos muchas veces no definidos en la misma comunidad, son habitualmente causa de divisiones y conflictos en su seno, dificultando la posibilidad de lograr acuerdos básicos para mejorar su perfil sanitario y calidad de vida.

Un tema que merece considerarse especialmente es el cultural, históricamente los grupos étnicos y nacionales por diversos motivos han tenido la necesidad de migrar a otras zonas geográficas dentro y fuera de sus propios países, esto ha dado la posibilidad de darse lo que se conoce como encuentro multicultural. Este fenómeno es relativamente nuevo en términos históricos, en Latino América comenzó a partir de los efectos de la Revolución Industrial europea sobre las poblaciones campesinas marginales o empobrecidas que migraron al llamado nuevo continente en la segunda mitad del siglo XIX. Italianos, españoles, alemanes, polacos, árabes, etc. se vieron obligados a convivir con sus tradiciones en una nueva geografía con las poblaciones autóctonas (originaria y criolla). Este fenómeno se repitió como consecuencia de la Primera y Segunda Guerra Mundial sobre un proceso de integración multicultural ya consolidado con sus más y sus menos. A partir de la segunda mitad del siglo XX, los procesos migratorios se comienzan a dar también entre los países de Latino América, fenómeno que con alguna frecuencia reitera oleadas en diferentes sentidos entre nuestros territorios, sobre todo motivado por razones económicas y acceso a derechos básicos como son la salud, la educación, los civiles y el trabajo. Es común ver, sobre todo en barrios populares de las grandes ciudades, el encuentro de ciudadanos de diferentes países Latino Americanos que nos permiten observar en pleno proceso

el fenómeno multicultural. Proceso plagado de dificultades que lleva a dichas comunidades y a los responsables gubernamentales a desarrollar estrategias de intervención que requieren de un profundo trabajo de campo para decidir líneas de acción que permitan su participación y aceptación.

Podemos entender una cultura como un sistema de valores, normas, creencias, costumbres, conductas, lenguas, religión y tecnología compartida, que los miembros de un grupo usan para relacionarse entre ellos mismos e interactuar con el mundo. Todas estas características son las que se ponen en juego en el proceso de integración multicultural. En este sentido multiculturalidad es la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social que obliga a cohabitar pero manteniendo un alto nivel de independencia las una de las otras, donde la cultura o sociedad de acogida suele ser hegemónica y establece jerarquías legales y sociales que colocan a los otros en inferioridad de condiciones, generando conflicto, estereotipos y prejuicios que dificultan la convivencia en detrimento de los más débiles, en este caso los recientes migrantes.

En las situaciones donde se puede llegar a niveles aceptables de equidad y respeto mutuo, se puede pasar de multiculturalidad al multiculturalismo. Este paso requiere de la intervención del Estado para que se de en un tiempo y de una manera compatible con los Derechos Humanos custodiados por las Leyes, ya que naturalmente se daría en un proceso largo y plagado de conflictos propios de los límites que imponen cada una de las tradiciones. Lograr el multiculturalismo sería construir una ideología o modelo de organización social que afirme la posibilidad de convivir armónicamente grupos o comunidades étnicas con tradiciones diferentes, en el caso que nos ocupa, para poder custodiar el derecho a la salud que nos obliga a cumplir la Carta Magna.

Valora positivamente la diversidad sociocultural, teniendo como punto de partida que ningún grupo tiene por qué perder su cultura o identidad propia, nos obliga a pensar que una comunidad no es única y piramidal, sino que es más un entramado de redes donde confluyen circunstancias personales, institucionales, culturales y hasta político-partidarias.

Otro elemento que en los últimos años interfiere en forma decisiva sobre lo que podríamos llamar comunidad, es el desarrollo de medios masivos de comunicación que, a través de una llegada directa a cada uno de los integrantes de la comunidad, imponen modelos de consumo y comportamientos sociales que se superponen a los construidos por medio de la interacción entre los integrantes del territorio de referencia de un CS.

De los elementos analizados, se desprende que el espacio territorial donde las personas viven y la tradición de valores y costumbres asociados a ese espacio, no son los únicos determinantes para describir las características sociales de un grupo poblacional. También, que la idea de homogeneidad que sobrevuela al concepto de comunidad, es cada vez más difícil de mantener, dada la diversidad de elementos que intervienen y que producen una transformación permanente sobre los valores e intereses que actúan sobre las relaciones que se dan entre los integrantes de un grupo poblacional. Por lo que el concepto de comunidad, asociado históricamente con la homogeneidad de valores, costumbres, perspectivas de futuro e intereses, debe ser adecuado a nuevos modelos de participación, asociados a espacios sociales que no son solamente territoriales, y que responden a una complejidad que impone incorporar aspectos de niveles más amplios que el local e inmediato, aspectos relacionados directamente con la forma de organización política y normativa que se da una sociedad y que se expresan a través de la organización estatal. En el caso de la PCS, además de las características y disposición de la comunidad local y los integrantes del equipo de salud del CS, cobra gran relevancia el rol del Estado que determina la organización que presenta el sistema de salud.

Para que la estrategia de APS pueda cumplir con la meta de salud para todos, y la PCS se constituya en el eje de esa estrategia como instancia de planificación, ejecución y evaluación, debe existir una organización burocrática que brinde las condiciones de posibilidad para que pueda darse una PCS que sirva a la APS. En tal sentido Kroeger y Luna (1992:80-81) presentan dos posibilidades que de hecho ha tomado la PCS, una es la participación prescripta, es decir la participación a través de acciones impuesta por los niveles superiores y que requiere de la mano de obra de la comunidad, la movilización de sus líderes para atraer al resto de la comunidad o la utilización de recursos financieros de la misma comunidad para solventar gastos del CS. La otra posibilidad es la participación integral, donde la comunidad participa en el ciclo completo, es decir, la planificación, organización, funcionamiento y control de las acciones que llevan a resultados satisfactorios tanto para los integrantes de la comunidad como de los integrantes del equipo de salud.

Desde el punto de vista local, la relación entre el CS y la comunidad de referencia, tiene en cada caso una situación particular en cuanto a su cohesión y formas de articulación. Al plantearse la conveniencia de incorporar la PCS en los CS, para que desde ese ámbito se construya una relación que redunde en la mejora de los niveles sanitarios de las comunidades de referencia, debe tenerse en cuenta que esa relación debe darse a partir de la presentación de diferentes mecanismos que brindan alternativas complementarias de participación, sabiendo que ninguno de esos mecanismos por sí solo es capaz de conectar a todos los grupos de población que forman parte del territorio. Cada mecanismo concreto puede relacionar a los profesionales con determinado tipo de personas o de grupos, mientras puede marginar a otros. Para que las diferentes necesidades puedan manifestarse en el CS y encontrar la estrategia participativa que satisfaga los requerimientos de la comunidad en cada situación, el sistema de salud en su conjunto debe estar preparado para atender los requerimientos que sean expresados por las bases y que sirvan para mejorar su situación sanitaria.

Cualquiera sea el mecanismo elegido por la comunidad y el CS, requiere del apoyo del resto de la organización estatal e incluso de la sociedad, ya que ninguno de estos instrumentos de PCS puede resolver la totalidad de problemas que se puedan presentar en una comunidad, sobre todo sabiendo -como se ha expresado anteriormente- que la comunidad expresa una dinámica permanente que requiere de una atención constante por parte del sistema de salud, construyendo puentes que permitan hacer oír la voz de la comunidad en el trabajo de la APS. En definitiva, se debe aceptar, si se quiere que se produzca de forma real la PCS, que ésta deba ser amplia como amplia es la realidad, por lo que el abanico de recursos y mecanismos de participación debe también ser dinámico, permitiendo siempre la posibilidad de nueva estrategias que puedan ser aceptadas por la comunidad.

Los mecanismos de participación, presentan distintos niveles de injerencia, organización y compromiso por parte de los integrantes de la comunidad, esperando que los actores del medio social ejerzan una influencia directa sobre el trabajo que se realiza en el CS. Teniendo en cuenta también, que para que la PCS pueda darse efectivamente, no solo se debe actuar sobre los efectores de salud sino también sobre el sistema de salud y la política de salud que reproduce el Estado. Por lo tanto, debe considerarse los mecanismos de participación según una categorización que implique la conformación de bases sobre las cuales se pueda edificar una PCS sustentable en el tiempo. Desde estas perspectivas y en base a una enumeración desarrollada por Martín Zurro y Cano Perez (1999), a continuación se presentan los mecanismos concretos que pueden vehiculizar la PCS.

Consejos de salud

Este tipo de organización podría ser considerada como la forma de participación más importante en tanto que crea un ámbito de encuentro independiente del sistema de salud, donde los miembros de la comunidad, que a su vez podrían representar a los diferentes grupos sociales comprometidos, se encuentran con los integrantes del equipo de salud, de demás representantes del sistema de salud y del resto de funciones del Estado con injerencia en los temas de salud, de una manera igualitaria.

Los Consejos de Salud podrían ser impulsados por el Estado, por el CS o por la misma comunidad, remarcando el carácter de los miembros del consejo como representantes de los diversos grupos sociales e instituciones locales, con los problemas que puede plantear el reconocimiento y el ejercicio de la representación. Si bien se corre el riesgo de caída en instancias de organización demasiado burocrática, este riesgo se disminuye con la participación de todos los integrantes de la comunidad a través de la comunicación y el seguimiento permanente de las decisiones tomadas en el ámbito del Consejo de Salud.

Otra situación que puede producir la desmovilización de los integrantes de la comunidad, puede ser la falta de hechos concretos, la generación de expectativas poco realistas, pero también por el hecho de confiar en los consejos como única forma de participación (Zurro y Cano Perez, 1999).

Contactos con asociaciones y otro tipo de organizaciones

Además de la incorporación de los representantes de otras instituciones locales, también permite un alto grado de organización en la PCS los contactos y convenios con otras asociaciones para llevar a cabo alguna acción concreta. Las asociaciones pueden ser de diferente tipo, permitiendo un abanico donde se vean reflejadas diferentes y variadas posibilidades de participación a través del conocimiento previo y confianza que puede brindar las instituciones que tengan una trayectoria reconocida por la comunidad.

Con el fin de dimensionar el alcance que puede tener este tipo de contactos, es importante mencionar que dentro de toda organización existen tres niveles de participación, "... el primero formado por los miembros de la dirección, el segundo por un grupo de afiliados que asumen los fines y participan en los procesos de tomas de decisiones y que se pueden considerar representados y, por último, el resto de los afiliados (normalmente la mayoría) que simpatizan con los fines generales de la asociación, pero que normalmente están fuera de una participación activa en la vida asociativa" (Zurro y Cano Perez, 1999).

La vinculación de los CS con las instituciones que forman parte de la comunidad permite que ellas puedan tener sus propias iniciativas y potenciar los recursos materiales y humanos con las que cada una pueda contar.

Relaciones con otros sectores sociales

Desde la misma Declaración de Alma-Ata se considera la colaboración intersectorial como un elemento fundamental de la estrategia de APS a partir de la relación que la comunidad local y el CS debe tener con otras instancias estatales, como son los diferentes servicios que tienen que ver con el cuidado del medio ambiente, la educación, los servicios sociales, etc.

Un elemento a tener en cuenta en la relación con los demás sectores del Estado que in-

tervienen directamente en el mejoramiento de la calidad de vida y por ende en la salud de la comunidad, es que cada uno de ellos tiene su propia lógica, sus objetivos y una forma de trabajar probablemente distinta a la del sector salud. En tal sentido, cobra gran importancia la coordinación que se establezca y la unificación de criterios con respecto a conceptos como el de salud, salud pública, APS y PCS para que la relación se establezca sobre objetivos claros y comunes.

Otra instancia importante para mejorar la PCS, es la incorporación activa de los medios masivos para mejorar la comunicación, sobre todo en la reproducción de los conceptos apropiados que sirvan de base para las acciones, con el equipo de salud y entre los integrantes de la comunidad.

También, es importante tener en cuenta que al interactuar con otros sectores sociales y de la misma organización estatal se debe estar dispuesto a ceder protagonismo y a devolver atenciones cuando así lo demanden.

Contactos con las redes sociales y líderes comunitarios

Habitualmente las personas se relacionan unas con otras por amistad, por ser vecinos, por acudir a los mismos lugares de encuentro (parques, bares, parroquias, clubes, etc.) o por lazos familiares, y este conjunto de vínculos conforman alrededor de cada persona una red social. Las redes de los distintos individuos se relacionan unas con otras y conforman el entramado social a través del cual se pueden canalizar acciones de tipo diverso.

Muchas de las personas que forman parte de la comunidad, por su profesión, tipo de trabajo, pertenencia a una institución, etc., adquieren un liderazgo natural que puede ser muy útil como movilizadores de los diferentes grupos que forman parte de la comunidad a partir del manejo que puedan llegar a tener de los códigos, tiempos y lugares en que se puede fomentar la PCS.

La participación de los líderes comunitarios y, a través de estos, de las redes sociales que circulan a su alrededor, pueden llegar a ser más útiles en comunidades que son remisas a incorporarse a movimientos con mayor organización formal.

Creación de grupos de apoyo

Esta forma de PCS quizás sea la más difundida, consistiendo en la conformación de grupos de integrantes de la comunidad que comparten una problemática de salud por padecerla directamente o por ser un familiar de quien la padece, incluso también, por compartir alguna problemática no relacionada directamente con una patología pero con posibilidad de serias implicancias como la preparación de parturientas o la violencia familiar. Las expectativas que genera esta forma de PCS están dadas por que las dinámicas grupales generadas ayuden a mejorar determinados aspectos de esas problemáticas que individualmente sería muy difícil de lograr.

Los grupos así constituidos no solamente son muy útiles para los que comparten el problema de salud, sino también, a partir de su experiencia práctica, para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención que puedan aplicarse al resto de la comunidad.

Agentes sanitarios

Los Agentes sanitarios, forman parte de una estrategia de PCS que en la República Argentina tiene su primer antecedente en los Programas de Erradicación del Paludismo y la Malaria que se implementaron a fines de la década del 50 y principios del 60 en la Provincia de Jujuy, también a partir del Programa de Salud Rural implementado a partir de 1968 en la Provincia de Santa Fe. La característica con que se ha utilizado este recurso invariablemente ha sido desde la perspectiva de lo que a partir de Kroeger y Luna (1992) se ha llamado participación prescripta, ya que básicamente han servido para introducir, a partir de su conocimiento y pertenencia a la comunidad, a los integrantes más profesionalizados de los programas de atención y control de las enfermedades.

Otras veces, los sistemas de salud a través de los CS han articulado estrategias que reconocen el papel de estas personas y han reordenado algunas actividades a partir de la información y sugerencias de estos agentes de salud. Los Agentes Sanitarios permiten establecer un puente entre el “saber científico” de los profesionales de los servicios sanitarios y el sistema de creencias y prácticas del medio social, permitiendo adaptar el trabajo de los CS a las pautas culturales que existen en las distintas comunidades, a veces compartidas ampliamente y otras limitadas a determinados grupos minoritarios. Si bien este último rol, da al Agente Sanitario un protagonismo mayor, tampoco es el que se espera a partir del concepto de PCS que se intenta defender en este trabajo, puesto que sigue quedando subordinado a decisiones extracomunitarias.

Más allá de estas consideraciones, debe rescatarse la figura del Agente Sanitario en la doble función de referente de la comunidad ante el sistema de salud y de motivador y organizador de participación de la comunidad.

Encuestas de satisfacción

Los recursos metodológicos al alcance de los equipos de salud de los CS para conocer la opinión de la comunidad son variados (grupos focales, de discusión, análisis de las quejas, análisis de contenido en medios de comunicación locales, entrevistas por cuestionarios, etc.). Este recurso permite incorporar la opinión de los integrantes de la comunidad que no asiste periódicamente al CS o no se ha integrado a ninguno de los mecanismos de participación que se han puesto en marcha.

La posibilidad de que este mecanismo sea efectivo depende de cómo se utilice la información en el CS y si sus profesionales asumen que mejorar la satisfacción de los pacientes forma parte de su trabajo. Pero también es una herramienta que la misma comunidad puede utilizar para el acopio de opinión y de evaluación de gestión.

Personal no sanitario como informadores clave

El personal no sanitario es una pieza clave en la política de orientación al usuario de una institución sanitaria. Son personas que proceden de la misma comunidad del CS. El trabajo de estas personas consiste, fundamentalmente, en recibir al paciente, darle información y facilitarle el acceso a los distintos servicios que se prestan en el CS. Para ello deberán tener en cuenta las características sociales y culturales de cada paciente. Esto es especialmente importante ya que, habitualmente para los integrantes del equipo de salud, resulta más fácil tratar con personas que tienen un nivel de instrucción medio o alto que con personas que no lo tienen, y son precisamente éstas últimas las que más frecuentemente suelen necesitar los servicios de salud. Además, es una

manera de que la información que circule y los mecanismos administrativos se puedan adecuar para que personas de todos los niveles de instrucción estén en condiciones de opinar y tomar decisiones.

“Como se ha señalado, la información que pueden aportar estos trabajadores es muy importante, ya que tienen una visión más cercana a la de los usuarios y menos técnica que los profesionales sanitarios. Además de los problemas que ellos mismos detecten, es importante su conceptualización como informadores clave ya que hay un importante número de personas que pueden atreverse a exponerles a ellos (por verlos más cercanos) lo que no le dirían al médico o lo que no pondrían por escrito en un reclamo formal. Por lo tanto, la información procedente de este personal debe incorporarse por parte de la dirección del CS para mejorar los servicios y los canales de comunicación con el medio social. Para ello, se debe potenciar que todo el personal pueda aportar, de forma estructurada, información e ideas para mejorar todos los aspectos que redunden en beneficio de los usuarios.” (Zurro y Cano Perez, 1999)

Todos estos mecanismos de PCS, raramente son reproducidos en la práctica concreta en forma sistemática, tampoco desde el sistema de salud se fomenta específicamente estos mecanismos o se hace un seguimiento permanente y formación para que sea incorporado como una práctica habitual. Menos aún, existe un reconocimiento de aquellas experiencias de PCS, que a partir del esfuerzo personal, se concretan sin ser tenidas en cuenta y sin ser evaluadas.

3.3 Aportes de la Planificación Estratégica a la PCS

3.3.1 ¿Qué es una estrategia?

El concepto de estrategia, ligado inicialmente al llamado “arte de la guerra”, tiene una historia que va más allá de los principales referentes culturales de occidente, es en China donde se escribe el primer tratado conocido sobre la guerra en el siglo IV antes de J.C. atribuido a un General Imperial llamado Sun Tzu. Según los postulados de este autor, la estrategia debe basarse fundamentalmente en el engaño para someter al enemigo sin combatir, tomar las ciudades sin recurrir al asalto y derrocar a los Estados sin operaciones prolongadas (Sun Tzu, 1990:63).

Sin embargo, el término estrategia tiene sus raíces etimológicas en Grecia, derivando de *strategos*, sinónimo de general, jefe, caudillo, etc.. Desde esta perspectiva, la estrategia sería el curso de las decisiones, de potestad específica del que comanda la fuerza, que llevan a las acciones en el combate. Es importante rescatar de estas primeras teorizaciones sobre la guerra, que quien maneja la estrategia no solo se constituye en un factor importante para el triunfo en el campo de batalla, sino también para toda la población del Estado de pertenencia.

A partir de los escritos de Karl von Clausewitz (1984) es donde la teoría tiene un aporte verdaderamente innovador al diferenciar en el arte de la guerra el concepto de táctica del de estrategia como disciplinas teóricas. En este sentido “...la táctica enseña el uso de las fuerzas en los encuentros [o combates], y la estrategia el uso de los encuentros para alcanzar el objetivos de la guerra” (Von Clausewitz, 1984:121). La estrategia traza el plan de la guerra, los movimientos de las fuerzas, los lugares donde se realizarán los encuentros para cumplir con los objetivos que en definitiva es el indicador principal que permite evaluar el éxito de la estrategia. Dicho éxito depende directamente del cumplimiento de los movimientos tácticos que son los que permiten obtener impacto sobre el enemigo. Con Clausewitz, y a partir de la diferenciación de táctica y estrategia, ésta última deja el gabinete como ámbito natural. Dice el autor que “...la estrategia

debe entrar en el campo de batalla con el ejército, para concertar los detalles sobre el terreno y hacer las modificaciones al plan general, cosa que es incesantemente necesaria” (Von Clausewitz, 1984:202). Desde esta perspectiva la estrategia deja de lado la idea de algo rígido para adoptar una forma más elástica que permita ser revalidada de acuerdo a las circunstancias particulares que presenta la realidad cambiante del campo de batalla.

Clausewitz también avanza sobre Sun Tzu en que la guerra no es solo una actividad cuyas consecuencias tienen impacto sobre el futuro del gobierno del Estado y el bienestar de la población, sino que la guerra es un acto de gobierno “... mera continuidad de la política por otros medios” (Von Clausewitz, 1984:58) que se encuentra determinada por acontecimientos internos y externos. “...La subordinación del punto de vista político al militar sería irrazonable, porque la política ha creado la guerra, la política es la facultad inteligente, la guerra es el instrumento y no a la inversa. La subordinación del punto de vista militar al político es, en consecuencia, lo único posible” (Von Clausewitz, 1984:324). Es decir, que el gabinete de planificación de las estrategias es en definitiva un ámbito político que debe ingresar en el campo de batalla.

3.3.2 Estrategia, una necesidad para la salud

Este rápido recorrido histórico y conceptual sobre la noción de estrategia, nos permite ubicarnos sobre las diferentes perspectivas posibles para poder hacerla operar en el campo de la salud, estableciendo una primera diferencia que consiste en un hecho fundamental que no podemos olvidar, en la guerra el estratega tiene siempre -al menos como utopía- la intención de ganar la guerra siguiendo la máxima “solo pelea las batallas que tengas posibilidades de vencer”. En cambio en la salud pública la guerra contra la enfermedad, si es que podemos definirla de esta manera, está perdida de antemano, solo se puede aspirar a disminuir al máximo posible las consecuencias, ni siquiera es posible llegar a una *status quo*. Si pudiera ser cuantificado este hecho en un ejemplo futbolístico, diríamos que solo podríamos aspirar a perder 1 a 0, con la mitad del equipo en el arco rival buscando el empate y la otra mitad cuidando que no aumente la diferencia.

Otro aspecto diferencial a tener en cuenta, desde la perspectiva del concepto de estrategia entre la guerra y la salud, es la característica del adversario. En un conflicto armado, el enemigo suele ser un ente bien identificado y perfectamente objetivable más allá de su capacidad de ocultamiento, en cambio en el ámbito de la salud pública, la lucha se establece ante un amplio espectro de entidades, que si bien pueden ser sintetizados en el concepto de patología (afección), sin embargo -bajo este paraguas- conviven una amplia gama de elementos mórbidos de naturalezas bien diferenciadas que requieren de acciones también variadas. Esto determina que en salud, el concepto de estrategia y la reflexión que sobre él debemos hacer en pos de su aplicación concreta, se vuelve aún más complejo que en el terreno del arte de la guerra, de la política, o del propio fútbol.

El desarme del enemigo (Von Clausewitz, 1984:62), objetivo prioritario de todo conflicto armado, es imposible en el ámbito de la salud. Muerto el perro se acabó la rabia, no es más que una falacia aplicable solo al perro que lamentablemente se ha muerto, el agente causal de la rabia, literalmente hablando, sigue vivo y coleando y acechando a la comunidad como cualquier otro agente causal, determinante psicológico o social. En el ámbito de la salud, para poder perder 1 a 0, se debe llevar adelante una estrategia total y permanente, hay que presionar en toda la cancha y demostrar habilidad para re-ajustar velozmente la estrategia a las características cambiantes de los procesos mórbidos y las transformaciones sociales que los producen o los mantienen.

Para mejorar y mantener dentro de parámetros aceptables el perfil patológico de una comunidad, se deben poder manejar todas las variables. Rudolf Virchow y Daniel Guérin a mediados del siglo XIX parecen haber notado esta necesidad al postular en su periódico llamado “Medicina Social” que: “...la medicina es política aplicada al campo de la salud individual y la política no es más que la aplicación de la medicina en el ámbito social, curando los males de la sociedad” (Almeida Filho, 1999:8). Podríamos agregar a esta sentencia, que si no se adopta esta perspectiva, si la salud pública no es política, estrategia total, sólo seguirá tratando de tapar el sol con las manos. Curando, curando, curando enfermedades, hasta que la muerte, en el día menos pensado.

Si la salud solo maneja las variables relacionadas con la atención de la enfermedad y deja librada absolutamente al azar las que determinan la producción y reproducción de los procesos mórbidos, las consecuencias serán entonces absolutamente azarosas, por lo tanto poco manejable y a un alto costo. Esta situación, es la contraria a lo que aconseja Sun Tzu, dejar la iniciativa al enemigo implica quedar a expensas de la estrategia de este que en nuestro tema implica una mayor frecuencia de enfermedades, mayores padecimientos y mayores costos económicos.

La salud, parafraseando a Clausewitz, no es solamente la continuidad de la política, siempre fue política sin solución de continuidad. Es el arte de alcanzar el mayor bienestar posible de la comunidad, o, el arte de que la comunidad se enferme lo menos posible, o más apropiadamente, el arte de que una comunidad, tomando en cuenta la perpetua tensión entre la adaptación a la vida y al ambiente, la búsqueda de felicidad y una morbilidad aceptable, alcance el logro de los ideales comunes y los proyectos personales, para lo cual es indispensable su participación.

3.3.3 Estrategia total, un concepto complejo para una realidad no menos compleja

Cuando hablamos de estrategia en momentos de paz, hacemos alusión a una planificación para intervenir sobre el futuro, es importante reconocer que ese futuro invariablemente mantendrá una gran cuota de incertidumbre. Por lo tanto, toda estrategia debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a esa incertidumbre y tratar de reducirla lo máximo posible.

La estrategia es un concepto vivo que avanza sobre una contradicción que revive permanentemente la diada movimiento-quietud que genialmente nos presenta Heráclito a través de uno de sus fragmentos más conocidos: “Entramos y no entramos en los mismos ríos, somos y no somos” (Parménides y Heráclito, 1983:217). La realidad, según esta cita del oscuro de Éfeso, no solo se encuentra dentro de un perpetuo cambio, sino que también permanece. Una estrategia que pretenda cumplir con sus objetivos debe captar esas marcas que permanecen (el lecho del río) pero también como esas marcas participan de una realidad que fluye permanentemente (el agua), que a lo largo del tiempo cambia las marcas (contornos del río, barrancas, playas). Todo esto dentro de un proceso que tiene mucho de imprevisible contingencia como lo presenta el mismo Heráclito en otro de sus fragmentos: “El tiempo es un niño que juega con los dados; el reino es de un niño” (Parménides y Heráclito, 1983:219).

Haber comprendido esta situación implica para Ilya Prigogine adoptar una “nueva racionalidad” que reconozca la incertidumbre producida por el devenir del tiempo aprendiendo a operar con ella. Prigogine propone, en principio, aceptar que los procesos irreversibles que evolucionan caóticamente en la realidad son la norma y no la excepción, simplemente por cuestiones estadísticas, “...existen más maneras de que clavos y monedas estén mezclados que separados” (Prigogine, 1996:29). También, que la irreversibilidad caótica que nos propone la flecha del tiempo puede ser fuente de orden, de un orden que tiene la característica de ser un equilibrio dinámico y no estático, ya que ese “orden” alcanzado a su vez determina nuevos movimientos de

acomodación en el contexto, dando nuevas formas de coherencia que el autor llama estructuras disipativas. Las estructuras disipativas son "...organizaciones espacio-temporales, que a partir de un punto de bifurcación, produce un conjunto de fenómenos nuevos que aumenta la producción de entropía y a su vez la de nuevas organizaciones energéticas" (Prigogine, 1996:72).

Por otro lado, también es importante reconocer que todo movimiento de transformación implica la aparición de reacciones que tienden al *status quo*. Toda realidad se constituye a través de una historia previa de contenidos (sistema pragmático) y expresiones (sistema semiótico), acciones y pasiones que implican una definición territorial, pero también una disposición o máquina invisible (Munford, 1969:293) o abstracta (Deleuze y Guattari, 1988:519) que funciona de soporte territorial. En tal sentido, toda planificación implica el cambio de lo real, un proceso de desterritorialización y reterritorialización que sería ingenuo pensar que se dé sin ninguna resistencia.

Siguiendo estas ideas, podríamos entender una estrategia como una estructura disipativa, que, como instrumento, permita artificialmente realizar el tránsito desde una situación de equilibrio dinámico no deseado y que se presume con consecuencias muy poco previsibles (caos) o negativas, hacia un nuevo equilibrio dinámico mucho más previsible (cosmos) y que se cree con consecuencias positivas.

La realidad nos presenta una innumerable cantidad de variables imposibles de manejar absolutamente, ni siquiera mayoritariamente, que son una fuente permanente de incertidumbre sobre el futuro. Pero sí es posible intervenir sobre algunas de esas variables "elegidas estratégicamente" de modo que nos permita crear un nuevo equilibrio dinámico, que sirva de estructura disipativa para el resto de las variables, encaminándolas dentro de parámetros menos imprevisibles. Para manejar esas variables estratégicas, la salud no puede quedar subordinada absolutamente a decisiones políticas que den prioridad al desarrollo de actividades que aumentan la incertidumbre.

Desde esta perspectiva, la salud debe asumir el desarrollo de una estrategia total que permita manejar las variables competentes para poder crear las condiciones de posibilidad que admitan el desarrollo de condiciones de previsibilidad dentro de un contexto complejo. Asumiendo que, a la complejidad de la realidad se suma permanentemente la complejidad de las decisiones humanas, que intervienen sobre esa realidad, incluso a través de los errores de planificación de las estrategias.

Una estrategia total debería ser consciente de la posibilidad del error y aprender de él, pero también evaluar los éxitos a la luz de sus nuevas aplicaciones. Una estrategia total, si bien tiene una configuración dinámica y cambiante, también es tradición, es agua que fluye pero también es cauce que tiene una velocidad diferente de cambio. Una estrategia total es método, es *meta* (fin, objetivo) pero también es *odhos* (caminos), camino que nos lleva a un fin que antes de ser alcanzado deriva en una o varias vertientes. El método que debería seguir una estrategia total "...implica un ejercicio permanente contra la ceguera y el anquilosamiento generado por las convenciones y clichés acuñados por la organización social" (Morin y otros, 2003:33), pero también debe ser respetuosa de esas convenciones y clichés acuñados por la organización social hasta que se demuestre su impertinencia a los objetivos de la salud. Una estrategia total debe aventurarse al porvenir pero no puede ser una aventura permanente, también necesita de momentos de estabilidad, de reflexión y de evaluación.

La realidad humana es compleja, cambiante, poco previsible; además, de múltiple naturaleza. Una estrategia total debe aceptar esta reglas de juego pero imponiendo la iniciativa. Una estrategia total necesita de estrategias con poder de decisión sobre el plan de acciones, los recursos, el lugar

y el momento de intervención.

3.3.4 Bases conceptuales de la planificación estratégica en salud

Una vez reconocida la complejidad de la realidad a través de las múltiples variables que determinan las características patológicas de una comunidad, debemos poder crear lecturas de orden allí donde reina el caos. Carlos Matus nos brinda algunas herramientas teóricas que nos permiten comprender con cierta claridad la realidad para poder operar sobre ella.

Una de esas herramientas conceptuales son los términos de “coyuntura dinámica” y “política construida”, “... la coyuntura dinámica es una fuerza que surge de la realidad y se impone a los hombres; en cambio la política construida es un conjunto de ideas que los hombres quieren imponer a la realidad” (Matus, 1998:26). La coyuntura dinámica se expresa necesariamente sobre la realidad fáctica, en cambio la política construida puede no encarnarse en la realidad y permanecer como una construcción intelectual. Sin embargo, es de esperar que el fin de esta última sea enraizarse con la realidad transformándola y transformándose.

Llevado al campo de la salud, este concepto de coyuntura dinámica se puede ejemplificar en el hecho habitual donde en situaciones de saturación de los efectores de salud por la demanda de atención médica de las patologías, se plantea como solución para el futuro el aumento de la oferta de atención a la enfermedad. Esta situación ha llevado a que en la zona de la ciudad de Rosario donde se encuentra casi el 100% de los Centros de Salud (CS) haya una relación aproximada de un CS¹ cada seis mil habitantes, relación tres a cuatro veces superior a los estándares propuestos por los organismos internacionales de salud que plantean un CS cada quince o veinticinco mil habitantes (Zurro y cano perez, 1999). También, cuando no dan abasto los servicios de atención y se dan turnos programados para atender la demanda de enfermedad para un mes después, quedando casi neutralizada la posibilidad de prevención o de atención precoz de las enfermedades, en los lugares que habían sido creados, entre otras cosas, para ello.

Este ejemplo de la salud pública muestran que la salida impuesta por la coyuntura dinámica replica su misma lógica, y la seudosolución impuesta es aceptada como la correcta más allá de su fracaso para dar una salida integral al problema de base, que es el empeoramiento del perfil patológico de la población y la pobreza, que por una muesa del destino terminan siendo el mismo problema, mirado desde la salud o desde la economía, ya que una retroalimenta a la otra recíprocamente. Las soluciones reproducidas desde una coyuntura dinámica gozan de consenso, dado que las teorizaciones producidas son posteriores a los acontecimientos materiales y siguen la misma lógica conceptual, por lo tanto no hay conflicto sobre una realidad que se reconoce como naturalmente dada por todas las partes, incluso por los más damnificados. Es común ver que personas con grandes carencias reconozcan como “normal” reproducir ciertos procesos patológicos que son frecuentes en su población de pertenencia.

En cambio, la planificación fundada sobre el concepto de política construida, tiene como propósito rectificar el rumbo de un proceso, transformar una realidad dada. Para ello se hace necesario revertir el curso natural a través de la introducción de un elemento motriz en el sistema que necesita ser lógicamente contrario al devenir del sistema de fuerzas sociales. Pero además, a diferencia de la coyuntura dinámica que se funda sobre un estado de necesidad inmediata, la política construida se basa sobre un estado de necesidad mediato, no reconocido o incluso ignorado por los mismos actores sociales. Desde el punto de vista económico, la

¹En este caso mal llamado Centro de Salud, ya que se ocupan casi absolutamente a la atención de la enfermedad emergente.

modificación de la estructura productiva industrial, o la reforma agraria, son modificaciones estructurales del sistema que implica grandes resistencias de los ganadores históricos del *status quo* y una indiferencia, por múltiples razones (falta de información, temor al cambio, falta de capacidad intelectual para visualizar los beneficios, dependencia emocional, etc.), de los potenciales beneficiarios de la política construida.

El aumento de los efectores de atención de la enfermedad, por más que se haga dentro del mejor de los sistemas, sin una transformación de los procedimientos de anticipación a la enfermedad, no mejora la salud de la población. La gran dificultad de la política construida es que requiere de una ruptura conceptual análoga a la que en astronomía impulsaron Copérnico, Bruno y Galileo. La transformación de las características de la estructura económico, la salud, el movimiento de la tierra alrededor del sol, para que sean asimilados, una vez superado el obstáculo conceptual, debe poder ser operado y llevado al mundo de la vida, a lo cotidiano, en el ámbito político, técnico y burocrático, aún a riesgo que -con el tiempo- se transforme en una coyuntura dinámica.

Una estrategia total debería elegir astutamente el punto desde donde hacer palanca para impulsar las transformaciones, en el campo de la salud como en cualquier otro campo ese punto inicial es una transformación conceptual que apunte al concepto de salud. La palanca son las acciones organizadas sobre las variables que determinarán la estructura disipativa que impulsará la sinergia para actuar sobre el futuro con el fin de minimizar la incertidumbre. Las nuevas herramientas sanitarias para producir política construida, son la PCS y la Promoción de la Salud que se pueda implementar a partir de la primera y el protagonismo del Estado.

En tal sentido una estrategia debe tener en cuenta algunos principios básicos:

- *Adecuación y correspondencia*: La estrategia a seguir, con el objetivo de implementar una política construida, debe adaptarse a la realidad para transformarla en aquello que se considere necesario y no que la realidad se deba adaptar a la estrategia. La estrategia debe contemplar la disponibilidad de recursos, las relaciones de fuerzas, las oportunidades, las amenazas, las fortalezas y debilidades para lograr las transformaciones buscadas. Lo contrario sería una apuesta directa al fracaso por falta de apropiación de los actores involucrados en el cambio.
- *Totalidad analítica*: Si bien toda estrategia debe ser selectiva en un principio para evaluar los recursos, momentos y lugares desde donde actuar sobre la realidad dada, sin embargo no debe perder el objetivo de generalizarse a toda la realidad. Una política construida no es una sumatoria de proyectos sectoriales que tiendan a un amalgamamiento natural. La totalidad analítica debe estar presente como un acto de planificación, donde la adecuación a las variables de la realidad para lograr una transformación dentro de cierta formalidad lógica que invite a la integración a partir de un proceso sinérgico, aunque no se pueda precisar de antemano la totalidad de la planificación planteada para una política construida sobre lo real.
- *Equilibrio*: Toda planificación que tienda a transformar la realidad, básicamente está buscando un desequilibrio de la realidad dada para instalar la tendencia hacia un nuevo equilibrio de naturaleza conceptual diferente. El resultado positivo de una planificación es la instalación de la tendencia hacia el equilibrio y no el logro del equilibrio en sí, puesto que implicaría poder manejar absolutamente todas las variables, hecho imposible realmente hablando y que, de intentar lograrlo, llevaría a un uso desmesurado de recursos de todo tipo. Cuando se habla de tendencia a un equilibrio, se hace referencia al concepto de equilibrio dinámico, este equilibrio dinámico es el que debe marcar la sinergia a través

de la tensión controlada que motive la estrategia planificada. Por el contrario, lograr un equilibrio estático, más allá de ser utópico, es contraproducente desde cualquier punto de vista que se lo mire, el biológico, el social o el psicológico, representando la muerte orgánica, política o emocional.

- *Racionalidad y discontinuidad histórica:* Toda planificación navega entre un diagnóstico del pasado producido sobre hechos concretos observables y mensurables y un pronóstico de futuro construido sobre una racionalidad lógica pero con un alto grado de incertidumbre. Pero también las transformaciones a futuro implican la ruptura de un estado de cosas, de poder, que luchará por su permanencia. Por lo tanto la racionalidad de la planificación no solo debe ser interna como fundamento lógico de la estrategia, sino que además debe reconocer la racionalidad del estado de cosas a transformar. Esa realidad previa no es irracional, tiene sus fundamentos teóricos, emotivos y hasta de tensión de fuerzas en pugna que implican una lógica de acción. El objeto de cuestionamiento de la planificación no debe ser la existencia o no de racionalidad, sino las consecuencias de esa racionalidad que se pretende transformar.
- *Cuantificación operativa:* Si bien la cuantificación de los fenómenos constituye una herramienta fundamental de la planificación, esta debe ser mediada con análisis cualitativos que jerarquicen las cuantificaciones sobre aquellos acontecimientos con especial gravitación. Una cuantificación para que sea operativa y no quede reducida solo al cumplimiento de una norma, como podría ser disminuir la mortalidad infantil por debajo de una tasa propuesta en un determinado período de tiempo, debe contemplar los antecedentes históricos y sociales que impondrán los parámetros de viabilidad para lograr el objetivo sin desencadenar efectos no deseados como podría esperarse de la aplicación de la letra de una norma fuera de contexto. De esta manera, la cuantificación normativa agrega imprevisibilidad sobre el futuro de una política construida al aumentar el riesgo de los efectos no deseados, en cambio la cuantificación operativa se constituye en una herramienta válida de planificación que permite aumentar la previsión de efectos no deseados a partir de la evaluación de la viabilidad.
- *Sentido del proceso de la planificación:* El proceso de planificación puede desplegarse en dos sentidos, el primero denominado normativo, Matus lo define como “ El procedimiento que define un curso del proceso de desarrollo que comprende las acciones necesarias para cumplir con ciertos objetivos fijados a priori”(Zurro y Cano perez, 1999:101). Pero además agrega el autor que el proceso no se define a partir de un diálogo con la realidad sino que se establece a partir de la imposición de normas que tienen el fin de hacer cumplir los objetivos fijados a priori desde un lugar que no participa en forma comprometida con la realidad sobre la que se pretende actuar. El segundo es el procedimiento estratégico, que debe caracterizar a la APS, la PCS y la promoción de la Salud, se define como aquello que “...lejos de superponerse a la realidad, emerge de ella, es la misma realidad y a la vez se distingue de ésta porque busca un medio de modificarla basándose en un conocimiento preciso de su funcionamiento” (Zurro y Cano Perez, 1999:101) . Este procedimiento, a diferencia del normativo, surge de la interacción con la realidad, a partir de la cual se definen los objetivos y los procedimientos viables para alcanzar las metas.

La planificación total es solidaria con el procedimiento estratégico en tanto que se apoya sobre la coyuntura dinámica, de lo dado, para desde allí definir una política construida, un plan de acción viable que permita realizar las transformaciones necesarias para lograr los objetivos que la realidad ha definido.

El sentido normativo y estratégico, más que características del proceso de planificación, implican cosmovisiones políticas diferentes respecto de la forma en que se toman las decisiones

dentro de una sociedad organizada. Llevado esto al campo de la salud, el concepto de APS es heredero directo del paso de una práctica basada en procedimientos normativos hacia una de procedimientos estratégicos.

Actividades

1. Elegir un Centro de Salud, describir su comunidad de Referencia. Comentar la historia de su conformación en el territorio, si se da un proceso de multiculturalidad o multiculturalismo (justificar).
2. En el mismo Centro de Salud de la Actividad 1 u otro si no se contara con información necesaria, analizar un mecanismo de PCS implementado: comentar el tipo de mecanismo, los actores participantes, la forma y lugar de encuentro, las metas planteadas, las actividades producidas y su evaluación.
3. A partir de una entrevista al Responsable de un Centro de Salud y teniendo en cuenta las herramientas conceptuales desarrolladas por C. Matus (coyuntura dinámica y política construida), analizar la estrategia sobre la que se basa las actividades sanitarias que se despliegan desde su Centro de Salud.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. y Silva Palm, J. (1999) *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*, Cuadernos Médicos Sociales N° 75, Mayo.
- Baptista, M. (1987) *A participacomo valor e como estrategia de ado servisocial*, ServiSocial e Sociedade N° 25, Sao Paulo.
- Deleuze, G y Guattari, F. (1988) *Mil mesetas*, Ed.Pre-textos, Valencia.
- Heráclito, Parménides y Heráclito (1983) *Fragmentos*, Ed. Hispamérica, Madrid.
- Hidalgo Hernandez, V. *Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término*. <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny05/article04.pdf>
- Jamamoto, M. y Netto, J. (1989) *Servicio social alternativa, elementos para su problematización*, UFRJ (Maestría en Servicio Social), Río de Janeiro (mimeo).
- Kroeger, A. y Luna, R. (1992) *Atención primaria de la salud*, Ed. Paltex, México.
- Matus, C. (1998) *Estrategia y plan*, Ed. Siglo XXI, Mexico.
- Morin, E. y otros. (2003) *Educación en la era planetaria*, Ed. Gedisa, Barcelona.
- Mumford, L. (1969) *El mito de la máquina*, Ed. Emece, Bs. As.
- Nutbean, D. (1986) *Glosario de promoción de salud*, Salud Entre Todos (Separata técnica).
- OMS (1992) *De Alma Ata al año 2000*, OMS, Ginebra.
- OPS (1988) *Estrategias de participación sociales en los sistemas locales de salud. Programa de desarrollo de servicios de salud*, OPS N° 64, Washington.- Prigogine, I. (1996) *El fin de las certidumbres*, Ed. Andrés Bello, Santiago de Chile.
- Souza Bravo, M. I. y otros. (1991) *Participación popular en salud*, en: *Salud comunitaria y Promoción del desarrollo*, Tomo III CELATS, Perú.
- Sun Tzu (1990) *El arte de la guerra*, Ed Fundamentos, Barcelona.
- Von Clausewitz, Karl (1984) *De la guerra*, Ed. Labor, Barcelona.
- Zurro , A. y Cano Perez, J. (1999) *Atención primaria de la salud*, Madrid: Ed. Harcourt Brace.

4 — Gestión y Promoción de la Salud

Graciela Ma. Teresita Enria, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

4.1 Introducción

La salud de la *población* ha sido motivo de preocupación de los *países* desde la segunda mitad del SXVIII. Así, se han implementado numerosas propuestas con la intención de protegerla. El modelo de pensamiento denominado **HIGIENISMO**, uno de los primeros reconocidos por sus acciones, ha dejado huellas que modificaron las formas de vida de las poblaciones.

Desde el surgimiento del modelo explicativo denominado Medicina Social y la firma, en Alma Ata, de la política internacional de Atención Primaria de la Salud -que tiene como propósito lograr la *Salud para Todos*, reafirmada en las diversas Cartas de Promoción de la Salud-, emerge un modo de construir los problemas de salud de las poblaciones que ofrece diferentes posibilidades de abordaje, dando nuevos alcances a las acciones.

4.2 El Higienismo

El Higienismo fue un movimiento social -integrado por médicos, políticos, demógrafos, religiosos, matemáticos- que fundó sus acciones en enunciados que relacionan la *pobreza con la enfermedad* (las de aquellas épocas: diarreas, tífus, peste negra, sífilis, tuberculosis, etc.).

La pobreza era descrita desde la fealdad, la promiscuidad e inmoralidad de sus habitantes; instituida como el lugar desde el que provenían olores fétidos y nauseabundos que esparcían las miasmas de la población pobre -responsables del trabajo corporal duro que los ricos no estaban decididos a ejecutar- hasta sus palacios.

Las Buenas Prácticas de Higiene, a pesar de ser propaladas en forma ambigua, trataban de señalar que la enfermedad estaba relacionada con "los problemas sociales que el Estado debía intervenir activamente en la solución de los problemas de salud, con el propósito explícito de mitigar el dolor de la pobreza y el oculto de proteger a las clases pudientes de posibles epidemias.

En los links que se sugieren se relata el trabajo de los más destacados defensores del higienismo: William Farr, John Graunt, Edwin Chadwick y John Snow -a quién hoy se reconoce como el padre de la Ecoepidemiología. Desde sus trabajos -basados en la teoría miasmática- introdujeron formas de recolección de información cuali y cuantitativa, y el uso de la estadística,

con la intención de mostrar las diferencias en las posibilidades de enfermar y morir de los ricos y los pobres. Desde esta evidencia lograron conmovier a los políticos para implementar las acciones que erradicaron el Cólera de Londres.

Lecturas

- John Snow: *Sobre el modo de transmisión del cólera* (pág 43); *El cólera cerca de Golden Square* (pág 446) El desafío de la epidemiología. Problemas y Lecturas Organización Panamericana de la Salud publicación científica 505 Washintong 1988.
- Video sobre el modo de transmisión del Cólera relato de Steven Johnson http://www.ted.com/talks/steven_johnson_tours_the_ghost_map.htm
- Celebration: William Farr (1807–1883)—an appreciation on the 200th anniversary of his birth <http://ije.oxfordjournals.org/content/36/5/985.full>
- John Graunt <http://es.cyclopaedia.net/wiki/John-Graunt>
- Edwin Chadwick http://www.historylearningsite.co.uk/edwin_chadwick.htm
- Juan César García entrevista a Juan César García - Social Medicine. www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/.../132/269

Otras lecturas opcionales

- El Desafío de la Epidemiología. Problemas y Lecturas. Parte I: Desarrollo Histórico. Organización Panamericana de la Salud publicación científica 505 Washintong 1988.
- Susser Mervyn: *Causal Thinking in a Health Scieses. Concepts and Strategies in Epidemiology* The Scope of Epidemiology. The evolution of Concepts in Epidemiology. Oxfröd University Press 1979.
- Sheldon Watts *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo* Editorial Andres Bello España 2000.
- Albert Camus *La Peste*, premio Nobel de Literatura.

Grupo de discusión:

Luego de leer la bibliografía aportada, construir un análisis grupal sobre:

- ¿Cuáles eran los problemas que más importaban en la época del Higienismo? ¿Cómo se abordaban? ¿A quiénes protegían las acciones? ¿Cuáles eran sus alcances?.
- Relacionar con la esperanza de vida de la época.

Un trabajo interesante en Argentina quedó registrado en la película *La Peste* de Luis Puenzo¹, en esta muestra artística se cambia a la peste negra por la dictadura militar y el modelo de accionar conocido, desde Michel Foucault (1980), como el modelo de la peste por el modelo de exclusión de la Lepra. Desde fines de la Edad Media en Europa, cuando una enfermedad aparecía de manera intespestiva en una ciudad se aplicaba el modelo de la peste: a partir de un estricto sistema de vigilancia se impedía a las personas enfermas salir de sus viviendas, aislándolas en una “cuarentena”. En cambio, cuando se conocía un caso de lepra se procedía a la expulsión del

¹Director: Luis Puenzo Intérpretes: William Hurt, Sandrine Bonnaire, Jean-Marc Barr, Lautaro Murúa, Robert Duvall, Raul Julia, Victoria Tennant Título en VO: La peste País: Argentina, Francia, Gran Bretaña Año: 1992. Duración: 105 min. Clasificación: Mayores 18 años Género: Drama Color o en B/N: Color Guión: Luis Puenzo Fotografía: Félix Monti. Cuando una insólita y grave enfermedad aparece en Orán, el doctor Rieux diagnostica la peste bubónica. Sin hacer caso a las autoridades hace pública la noticia y al conocerse ésta, oficiales del ejército aprovechan para cercar la ciudad.

afectado de la ciudad a partir de un internamiento fuera del espacio urbano.

4.3 El Higienismo, su implementación en América Latina

4.3.1 Aportes desde Rosario - Argentina

El Higienismo, en su despliegue, concilió los aspectos políticos y económicos con la sistematicidad del pensamiento médico, fuertemente influido por el modelo militar. Sus principales tareas fueron desplazar la acumulación de los granos -reconocidos como la fuente del peligro de epidemias²; controlar el tránsito de las personas y lo producido, organizar la distribución y asegurar la circulación del aire puro, los servicios de agua potable y eliminación de excretas; construyendo los hospitales en las afueras de la ciudad para aislar los enfermos.

A finales del siglo XIX, principios del siglo XX, Rosario -la ciudad puerto, granero del mundo- evidenciaba un rápido proceso de urbanización³. El núcleo urbano más antiguo se asentaba alrededor del puerto, posteriormente se pobló el sur con la apertura del frigorífico Swift, al norte se constituyó el Pueblo de Arroyito⁴. Los ejes que estructuraron la expansión sobre el terreno fueron las vías del ferrocarril que transportaban granos desde el campo hacia el puerto para ser exportado.

La época de esplendor coincide con la afluencia migratoria europea⁵, que obligó a un ordenamiento urbanístico rígido y coercitivo. El temor a las pestes y al estallido social siempre latente, debido al incesante asentamiento de familias pobres en busca del progreso prometido y ostentosamente mostrado, determinó la aplicación de reglamentaciones tendientes a organizar y mantener el orden.

No es casual que en Rosario fuese bien recibido, el grupo de los denominados Higienistas que estaba conformado por médicos, estadígrafos y personas de la clase pudiente de la ciudad. Desde el Congreso de la Nación, Guillermo Rawson (Médico higienista) fogueaba en encendidos discursos los peligros de la pobreza: *“de aquellas fétidas pocilgas cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan gérmenes de las más terribles enfermedades, salen emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidas por ella, tal vez, hasta los lujosos palacios de los ricos”*. Era imperioso, entonces, tomar medidas que los alejase de las zonas donde habitaban los poderosos.

Rosario pretendía ser el puerto del mundo y la tuberculosis era el problema que impedía la llegada de los barcos. El Dr. Clemente Álvarez lideraba con Emilio Coni, Isidro Quiroga y otros la constitución de la Liga de Lucha contra la tuberculosis. En su libro *La tuberculosis como enfermedad social*, describe las medidas que deben llevarse adelante. Una de ellas: *el catecismo sanitario*, cuyas normas se implementaban desde los dispensarios en los que se hacía propaganda, educación y protección: administrando alimentos a los enfermos y sus familiares, alertando a los pacientes a NO ser peligrosos para quienes los rodeaban. Se crea también la figura de los agentes

²En la antigüedad (esclavismo) el henil estaba construido lejos de las ciudades. Con el advenimiento del feudalismo los granos fueron almacenados en los bajos de los castillos feudales. Con los conocimientos actuales podemos explicar las grandes epidemias (especialmente la Peste, transmitida por las ratas que comían los granos) desde esta forma de organizar la vida cotidiana.

³En 1851 tenía poco más de 3000 habitantes, en 1898 aproximadamente 90.000 y en 1920 190.000 De Marco.

⁴Hoy todos ellos y muchos asentamientos más constituyen una única ciudad de cerca de 1.000.000 de habitantes.

⁵Oleadas migratorias (fines del SXIX hasta 1930) <http://webiigg sociales.uba.ar/pobmigra/archivos/migrar.pdf>

(¿sanitarios?), quienes no sólo *instruyen a viva voz* las prácticas de higiene, sino que *vigilan* el cumplimiento en los domicilios (policía Médica).

La constatación de la dispar incidencia de enfermedades infectocontagiosas entre la zona céntrica y los barrios empobrecidos hacía temer la llegada de epidemias. Entonces, se ordenó la construcción de los grandes parques que separen la futura ciudad de las villas de emergencia ⁶, con el propósito de lograr la circulación de *aire purificado de las miasmas*. Sostenían que esos olores desagradables que se desprendían de la materia en descomposición o de las aguas estancadas que provenían de las miserias. Ordenaron que se tapiaran los terrenos baldíos para evitar la ocupación, se construyeron veredas, se localizaron los cementerios.

Con la intención de alejar lo más posible las villas de la opulencia del casco central, se implementaron intervenciones urbanísticas. El historiador Juan Álvarez relata el modo en que se ejecutaron las acciones, en este caso, la construcción del Parque de la Independencia a los bordes del Boulevard Oroño donde se erigían los ostentosos palacios: “...*ante el espectáculo dantesco de hombres y cerdos a la rebusca de residuos entre el fango y el bañado, y la humareda producida por las piras de los que se logra quemar... con la consiguiente matanza de marranos, efectivizada a tiros por el escuadrón de seguridad*”. Así, un parque de grandes dimensiones separará ricos de pobres.

Sumadas a las acciones urbanísticas, las intervenciones médicas destacadas fueron:

- Priorización de la extensión urbanística de la ciudad limitada por los boulevares en los que se implementó: el tendido de una red de agua potable, que permitió a los pobladores del centro disponer de instalaciones sanitarias dentro del hogar, y el tendido de una red de cloacas (obra terminada en 1930).
- Se construyeron los hospitales Rosario (luego conocido como Hospital Clemente Alvarez, edificio que hoy no existe), para atención de la tuberculosis en el límite sur de la ciudad; otro destinado a la Lepra en el límite oeste de la ciudad (hoy Hospital Gabriel Carrasco).
- Se estableció la asistencia a las prostitutas, que circulaban por la ciudad durante horarios en los que las “señoras” permanecían en sus casas; a cargo del servicio de dermatosifilografía en el Centro de la ciudad, en la manzana donde por muchos años funcionó la Secretaría de Salud Pública Municipal.
- Se ordenó la pasteurización de la leche.

Gabriel Carrasco, estadígrafo del grupo, fundó la Mesa Estadística Municipal que aportó los datos sobre los que se sustentaron y se evaluaron los efectos de las acciones.

Fuente Anuario Estadístico Municipal de la ciudad de Rosario. (1904, 1911, 1920, 1930)

Trabajo de discusión Grupal

- ¿Qué problemas de salud preocupan? ¿quienes los definen? ¿cómo se definen?
- ¿Qué aportes hacen las estadísticas?
- ¿cómo intentan solucionarlos?

⁶Territorios que habitan los pobres con casas de barro y chapa sin servicios sanitarios, en la “emergencia” mientras se junta el dinero necesario para adquirir algo mejor. Situación que en la mayoría de los casos se convierte en permanente.

Tabla 4.1: Tasas de Mortalidad. Ciudad de Rosario

Año	Tasa Bruta de mortalidad por mil habitantes	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos	Tasa específica de mortalidad por tuberculosis por cien mil habitantes
1904	22.7	166.7	264.82
1911	24.3	161.7	
1920	18.3	142.9	
1930	10.6	84.0	127.31

Investigar

- ¿Cómo se ha expresado el proceso del higienismo en su lugar de residencia?
- ¿Qué significado tuvieron las acciones de los Higienistas?
- ¿Cómo se enunciaba la Promoción de la Salud en este contexto?

4.4 Los Programas

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue desde el principio una estrategia para controlar cuestiones sanitarias en América. El proceso de institucionalización la muestra precursora de las Conferencias de Estados Americanos, la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, luego Unión Panamericana, que finalmente daría origen a la Organización de Estados Americanos (OEA), todas ellas con fuerte liderazgo en el concierto de Latino América.

En el desarrollo, en cuanto a políticas de salud, recursos financieros, técnicos, humanos y espacio físico, su papel fue muy importante y dominante; funcionando virtualmente como un apéndice, o “del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos” (Cueto, 1996: 179) en Washington hasta 1930. Esta situación, determinó la institucionalización de un modelo de organización de las acciones, que, a partir de la década de 1970, desde la mirada impulsada por Carlos Matus (1982) y Mario Testa (1989) se denominó “planificación normativa”. Esta forma de planificación, basada en una propuesta fuertemente centralista que se transmite a través de normas se denominó Programas de Salud.

Los Programas se postularon (y postulan) como una forma de abordaje a problemas, científicamente reconocidos, que pueden ser resueltos (corregidos) por medio de un tratamiento o intervención específica. Se trata, entonces, de políticas propuestas desde organismos internacionales (OMS, OPS, UNICEF, ONU, Banco Mundial) que mediante el pronunciamiento de científicos de relevancia internacional establecen los modos *eficaces* para dar respuesta a los problemas: Materno Infantil, Tuberculosis, Lepra, SIDA... de cumplimiento cuasi-obligatorio, si es que se quiere participar de la financiación internacional. Organizados mediante una planificación centralizada en las ciudades sedes de los gobiernos nacionales, se implementan en todo el territorio de los países con una misma impronta. Los equipos de salud ejecutores realizan acríticamente las actividades establecidas en los manuales.

Son adoptados por las naciones, especialmente en los llamados países en desarrollo de América Latina, que deben encontrar la manera eficiente para llevarlos adelante. Estos programas han sido, y todavía son, elaborados considerando la posibilidad de una intervención

rápida de prevención o control de las enfermedades reconocidas, como es el caso de algunas enfermedades transmisibles, más recientemente se han extendido a las llamadas enfermedades crónico-degenerativas y hasta la Salud Mental. Son siempre de carácter reactivo-normativo.

En este siglo se incluyen entre sus acciones enunciados sobre Promoción de la Salud sin especificar como llevarla adelante, mas bien se confunden con educación para la salud desde el lugar de imposición, el deber ser. Expresan sus acciones en la implementación de normas de acción sobre hechos ya ocurridos, desconociendo la heterogeneidad de las poblaciones. Parafraseando a Geoffrey Rose (1985:5) se trata de estrategias de alto riesgo, con alto costo, paliativas y provisorias, de potencial limitado tanto para el individuo como para la población, dejando como resultados distancias entre los objetivos y la eficiencia, efectividad y eficacia alcanzadas, no logrando modificar las situaciones de morbilidad que aquejan a las poblaciones (tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad).

En sus diagnósticos previos, continúan considerando a la pobreza como hecho estructural y en la base de las problemáticas; a las poblaciones donde se ejecutan como la sumatoria de individuos (homogeneidad de las poblaciones para poder explicar desde leyes universales); desconociendo que América Latina es un territorio Multicultural. Sólo en Argentina se cuentan 38 pueblos originarios, además hay que contar todas las poblaciones migrantes. Todas ellas conservan sus culturas y tradiciones que se suman a las oficiales.

Lecturas sugeridas

- Geoffrey Rose : Individuos enfermos y poblaciones enfermas. Boletín epidemiológico Organización Panamericana de la Salud ISSN 0255-6669 vol. 6, N° 3 ,1985 <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/rose.pdf>
- La enfermedad de la pereza J C García
- Enria, Graciela; Fleitas, Mirta, Staffolani, Claudio: El lugar de la educación en salud dentro de los programas de salud http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-17162010000200003&script=sci_arttext

Ejercicio

Analizar la implementación de los siguientes programas, describiendo sus alcances y limitaciones:

- Programa de Salud materno infantil.
- Programa de lucha contra la tuberculosis.
- Programa contra la infección del VIH -SIDA.

Indagar los programas enunciados por los gobiernos de su lugar de residencia, analizar sus presupuestos hipotéticos. En el caso del materno infantil, especialmente Promin, si se implementó en su país.

Buscar en las estadísticas vitales y censos locales la evolución de la morbi-mortalidad ocurrida antes y a posteriori de las acciones de esos Programas. Analizar los alcances y limitaciones de la implementación.

4.5 Emergencia de la Promoción de la Salud

Fuimos, Somos, queremos Ser, Seremos

Rigoberta Menchú

Estas palabras enunciadas por una mujer -hija de un promotor de la salud guatemalteco, muerto por desempeñar su función- en ocasión de aceptar el Premio Nobel de la Paz por su trabajo en pro de la Justicia social y de la recuperación etnocultural, basada en el respeto de los derechos de las personas de los pueblos originarios, resumen el nuevo modo de actuar.

4.5.1 Identificación de los problemas de salud de las poblaciones

La ruptura paradigmática que significó la Medicina Social, cambió los modos de explicar los procesos de salud- enfermedad, estableciendo las raíces de los problemas (determinantes) en las formas de organización social que provocan la desigualdad, condicionando particulares formas de existencia que se plasman en una diversidad multicultural, evidenciando diferentes modos de enfermar y morir de las poblaciones (perfiles y patrones patológicos).

Esas formas de organización son explicadas desde diversas corrientes: desde la historia, el desarrollo económico, la construcción del Ambiente. La importancia de estas explicaciones radica en la posibilidad de habilitar acciones que intentan cambiar la realidad.

Históricamente se reconoció a Dionisio ⁷ cuando él lo permitía. Así sólo era posible comenzar a actuar con los hechos ya ocurridos. Entonces se convocaba a un grupo de científicos, que desde el saber, prescribían aquello que los individuos debían/deben hacer para protegerse. A pesar de las críticas se abrieron muchos caminos.

Imbuidos en estos pensamientos, los organismos Internacionales de Salud, intentaron/intentan involucrar a los países latinoamericanos (en desarrollo) en nuevas formas de garantizar la Salud para TODOS y declaran desde Alma Ata y Ottawa que:

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades humanas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.

4.5.2 Requisitos previos para la salud

Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La mejora de la salud requiere una base sólida fundamentada en estos requisitos (OMS, 1986,

⁷Dionisio: Dios de las epidemias que llega insidiosamente y sólo se lo reconoce cuando se ha instalado y provocado una epidemia. De allí que los Higienistas introdujeran las estadísticas con el objeto de indicar lo que está ocurriendo y actuar lo más pronto posible para prevenir.

Carta de Ottawa).

Justicia social, equidad son las claves de esta nueva propuesta. ¿ cómo hacer para llevarlas adelante? Las ideas renovadoras provienen desde el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que propone el desarrollo a escala humana (Amartya Sen, Mac Neff) y las estrategias nacen desde la CEPAL, (Carlos Matus, Mario Testa).

En Adiós Señor Presidente, Carlos Matus invita a “ver el futuro con ojos de futuro” (19 :45), Amartya Sen propone trabajar desde la justicia social, que abre las posibilidades de desplegar las capacidades humanas. Todos reclaman una distribución equitativa de bienes que la población valora y desde los equipos de salud se reconocen como básicos para la vida: agua potable, alimentación, vivienda, abrigo, saneamiento urbano, ambiente adecuado, transporte, electricidad, comunicación, seguridad personal, educación, salud básica, recreación.

Convocan a los Estados a ser Pro-activos, a actuar antes que los problemas emerjan y se instalen. La clave radica en la identificación, definición, construcción de los problemas y desde qué mirada teórica se aborden.

Actividad grupal

Discutir los diferentes modos de considerar la pobreza. Cada uno de ellos posibilita diferentes modos de acción, con sus alcances y limitaciones.

Amartya K. Sen-Sobre Conceptos y medidas de Pobreza:

<http://www.eumed.net/cursecon/economistas/textos/sen-medida%20de%20la%20pobreza.htm>

No obstante ello, los equipos de salud se resisten al cambio y continúan con sus modos de acción. En el siguiente cuadro se plasman las distancias entre ambas formas de conducir las prácticas.

4.5.3 Formas de conducir la gestión

Reactivo-Normativo	Proactivo
Se actúa sobre lo urgente, emergente. La situación de desastre está consumada. Ej: violencia, muerte de niños, drogadependencia, epidemias de enfermedades infecciosas o crónico-degenerativas.	Se anticipa a los problemas. Ahonda en las raíces de los mismos intentando erradicar los determinantes (estrategia poblacional, Rose, 1985:7)
Las soluciones se proponen sobre los daños ya ocurridos.	Se anticipa a los daños. Intenta construir un futuro por medios que sean aceptables (OMS-UNICEF, 1978) en el marco de la multiculturalidad latinoamericana
Las acciones siempre tienden a la reparación del daño en los individuos, desvinculadas de los determinantes	Se proponen soluciones de raíz cuyos efectos se van concretando a largo plazo.
Un grupo de expertos desde el poder del saber indica lo que los individuos deben hacer (se los responsabiliza) para combatir el mal.	Se trabaja en formas participativas, decidiendo por consenso, propiciando la negociación cultural y económica (Alma Ata)

Las nuevas formas de acción reclaman un reconocimiento de los actores sociales. Como dice Leonardo Boff (1999) *a todos los que siendo águilas, se les impide serlo y se ven reducidos a la condición de gallinas les propone actuar desde una ética de todo aquello que ayude a volver mejor el ambiente para que sea una morada saludable: materialmente sustentable, psicológicamente integrada y espiritualmente fecunda*. Proponiendo siempre la organización de las comunidades de manera que faciliten el surgimiento de liderazgos.

Actividades

Ver el siguiente link: la Parábola de Águila y la Gallina de James Aggrey: http://www.youtube.com/watch?v=cY5oX_00wBw

Reflexionar desde la parábola y la propuesta de proactividad habiendo comprendido los conceptos y teorías que hacen re-emergir la propuesta de la Promoción de la salud sobre las nuevas formas de trabajar.

Definir los problemas, priorizarlos.

Problemas son obstáculos, todo aquello que nos afecta e impide el desarrollo de nuestras capacidades. El modo de construirlos toma sentido y significación en la vida de las comunidades y difieren según su propia visión y vivencias. Cada actor social describe la realidad en la que habita de maneras diferentes, destacando y reclamando de diversas formas.

El proceso de construcción de los problemas es un hecho colectivo. En el camino se generan discusiones y conflictos con los que, quienes se erigen en promotores de la salud, deben lidiar comprendiendo y facilitando las negociaciones para lograr acuerdos.

Estos son algunos ejemplos de cómo algunas poblaciones reclaman en Rosario - Argentina:

<http://tinyurl.com/lnjb756>

<http://tinyurl.com/n3rtawx>

Actividades

Descubra qué reconocen como problemas y las diversas maneras cómo son reclamados por las poblaciones en su lugar de residencia.

Cuando intentamos Promover la Salud colectiva y participativamente, debemos preguntarnos:- ¿Cuáles son los problemas de salud que aquejan a esta población?, ¿Cuáles percibe como más acuciantes?, ¿Cómo los describen?, ¿Cómo interpretan su ocurrencia?, ¿Qué razones se dan para su existencia?, ¿Cuál es la historia de la población?, ¿Qué normas instituyen en el territorio?, ¿Cuáles son los prejuicios?, ¿Cuáles los deseos?.

Latino América muestra su colorido multicultural que obliga a reconocer formas particulares de interpretar la realidad y de resolver los problemas. En su mayoría comparten la desigualdad social que priva de sus capacidades a importantes grupos poblacionales.

La dispar distribución de los servicios sanitarios -temas de los que se habla desde el comienzo de la historia de la medicina como se registra en los escritos de Hipócrates “Aires, aguas y lugares”- y definen la APS como *la asistencia sanitaria esencial*, no encuentran solución en los actuales modos de entender las políticas de los Estados y menos aún relacionarla con Salud. En

Latino América se proclama adherir a los acuerdos de Atención Primaria de la Salud creando centros enclavados en las poblaciones pobres, en los que un Equipo de Salud responde con la atención de la enfermedad ya consumada y sin posibilidad de transformación de la realidad. Los datos de estas falencias en las condiciones sanitarias de las poblaciones pueden consultarse en los Censos de población de los países.

Los problemas deben reconocerse desde las inequidades sociales, que en nuestro mundo globalizado se muestran obscenamente y restringen las libertades. Amartya K. Sen concibe la pobreza como la privación de las capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos. “La perspectiva de la pobreza basada en las capacidades no entraña el rechazo de la razonable idea de que la falta de renta es una de las principales causas de la pobreza, ya que la falta de renta puede ser una importante razón por la que una persona esta privada de sus capacidades. Se trata de sus oportunidades económicas, libertades políticas, facilitaciones sociales, la transparencia de las acciones, la protección y seguridad colectiva, familiar e individual, de arreglos sociales que involucran como responsables tanto a los Estados, al mercado, al sistema legal, a los partidos políticos, grupos de interés público, medios de comunicación y foros públicos de discusión.”

Promoción de la Salud es una *estrategia poblacional* (Rose, 1985) destinada a mejorar las condiciones objetivas de existencia de las personas que habitan un territorio, para ello es indispensable hacer un análisis situacional construido de manera colectiva y con la efectiva participación de TODOS los actores involucrados.

4.6 Dificultades: relacionadas con la comunidad, el Equipo de Profesionales y el Sistema de Salud

Dos dificultades se presentan a priori en el momento de emprender la Promoción de la Salud: una es la constitución de los Equipos de salud, formados tradicionalmente en la hegemonía del saber médico y la prescripción del hacer; otra, el colocar en las agendas de los Estados el compromiso asumido en 1978 en Alma Ata de garantizar la Salud para TODOS, axioma que guía la propuesta: “*La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad*” (OMS-UNICEF, 1978:2).

Desde su definición la Promoción de la Salud es **un trabajo interdisciplinario**. En él deben intervenir todas aquellas disciplinas involucradas en los problemas territoriales concurrentemente con todos los actores comunitarios. El designado Promotor de la Salud, entrenado en provocar los movimientos comunitarios necesarios para proyectar, planificar y ejecutar la transformación de la realidad, deberá estar capacitado para convocar la comunidad y a los agentes y funcionarios del Estado involucrados en los problemas, para acompañar a la población en el proceso de proyectar y ejecutar el futuro. Además, lograr consenso para incorporar en las agendas de los Estados los problemas que los preocupan y ocupan.

Se ha otorgado a los miembros del equipo de salud el rol de promotores de la salud, tal vez por que el título lleva la palabra salud, tal vez porque son sanitaristas quienes colocan en las agendas el problema. Pero la formación de los médicos, enfermeras, Trabajadores sociales, Psicólogos, etc., está marcada por lo biológico e individual, por las acciones de la cura o de la prevención de las enfermedades en el mejor de los casos. (Eduardo Menéndez, 1990, Modelo

Médico Hegemónico).

Introducir destrezas destinadas a llevar adelante este trabajo constituye el desafío. Es necesario apropiarse de conceptos y teorías que hacen a la vida de las comunidades y de las personas, de técnicas comunitarias que faciliten la promoción de acciones grupales; de las formas de negociación necesarias para la construcción de políticas de salud, de la construcción de liderazgos sociales, para que la Promoción no se consuma en un instante sino que se constituya en la caja de herramientas que será apropiada y aumentada por las personas de la comunidad.

El lugar de los sistemas de salud en los países de Latino América ha quedado reducido a la atención de las enfermedades (cura), a la prevención de las enfermedades casi siempre destinadas al tema Materno Infantil y de la mujer. No obstante ello, un reclamo frecuente (al menos en Argentina) es la apertura de centros de salud las 24 horas para resolver la emergencia, sin embargo la función de estos servicios enclavados en los barrios no incluye el resolver urgencias o emergencias. En el diálogo, en la escucha y en la construcción del problema surge la descripción de las dificultades de **acceder a los servicios** de mayor nivel de complejidad por la propia organización de los servicios que obligan a largas esperas para la atención, pero sobre todo a las dificultades que plantea el traslado hasta ellos.

La **inseguridad**, por los actos de violencia, hace que el transporte tanto de tipo público como privado decida no ingresar a determinadas barriadas al caer la tarde, debido a la resistencia de los responsables de los servicios de ambulancias.

En referencia a este tema, la palabra enunciada en los prerrequisitos para la Salud es Paz, habitualmente la trasladamos a seguridad, pero ¿cuáles son los significados de seguridad?. Para algunos simplemente es poder circular por las calles sin ser violentados, para otros puede significar la seguridad de comer todos los días, de acceder a una educación digna o al sistema de salud para atender sus dolencias.

Acciones

- Delimite la discusión en un territorio de su lugar de residencia.
- Descríbalo desde los conceptos utilizados hasta ahora.
- Analice las dificultades de acceso a los servicios de salud.
- Plantee estrategias de transformación de los problemas.
- Incluya en la propuesta los actores que involucra para resolver el problema.

4.6.1 La población como protagonista

Es la misma Población quién debe reconocer **los problemas**, identificarlos desde los valores que integran el colectivo social, considerando las raíces que los determinan y definen – construir el problema- para, así, poder abordarlos con estrategias que permitan transformar la realidad.

Para lograrlo, el promotor de salud, deberá involucrarse en y con la población, aprehender sus modos de decir desde los que se muestran sus formas de vida ⁸, en los que enuncian, describen, aseveran, aconsejan, observan, comentan, mandan, ordenan, piden, critican, censuran, aprueban, prometen, objetan, solicitan, argumentan (Searle, 1994: 32).

Estos procesos se alcanzan mediante la apropiación y el despliegue de diversas acciones

⁸John Austin (1962: 9) considera que “un lenguaje es una forma de vida”.

comunitarias en las que debe participar todo el equipo de Promoción de la salud. Por lo que el Promotor de la Salud deberá conocer la **cultura de la población** con la que se va a involucrar, estar entrenado en el uso de las **técnicas comunitarias** que permitan traspasar la “puerta de entrada” de las comunidades (construir lazos de confianza), lograr espacios de discusión.

Si la población está totalmente privada de sus libertades, de manera tal que sus capacidades adormecidas les impiden comprender y buscar caminos se hace imprescindible brindar las herramientas que despierten los procesos que hagan posible el Promover la Salud.

De allí que entre los pre requisitos de la salud se inscriba la **educación** como modo de otorgar poder. Pero, ¿Qué significa educar? ¿Cuáles son las diferencias con informar? ¿Cuáles son las diferencias entre educación como ejercicio del poder y como formas de ganar poder?

Mira Fiori (1970:10) dice *la práctica de la libertad sólo encontrará adecuada expresión en una pedagogía en que el oprimido tenga condiciones de descubrirse y conquistarse, reflexivamente, como sujeto de su propio destino histórico.... Pedagogía enraizada en esas subculturas, a partir de ellas y con ellas, será un continuo retomar reflexivo sus propios caminos de liberación.*

Paulo Freyre, pedagogo latinoamericano, propone la misión de la alfabetización como una comprensión crítica de la realidad social, política y económica en la que está inserta la comunidad. Sostiene que “*el concepto antropológico de cultura*” es uno de “*estos temas bisagras*” que ligan la concepción general del mundo que el pueblo esté teniendo al resto del programa. Aclara, a través de su comprensión, el papel de los hombres en el mundo y con el mundo, como seres de la transformación y no de la adaptación. (Freire, 1971:153). Se hace necesario desarrollar una pedagogía de la pregunta, que exige el saber escuchar. Ejecutar la acción de educar en la Promoción de la Salud significa el proceso en el que la vida como biología pasa a ser vida como biografía.

Actividades

Reflexionar sobre los conceptos de educación en Promoción de la Salud y a construir creativamente alternativas de acción. Distancias entre informar, prescribir, educar http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_11.pdf

Desde los espacios de salud estamos acostumbrados a enseñar el deber ser, sin escuchar los diversos modos de vivir de las comunidades, sus valores, sus órdenes sociales. En la Promoción de la Salud es imprescindible desarrollar capacidades organizacionales de confianza, en las que el respeto por la diversidad cultural habilite el encarar con éxito los problemas en concordancia con los valores culturales. Esto significa, en las comunidades de Latino América, la aparición de una multiplicidad de problemas, necesidades, miradas, deseos que hacen a la subjetividad colectiva. Debatir la implicancia de la subjetividad y el empoderamiento en la Promoción de la Salud.

Empoderamiento y subjetividad en los Programas de Salud: <http://www.ea-journal.com/numeros-anteriores/59-vol-1-n-3-abril2010/208-subjetividad-y-empoderamiento-en-los-programas-de-salud>

4.6.2 Generar negociación

Sabiendo que en el proceso de Promover la Salud se generarán **conflictos** con los que el responsable del equipo de salud deberá lidiar, es importante advertir que cuando hay divergencias sobre los valores y propósitos la clarificación e integración se convierte en un trabajo fundamental que sentará las bases para la acción. Debe ser conducido por quien lidera el proceso, reconociendo las diferencias y distancias, acercando las partes, descubriendo aquellos puntos de acuerdo que faciliten las posibilidades de encuentro.

Generar la **negociación** se constituye, así, en el papel más importante que se debe desplegar en el proceso de Promoción de la Salud. Desde las propias definiciones de la población: ¿Cuáles son los problemas? ¿Cuáles las necesidades? ¿Cuáles los satisfactores? ¿Cuáles las posibilidades de apropiarse de ellos?

En este despliegue/encuentro surgen **liderazgos** y formas de acción aprehendidas y otorgadas culturalmente en y por las comunidades, que deben ser reconocidas y potenciadas en el proceso de Promoción de la Salud, brindando posibilidades de ganar “poder” a la comunidad. Poder de describir y construir los problemas, priorizarlos y elegir para comenzar aquel que consideran será el que habilitará la resolución de la mayor parte de los problemas (problema tractor).

La apropiación de las herramientas necesarias para elegir, decidir, planificar y ejecutar habilitará los caminos de la transformación. Para ello es necesario crear un ámbito en el cual los miembros de toda la comunidad sientan que tienen la libertad de elegir los satisfactores y los modos para hacerlos suyos, construyendo un Ambiente que signifique el lugar donde desean vivir y puedan hacerlo con Salud. La habilidad para involucrar a todos en una estrategia para alcanzar metas con un sentido de compromiso comunitario es el desafío.

Actividades

Según el Censo Nacional de Población, hogares y vivienda realizado en Argentina en el año 2010 el 17.7% de las personas que viven en nuestro país no logran satisfacer sus necesidades básicas. Estas poblaciones habitan espacios conocidos bajo el nombre de Villas Miseria. Se trata de casas precarias constituidas por una única habitación construida de chapas. El Centro de salud describe demandas de atención por diarreas, hepatitis, parasitosis, desnutrición infantil, neumonías y el reclamo de la confección de certificados para justificar el ausentismo laboral por trastornos intestinales, cansancio, anemias. - ¿cómo construiría el problema?, ¿cuáles son las acciones necesarias para garantizar la salud de esta población?, ¿qué acciones implementaría para el corto plazo?, ¿cuáles para promover la salud?, ¿qué actores convocaría?, ¿con cuáles debería negociar para llevar adelante las acciones?, ¿cómo? Tiempos, acciones prioritarias, y de largo alcance.

En la década del 90' nacen movimientos sociales que reclaman sus derechos desde la perspectiva de desarrollar sus capacidades y condiciones de vida. Indirectamente hacen referencia a los prerrequisitos de la Promoción de la Salud, implícitos en el reclamo de Soberanía Alimentaria por parte de Vía Campesina en Ecuador, en el pedido de normas que resguarden la salud y el ambiente desde la agrupación Pueblos Fumigados, derecho al agua y las mujeres que han luchado por sus derechos son algunos ejemplos de la Promoción de la Salud.

4.6.3 Organización de los recursos

Para llevar adelante estos procesos es imperioso **formar equipos interdisciplinarios** de gestión con una amplia “caja de herramientas” (Bruner 1997:12) que los habilite a jerarquizar la ética de la población. Al tradicionalmente reconocido como equipo de salud deberemos sumar comunicadores, economistas, arquitectos, ingenieros, etc. dispuestos a trabajar con la población. Deberán desplegar metodologías de investigación-acción en las que los actores sociales se constituyan en el sujeto de los proyectos y el objeto de las acciones sean los problemas reconocidos y las estrategias construidas colectivamente respeten los valores de la comunidad.

Habitualmente se repite la frase que *es más barato prevenir que curar* y en el largo plazo es así. Pero para superar los problemas los Estados deben estar dispuestos a hacer grandes erogaciones, tenencia de las tierras, facilitación de recursos para la construcción de viviendas adecuadas, tendido de redes de agua potable y cloacas, recolección de residuos, cuidado del Ambiente, educación, trabajo, atención de las enfermedades.

En todos y cada uno de los países de Latino América existen legislaciones destinadas a proteger cada uno de estos items y muchos más. En los que los Estados se comprometen a hacerse cargo de la protección de la población. Los modos de llevarlo a la práctica dependerán de las políticas. De ella dependerán las posibilidades de apropiarse de los recursos necesarios para desplegar las acciones de Promoción de la Salud.

Actividades

Investigue:

- Describa los modos como se implementa la Promoción de la Salud en su lugar de residencia.
- Los compromisos internacionales asumidos por su país relativos a la Atención Primaria de la Salud y la Promoción de la Salud.
- Las políticas sancionadas destinadas a garantizar la Promoción de la Salud, implementar la justicia social y la equidad.
- Las formas, posibilidades y dificultades de su efectiva implementación.
- La inversión en la conformación de equipos interdisciplinarios de Promoción de la Salud.

4.6.4 Fuentes de financiamiento

Un proyecto (promesa de futuro) sin presupuesto no tiene existencia real. Un equipo destinado a la Promoción de la Salud deberá contar con fuentes de financiación que les permita la ejecución de las transformaciones necesarias.

Esta es otra tarea que los Promotores de la Salud deben encarar. Así deberán escudriñar en todas las posibles formas de financiación de su país habilitadas desde las políticas comprometidas, todos los planes sociales derivados desde ellas y sus diversas formas de acceso.

Un tema llamativo es que habiendo planes sociales, los más necesitados, muchas veces no acceden a ellos por deficiencia de información, que deviene de la falta de educación y del desentendimiento de los propios agentes de la salud que desempeñan su función desde la reducción a la respuesta de la demanda de atención de una enfermedad puntual.

Investigue

- Los planes sociales de su país, a quienes están destinados, las formas de acceso.
- La cobertura social alcanzada.

4.6.5 Evaluación

Todo pro-yecto de Promoción de la Salud debe ser evaluado tanto en el despliegue del proceso, como en sus alcances en la trasformación de la realidad.

Las metodologías de evaluación son diversas y deben adecuarse a cada situación.

Las evaluaciones del proceso permiten cambiar la dirección de las acciones, si fuese necesario -en la mayoría de los casos lo es- limando asperezas entre los participantes, resolviendo conflictos, administrando los costos, etc. Los métodos de trazadores se muestran muy adecuados para la identificación de los nudos problemáticos y ayudando a resolver a tiempo los obstáculos.

Las finales, habitualmente denominadas de Impacto, muestran las transformaciones logradas. Hacen referencia a la eficacia -capacidad de alcanzar los efectos que se buscan-, efectividad -extensión de las acciones a nivel poblacional en el que se reconocerán los condicionantes, Eficiencia: relativo a lo económico. Revela la capacidad administrativa de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

Siempre habrá que reconocer las herramientas que se han aportado a las comunidades para que en el devenir continúen con los procesos sin la presencia del equipo, reclamándolos cada vez que los consideren necesario.

Bibliografía

- Álvarez, Juan (1981) *Historia de Rosario*, Universidad Nacional del Litoral.
- Austin John L. (1962): *Cómo hacer cosas con palabras. Palabras y acciones* Compilado por J.O.Urmson PAIDÓS Buenos Aires Argentina 2006.
- Bruner, Jerome (1997): *La educación Puerta de la cultura*. Visor.
- Enria, G; Staffolani, C. (2010) *Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de Promoción de la Salud*. Revista Hacia la Promoción de la Salud Volumen 15, No.1, enero - junio 2010, págs. 167 - 178 ISSN 0121-7577 Universidad de Caldas Mx http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_11.pdf
- Foucault, Michel. (1980) *El nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI Editores, México.
- Matus, Carlos *Adios señor Presidente*. Colección Planificación y políticas públicas <http://digecomunsa.files.wordpress.com/2013/03/matus-adios-sec3b1or-presidente.pdf> ediciones UNLa bajado el 25/11/2013.
- Menéndez, Eduardo (1990) *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.
- OMS (1986) *Carta de Ottawa*, Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, OMS, Ottawa.
- OMS- UNICEF (1978) *Atención Primaria de salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia*, OMS-UNICEF Ginebra-Nueva York.
- Rose, Geoffrey (1985) *Individuos enfermos y poblaciones enfermas*. Boletín epidemiológico Organización Panamericana de la Salud ISSN 0255-6669 vol. 6, N° 3.
- Searle, John (1997) *El Misterio de la consciencia*. Paidós Ibérica, S. A. 2000, Barcelona.
- Sen, Amartya K: *Developmentar Freedom* <http://books.google.es/books?id=Qm8HtpFHYecC&lpg=PR9&ots=80gkC591K2&dq=Amartya%20Sen&lr&hl=es&pg=PR9#v=onepage&q=Amartya%20Sen&f=false>
- Susser Mervyn: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380474/>;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380475/>

5 — Ambiente y Salud

Mireya Betancur Acosta, Universidad de Antioquía, Colombia.

5.1 Aproximaciones teóricas a la problemática ambiental

La salud y el desarrollo tienen una relación directa. Tanto cuando el desarrollo es insuficiente y conduce a la pobreza, como cuando es inadecuado por traducirse en consumo excesivo; este último combinado con el crecimiento de la población mundial, pueden motivar graves problemas de salud relacionados con el ambiente. La salud de una comunidad está en gran parte relacionada con determinantes como la necesidad de un ambiente seguro que provea como mínimo agua potable, alimento y techo adecuados (Cantú, 1998). Pero este concepto ha avanzado a través del tiempo y el estudio de sus implicaciones se ha profundizado, hasta el punto de convertirse en una disciplina de estudio denominada "salud ambiental". Según la Organización Mundial de la Salud (Bulgaria, 1993) el término comprende un enfoque integral que contempla los aspectos físico, químico, biológico, sociales y psicosociales presentes en el ambiente (PNMUA - OPS, 2005) y procura que los espacios comunes al individuo sean saludables; contemplando aspectos como ambiente laboral, académico, espacio público, recreación, movilidad y vivienda, no solamente en el corto plazo sino incluso con un enfoque dirigido hacia las futuras generaciones. Esta relación fue estudiada ampliamente en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre medio ambiente y desarrollo en la denominada Cumbre de la Tierra.^{en} 1992, a partir de la cual queda como evidencia en el documento denominado "Agenda 21" y en especial, en el capítulo 6, la necesidad de Atención Primaria de la Salud teniendo en cuenta los nuevos retos de la modernidad (Baque y otros, 2008). Al mismo tiempo la agenda promueve que estas acciones se integren con el logro de los objetivos de desarrollo sostenible, teniendo en claro que es necesario evaluar, controlar, prevenir y corregir los factores ambientales por medio de la ejecución de actividades intersectoriales en diferentes esferas sociales y educativas (Garza- Almanza, 1997).

El fenómeno global y multidimensional de la globalización trajo consigo cambios drásticos que van mucho más allá de lo económico, los indicadores en salud se ven afectados tanto por el cambio epidemiológico como demográfico, en general, en América Latina, los países presentan distintas etapas transicionales pero tienen como común denominador la disminución de la mortalidad y la fecundidad; lo cual influye en el aumento poblacional, el número de personas mayores de 65 años y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a este hecho y relacionado de igual forma con el estilo de vida (Albala y otros 1998). Pero al mismo tiempo como lo señala el Informe Brundtland, ciertas enfermedades infecciosas muestran signos de reactivación resultado de la creciente pobreza y de la incapacidad de satisfacer las

necesidades fundamentales de la población, aparecen nuevos retos para el sistema de salud como los accidentes, las discapacidades, la violencia social e intrafamiliar, el abuso drogas, licor y tabaco, el embarazo adolescente, entre otros (Ortiz, 2005).

Así como existen nuevos retos epidemiológicos, actualmente también se identifican otro tipo factores altamente influyentes, positiva o negativamente en la salud y las costumbres de la población: la influencia de los medios masivos de comunicación, tanto porque a través de ellos se difunde información sobre enfermedades emergentes o re-emergentes, se sugieren medicamentos, dietas y tratamientos de todo tipo, como porque los medios ofrecen posibilidades para el desarrollo de una sociedad más sana y el interés que todo ello ha generado en profesionales y estudiosos originando un nuevo campo académico en el mundo de la comunicación: la *health communication* o comunicación sobre salud. .^{El} deporte para mantenerse en forma, la preocupación por el medio ambiente, las condiciones de salud de los lugares de trabajo, la calidad de las dietas alimenticias y, por supuesto, los avances en la investigación médica ocupan cada vez más ampliamente el tiempo y el espacio de que disponen los medios de comunicación"(Martin Algarra, 1995).

Por lo tanto, la salud depende de la capacidad de la sociedad para mejorar la interacción con el ambiente y de la forma en que el análisis y capacidad de transformación de las nuevas tendencias y uso de los medios masivos, permita el establecimiento de nuevos modelos de prevención de riesgos para la salud. (Schaffer, 1994). La Organización Mundial de la Salud en el informe "Nuestro futuro común" realiza una clasificación de los riesgos: los riesgos tradicionales"son consecuencia de la pobreza y el subdesarrollo: no acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado, servicios de limpieza urbana, vivienda, contaminación intradomiciliar por combustión de carbón etc. Mientras que los riesgos modernos.^{están} ligados al desarrollo y a la carencia de mecanismos de protección de algunos de sus efectos en la salud: contaminación del agua, contaminación con agroquímicos, agricultura intensiva, contaminación atmosférica vehicular e industrial, contaminación radiactiva, entre otros (Yassi y otros, 2008). En los países desarrollados prácticamente son inexistentes los riesgos tradicionales y, por el contrario, los riesgos modernos son de una amplia diversidad. En cambio, en los países en vías de desarrollo son altamente prevalentes los riesgos tradicionales y de moderados a altos los riesgos modernos. Por tanto, como muchos de los países en vías de desarrollo presentan ambos tipos de riesgo, se dice que se encuentran en una etapa de riesgo transicional"(Vega, 2000). Entre las actividades que se han sugerido en la AGENDA 21 para reducir al mínimo los peligros que supone la contaminación del medio ambiente, de los lugares de trabajo y de las viviendas particulares están: fomento de los programas de higiene industrial, vigilancia de la contaminación por el ruido, estudio de los efectos de la radiación Ultravioleta, además los siguientes tres aspectos que se describirán seguidamente, dada su profunda relación con el tema de este apartado.

Elaboración de tecnologías destinadas a prevenir y combatir la contaminación del agua y el aire, incluso el aire interior

La exposición a la contaminación en el largo plazo tanto en espacios interiores como exteriores incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y de cáncer de pulmón. En los países en desarrollo, la exposición a derivados de la combustión en cocinas tradicionales que usan fuego en espacios cerrados aumenta el riesgo de infección aguda en las vías respiratorias inferiores y la mortalidad por esta causa en los niños pequeños, mientras que la exposición a los contaminantes atmosféricos está en gran medida fuera del control personal y requiere medidas de las autoridades públicas a nivel nacional, regional e internacional (WHO, 1987).

Mejoramiento de la eliminación de desechos sólidos

Residuos sólidos se consideran aquellos generados en las viviendas, espacios públicos, industria, construcción, aguas residuales, residuos de hospitalarios entre otros. Los problemas del manejo de los residuos sólidos no sólo están relacionados con la generación de contaminación atmosférica, del suelo y de las aguas que deberían muchas veces ser destinadas al consumo humano sino que están relacionados ampliamente con la salud humana debido a aspectos como la proliferación de vectores transmisores de enfermedades, olores, partículas de polvo, entre otras (OPS, 1996).

Limitación del empleo de plaguicidas

La creciente demanda de alimentos hace que sea imprescindible, maximizar la producción, reducir los costos y proteger los cultivos contra las plagas; pero los beneficios aportados por los agroquímicos han traído una serie de perjuicios, que no solo amenazan la supervivencia a largo plazo de importantes ecosistemas (Ongley, 1997), sino que además pueden tener consecuencias en la salud humana, ya que éstos ingresan a la cadena alimentaria de los animales y el hombre, donde se acumulan en algunos órganos vitales como el hígado, tejidos pulmonares y tejidos grasos provocando el desarrollo de intoxicaciones de distinta gravedad (Yanggen y otros, 2003 y Fava y otros, 2010). Respecto a la necesidad de minimizar el hambre y sus consecuencias, en particular la desnutrición y las secuelas que genera en aspectos cognitivos y de salud en general en todos los grupos poblacionales, se sabe que el problema no es tanto la carencia global de alimentos sino la falta de acceso adecuado a ellos: falta de dinero, barreras geográficas, desarrollo precario del mercado, etc. Al respecto se acuñó el término seguridad alimentaria definido como: *“el acceso de todas las personas en todo momento a los alimentos necesarios para llevar una vida sana y activa (FAO, 1992)”* En la Cumbre Mundial sobre Alimentación, (Roma, 1996) se calificó como intolerable que más de 800 millones de personas no pudieran satisfacer sus necesidades alimentarias básicas, a pesar de la disponibilidad de alimentos. Al respecto los países de la región latinoamericana establecieron compromisos no solo relacionados con disminución de la morbi mortalidad, sino enfocados a mejorar indicadores sanitarios relacionados con déficit de micronutrientes como hierro, ácido fólico, Vitamina A y Cinc, cuyas deficiencias afectan profunda e incluso permanentemente la salud, en especial en las primeras etapas de la vida. América Latina y el Caribe fue la primera región en comprometerse no sólo a disminuir el hambre sino a erradicarla totalmente, a través de la Iniciativa *“América Latina y el Caribe sin Hambre 2025”*. Para que estos programas tengan impactos fue necesario darles una sólida base legal, como la ley: *“El derecho a la alimentación y soberanía alimentaria”* del Parlamento Latinoamericano, la cual fue aprobada en noviembre de 2012. El camino es largo, la brecha de inequidad profunda y se continúan estableciendo políticas exitosas como el programa *“Hambre cero”* de Brasil.

América Latina requiere estrategias de promoción y prevención contextualizadas, que tengan en cuenta las características propias de la región, la carga epidemiológica transicional que afronta y por supuesto que incorpore las nuevas tecnologías y avances pedagógicos del siglo XXI.

Actividad

- Describa en su localidad como es la relación de los medios masivos de comunicación en la incidencia de las enfermedades no transmisibles mas comunes.
- Describa en su localidad cuales son los principales factores que afectan el acceso a los alimentos y como puede influir esto en la salud de la población.

Bibliografía

- Albala C, Vio F, Yáñez M. (1998) *Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países*. Rev Med Chile 1997;125:719727 m http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000100009&lng=en&tlng=es.10.1590/S1020-49891998000100009.
- Baqué, Míriam; Calabuig Tormo, Carolina; Peris Blanes, Jordi (2008) *La Agenda 21 local como instrumento para la gobernanza democrática local* en Avances de Investigación AI21. Fundación Carolina CeALCI, ISSN: 1885-9135, disponible en <http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/avancesinvestigacion/Documents/agenda21.pdf>.
- Cantú Martínez, P.C. (1998) *Apreciación Ecológica de la Salud*. Ambiente Sin Fronteras Vol. 1 No. 11/12; 4
- Garza-Almanza, V. (1997). *Salud y ambiente en el desarrollo sostenible*. Ambiente Sin Fronteras Vol. 1 No 6, 6 pp http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200018 http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol49_1_11/hie10111.htm
- Fava, Luca, y otros. (2010) *Pesticides and their metabolites in selected*. Benvenuti : Ann Ist Super Sanità, 2010, Environmental Issues of Health Concern, Vol. 46, págs. 309-316. DOI: 10.4415/ANN_10_03_15.
- Martin Algarra, M. (1995) "Communicating health: The effectiveness of public information about cancer", en FULLER, L. K. y L. McPMERSON (Eds.), *Communicating about communicable diseases*, Am-herst, Massachussets, p. 49.
- Ongley, E.D. (1997) *Lucha contra la contaminación agrícola de los recursos hídricos*. Burlington, Canada : FAO, 1997. Vols. Cap. 4. Los plaguicidas, en cuanto a contaminantes del agua.
- OPS (1996) *Análisis Sectorial de Residuos Sólidos en Colombia*. Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud Series Análisis Sectoriales N° 8 BIRF/Programa de Gestión Urbana/Ministerio de Salud de Colombia. Ministerio de Medio Ambiente de Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Abril, 1996.
- Ortiz, Zulma. (2005) *Las enfermedades de la pobreza desde la Epidemiología Informe especial*. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2005/enfermedades_Pobreza_desde_Epidemiologia_2005.pdf
- PNUMA-OPS. (2005) [Internet]. *Evaluación de las metodologías de medio ambiente y salud en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://aplicaciones.medioambiente.gov.ar/archivos/web/saludambiente/File/Evaluacion.pdf> Consultado 10 de febrero de 2014.
- Schaffer M. (1994) *Salud, medio ambiente y desarrollo: Enfoques para la preparación de estrategias a nivel de países para el bienestar humano, según la Agenda 21*. Washington,

D.C.: OPS/OMS.

- Vega Franco L. (2000) *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México, D.F.: Ed. Manual Moderno.
- WHO (1987) *Air quality guidelines for Europe*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series, No. 23.
- Yanggen, David, Crissman, Charles y Espinosa, Patricio. (2003) *Los Plaguicidas: Impactos en producción, salud y medio ambiente en Carchi Ecuador*. Quito : Ediciones Abya-Yala. ISBN 9978-22-282-0.
- Yassi A, Kjellstrom T, deKok T, Guidotti T. (2008) *Salud ambiental básica*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.

5.2 Soberanía Alimentaria

Lorena Cecilia D'Andrea, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

5.2.1 La alimentación: derecho humano universal y prerequisite para la salud

La alimentación es un Derecho Humano inalienable y una condición necesaria para la Salud de los pueblos. El marco jurídico comprende a la Declaración Universal de Derechos Humanos que, en su artículo 25, expresa que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la *alimentación*, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Otro documento, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 11), que fuera adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y en vigor desde 1976, sostiene que "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso *alimentación*, vestido y vivienda adecuados y a una mejora continua de las condiciones de existencia (...) reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesiten para: mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos (asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades (...))." (Tomás, 2011)

A su vez, la alimentación, forma parte de los llamados "prerrequisitos para la salud", que fueran enunciados en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Ottawa, en 1986, junto con la paz, la educación, la vivienda, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad, enfatizando que "cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos". En la Cuarta Conferencia Internacional realizada en Yakarta en 1997 se agrega otro elemento estrechamente vinculado con el aseguramiento en el tiempo de la producción de alimentos: el uso sostenible de los recursos.

La Carta de Ottawa, producto de la Primera Conferencia, sostiene que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, considerando que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al ambiente (OMS, 1986). Dado que el concepto de salud como bienestar expuesto trasciende la idea de formas

de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, sino también a muchos otros, entre ellos los sectores involucrados en la alimentación de los pueblos. El compromiso a favor de la salud implica, según este documento, oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanas, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales.

La eliminación del hambre y la malnutrición como un objetivo fundamental de las políticas en salud pública, se postula ya en la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Adelaida, Australia del Sur, en 1988. Esta política debe garantizar el acceso universal a cantidades adecuadas de alimentos saludables de manera culturalmente aceptable, lo que se denomina seguridad alimentaria. Las políticas de alimentación y nutrición necesitan integrar métodos de producción y distribución de alimentos, tanto privados como públicos, para lograr precios equitativos. En este sentido, esta Conferencia subraya que una política alimentaria y nutricional que integre factores económicos, agrícolas y ambientales para garantizar un impacto positivo en la salud internacional y nacional debe ser prioridad para todos los gobiernos.

5.2.2 De la Seguridad Alimentaria a la Soberanía Alimentaria

La idea de Seguridad Alimentaria toma impulso a partir de la Primera Conferencia Mundial sobre Alimentación efectuada por la FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations por sus siglas en inglés), en 1974, en el marco de la problemática de la disponibilidad de alimentos a nivel mundial. En ese momento el concepto se centraba en que la producción de alimentos fuese suficiente para la alimentación de todos los pueblos. Más adelante en el tiempo, se fueron agregando otros elementos a esta idea, como ser la cuestión del acceso a los alimentos. Amartya Sen denuncia en 1981, que el problema de las hambrunas no es la falta de alimentos sino la desigualdad en la distribución y acceso de los mismos. Hacia la década del 90', la inocuidad y el papel de la cultura toma un lugar en este concepto, configurándose así la definición que se promueve desde la Cumbre Mundial sobre la Alimentación realizada en 1996 en Roma: "existe Seguridad Alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a alimentos a fin de llevar una vida activa y sana"(FAO, 1996).

Puede observarse que las reflexiones hasta mediados de la década del 90x27;, en cuanto al hambre en el mundo, giran en torno al concepto de seguridad alimentaria, idea limitada a ponderar el acceso suficiente e inocuo del alimento, pero que poco dice respecto del modelo de producción que hegemoniza la organización económica mundial –el capitalismo- y que manifiesta nefastas consecuencias. "El sistema capitalista nos ha impuesto una lógica de competencia, progreso y crecimiento ilimitado. Este régimen de producción y consumo busca la ganancia sin límites, separando al ser humano de la naturaleza, estableciendo una lógica de dominación sobre ésta, convirtiendo todo en mercancía: el agua, la tierra, el genoma humano, las culturas ancestrales, la biodiversidad, la justicia, la ética, los derechos de los pueblos, la muerte y la vida misma." (CMPCC, 2010)

Para esa época, se produce desde las organizaciones campesinas y movimientos sociales, no sólo la denuncia de esta situación, señalando las verdaderas causas del hambre en el mundo, sino una propuesta con sólida base conceptual denominada Soberanía Alimentaria, que la Vía Campesina ¹ presenta en un foro paralelo a la Cumbre Mundial de 1996 antes mencionada.

¹(Un grupo de de organizaciones campesinas, mujeres y hombres, procedentes de los cuatro continentes, fundaron

El análisis de la problemática alimentaria mundial revela una situación de producción y comercialización de alimentos en el mundo globalizado - el modelo de la agricultura industrializada- que se erige insostenible por sus graves repercusiones sociales (migración campo-ciudad, explotación laboral, pauperización creciente), económicas (destrucción de mercados locales y regionales, destrucción de puestos de trabajo en la agricultura...) y ambientales (destrucción de recursos naturales, degradación de la biodiversidad, utilización de técnicas de producción cuya inocuidad no está demostrada...)(García de la Serrana - Castillo, 2003).

Un modelo alternativo para la producción de alimentos se promociona y sustenta en la agricultura campesina, constituyéndose en un modelo que puede garantizar la Soberanía Alimentaria de los pueblos, capaz de alimentar las poblaciones donde se practica, preservando los recursos agrícolas para las próximas generaciones y basado en los principios de la justicia social. Xavier García (2010) compara estos modelos de producción bajo tres aspectos claves:

La Declaración de Nyéléni, acordada en el Foro Mundial por la Soberanía Alimentaria, reunión llevada a cabo en 2007 en Selingue, Malí, expresa que “la soberanía alimentaria es el derecho de los pueblos a alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, accesibles, producidos de forma sostenible y ecológica, y su derecho a decidir su propio sistema alimentario y productivo. Esto pone a aquellos que producen, distribuyen y consumen alimentos en el corazón de los sistemas y políticas alimentarias, por encima de las exigencias de los mercados y de las empresas. Defiende los intereses de, e incluye a, las futuras generaciones. Nos ofrece una estrategia para resistir y dismantelar el comercio libre y corporativo y el régimen alimentario actual, y para encauzar los sistemas alimentarios, agrícolas, pastoriles y de pesca para que pasen a estar gestionados por los productores y productoras locales”.

Al reconocer a la alimentación como un derecho humano fundamental y no como una mercancía más sujeta a los circuitos del mercado, se convierten en legalmente denunciables aquellas prácticas ejercidas por empresas gobiernos u organismos multilaterales que entorpezcan el ejercicio de este derecho. A su vez, es indispensable para que esta soberanía se cumpla que los Gobiernos pongan en marcha políticas y planes que garanticen la protección social y laboral de los trabajadores agrícolas y el acceso a los recursos productivos (García, 2010):

- Tierra: a partir del reconocimiento del derecho al acceso a la tierra por parte de los campesinos, consiguiendo una reforma agraria equitativa, difundiendo modelos de usos sostenibles de tierra y dando fin a las financiaciones del Banco Mundial y a su política de mercado de tierras.
- Agua: reconociendo el derecho al acceso agua por parte de los pescadores tradicionales, compartiendo información sobre modelos de gestión comunitaria del agua y del uso eficaz y sostenible de este recurso.
- Recursos genéticos: reglamentando el libre acceso y uso de los recursos genéticos para todos los campesinos, prohibiendo tecnologías restrictivas y el uso de los organismos

La Vía Campesina en 1993 en Mons, Bélgica. En aquel momento, las políticas agrícolas y la agroindustria se estaban globalizando y los campesinos necesitaban desarrollar una visión común y luchar por ella. Las organizaciones campesinas y de medianos productores también querían que se reconociese su voz y participar directamente en las decisiones que afectaban a sus vidas. La Vía Campesina es el movimiento internacional que agrupa a millones de campesinos y campesinas, pequeños y medianos productores, pueblos sin tierra, indígenas, migrantes y trabajadores agrícolas de todo el mundo. Defiende la agricultura sostenible a pequeña escala como un modo de promover la justicia social y la dignidad. Se opone firmemente a los agronegocios y las multinacionales que están destruyendo los pueblos y la naturaleza. La Vía Campesina comprende hoy a 150 organizaciones locales y nacionales en 70 países de África, Asia, Europa y América. En total, representa a alrededor de 200 millones de campesinos y campesinas. Es un movimiento autónomo, pluralista y multicultural, sin ninguna afiliación política, económica o de cualquier otro tipo. www.viacampesina.org

	Modelo Agroindustrial	Modelo Campesino
Nivel Económico	Es un modelo orientado a la producción de beneficios económicos, que juega una lógica de mercado libre (a pesar de las subvenciones), donde los alimentos son una mercancía más. Orientado a la exportación.	Es un modelo que busca la autosuficiencia de los productores, es decir su abastecimiento y el de un mercado local a partir de los excedentes. Se trata de producir alimentos, no bienes de mercado. Su viabilidad económica se da bajo condiciones de la agroecología.
Nivel Ecológico	Es un sistema no ligado al suelo, es decir, no depende de su entorno para producir alimentos-bienes, para lo cual necesita inputs externos al ecosistema (energéticos, químicos, etc) Esta no dependencia acarrea consecuencias ambientales: desertificación, esquilma de recursos, contaminación...	Es un sistema altamente integrado en el ecosistema donde se desarrolla (preservación de recursos, biodiversidad) y en la cultura a la que alimenta (tradición alimentaria, ligamen tierra-planta-animal-hombre como un todo)
Nivel Social	Este modelo basado en el máximo beneficio al menor coste posible ha traído problemas como: la concentración de los medios de producción en pocas manos, condiciones laborales injustas, migración, despoblación rural, crisis sanitarias (vacas locas, dioxinas, etc) y pérdida de la cultura campesina.	Es un modelo familiar (minifundista) que aumenta la población activa, equilibra el territorio con más gente en el campo, fomenta el cooperativismo y practica la justicia social a nivel alimentario global (busca alimentar un mercado local, bajo culturas alimentarias locales).

genéticos modificados en las ayudas alimentarias.

- Recursos financieros: reclamando políticas nacionales y supranacionales de créditos viables para pequeños agricultores e incremento de los recursos financieros de los países ricos para el desarrollo de los países empobrecidos.

Promover la agricultura campesina implica una fuerte defensa de la biodiversidad, es decir de los agroecosistemas ricos, sustentables y diversos, ya que su pérdida conlleva importantes consecuencias, como la vulnerabilidad a plagas y enfermedades debido a la estrecha base genética y a la no rotación de los cultivos, sumados a una agotación de los recursos agua y suelo.

Definida en estos términos, la práctica de la Soberanía Alimentaria debe comprenderse como un elemento fundamental para la Promoción de la Salud, en el marco del empoderamiento de las comunidades. "La Promoción de la Salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud". (OMS, 1997) Es decir, la comunidad no debe ser una mera receptora de acciones, sino partícipe activa de los procesos. En el caso de políticas alimentarias sería no sólo garantizar el acceso a los alimentos y su calidad, tal como lo postula la seguridad alimentaria, sino la posibilidad de que cada pueblo pueda elegir

lo que quiere comer y de qué manera va a producirlo. El concepto de soberanía alimentaria en tanto sostiene el derecho a la producción, distribución y consumo de alimentos sanos para todos los pueblos y comunidades, a la vez que exige políticas públicas que garanticen el acceso a los recursos productivos – tierra, agua, créditos, tecnología y biodiversidad- que lo posibiliten, permite el ejercicio del Derecho Humano a una adecuada alimentación según las pautas culturales de cada región, constituyéndose de esta manera en el camino más propicio para Promocionar la Salud.

Actividades

Lean en grupo las notas que aparecen en los siguientes links, teniendo en cuenta el marco teórico trabajado en este apartado y reflexionen respecto a las ideas explícitas e implícitas en los textos.

<http://www.lavoz.com.ar/mundo/tirar-comida-en-un-mundo-con-hambre>

<http://tinyurl.com/kroawzp>

<http://tinyurl.com/lmbyglw>

Bibliografía

- CMPCC (2010) Conferencia Mundial de los Pueblos sobre el Cambio Climático y los Derechos de la Madre Tierra. *Acuerdo de los Pueblos*, Cochabamba, Bolivia.
- FAO (1996) Cumbre Mundial sobre alimentación www.fao.org.
- Foro Mundial por la Soberanía Alimentaria. (2007) *Declaración de Nyéléni*. Selingue, Malí. Disponible en www.soberaniaalimentaria.com/textos/DeclaracionNyeleni.htm
- García de la Serrana Castillo, Xavier. (2003) *Soberanía Alimentaria: Un nuevo paradigma*, Documento para la Federación Catalana d'ONGD Veterinarios sin Frontera, Barcelona.
- García, Xavier. (2010) *La soberanía Alimentaria: definición y completa descripción de los argumentos que defiende y las propuestas que promueve la soberanía alimentaria según la Vía Campesina*. En Lopez Melgar, Henar; Alvarez, Isabel; Basterretxea, Txaran; Gaio Peio; García, Xavier; Corres Arrate; González, Álvaro. *Construyendo la Soberanía Alimentaria*.
- OMS (1986) *Carta de Ottawa, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, OMS, Ottawa.
- OMS (1988) *Recordaciones de Adelaide, II Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, Adelaide.
- OMS (1997) *Declaración de Yakarta, IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Yakarta.
- Sen, Amartya. (1981) *Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and Deprivation*. Oxford: Clarendon Press, 1981.
- Tomás, Claudio. (2011) *Conceptualización, diagnóstico, relevamiento y propuestas. Hacia un enfoque integrador en materia de seguridad y soberanía alimentaria*. En Díaz, Crsitina y Spiaggi, Eduardo (compiladores) *Desarrollo rural, soberanía y seguridad alimentaria*, UNR Editora, Rosario.

6 — Experiencias latinoamericanas

María de los Milagros Colobig. Universidad Nacional del Litoral, Argentina.

6.1 Promoción de la Salud en un contexto multicultural en la Provincia de Santa Fe, Argentina

6.1.1 Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad presentar algunas reflexiones sobre multiculturalidad en relación a una experiencia en equipo de Atención Primaria de la Salud, en un barrio de la ciudad de Santa Fe, Argentina. La problemática central a tratar es la cuestión indígena en contextos urbanos y cómo estos grupos logran insertarse en el barrio, con las contradicciones, rechazos, indiferencias y conflictos que esta inserción y su relación con la promoción de la salud implica.

Tales reflexiones nacen de la interacción con un grupo toba, en un intento por hablar concretamente de los “problemas de salud” pero a los cuales esos diálogos los trascendieron, ya que surgieron problemáticas más amplias. Entre los temas más recurrentes se pueden mencionar: su inserción en el barrio en relación con otras instancias de la sociedad civil, su percepción de los otros “no aborígenes” (otros integrantes del barrio, funcionarios municipales y provinciales, organizaciones indígenas, educativas, religiosas) y a su vez las percepciones de “los otros” sobre “ellos”.

Sobre la base de estos discursos nos proponemos interpretar e interpelar una realidad compleja que surge en la práctica de promoción de la salud pero que se enmarca en la estrategia amplia de la Atención Primaria de la Salud en un contexto multicultural.

6.1.2 Tensiones entre diversidad e igualdad

En Argentina el ideal liberal de “igualdad ante la ley” se ha instalado a partir de la generación del '80 debido a la necesidad de la conformación de un Estado- nación sólido que cohesione la gran diversidad cultural de este territorio. Las migraciones impulsadas a fines del siglo XIX y principios del XX complejizan la “primera matriz cultural hispano- indígena” (Martínez Sarasola, 1990) conformando un país multicultural. En efecto, la conformación de una ciudadanía implicó una noción genérica, de igualdad jurídica ante la ley que si bien ha sido objeto de numerosos cuestionamientos (Mihal 2008), sirvió como argumento justificativo contrario y casi opuesto al

multiculturalismo. Esto significa que apuntó a “borrar” las diferencias entre los grupos y sectores de la sociedad e instalar una “homogeneidad” aparente, arraigada aún hasta la actualidad en el “sentido común”. Esta idea de aparente igualdad, actúa como uno de los elementos conflictivos a la hora de efectivizar los derechos de los grupos étnicos en la atención primaria de la salud.

Las ciencias sociales en general y la antropología en particular jugaron un papel importante en cuanto a las críticas a este modelo y pusieron en cuestión los preconceptos basados en el sentido común. Las discusiones en la ciencia antropológica en torno a la diversidad cultural o a los contextos multiculturales pueden remontarse al momento en que se instalan en la disciplina las teorías que Boivin et al. (1999) llaman de la “construcción del otro por la diversidad”. Estas teorías discutieron la posición del evolucionismo dominante, introduciendo una nueva metodología, el trabajo de campo, que posibilitó un conocimiento de las culturas no occidentales en sus propios contextos. En oposición al método comparativo en el que se basó el evolucionismo cuya finalidad era señalar a la sociedad europea como punto culminante en la escala de progreso.

Así se concretan las condiciones de posibilidad para poner en cuestión y criticar el modelo evolucionista y lineal propio de los inicios de la antropología como disciplina científica, para dar paso a una interpretación más plural de los procesos socioculturales. Esta nueva mirada posibilita no sólo cuestionar el modelo evolucionista hasta entonces hegemónico, sino que además permite sentar las bases de las principales críticas al racismo. Estas críticas tienen cabida gracias al surgimiento de las nuevas interpretaciones estructuralistas y funcionalistas¹ de las sociedades que permiten una comprensión desde sus particularidades y no desde la comparación en relación a un modelo ideal (europeo- blanco- cristiano- propietario).

Interpretar a los grupos humanos en sus propios términos implicó para la antropología como ciencia un esfuerzo por emprender una nueva metodología de estudio, estando en contacto con los grupos en cuestión y llevando a la práctica esa actitud propia y característica del conocimiento antropológico como es la “empatía”. Poder “ponerse en el lugar del otro” se convierte en una necesidad teórica y metodológica para abordar las problemáticas sociales y entre ellas las cuestiones vinculadas a la salud, con la mirada puesta en la multiculturalidad.

Sin embargo, la idea de multiculturalidad es controvertida y ha recibido varias críticas:

1. Por ser una preocupación que no aborda los problemas estructurales como la pobreza y la desigualdad,
2. Por ser un producto de teorizaciones dominantes que reflexionan desde esa posición sobre los “otros” reproduciendo el modelo de dominación colonial.
3. Porque se ha sustentado en la concepción liberal de la igualdad, negando la diversidad y en consecuencia las políticas públicas diferenciales. Se apela al “mestizaje” para negar las reivindicaciones de grupos singulares. Se confunde igualdad legal con igualdad social, cuando son dos términos bien diferenciados (Berrío Palomo, 2008).

La idea del mestizaje tiene su correlato en el modelo asimilacionista, basado en la necesidad de lograr la “modernización”: asimilar a todos los grupos sociales a una “sociedad moderna”, en nombre del progreso. La concepción dualista de la sociedad entendería como “marginales” a quienes por distintas razones quedaran al margen de “las bondades de la civilización y la modernización” (Tamagno, 1992). Young (2000) señala consecuencias opresivas en los intentos asimilacionistas: incorporar a los grupos “excluidos” a un “patrón” colocando en desventaja a quienes no integran esa misma lógica; la mirada impuesta de los grupos dominantes, legítima

¹Una síntesis sobre estas teorías puede consultarse en Boivin, et al., 1999.

las reglas del juego y “naturaliza” un orden del mundo; los procesos de discriminación generan autonegación y desvalorización en los grupos minoritarios, “culpabilizando” a los sujetos o colectivos de su propia situación, desconociendo el problema estructural.

Frente a esta construcción absolutamente occidental erigida como “la forma universal de vida”, surgen las críticas basadas en los estudios de la otredad cultural arriba mencionados iniciados desde la antropología pero extendidos a otras ciencias sociales. Estos temas no sólo adquieren relevancia en ámbitos académicos, sino que en la actualidad comienzan a tener relevancia en la agenda política, debido a los fenómenos crecientes surgidos de las reivindicaciones sociales.

Así, aquel modelo liberal de fines del Siglo XIX se actualiza, tomando una nueva forma pero incluyendo algún tipo de reconocimiento a la diversidad cultural: varios países Latinoamericanos asistieron a reformas constitucionales, incluyendo a Argentina (1994). Aunque paradójicamente los mismos gobiernos que impulsaron dichas reformas se enmarcan en posiciones neoliberales generando todo tipo de ajustes estructurales para poder insertarse en los nuevos “procesos de explotación del capitalismo globalizado” (Berrío Palomo, 2008)

A su vez, diversos organismos internacionales como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo han incorporado la problemática indígena en los proyectos de desarrollo local que impulsan, y han desarrollado programas específicos para los pueblos indígenas (es el caso en Argentina del Ministerio de Salud de la Nación, a través del Sub-Programa de Médicos Comunitarios, Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios).

En épocas del liberalismo, la diversidad se concebía como “atraso”, “barbarie”, “fuente de conflicto social”, en contraposición, el neoliberalismo actual la reivindica como un valor patrimonial. Sin embargo, este cambio de concepción es parte de un proceso complejo que no puede ser simplificado, ni interpretado como una “concesión de poder”, otorgándoles a las minorías un carácter pasivo frente a esos cambios. Las movilizaciones de los grupos indígenas en las últimas décadas encontraron en un contexto de redemocratización y creciente participación política, el asidero para el reconocimiento de los reclamos. De este modo “lo que encontramos, es una estrategia que combina derechos culturales como una forma de combatir la exclusión cultural y el racismo, al mismo tiempo que lleva a cabo las más agresivas reformas económicas neoliberales, destinadas a garantizar las condiciones para el desarrollo intensivo del mercado. Si hoy hacemos un balance de lo que ha implicado para las poblaciones indígenas y afrodescendientes las reformas jurídicas, podremos constatar ciertos avances en materia de derechos culturales y lingüísticos, pero muy pocos respecto a la redistribución de la riqueza y el combate a la desigualdad. América Latina cada vez es más pluricultural y al mismo tiempo más inequitativa” (Berrío Palomo, 2008: 55).

6.1.3 Ser “indio” en la ciudad de Santa Fe

Las implicancias del modelo liberal arriba enunciado coexisten aún con las prácticas neoliberales en torno a la diversidad cultural, y se hacen visibles concretamente en el trabajo comunitario con población indígena. El ser “indio” como categoría social remite a aquel modelo que agrupa a los “no- europeos”, los “no- blancos” en un mismo grupo homogéneo, y no es una categoría “natural”, dada “a- priori”, es históricamente construida (Tamagno, 1992). Esta categoría tiene plena vigencia, aún en las autoridades escolares que sostienen esta división: “*por la mañana vienen los blancos a la escuela, por la tarde los aborígenes*”.

Los grupos tobas que habitan hoy en Santa Fe, tienen una larga historia de exclusión desde fines de la década de 1960, cuando deciden emigrar de su provincia natal para radicarse en la ciudad en busca de mejores condiciones de vida. Allí es donde aparecen de manera palpable, las desigualdades, inequidades y marginalidades en toda su expresión. El contexto de la ciudad es muy diferente a la vida en el monte. Son innumerables las barreras sociales, culturales, económicas que deben afrontar. En el discurso se pueden captar diversas situaciones que atraviesan su relación con el otro “blanco”: *“no queremos que nos den la mano, queremos que nos saquen la mano de encima...”*; *“hay mucha falta de humanidad por parte de la Comuna...”*; *“a muchos no les interesa que el aborigen se eduque y que sea sano...”*.

Los grupos indígenas están en permanente interacción con los “blancos”, por lo tanto no pueden considerarse grupos cerrados y homogéneos, sino insertos en una sociedad estructuralmente desigual, que comparten las mismas problemáticas de los sectores más vulnerables. La “falta de humanidad por parte de la Comuna”, la “falta de interés por la educación y la salud” son problemas que trascienden la pertenencia étnica. Sin embargo, dicha pertenencia agrega un componente más a la exclusión que causa la pobreza: la de ser “indio”.

Las actividades que estas comunidades estaban habituados a realizar en su lugar de origen son cada vez más difíciles de sostener en la ciudad. Es casi imposible conseguir las materias primas para las artesanías (arcilla, hojas de palma), lograr un volumen de producción para competir en el mercado, poder conseguir el sustento diario a través de la pesca, la caza y la recolección, encontrar en la naturaleza las hierbas medicinales que utilizaban para tratar sus enfermedades. Compulsivamente se vieron obligados estos pueblos nómades a sedentarizarse y a aptarse a un contexto totalmente diferente.

En cuanto a la promoción de la salud, también es algo nuevo para ellos, las problemáticas de la salud ligadas a la vida en la ciudad son particulares y la concepción de salud- enfermedad-atención es también muy diferente a las formas tradicionales de la cultura indígena. Una de las necesidades más urgentes en estos espacios comunitarios y desde políticas públicas concretas en promoción de la salud, es la de poder recuperar valores y creencias para actuar acorde a ellos y no desconociéndolos, procurando una cierta flexibilidad en los abordajes, en función de ellos.

6.1.4 Las políticas públicas en relación a los pueblos originarios

Generalmente, los programas de salud, aún cuando enuncian cuestiones tendientes al abordaje del multiculturalismo, adolecen de ciertos elementos reiterados. En este sentido, estas políticas conciben a los grupos indígenas como entidades homogéneas, que hay que “preservar”, proponiendo líneas estratégicas a ser “aplicadas” según parámetros estandarizados para un amplio territorio. Esta modalidad de implementación se manifiesta en diferentes hechos (vistos en otro contexto por Tamagno, 1992):

- El paternalismo y asistencialismo, en el sentido de otorgarles beneficios sin fomentar una capacidad autogestiva del grupo. En salud esto se traduce en “asistencia”, en “acallar el síntoma”, en “suministrar medicamentos”, en lugar de promocionar la salud desde una apertura a la participación comunitaria.
- La necesidad de sobredimensionar los “problemas étnicos” diferenciando este grupo de los demás que integran la comunidad, acentuando las diferencias.
- La necesidad de justificar que “es imposible cambiar cierta realidad” si los mismos grupos indígenas no se ponen de acuerdo entre ellos mismos. Como si esto no fuera propio de todos los grupos sociales.

- La culpabilización a los grupos indígenas del fracaso de los programas de promoción de la salud, desconociendo las dificultades que surgen de las instancias gubernamentales que no destinan recursos suficientes (materiales y humanos) para llevar adelante con éxito las acciones propuestas. Desconociendo además que a veces los fracasos se dan debido a causas estructurales que no se pueden resolver desde un programa de salud.
- La conflictividad generada en los liderazgos cuando éstos son aprovechados desde fuera del grupo para fines que no han sido consensuados previamente. Esto genera crisis de representación y dificultades al establecer negociaciones sin el consentimiento del grupo, modificándose los liderazgos existentes hasta entonces.
- Las dificultades en la interacción entre los profesionales de la salud y los grupos indígenas, en tanto que la incomprensión de ciertas prácticas y creencias propias de la cultura de éstos últimos genera mayor conflictividad.

En términos generales, estos hechos trascienden la problemática étnica, y son en su mayoría condicionantes para cualquier grupo, independientemente de su pertenencia identitaria. Por lo tanto, cabe preguntarse sobre la necesidad de orientar programas específicos para ellos. En promoción de la salud cada grupo es diferente y requiere de modos puntuales de abordaje, la problemática indígena es un grupo particular más que se inserta en una estructura social desigual, de modo que debe tener las mismas posibilidades y derechos en el acceso a la salud. No obstante ello, existe una cosmovisión específica que no puede ser desconocida cuando se elaboran los programas de salud. El derecho a la igualdad implica entonces el reconocimiento de la diversidad y la posibilidad de que esa diversidad pueda expresarse en libertad, para lo cual los otros derechos como a la vivienda, a la educación, al trabajo, deberían estar garantizados.

6.1.5 Aproximaciones finales

El trabajo en comunidades indígenas insertas en conglomerados urbanos es una tarea compleja y necesaria para poder plantear políticas públicas tendientes a generar ciudadanía e igualdad social. En ocasiones los prejuicios, las actitudes racistas y discriminatorias impiden generar alternativas viables para estos grupos que requieren un tratamiento especial, pero cuyas necesidades no difieren de las de los grupos sociales más vulnerables. Si bien en la agenda pública la cuestión indígena ha comenzado a tomar visibilidad, su tratamiento como bien patrimonial, se traduce con frecuencia en prácticas paternalistas que no resuelven los problemas estructurales sobre los cuales es preciso poner atención.

La discusión entonces debe estar focalizada en la generación de políticas indígenas en el marco de políticas sociales generales, que incluyan las políticas de salud, involucrando a los propios referentes de las comunidades en el diseño e implementación de las mismas.

De esos debates y de la apertura de quienes llevan adelante las distintas instancias de planificación y gestión de las políticas públicas dependerán las posibilidades de generar acciones más inclusivas y acordes a una sociedad multicultural.

Actividades

1. En base a la reforma Constitucional de Argentina de 1994, enumere los derechos constitucionales adquiridos por las comunidades indígenas. ¿Qué implicancias pueden tener en el ámbito de la salud?
2. ¿En qué consiste el Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de la Nación de

Argentina? ¿Cómo trata la cuestión indígena? (Puede acceder mediante esta página: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/>)

3. ¿Cómo planificaría una acción de promoción de la salud en un contexto multicultural?

Bibliografía

- Berrío Palomo, L. R. 2008. “La diversidad cultural: de conflicto a patrimonio de la humanidad. Miradas sobre el multiculturalismo en América Latina”. *Estudios Latinoamericanos*, nueva época (22): 43- 58.
- Boivin, M. Rosato, A. y Arribas, V. 1999. “Constructores de Otridad”. Eudeba, Buenos Aires.
- Martínez Sarasola, C. 1998. “Nuestros Paisanos los indios”. Emecé, Buenos Aires.
- Mihal, I. 2008. “El derecho a la lectura: apuntes para pensar los derechos culturales y su relación con la ciudadanía”. Publicación CIFFyH, N° 5 – (ISSN 1515-1859). Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades "María Saleme de Burnichón". Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba.
- Tamagno, L. 1992. “De indígenas, migrantes y ciudadanos: algunas reflexiones sobre gente indígena en el área metropolitana”. En Hidalgo, C. y Tamagno, L. (Comp.) *Etnicidad e Identidad*. Centro Editor de América Latina.
- Young, I. M. 2000. “La justicia y la política de la diferencia”. Editorial Cátedra/Universidad de Valencia, Madrid.

6.2 Sexualidad Multicultural

Fco. Javier Colunga Gallegos, Francisco J. Alvarez Rodríguez.
Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA), Av. Universidad # 940, Ciudad Universitaria,
C.P. 20131, Aguascalientes, Ags., México. jcolungag@gmail.com fjalvar.uaa@gmail.com

6.2.1 Introducción

El presente capítulo tiene por objeto mostrar una perspectiva de la sexualidad multicultural, con la finalidad de favorecer un espacio para la socialización, discusión, análisis y algunas propuestas de las acciones, actividades y conocimientos en este área de estudio. Pretende ser un marco de referencia en la orientación sobre la sexualidad partiendo desde un enfoque multicultural mostrando elementos educativos, de políticas públicas, de salud, etc., dirigido a jóvenes universitarios de América Latina.

La mayor parte de los textos se enfocan en vislumbrar a la sexualidad humana desde un punto de vista biológico y psicológico, dejando de lado los aspectos culturales, económicos y políticos que también influyen en cómo se vive la sexualidad acorde al país y región en donde se

radica.

Asimismo, es importante destacar la labor que ha tenido Iberoamérica sobre el estudio de la sexualidad humana, siendo España el país donde mayormente se ubican universidades y centros de investigación encargados de formar a profesionistas en esta área del conocimiento enfocándose en el aspecto de prevención, seguimiento e intervención de la sexualidad humana. En contra parte, en América Latina, existen pocos lugares para dicha formación, por ejemplo se encuentra el Instituto Mexicano de Sexología en México, con diversos posgrados referentes a la sexualidad con miras hacia el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo se conoce poco sobre una perspectiva multicultural en torno a la sexualidad: sobre qué sucede en los lugares en donde existe opresión del poder sobre los derechos sexuales de las personas, donde existe explotación del cuerpo como un objeto de obtención del capital, donde las mujeres aún no son dueñas de su propio cuerpo ni pueden tomar decisiones sobre él; desde esta postura se hace evidente la importancia de introducir un texto que presente desde un punto de vista crítico la sexualidad en relación con el contexto en el que se encuentran las inmersas las personas, siendo un abordaje desde enfoques diversos que contribuyen a enriquecer la perspectiva del multiculturalismo como se encuentra estructurado este capítulo en tres aspectos: Fisiológico, Sociopolítico y Psicológico.

Se debe incluir cada uno de los ámbitos en que se desarrolla el ser humano en sociedad, y en la forma en como dichos aspectos de su vida influyen ya sea de forma positiva o negativa hacia su sexualidad, es por ello que el capítulo está dividido en dichos aspectos para su abordaje, análisis y comprensión de la temática propia y la manera en como se enlaza dentro de la promoción de la salud enfocada hacia una sexualidad más integral conjuntando los aspectos anteriormente mencionados.

6.2.2 Fundamentos teóricos

A) ÁMBITO FISIOLÓGICO

1.- Salud sexual para el milenio. Declaración

La promoción de la salud sexual es fundamental para el logro del bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible y más específicamente para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Al fomentar la responsabilidad individual y social, además de las interacciones sociales equitativas, la promoción de la salud sexual favorece la calidad de vida y la instauración de la paz. Por consiguiente, instamos a todos los gobiernos, organismos internacionales, sector privado, instituciones académicas, a la sociedad en general, y en particular, a todas las organizaciones miembros de la Asociación Mundial para la Salud Sexual a:

1. **Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos.**

Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por consiguiente son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud. La salud sexual no puede obtenerse ni mantenerse sin derechos sexuales para todos.

2. **Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género.**

La salud sexual exige igualdad, equidad y respeto, independientemente del género. Las

inequidades y los desequilibrios de poder relacionados con el género entorpecen las interacciones humanas armónicas y constructivas y, por consiguiente, el logro de la salud sexual.

3. **Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad.**

La salud sexual no puede lograrse mientras las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales.

4. **Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad.**

Para lograr la salud sexual, todas las personas, incluidos los jóvenes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual en todo el ciclo de vida.

5. **Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual.**

La reproducción es una de las dimensiones fundamentales de la sexualidad humana y, como tal, puede contribuir a fortalecer las relaciones y a la satisfacción personal, cuando se desea y se planifica. La salud sexual abarca la salud reproductiva. Deben ampliarse los programas actuales de salud reproductiva para abordar las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual de manera integral.

6. **Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.**

El acceso universal a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y el tratamiento integrales de la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son igualmente esenciales para la salud sexual. Es necesario reforzar de inmediato los programas que garantizan el acceso universal.

7. **Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.**

Debido a que las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales repercuten en la calidad de vida, es fundamental reconocer, prevenir y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.

8. **Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total.**

La salud sexual es más que la ausencia de enfermedades. En todo el mundo, debe reconocerse y promoverse el derecho al placer sexual.

Es esencial que los planes de acción internacionales, regionales, nacionales y locales para el desarrollo sostenible asignen una alta prioridad a las intervenciones de salud sexual, doten de recursos suficientes, aborden las barreras sistémicas, estructurales y comunitarias y hagan el seguimiento del progreso logrado. **Aprobado el 17 de abril de 2007 por la Asamblea General de la WAS celebrada en Sydney Australia.**

WAS & Organización Panamericana de Salud (2009).

B) ÁMBITO SOCIOPOLÍTICO

2.- Multiculturalismo

Viene del latín multus-multa-multum (mucho, múltiple), y el adjetivo cultural, que deriva del sustantivo latino cultura, que significa cultivo (especialmente agrícola); por tanto, lo cultural sería lo relativo a la cultura. Procede del verbo colo (colere), que significa cultivar (en el sentido de “estar al cuidado, para sacar provecho o explotar”, por ejemplo el campo). Dicho verbo,

procedente de la raíz indoeuropea *kol-, es de donde deriva la palabra colonia, mantenida intacta en el español, y de donde también deriva el sustantivo de contenido religioso culto (del latín cultus), que hace referencia al ofrecimiento del trabajo y sus frutos a la Divinidad por parte de los colonos. Podemos citar como ejemplo, para comprobar que el sentido no es exclusivamente agrícola, en otra lengua indoeuropea que no es el latín, la palabra griega boukólos (literalmente que cuida del buey, que 'cultiva o explota' el buey), de donde viene nuestra palabra 'bucólico'. Después la palabra colonia ha ido adquiriendo matices diversos al utilizarse en sentido figurado (respecto a la formación intelectual o física de alguien o al desarrollo de la identidad propia de un pueblo). Si a multicultural le sumamos el sufijo -ismo, nos queda multiculturalismo. Brocos Fernández, J. M.

Entre algunos tipos de multiculturalismo, encontramos los siguientes:

Teórico

Interesado esencialmente por cuestiones de justicia y cambio social en relación con la pedagogía, referida a la producción de identidad, al modo en que aprendamos a vernos nosotros mismo en relación con el mundo, dicho aprendizaje cualquiera que sea el sitio donde tenga lugar. De igual forma, la pedagogía está siempre en cierto grado comprometida con el poder en la batalla humano sobra las inversiones académicas, emocionales y de valor que la gente hace en el transcurso de su vida.

Conservador

Los mono culturalistas han tratado por todos los miedo de abortar lo que ellos consideran ataques multiculturalistas contra la identidad occidental. Haciendo caso omiso de la creciente preocupación por la injusticia social y el sufrimiento de los grupos marginados en las escuelas y otras instituciones sociales, los conservadores le han dado al multiculturalismo el carácter de enemigo interno. Conlleva la posibilidad de asimilar a todas aquellas personas que sean capaces de adaptarse a las normas de la clase media blanca.

Liberal

Crítica es la instrumentalización y estructuración de experiencias sobre el privilegiado y el oprimido, con una uniformidad intelectual que permite a diferentes gentes competir en igualdad de condiciones. Tomando en cuenta una dinámica liberal está asentada sobre un proceso de concienciación, supuestamente neutral y universal, al que no le afectan las diferencias raciales, de clase social y género. Queda borrada por el atractivo ideológico de consenso y similitud.

Pluralista

Cuando se habla del multiculturalismo o educación multicultural se hace referencia al multiculturalismo pluralista, en donde se elogian las diferencias en un momento en que los asuntos más importantes que afectan a los que quedan fuera de la norma de los blanco, de los varones y de la clase media, son casi siempre la importancia, la violencia y la pobreza.

También encontramos al **Multiculturalismo Educativo**, el cual precisa aspectos principales de su currículum a:

- Raza
- Género
- Lenguaje

- Clase Socioeconómica
- Preferencia sexual

3.- Sobre las Leyes de unión civil entre personas del mismo género en México

La lucha por el reconocimiento de los matrimonios entre personas del mismo sexo en México ha sido particularmente visible a partir de la segunda mitad de la década de 1990. La llegada de la izquierda al gobierno del Distrito Federal en 1997 fue vista como una oportunidad para ampliar los derechos del colectivo LGBTTTTI. En el año 2000, durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador, la diputada Enoé Uranga presentó ante la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) una propuesta para reconocer uniones civiles entre personas del mismo sexo. Esta figura jurídica reconoce derechos similares a los del matrimonio, pero no reconoce, entre otros, el derecho a la adopción. La discusión sobre la propuesta de Uranga sólo fue posible después que López Obrador dejó el cargo de jefe de gobierno pues, aunque nunca se manifestó en contra de las uniones homosexuales, tampoco suele apoyarlas abiertamente. La Ley de Sociedad de Convivencia fue aprobada por la ALDF el 16 de noviembre de 2006, y entró en vigencia en marzo de 2007, 121 días después de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. A favor de la ley se manifestaron todos los partidos representados en la Asamblea, con excepción del Partido Acción Nacional (PAN) y dos miembros de Nueva Alianza (Panal).



Antes de que entrara en vigor la ley capitalina, el Congreso del Estado de Coahuila decretó la modificación del marco jurídico estatal para dar cabida a la figura del Pacto Civil de Solidaridad el 11 de enero de 2007. La entrada en vigor de la reforma fue adelantada ante la amenaza de los diputados locales panistas de interponer un recurso de inconstitucionalidad ante la SCJN y echar abajo, o al menos detener, la entrada en vigor de la reforma. En ese panorama, el gobierno coahuilense puso en vigor las nuevas disposiciones el 15 de enero de 2007, convirtiéndose en la primera entidad federativa mexicana donde fue posible registrar parejas homosexuales como uniones civiles ante las autoridades del gobierno.

3.1.- Debate sobre los matrimonios entre personas del mismo sexo

A partir del reconocimiento de las uniones civiles en Coahuila y el Distrito Federal, en otras entidades federativas se planteó la posibilidad de adoptar legislaciones similares o permitir los matrimonios homosexuales. Cabe señalar que en México, los estados son entidades federadas pero que conservan la soberanía sobre sus territorios. Cada estado posee un congreso legislativo que crea y modifica el marco legal vigente en el plano local. En ese marco, algunas organizaciones no gubernamentales del estado de Yucatán buscaron presentar ante la legislatura local una propuesta para reconocer los matrimonios homosexuales en el estado. Al año siguiente, lo que el congreso yucateco aprobó fue una iniciativa popular presentada por grupos conservadores. Esta propuesta solicitaba la modificación del código civil para definir como norma constitucional el matrimonio heterosexual, y para prohibir expresamente la realización o el reconocimiento de matrimonios homosexuales y el aborto por razones económicas o por riesgo de vida para

la madre. Todos los partidos en el congreso yucateco se manifestaron a favor de la medida, excepción hecha de la única diputada del Partido de la Revolución Democrática.

3.2.- Estado de Colima

Por primera vez en el municipio de Cuauhtémoc del Estado de Colima, dos personas del mismo sexo se unieron en matrimonio, los hechos se dieron el 27 de febrero del 2013, bajo la valoración jurídica llegando a la determinación de otorgar basado en la Constitución, Tratados Internacionales y la Ley que le previene, combate y elimina la discriminación en el Estado de Colima.

3.3.- Estado de Yucatán

El 26 de marzo de 2013, una pareja del mismo sexo pidió al Registro Civil de Yucatán contraer matrimonio. El Registro Civil rechazó la solicitud diciendo que la Constitución Política del Estado define el matrimonio como la unión entre un hombre y una mujer. La pareja apeló la decisión, y el 1 de julio, el Tribunal de Distrito del Estado reconoció que tienen el derecho a contraer matrimonio. Si el Registro Civil no apela en diez días hábiles posterior a la decisión del Tribunal de Distrito, la pareja se convertiría en el primer matrimonio igualitario en Yucatán que obtendría ese derecho. El 8 de agosto del 2013, se llevó a cabo el matrimonio civil de la primera pareja de hombres en el estado. Convirtiéndose en el primer matrimonio entre personas del mismo sexo, realizado en el municipio.

3.4.- Estado de Nuevo Leon

El mes de abril del 2013, una pareja pidió al registro civil de San Pedro una solicitud de matrimonio, siendo negada esta. Tramitando al tribunal federal un amparo el cual fue concedido en el mes de septiembre se realizara la primera boda en el estado de Nuevo Leon.

3.5.- Estado de Jalisco

Con veinte votos a favor, quince en contra y una abstención, el 31 de Octubre de 2013 el Congreso del Estado de Jalisco avaló la Ley de Libre Convivencia que abre la puerta a la legalización de las uniones civiles entre personas del mismo sexo y otras familias no tradicionales.

Fuentes:

http://es.wikipedia.org/wiki/Matrimonio_entre_personas_del_mismosexo_en_México#cite_note-8 Recuperado el 3 de noviembre de 2013

<http://www.colimadigital.com/final/index.php?tn=3&n=4781> Recuperado el 3 de noviembre 2013

http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=2399 Recuperado el 3 de noviembre 2013

<http://sitemason.vanderbilt.edu/files/hulCda/I0844.%20Apoyo%20al%20matrimonio%20entre%20personas%20del%20mismo%20sexo%20en%20América%20Latina.pdf> Recuperado el 3 de noviembre de 2013

C) ÁMBITO PSICOLÓGICO

4.- El uso del poder en las relaciones interpersonales. Los abusos de poder (violencia de género y violencia)

De forma generalizada, los grupos de chicos menores y las chicas de todos los grupos de edad incorporan el machismo como factor de peso en el origen de la violencia de género, aunque son las chicas las que se lamentan de una doble moral respecto a los hombres y a las mujeres. Éstas suelen indicar que para los varones el tener relaciones sexuales supone la confirmación de su “masculinidad”, mientras que para las chicas puede suponer ser tachadas de “fáciles”; sin embargo, admiten que ellas asumen esos planteamientos discriminatorios como propios a la hora de juzgar ese tipo de conductas en amigas, vecinas, familiares, etc.

Para definir la violencia de género, en general, todas las personas apuntan a una situación de maltrato, haciendo referencia a sus vertientes psicológica y física. Algunos de los chicos menores reconocen haber participado en comportamientos sexualmente violentos hacia chicas, pero sin conciencia de ello, al considerarlos como hechos “normales” y vividos como “juegos de niños”. En general, los distintos grupos han manifestado circunstancias de las que se denota que han tenido experiencias con situaciones de violencia psicológica, en forma de conductas de control y acoso, y de violencia física, bien por propia experiencia o bien por conocimiento de personas de su entorno (amigas, vecinas, primas...). Prácticamente no se producen verbalizaciones espontáneas sobre la violencia sexual; sin embargo, cuando se incide en este tipo de violencia, muchas de las chicas y de los chicos reconocen que dentro de la pareja y/o de una relación puede haber manifestaciones de este tipo de violencia. En ocasiones, aparecen creencias relacionadas con la sexualidad masculina que servirían para justificar las agresiones sexuales, en base a la falta de control sexual y la necesidad de descarga de los varones. En general, no suelen tener claro de quién hacia quién se ejerce la violencia para que sea etiquetada como violencia de género. Así, surgen actitudes defensivas que manifiestan la vulnerabilidad del varón ante la violencia psicológica de la mujer, supuestamente menos visible, y argumentan que, si existen menos denuncias de maltrato hacia los hombres, es porque esto supone un motivo de vergüenza y mofa social para éstos. Respecto a las causas de la violencia de género, plantean hipótesis que denotan el efecto de sensibilización ejercido por los mass media y las campañas educativas, junto con ciertos mitos y creencias:

- Educación sexista, en general, y violencia estructural que se ejerce contra la mujer.
- Celotipia e infidelidad.
- Pérdida momentánea del control, posible en ambos sexos, y resolución de conflictos de forma violenta.
- Superioridad física del hombre.
- Patología o enfermedad.
- Historias de maltrato en la infancia, en palabras de las chicas.
- Alcoholismo y drogadicción.

En cuanto a las posibles explicaciones de por qué una mujer se mantiene en una situación de maltrato, hacen referencia a:

- el amor y la dependencia emocional;
- las expectativas negativas de futuro para la víctima;
- las conductas violentas interpretadas erróneamente como muestras de afecto;
- las expectativas de cambio en la conducta violenta del maltratador;
- el miedo;
- la existencia de hijos e hijas;

- la presión psicológica;
- la vergüenza social;
- la falta de apoyo.

Las chicas expresan las dificultades que se tienen para detectar indicadores cuando una mujer está inmersa en una relación negativa, sobre todo, por los mecanismos de negación y justificación que se desarrollan como forma de sobrellevar dicha situación. Aún así, son conscientes de que en determinadas situaciones, aspectos como el trato recibido por la víctima, la tristeza, el miedo, el nerviosismo o la baja autoestima pueden evidenciar una situación de maltrato. Éstas, además, reconocen que existe una “actitud” de tolerancia entre muchas chicas ante actitudes machistas y comportamientos violentos ejercidos sobre ellas. Los chicos indican que intervendrían en una situación de violencia en su entorno sólo en el caso de que se tratase de una amiga o familiar. Las chicas, por su parte, expresan dificultades para llevar a cabo este tipo de ayuda, argumentando que cuando lo han hecho se han visto rechazadas por la víctima o han recibido amenazas del agresor; no obstante, consideran el apoyo y la confrontación como un aspecto fundamental para ayudar a la víctima a salir de la situación. Chicas y chicos plantean la denuncia y la separación como medidas para erradicar la violencia de género dentro de la pareja. A nivel social se señalan, además, la educación en valores, aludiendo a la responsabilidad de las familias; la modificación de la ley en la protección de las víctimas; la intervención de profesionales en el tratamiento de los maltratadores (por ejemplo, psicólogos/as), y la limitación de la difusión de casos de violencia de género en los mass-media. Fernández Herrera, L., et. al. (2006).

4.1.- La violencia intrafamiliar

La familia es la unidad fundamental sobre la que está constituida la sociedad, y una de sus funciones principales es la creación de un ambiente armónico de funcionamiento que brinde apoyo y seguridad a sus integrantes. Dicha armonía se ve amenazada por los actos violentos dentro de la misma por cualquiera de sus miembros afectando la integridad física y mental al interior. Es importante mencionar que para que exista violencia intrafamiliar debe existir abuso, maltrato o abandono permanente, repetido y habitual.



Se usa la violencia como un mecanismo para enfrentar y resolver las diferencias de opinión entre las familias, habiendo un sin fin de agresiones entre las cuales se pudiera encontrar (psicológica, sexual, física y económica). Algunas de sus características son las siguientes:

1. *Maltrato físico*: provocar daño físico o enfermedad a otro.
2. *Abandono físico*: restringir a la persona de alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia.
3. *Abuso sexual*: no es necesario un contacto físico (penetración o tocamientos) sino también

usando a la persona como un objeto de estimulación sexual (seducción verbal, exposición de órganos sexuales, masturbación frente a la persona, etc.).

4. *Maltrato emocional*: insultos, humillaciones, burlas, atemorización, etc.
5. *Abandono emocional*: restricción de afecto, apoyo y protección necesarios.
6. *Síndrome de Münchhausen por poderes*: someter a los niños a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos, etc.
7. *Maltrato institucional*: abuso, negligencia, detrimento de la salud, el bienestar físico, etc.

Es importante mencionar que la violencia familiar produce un quiebre en la vida de la pareja y de los miembros que habitan en el hogar. Para comprender la dinámica que se genera al interior de la violencia, existe un ciclo en donde se describen las etapas en las cuales se genera y los aspectos que intervienen en cada una de estas:



Figura 6.1: Ciclo de la violencia

La mayor parte de las agresiones a niños y ancianos tiene relación con las dificultades de quienes deben cuidarlos, entonces usan la fuerza y el castigo para lograr que los niños o ancianos hagan lo que ellos esperan. Otro de los abusos que suceden con frecuencia es el abuso económico que se ejerce sobre los ancianos, en el sentido de que se adueñan de su dinero y bienes sin su autorización.

4.1.1- Tipos de padres y sus consecuencias

Los estilos de roles paternos y maternos contribuyen de forma significativa al desarrollo social de la familia, para ello existen tres clasificaciones:

Es necesario mencionar que para que se de un buen desarrollo familiar, sería recomendable que se tomen en cuenta algunos aspectos sobre el establecimiento de límites y las funciones o roles que se dan al interior del núcleo familiar, entre estos se pueden mencionar:

- a) Se debe ser objetivo al momento de establecer reglas sobre algo que hace con frecuencia.
- b) Ser firmes al momento de delegar alguna tarea en específico.
- c) Se debe dar una explicación del porqué se tendrá o no que acatar cierta orden.
- d) Comunicar que se no esta de acuerdo con la conducta del niño cuando esta no es acorde a aspecto positivos, dejando en claro que no es sobre sí mismo.



Figura 6.2: Tipos de roles paternos

4.1.2.- Tipología de los adolescentes violentos

La violencia que se manifiesta en los niños se da en edades entre los 10 a 17 años aproximadamente según varios autores, así mismo se pueden asociar tres tipos de adolescentes que pueden presentar signos de ser agresores en la violencia filo-parental, entre los cuales se encuentran:

Hedonistas-Nihilistas: constituyen el grupo más amplio y en donde se manifiestan conductas de satisfacción propia sin importar los medios para conseguirlo.

Patológicos: incorrecta relación de amor-odio en la relación materno-filiales, más allá de los celos edípicos.

Con violencia aprendida: aprenden desde pequeños que la posesión de los medios tanto materiales como personales se hace por medio del ejercicio de la violencia.

También se conoce una tipología para definir las relaciones filo-parentales para explicar las reacciones que tienen los padres hacia con los hijos, estas se dividen en dos tipos:

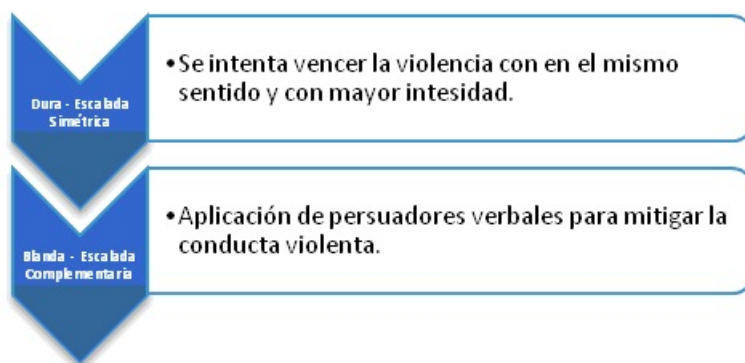


Figura 6.3: Tipos de relaciones entre padres e hijos

Para que se de un buen seguimiento a la intervención en pro de mejorar las relaciones filo-parentales dentro de la familia, se hace la sugerencia de ser apoyado por un especialista que contribuya de forma positiva, el cual trabajará de forma tanto de forma individual con cada miembro de la familia, como también pudiera hacerlo de forma grupal cuando las actividades así se requieran.

4.2.-La represión de la sexualidad

El silencio, por ejemplo en términos de lo que se dice y se calla, forma parte de la estrategia del poder en la sexualidad. Además de la prohibición de hablar, surge en las escuelas, conventos, monasterios, hospitales, iglesias, etc., un discurso reglamentado y canonizado sobre la función del sexo. Culquier individuo aprende lo que se debe y puede decir, al igual que conoce con perfección aquello que resulta inadecuado mencionar a propósito de la normatividad sexual. Foucault, M. (2009).

Historia de la sexualidad 1. Desde el siglo XVIII y de manera contundente en el XIX sustentado en una estrategia de poder disciplinante que implica: la canonización de la relación matrimonial heterosexual, la prohibición de la sexualidad infantil y la estigmatización de las prácticas polimorfos indentificándolas con los placeres perversos. Foucault, M. (2009). Historia de la sexualidad 1. El sexo en el capitalismo forma parte de una tecnología política de la vida, de una biopolítica basada en la disciplinarización del cuerpo. Mediante el concepto de biopolítica Foucault explica cómo el sexo se convierte en una forma de poder, la cual utilizando una serie infinita de vigilancias, prohibiciones, reglamentaciones y patrones de conducta, se impone a los hombres y mujeres desde la infancia a través del conjunto de instituciones que conforman la sociedad. La represión sobre el cuerpo, el control de la sexualidad y el castigo de las perversiones forman parte de los mecanismos que instrumenta la tecnología del biopoder sexual para salvaguardar la estabilidad social, reforzar la especie, purificar la raza, evitar las enfermedades contagiosas y fortalecer la vitalidad de los cuerpos dóciles y productivos. Con la localización escrupulosa de la concupiscencia al sistematizarse los pecados de la carne y mediante la culpabilización de la vida sexual, se pudo crear esa compleja “tecnología racional de corrección” que conforma la esencia del biopoder sexual. La tecnología del poder en la sexualidad utiliza diversos mecanismos que forman parte de su discurso como voluntad de saber: la legitimación del matrimonio monogámico, la exaltación de la fecundidad, la prohibición de las uniones sanguíneas, la prescripción de la endogamia, la condena judicial de las perversiones, el control pedagógico y médico de las desviaciones respecto a la sexualidad considerada normal. Foucault, M. (2009). Historia de la sexualidad 1. Del cuerpo de prácticas y dispositivos afirmativos y negativos que fabrica el biopoder para disciplinar a los cuerpos y a las almas de los sujetos capitalistas, hay cuatros que interesan especialmente a Foucault:

1. La histerización del cuerpo de la mujer mediante la clasificación y descalificación de la sexualidad femenina; procesos que se complementa con la conversión de la madre en una persona nerviosa e hipertextuada que necesita aprender a controlar su sexualidad.
2. La pedagogización del sexo de los niños por medio de la clasificación y prohibición de la sexualidad infantil, sobre todo de la masturbación. En esta estrategia de poder se prioriza la representación de los niños cuando incurren en la práctica abierta de la sexualidad.
3. La socialización de las conductas procreadoras a través de la vigilancia que ejerce el Estado sobre la sexualidad legal familiar. Este dispositivo del biopoder se fundamenta en la planificación de la fecundidad de la pareja y en el registro y control de los nacimientos, promoviéndolos o censurándolos según convenga a los intereses políticos y económicos del Estado.

4. La psiquiatrización del placer perverso a partir de la introducción de un saber médico-científico que se separa lo normal de lo patológico, lo verdadero de lo falso, lo científico de lo precientífico. Esta tácita busca la construcción de una tecnología correctiva de las anomalías sexuales y sociales.
Ceballos Garibay, H. (1997)

El conjunto de manifestaciones del biopoder sexual configura, sin duda alguna, uno de los temas más apasionantes de investigación en ciencias sociales, pero no sólo por lo que se refiere a la sexualidad como ejercicio peculiar del poder, sino debido a que todas las variantes y sutilezas que lleva consigo: la obsesión amorosa, el “amor loco”, la separación de los amantes, la abyección de la dependencia al otro, el amor eterno o fugaz, la soledad, la mistificación o el escepticismo del amor. Uno de los aspectos más interesantes del biopoder sexual en discursos institucional, en ciencia, en una voluntad de saber específica que conocemos con el nombre de sexología.

La sexología emerge como síntesis de conocimientos, datos, análisis cuantitativos, estadísticos y proyectos de vigilancia sobre la vida sexual de poblaciones enteras. Se trata de construir un discurso racional, positivo, que favorezca el bienestar y a la salud de la humanidad; se intenta controlar la sexualidad para adecuarla a un sistema general de biopoder que sea beneficio para el conjunto de la sociedad.

5.- FILIAS

Basándose en el Instituto Mexicano de Sexología, el cual ha propuesto y adoptado la denominación de expresiones comportamentales de la sexualidad, bajo la cual se engloban no solo las llamadas desviaciones o perversiones, sino se incluyen otras como bisexualidad, homosexualidad y heterosexualidad. La vigencia temporal, espacial y operativa de esta denominación es mucho más amplia, descriptiva, objetiva y no valorativa. El continuo para todas las expresiones se estructura en una escala graduada con siete niveles, que de menos a más son:

Alvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (1986)

Alvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (1986)

CONSULTA DE INFORMACIÓN:

El poder en el cuerpo. Subjetivación, sexualidad y mercado en la «Sociedad del Espectáculo». De: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n39/rvidal.html> Recuperado el 15 de noviembre 2013

Sexualidad, placer y saber en nuestra sociedad actual. De: <http://nodulo.org/ec/2009/n086p18.htm> Recuperado el 15 de noviembre 2013

Masculidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescente. De: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000406> Recuperado el 15 de noviembre 2013

Federación Internacional de Planificación de la Familia – Región del Hemisferio Occidental. De: <http://www.ippfwhr.org/es> Recuperado el 15 de noviembre 2013

Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educa-

Tabla 6.1: Niveles de expresividad sobre el comportamiento sexual

	Descripción
Mínima (M)	Grado mínimo de expresividad del comportamiento que produce gusto o satisfacción y está presente en todo individuo.
Acentuada (A)	Mismo comportamiento, pero ya muy notorio o predominante en un individuo. Los niveles anteriores no implican un comportamiento erótico ni consecución de placer orgásmico.
Eróticosexual a nivel de fantasía (ASF)	Implica excitación sexual e incluso consecución orgásmica a través de la expresión en cuestión pero sólo a nivel de fantasía o sueño.
Eróticosexual mínima (ESM)	Práctica de la expresión para obtener excitación, orgasmo o ambos.
Eróticosexual preferida (ESP)	Casos de personas que tienen predilección especial por ésta, sin dejar otras.
Eróticosexual predominante (ESPR)	A las personas en que prevalece mucho ésta.
Eróticosexual exclusiva (ESE)	Sólo mediante esa expresión se logra la excitación, orgasmo o ambos.

ción” 2012 (Publicación descargable .pdf). De: <http://www.ippfwhr.org/es/publicacion/evaluación-de-la-implementación-de-la-declaración-ministerial-2012> Recuperado el 15 de noviembre 2013

ACTIVIDADES PRÁCTICAS DE REFLEXIÓN

a) PETTING

Objetivos:

Facilitar alternativas a las relaciones coitales, a la vez que promueven un acceso progresivo a la práctica sexual libre de riesgos, y que permita la reflexión a través del proceso.

Actividad:

Lectura y comentarios del texto:

Petting es una expresión norteamericana que procede del verbo pet que significa «mimar, acariciar». Pero petting significa alguna cosa más que acariciar: designa un tipo de juego amoroso en el que todo, aparte del coito, está permitido. El que no se llegue al coito es una frontera, un límite que los mismos protagonistas se han marcado. Aunque se emplea sobre todo para evitar un embarazo no deseado, algunas chicas prefieren el petting para conservar el himen. Esto está muy extendido en algunos países, especialmente en los Estados Unidos. Petting hay, en cierta medida, en cualquier relación erótica. Del primer beso se pasa a un prólogo refinado antes de llegar al coito. Hablamos de petting en el sentido estricto si se llega a una satisfacción completa. En la introducción, ya se hacía referencia a que algunas veces se actúa localmente en

Tabla 6.2: Tipología de filias

Filia	Descripción
Fetichismo	Expresión comportamental de la sexualidad en la que se gusta de obtener y poseer objetos o pertenencias de determinada(s) persona(s).
Exhibicionismo	A las personas que gustan de mostrarse a otros.
Gerontofilia	Expresión comportamental de la sexualidad en la que se tiene atracción por personas de más edad, en especial por ancianos.
Masoquismo	Expresión comportamental de la sexualidad en la que las personas gusta del dolor físico, sumisión, vejación o incluso dependencia notoria otra persona.
Necrofilia	Expresión comportamental de la sexualidad que consiste en el gusto o atracción por lo muerto o la muerte en sí.
Paidofilia	Expresión comportamental de la sexualidad en la que los individuos gustan de causar dolor físico, someter, vejar o hacer que otros dependan de ellos.
Escoptofilia (vouyerismo)	Expresión comportamental de la sexualidad en la que las personas gustan de ver lo cuerpos, expresiones amorosas o ambos de otras personas.
Zoofilia	Expresión comportamental de la sexualidad en la que las personas tienen gusto o afecto especial por los animales.
Urofilia y Coprofilia	Expresiones comportamentales de la sexualidad en las que existe el gusto o placer por la orina o las heces o por el acto de orinar, defecar y observar su realización.

la relación sexual. Limitarse al petting, es por el contrario, más sensato cuando se desea hacer el amor pero no se desea tener hijos y no se puede o no se dispone de métodos anticonceptivos (...). Esto puede tener otras ventajas con relación al coito. Se aprenden más de prisa las relaciones sexuales del otro, porque uno esta obligado a prestarles más atención. Igual que en coito, con el petting se busca la satisfacción sexual de los dos (...). El petting no se aprende sino que se desarrolla progresivamente. Se da un beso, se acaricia y se pasa gradualmente a tocarse bajo la ropa, hasta que uno se vuelve más valiente y decidido; los participantes se desnudas más o menos mutuamente y se empieza a buscar con las manos las partes sexuales del otro. Un día, uno de los dos tiene un orgasmo y con esto puede haber suficiente durante un tiempo. Pero poco a poco, surge o debe surgir en los dos, el deseo de que el otro tenga también su orgasmo (del libro: Información sexual para jóvenes, de B. Claesson.)

En el debate se puede comentar las ventajas del petting al inicio de la práctica sexual, que sería correcto hacer antes de las relaciones coitales y aprovechar para explicar que tampoco las relaciones entre adultos se basan siempre en el coito. Font, P (2006)

Filia	Descripción
Fobofilia	Expresión comportamental de la sexualidad en la que existe gusto o placer por el peligro o temor.
Grafofilia	Esta expresión tiene dos dimensiones: la logofilia y la iconofilia. Es la expresión comportamental de la sexualidad en la que se gusta de leer la palabra escrita (logofilia), ver representaciones gráficas figurativas como dibujos o fotografías entre otros (iconofilia) o ambas.
Tribofilia (frotismo)	Expresión comportamental de la sexualidad en la que existe gusto por tocar a otros o ser tocado. La primera se conoce como tribofilia activa y la segunda receptiva.
Polirrelación	Expresión comportamental de la sexualidad en la que la persona gusta de relacionarse con varias en forma simultánea.
Intercambio de pareja	Expresión comportamental de la sexualidad en la que se gusta intercambiar a la pareja propia con otra.
Relación a primera vista (sin conocimiento de la otra persona)	Expresión comportamental de la sexualidad en la que se obtiene gusto por entablar relaciones con una persona que no se conocía previamente.
Transvestismo	Expresión comportamental de la sexualidad en la que los individuos gustan de utilizar prendas, manierismos, expresiones, accesorios, adornos, lenguaje e incluso comportamientos característicos del otro sexo en la cultura de la propia persona.

b) ARTICULOS

Investigar en tu país artículos de centros de investigación, universidades, organizaciones no gubernamentales, etc., que manejen aspectos en torno a la sexualidad multicultural, esto con la finalidad de que los puedas analizar, discutir e ir obteniendo información respecto a este tema.

c) POLÍTICAS O LEYES SEXUALES

Analiza los reglamentos, políticas públicas, leyes, iniciativas, etc., respecto a la sexualidad si existen que aspectos del ser humano respecto a la sexualidad multicultural contribuyen hacia una mejor calidad de vida de las personas, la forma en como pueden impactar en la vida de las personas. Asimismo pudieras investigar cuales son las tendencias que están en países vecinos y la forma en como se están abordando dichas políticas.

6.3 CONCLUSIONES

La sexualidad multicultural debe ser considerada como un punto de partida para enlazar los ámbitos del ser humano y que estos contribuyan de forma significativa para ayudar al bienestar

de todas las personas. Si bien es cierto que en la actualidad, tanto las políticas públicas, como el ámbito de la salud, ideologías religiosas, etc., tienen diversos aspectos respecto a la forma en como conciben la sexualidad, esta por su parte debe ser vista como la cotidianeidad en la interacción, el trato, las relaciones interpersonales, etc.

Asimismo se hace importante mencionar que para ser importante mencionar el abordaje del lenguaje cotidiano tendría que ser desde una perspectiva crítica hacia la promoción de la salud, en donde se tendrían que analizar a las instituciones educativas en su medio histórico, político y social que caracteriza a la sociedad dominante en el manejo del lenguaje, los significados y su simbología, para que tanto en las escuelas como en la sociedad sea del desnudar las contradicciones inherentes a la sociedad y que permita ir distinguiendo recursos ideológicos y sociales de los cuales echan mano las instituciones para perpetuar circunstancias limitantes de la acción activa, crítica y dinámica de los individuos que componen el conglomerado social.

Bibliografía

Libros:

- Alvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (1986). Sexoterapia Integral. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F.
- Ceballos Garibay, H. (1997). Foucault y el Poder. Ediciones Coyoacán. México, D.F.
- Fernández Herrera, L., et. al. (2006). EDUCASEX Jóvenes, sexualidad y género – Estudio cualitativo sobre la sexualidad de las personas jóvenes del ámbito rural.
- Área de Juventud, Deportes y Formación de la Diputación de Málaga, España.
- Font, P (2006). Pedagogía de la sexualidad. Grao: Universidad de Barcelona, España.
- Foucault, M. (2009). Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber. Siglo XXI: D.F. México.
- Foucault, M. (2009). Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres. Siglo XXI: D.F. México.
- Foucault, M. (2010). Historia de la sexualidad 3: la inquietud de sí. Siglo XXI: D.F. México.

Manuales:

- WAS & Organización Panamericana de Salud (2009). Salud Sexual para el Milenio – Declaración y documento técnico. Washington, D.C.

Artículos:

- Brocos Fernández, J. M. El multiculturalismo como imposición ideológica y su ensamblaje con el nihilismo ontológico.

APENDICE: DICCIONARIO SEXUAL

A

AFRODISÍACO: cualquier sustancia que estimula o aumenta el deseo sexual, como por ejemplo ciertas comidas, bebidas o drogas. Muchas de ellas no tiene un sustrato científico valedero. Ver **comida afrodisíaca**.

AMENORREA: ausencia de menstruación.

AMPULLITIS: inflamación de una ampolla, especialmente del extremo dilatado del conducto deferente del testículo.

ANALGIA: estado de no experimentar dolor.

ANDROGINIA: presencia simultánea de características femeninas y masculinas en un individuo.

ANDRÓGINO: persona que tiene características masculinas y femeninas a la vez, y órganos sexuales incompletos de ambos sexos. También llamado hermafrodita.

B

BESTIALISMO: actividad sexual entre una persona y un animal. Zoofilia.

BISEXUAL: individuo que siente atracción sexual por personas de ambos sexos, y/o que tiene relaciones sexuales indistintamente con ellas.

BLNORRAGIA: enfermedad contagiosa común, producida por *Neisseria Gonorrhoeae* y transmitida principalmente por contacto sexual; se caracteriza por inflamación de la muso del tracto genital, secreción genital, secreción purulenta, y micción frecuente y dolorosa. Si no se trata puede causar complicaciones, como epididimitis, prostatitis, tenosinovitis, artritis y endocarditis. En mujeres puede dar lugar a esterilidad, y en varones, a estenosis uretral.

C

CIRCUNCISIÓN: intervención quirúrgica consistente en extirpar el prepucio en su totalidad o en gran parte. Se realiza en circunstancias muy concretas: por aparición de problemas al orinar o infecciones en el glande, o por motivos estéticos o religiosos.

CLÍTORIS: órgano pequeño situado en el extremo superior de los labios menores de la vulva. Dada su estructura eréctil, aumenta de volumen cuando la mujer es estimulada sexualmente. Es muy sensible al tacto a causa de la gran cantidad de terminaciones nerviosas que contiene, y juega un papel fundamental en el proceso que conduce al orgasmo femenino.

COITO: relación sexual convencional heterosexual, en la cual el pene es introducido en la vagina.

COITO RESERVATUS: coito prolongado en el que la eyaculación es suprimida intencionalmente.

COITO Y ORGASMO: son fenómenos que habitualmente se dan en forma secuencial en una relación sexual satisfactoria, por ende no siempre se asocian. Existe el coito sin orgasmo, lo que ocurre con más frecuencia en la mujer.

COLPOSCOPÍA: examen visual del cuello uterino y la vagina, con ayuda del colposcopio.

COMIDA AFRODISÍACA: alimentos preparados con ingredientes cuya finalidad es la de estimular sexualmente. Se utilizan habitualmente ostras, apio, nueces, pimienta de Cayena, páprika picante y otras especies orientales.

CONCEPCIÓN: fertilización de un óvulo por un espermatozoide. Naturalmente suele ocurrir dentro de la trompa de Falopio.

CONDÓN: preservativo. Tubo de látex delgado, cerrado en un extremo que es colocado sobre el pene erecto antes del coito, para evitar que los espermatozoides penetren la vagina.

CONDÓN FEMENINO: tubo de látex delgado, cerrado en un extremo, que se introduce en la vagina antes del coito para evitar que los espermatozoides penetren en ella.

CONTROL NATURAL DE LA NATALIDAD: modo de evitar el embarazo mediante la abstinencia de coito en los días del ciclo menstrual en que es posible la concepción. También

llamado “método del ritmo”, término con que se designan a los métodos de calendario, de secreción de mucosa cervical y de temperatura basal, que se utilizan para determinar cuáles son los días en que el coito tiene menos posibilidades de conducir a un embarazo.

COPULACIÓN: unión del macho con la hembra durante el acto sexual.

CUNNILINGUS: excitación bucal de los órganos genitales femeninos.

D

DESFLORACIÓN: ruptura del himen en la primera experiencia sexual de una mujer virgen o a través del examen vaginal.

DISPAREUNIA: dolor genital o pélvico profundo, que se experimenta en el momento de la relación sexual. Puede darse en los hombres pero es mucho más frecuente en las mujeres.

DROGAS Y SEXUALIDAD: hay muchas drogas que interactúan con la sexualidad, deprimiendo o excitando la actividad sexual, legales e ilegales, e incluso algunas utilizadas como medicamentos.

DUCHA VAGINAL: dispositivo para inyectar a presión agua u otro líquido en la vagina con fines higiénicos. Muy poco recomendable como forma de control de la natalidad e innecesario para la higiene, si la flora vaginal es normal.**E**

ELISA: sigla del inglés de Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ensayo inmunoabsorbente ligado a una enzima). Se trata del método clásico de determinación inmunológica para detectar la presencia de anticuerpos en la sangre. Esta técnica es simple, rápida y de bajo costo, y la base de la prueba serológica del HIV. El test ELISA es confiable, pero no otorga un 100 % de certeza, por lo que todo resultado positivo debe ser verificado y controlado por otro método de confirmación o suplementario. También se le denomina en zimoimmunoanálisis o enzimoimmunoensayo.

ERECCIÓN: aumento de volumen y endurecimiento del pene, el clítoris o los pezones, durante la estimulación sexual.

ERECCIÓN NOCTURNA: erección que se produce cuando el hombre duerme. El sueño se divide en diversas fases. Una de ellas es llamada REM (sigla en inglés Rapid Eye Movements, es decir, movimientos rápidos de los ojos). Las erecciones nocturnas aparecen en este periodo REM del sueño.

ERÓGENO: que produce deseo sexual.

ERÓTICO: aquello relativo al estímulo del deseo o tendiente al placer sexual.

ESPERMA: secreción líquida que se elimina durante la eyaculación, producida por los testículos, la próstata y las glándulas sexuales secundarias, y que contiene espermatozoides en un plasma seminal. Semen.

ESPERMATORREA: derrame involuntario anómalo de semen, sin orgasmo.

ESPERMATOZOIDE: célula reproductiva masculina. Su función es fertilizar el óvulo, aportando la información genética faltante para iniciar así una gestación. Se producen millón de espermatozoides en los testículos que se mezclan con el líquido seminal previamente a la eyaculación.

ESPERMICIDA: sustancia que se coloca en la vagina antes del coito, o que se usa en combinación con un preservativo o un diafragma, para matar a los espermatozoides, con lo cual se evita la concepción.

EUNUCO: hombre cuyos genitales externos han sido extirpados.

EXCITACIÓN: acción de provocar cambios en el cuerpo, debidos a estímulos físicos y mentales, que lo preparan para el coito.

EYACULACIÓN: expulsión de semen del pene.

EYACULACIÓN PRECOZ: disfunción sexual a causa de la cual el hombre eyacula antes del tiempo habitual o, en casos más severos, inmediatamente después de introducir su pene en la vagina de su compañera.

F

FÁLICO: relativo al pene, por lo general, en su estado de erección.

FALO: otra denominación del pene, por lo general, en referencia a su estado de erección.

FANTASIA SEXUAL: situaciones o sucesos sexuales productos de la imaginación, que involucran personas reales o imaginarias.

FELLATIO: forma de sexo oral en la que se utiliza la lengua o la boca para estimular el pene.

FEROMONAS: sustancias que, al igual que las hormonas, son secretadas por un órgano y actúan sobre otro órgano. Pueden funcionar a distancia, de modo que son producidas por un individuo y actúan sobre otro distinto.

FERTILIZACIÓN: penetración de la membrana celular de un óvulo por un espermatozoide. Una vez fertilizado, el óvulo recibe la mitad faltante de información cromosómica e inicia la duplicación celular, y con ello, comienza a desarrollarse un embrión.

FIMOSIS: alteración del pene que supone que el glande no puede desprenderse del prepucio, ya que el orificio final está muy estrecho. Puede ser fisiológica en los niños muy pequeños. Su solución es quirúrgica: la circuncisión.

FÓRCEPS: pinzas especiales que se usan en obstetricia para sujetar la cabeza fetal y hacer tracción sobre ella en los partos difíciles.

FORMAS DE PENETRACIÓN: penetración es la acción y efecto de penetrar; en el contexto sexual, es la acción de introducir el pene en la vagina durante el acto sexual convencional. Existen otras, como, la penetración anal.

FRIGIDEZ: incapacidad de origen psicológico para responder adecuadamente a una relación sexual; se dice especialmente de la mujer. En segunda instancia, término que define la incapacidad de alcanzar el orgasmo durante el acto sexual.

G

GAY: (del inglés) homosexual.

GEL CONCEPTIVO O ANTICONCEPTIVO: una sustancia no grasosa que contiene un

ingrediente que resulta tóxico para los espermatozoides, la cual se introduce en la vagina antes del coito e impide, por ende, la concepción. Su verdadera efectividad se da a través de su uso complementario con otros dispositivos por ejemplo, un diafragma.

GLANDE: es la parte final del pene.

GÓNADAS: los ovarios en la mujer o los testículos en el hombre. También se las llama glándulas sexuales.

H

HERMAFRODITA: individuo que posee tejido genital de ambos sexos, es decir, ovárico y testicular.

HIRSUTISMO: exceso anormal de vello, en especial en las mujeres.

HIV: sigla del inglés correspondiente a Human Immunodeficiency Virus, el virus de la inmunodeficiencia humana (o VIH), causante del sida.

HORMAS SEXUALES: sustancias químicas producidas por los ovarios y los testículos, y que se dividen, respectivamente, en estrógenos y progesterona (ambas femeninas), y andrógenos (masculinas). Estas hormonas controlan las funciones de los órganos sexuales y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

I

IMPOTENCIA: disfunción sexual masculina que se traduce en la incapacidad de lograr una erección o de mantenerla lo suficiente para realizar el coito o poder eyacular.

IMPULSO SEXUAL: resultado de cualquier combinación de factores orgánicos y de estímulos externos capaces de provocar una secuencia de respuestas relacionadas con el coito.

INFERTILIDAD: incapacidad de una mujer para llevar a cabo un embarazo a término, a diferencia de la esterilidad, que es la imposibilidad que tiene una mujer de embarazarse o un hombre de embarazar a una mujer.

L

LUBRICACIÓN VAGINAL: en la primera parte de la respuesta sexual femenina, y cuando se produce la excitación, aparece un líquido transparente característico, segregado por las paredes vaginales que facilita la penetración. Es el índice equivalente a la erección masculina.

M

MENARCA: primera menstruación en la vida de una mujer.

MENOPAUSIA: periodo de declinación hormonal sexual en la vida de una mujer; coincide con el cese de la menstruación por ausencia de la estimulación estrogénica del útero.

N

NULIGRÁVIDA: mujer que no ha estado nunca embarazada.

O

ORGASMO: etapa más intensa (clímax) de la excitación sexual, con sensaciones en extremo placenteras, y que en el hombre incluye, por lo general, la eyaculación.

OVARIALGIA: dolor en un ovario.

P

PREPUCIO: es el tejido cutáneo elástico que recubre el glande y se desliza sobre él. Ambos están unidos por un ligamento denominado frenillo prepucial.

PUBARQUIA: inicio de la aparición del vello pubiano en la pubertad, tanto femenina como masculina.

R

REINFECCIÓN: segunda infección por el mismo agente después del restablecimiento o durante la evolución de la infección primaria.

RETROVIRUS: es un virus cuyo genoma (material genético, conjunto de genes) está constituido por ARN (ácido ribonucleico), pero que origina ADN (ácido desoxirribonucleico) por un proceso llamado transcripción inversa y lo incorpora a la célula huésped. El virus del sida (VIH O HIV) es un retrovirus.**S**

SEXO GRUPAL: referencia a un grupo de más de dos personas que realizan entre sí varias actividades sexuales al mismo tiempo.

SEXO ORAL: utilización de la boca y la lengua para estimular los genitales de una pareja. Llamado también sexo oralgenital, incluye la fellatio y el cunnilingus.

SEXO SEGURO: formas de actividad sexual que tienen un nivel relativamente bajo de riesgo de adquisición de una enfermedad de transmisión sexual por la utilización de preservativo (especialmente sida).

SISTEMA REPRODUCTOR: aquellas partes del cuerpo humano, cualquiera sea el sexo, directamente relacionadas con la reproducción.

T

TAMAÑO DE GENITALES: referencia a las dimensiones de los genitales externos. Según diferentes tratados de anatomía humana, se considera normal un rango promedio. Existen variaciones en más o menos que no necesariamente implican anormalidad. En ocasiones, las diferencias de tamaño de los genitales de la pareja pueden ocasionar dificultades.

TÉCNICA PARA EYACULACIÓN PRECOZ: método por el cual un hombre puede aprender a evitar la eyaculación prematura, mediante el cese temporal de toda estimulación al sentir que está alcanzando el punto en el que la eyaculación es inevitable.

TELARQUIA: inicio del desarrollo mamario en la pubertad femenina.

TENSIÓN PREMESTRUAL: cuadro de síntomas que experimentan muchas mujeres en los días anteriores a la aparición de la menstruación en cada ciclo, por ejemplo, dolor de cabeza, pesadez abdominal, irritabilidad.

TIEMPO REFRACTARIO INTERORGÁSMICO: periodo de tiempo, variable para cada

individuo y sexo, en el cual esta imposibilitado de obtener otro orgasmo.

U

ÚTERO: matriz, órgano genital interno de la mujer en el que se deposita el óvulo fertilizado y se desarrolla el embrión.

V

VAGINITIS: inflamación de la vagina, habitualmente bacteriana o micótica (hongos).

VÉSICULA SEMINAL: glándulas que conforman pequeñas bolsas situadas por detrás de la próstata, que descargan el líquido seminal en la uretra.

VIOLACIÓN: relación sexual llevada a cabo por la fuerza, sin mediar consentimiento por parte de uno o de los integrantes de la pareja.

Z

ZONAS ERÓGENAS: aquellas partes del cuerpo que son especialmente sensibles a la estimulación sexual (genitales, zona mamaria, etcétera).

6.4 Salud Intercultural

Fco. Javier Colunga Gallegos, Francisco J. Alvarez Rodríguez.
Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA), Av. Universidad # 940, Ciudad Universitaria,
C.P. 20131, Aguascalientes, Ags., México. jcolungag@gmail.com fjalvar.uaa@gmail.com

6.4.1 Introducción

El presente capítulo tiene como objetivo dar una muestra del acercamiento e integración de los pueblos indígenas al ámbito de la salud, así como presentar una variedad de plantas herbolarias mexicanas y la forma en que contribuyen a mantener, mejorar y en ocasiones curar diversas enfermedades, siendo un acercamiento a la salud intercultural.

Se presenta un panorama sobre la integración de la salud intercultural en la aplicación del uso de diversas hierbas y plantas que contribuyen a mejorar el estado de salud de las personas en las zonas centrales de México, siendo evidencia de su pudiera transpolación a otros sitios de America Latina.

La interculturalidad (interculturalism, en inglés), es un proceso de estacionamientos de comunicación e interacción entre personas y grupos donde no se permite que un grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. Sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos pueden resolverse mediante el respeto, la generación de contextos de horizontalidad para la comunicación, el diálogo y la escucha mutua, el acceso equitativo y oportuno a la información pertinente, la búsqueda de la concertación y la sinergia. Es importante aclarar que

la interculturalidad no se refiere tan solo a la interacción que ocurre a nivel geográfico si no más bien, en cada una de las situaciones en las que se presentan diferencias. En el caso de las instituciones de salud, se cuestiona por los usuarios de los servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

6.4.2 Fundamentos Teóricos

1.- Conceptos de salud intercultural

Una propuesta que parece sumamente enriquecedora es la que viene impulsando personal que trabaja en el Ministerio de Salud de Chile, según la cual la interculturalidad debe ser reconocida en tres dimensiones distintas:

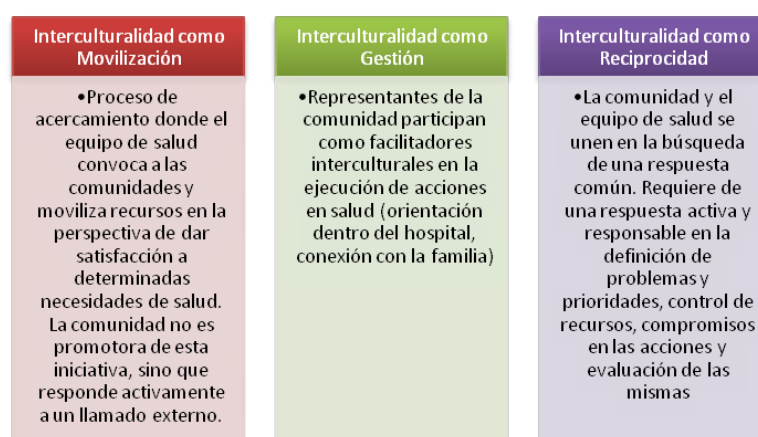


Figura 6.4: Dimensiones de la Salud Intercultural

Sáenz, M. (1999)

En definiciones enfocadas al contexto del resurgimiento de la salud intercultural, impulsada por antropólogos y no antropólogos en las instituciones de salud, en las ONG y en medios académicos, es imprescindible definir la interculturalidad en salud a partir de la recuperación de las propuestas más integrativas y pro-positivas sin omitir los procesos de choque cultural que se presentan. En donde se entiende por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención-recuperación que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos.

En este sentido, la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en salud para mejorar los perfiles negativos que presenta la población indígena implica la modificación de creencias, conductas y trato del personal institucional. Éste debe estar informado y formado sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que del proceso salud-enfermedad-recuperación tiene la población indígena, respetando ante todo su cultura y su derecho a la diferencia. También es imprescindible entrenar al personal en acciones interculturales específicas para mejorar la

relación médico-paciente, pues el paciente indígena es estigmatizado, rechazado y descalificado con actitudes que conllevan claros tintes racistas. Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., García Ramírez, H. J. (2005). La sensibilización en salud intercultural de los cuadros directivos en México está rezagada respecto a los otros países de la región en por lo menos 20 años. Hay carencia de personal institucional capacitado con enfoque intercultural capaz de sensibilizar a sus pares. Por ello es tan importante la formación de un perfil de capacitador intercultural, que hasta el momento no ha contado en su educación formal con la mínima aproximación a los aspectos socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención. Es necesario dotarlo de un conjunto de contenidos, entre los que se mencionan:



Figura 6.5: Elementos considerados en la salud intercultural

Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., García Ramírez, H. J. (2005).

Se considera indispensable capacitar al recurso humano para sentar las bases de un servicio de salud con sensibilidad intercultural, que brinde atención según las necesidades de los pueblos indígenas, contribuya con acciones específicas al combate de la inequidad y signifique un aporte decisivo en contra de la discriminación.



Figura 6.6: Capacitación del personal en salud intercultural

2.- Atención intercultural a la salud a grupos de población específicos: salud de los pueblos indígenas

Para el año 2005 se contabilizó a la población indígena en México en 13,433,160 habitantes, lo cual corresponde a 12.21 % de la población Mexicana según el Consejo Nacional de Población. Esto significa que 1 de cada 8 personas que viven en el país es indígena, sin considerar a los niños menores de 5 años. Además, México es el país de América Latina con mayor cantidad de grupos y lenguas indígenas; se reconocen oficialmente 62 grupos étnicos, además de la presencia de diversas minorías y de colonias de poblaciones extranjeras. Desafortunadamente, en muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes, en especial en zonas indígenas. Un texto que describe la relación de las instituciones de salud con la población indígena, es la llamada "Declaración tzotzil" que menciona: Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos, somos de segunda categoría. Además la medicina es muy cara. Es un negocio. A veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores.

Se ha propuesto que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile y eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor. En donde los médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes. Que se acabe la discriminación. Que haya preparación de enfermeros indígenas y que no se les inculquen prejuicios contra la medicina indígena. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales. Estos cuestionamientos enfatizan la necesidad de considerar la satisfacción y las expectativas de los usuarios como elementos esenciales en la definición de la misión de los servicios de salud. Esto y los objetivos de los programas en general se encuentran definidos en términos abstractos (."obtener la salud para la población objetivo"), sin considerar lo que significa la salud para cada uno de los diferentes grupos que conforman a la población.

La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección. Los grandes retos de la capacitación intercultural en un nivel de generalidad son:

- a) Que el enfoque intercultural sea incorporado en los programas normales de capacitación del personal de salud destacado en zonas indígenas para el mejoramiento cualitativo de la relación médico-paciente.
- b) Impulsar la adecuación intercultural de la gestión de los servicios, en lo físico y técnico.
- c) Que los valores sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención en contextos pluriétnicos sean reconocidos como potencialmente útiles por el personal de salud.
- d) Sentar las bases para brindar servicios de salud según las necesidades de los pueblos indígenas para abatir la inequidad en salud y combatir la discriminación.
- e) Lograr que el enfoque intercultural adquiera el rango de política de salud.
- f) Formar recursos humanos de excelencia que aspiren al logro de la equidad en salud.

Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., García Ramírez, H. J. (2005).

3.- Muestra de plantas medicinales de una parte de la región central de México

En el siguiente link se encontrarán con una tabla explicativa del uso de plantas medicinales y su fotografía: <http://etherpad.proyectolatin.org/up/9ea8f438e51b6e4fa3898891dd162fc9.doc>

4.- Ámbito de aplicación de la política intercultural en salud

Los componentes de la interculturalidad como herramienta tienen diferentes componentes para su ejercicio y desarrollo, que evidentemente inician con los procesos de capacitación para la atención a la salud. Para homologar las actividades a realizar por los Servicios Estatales de Salud, se deberá promover la coordinación sectorial, intersectorial y civil con organismos gubernamentales y no gubernamentales que lleven a cabo acciones de salud en los diferentes ámbitos multiculturales y en regiones indígenas, a fin de buscar la alineación de programas nacionales, estatales con programas y recursos municipales. Es importante mencionar que las actividades interculturales tienen un fuerte compromiso con el ámbito local y en sentido práctico, sinergizar la participación e involucramiento de los diferentes actores sociales e institucionales que participan en las regiones y zonas de intervención e influencia de las unidades de salud, tanto fijas y móviles, como las unidades de caravanas de la Salud y las unidades fijas que se están acreditando en el Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

La propuesta de Política de Interculturalidad, contiene a su vez 4 proyectos articulados:

1. 1. El enfoque Intercultural en los programas de salud.
 - El enfoque Intercultural en la capacitación del personal directivo y en operación.
 - El enfoque Intercultural para estudiantes de ciencias de la Salud.
2. Reconocer, modular y fortalecer la medicina Tradicional mexicana.
3. Sistemas Complementarios de Atención a la Salud.
4. Política de Atención a la Salud de poblaciones indígenas.

La planeación de los servicios de salud con elementos Interculturales tiene un propósito central: Impulsar la transformación de los Servicios de Salud para mejorar el acceso efectivo a la población considerando la multiculturalidad del país, y en el caso de las regiones rurales e indígenas, servicios y atención médica de calidad, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, en un marco de respeto a la diversidad e identidad cultural de usuarios y usuarias. Para ello, se presentan en este documento herramientas y mecanismos de asesoría para Impulsar la participación comunitaria de hombres y mujeres en la definición, planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud, así como de redes sociales como apoyo esencial para la integración comunitaria y la promoción de relaciones entre la medicina tradicional y la medicina institucional.

Esquema del modelo para la sensibilización de la población indígena dentro de la salud intercultural:

Lerin Piñón, S. (2004).

5.- Glosario:

Interculturalidad

Relación de intercambio que establecen dos o más individuos, grupos culturales o naciones que manifiestan características y posiciones diversas, en condiciones de inclusión y horizontalidad,

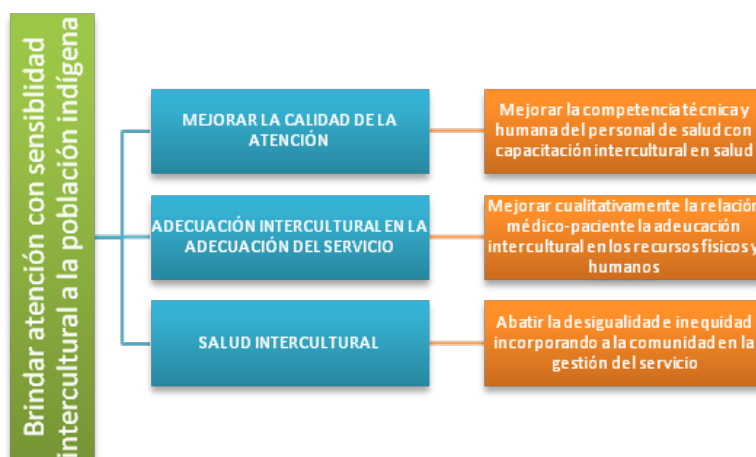


Figura 6.7: Modelo de sensibilización en la salud intercultural

con respeto, escucha, comprensión mutua y sinergia, reconociendo al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

Interculturalidad En Salud

Son los procesos que en los servicio de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad: La Interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección.

Competencia Intercultural En Salud

Habilidad para fomentar actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que sustentan la cultura, creencias y preferencias de la población, respecto a las prácticas médicas y curativas de la medicina alopática y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad.

Consulta adicional de información:

- Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI. De: <http://www.ins.gob.pe/portal/home-censi/> Recuperado el 27 de diciembre 2013.
- Interculturalidad en Salud: Manual de Sensibilización para Personal de Salud. De: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-Interculturalidad-en-Salud.pdf> Recuperado el 27 de diciembre 2013
- Salud Integral Incluyente. De: <http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/enfoques/interculturalidad.html> Recuperado el 27 de diciembre 2013.
- Segunda Reunión de la Subred de Salud Intercultural, Quito-Ecuador, 10 y 11 de septiembre 2009. De: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1831%3Asegunda-reunion-de-la-subred-de-salud-intercultural-&catid=1039%3Athr040401main-page-ind&itemid=1484&lang=es Recuperado el 27 de diciembre 2013
- Grupo de Estudios de Etnología Americana. De: <http://www.etnologiamericana.org/view/index.php> Recuperado el 27 de diciembre 2013

- Programa de Salud Intercultural. De: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=18
Recuperado el 27 de diciembre 2013

Actividades prácticas y de reflexión

1. Investigar en tu país los centros de salud intercultural y los programas que ofrecen hacia que tipo de población están dirigidas y cómo se aplican. Comenta con tus compañeros lo siguiente:
 - a) ¿Qué tipo de beneficios se tienen dentro de estos centros de atención a la salud intercultural?
 - b) ¿De qué manera se puede acercar a la población para que conozca y se concientice sobre este aspecto de la salud?
 - c) ¿Qué actividades se pueden realizar dentro del contexto en donde se encuentran para fomentar la salud intercultural?
2. Elaboración de registro de plantas o hierbas medicinales que se localizan en el país en donde se habita, clasificándolas acorde al uso o tratamiento para el alivio o recuperación de diversas enfermedades.
3. La posibilidad de creación de un coloquio o foro de salud intercultural en donde se haga un acercamiento de la población tanto indígena como urbana en donde se muestren los avances, tratamientos, plantas, etc., de esta área de salud.

6.4.3 Conclusiones

La interculturalidad implica, una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) (2004).

Siendo uno de los puntos nodales de la propuesta de la salud intercultural es en primer lugar no tratar de convertir al personal de la salud en sociólogos, antropólogos, etc., sino en que estos conozcan, comprendan y reflexionen sobre el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva sociocultural, teniendo en cuenta la existencia de una gran diversidad de modelos médicos (incluyendo la medicina académica y alternativa), así como el papel social de los que son piezas importantes en sus comunidades los curanderos, las parteras, etc., los recursos materiales y simbólicos que subyacen a la medicina tradicional, la posible existencia de enfermedades o síndromes acordes a cada cultura y la labor interdisciplinaria entre el personal de la salud académica e intercultural tanto en zonas urbanas como rurales en todos los países de América Latina.

Se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural.
- Relaciones equitativas.
- Respeto a las diferencias.

- Enriquecimiento mutuo.

Por todo lo anterior, los principios de la interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas, permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género y generar en las personas, una conciencia de la interdependencia para el beneficio y desarrollo común.

Bibliografía

Libros:

- Barba Ávila, M. D; Croce Hernández Duque, M; de la Cerda Lemus, M. (2003). Plantas útiles de la region semiarida de Aguascalientes. Universidad Autónoma de Aguascalientes: Aguascalientes, México.
- Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) (2004). Salud e Interculturalidad en América Latina 150; Perspectivas antropológicas. Abya Yala: Quito, Ecuador.

Manuales:

- Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., García Ramírez, H. J. (2005). Interculturalidad en Salud (Marco conceptual y operativo) Modelo para su implementación en los Servicios de Salud. Secretaría de Salud: México, D.F.

Artículos:

- Lerin Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. CIESAS, México, D.F.
- Sáenz, M. (1999). Programa 8222;Salud y pueblos indígenas”. Ministerio de Salud. Santiago de Chile.

7 — Herramientas de soporte a la toma de decisiones en Programas de Promoción y Prevención en Salud Pública

Maritza Fernanda Mera Gaona. Facultad de Ingeniería Electrónica y Telecomunicaciones, Universidad del Cauca, Colombia.

7.1 Soporte a la toma de decisiones en programas de promoción y prevención en salud pública

7.1.1 Introducción

Los programas de Salud Pública diseñados por las entidades gubernamentales responsables del cuidado de la Salud de una población están basados principalmente en los datos estadísticos que se pueden recolectar a nivel nacional, regional y local de los centros médicos e instituciones que prestan servicios de Salud. Los datos estadísticos representan un resumen que describe el estado de Salud de la población y es precisamente a partir de éstos que las personas encargadas de diseñar, planificar y ejecutar los programas de Salud Pública identifican prioridades que deben ser consideradas dentro de los programas de Salud Pública que se apliquen sobre la población.

Las autoridades que se encargan del cuidado de la Salud Pública obtienen información de diferentes fuentes con el fin de diseñar estrategias que les permitan reaccionar o realizar intervenciones oportunas sobre los eventos que afectan o afectarán la Salud de la población. Para esto, las personas que reciben la información de las diferentes fuentes de datos son los encargados de evaluarlos y analizarlos para luego tomar decisiones que ayuden a proteger la Salud de la población.

En general, las entidades gubernamentales encargadas de las políticas y programas de Salud Pública aplicados para la protección de Salud de una población, realizan recolección de datos que describen el estado de Salud individual y grupal de los habitantes de una población para analizar e identificar cambios de patrones de comportamiento, brotes o epidemias, entre otros. Una vez identificados los cambios o alteraciones en la Salud de una población las personas encargadas de diseñar los programas y sus respectivas intervenciones en Salud Pública toman acciones que mitiguen la situación.

En particular, en Colombia se ha diseñado el Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) que incluye reglamentación para estandarizar procesos de recolección de información estadística de la Salud de la población, análisis de datos, difusión de información obtenida a partir de los indicadores de Salud y registro de datos individuales de pacientes afectados por un evento de Salud de interés, así como también el desarrollo del software SIVIGILA que permite

consolidar los datos a través de un sistema informático en el que las entidades encargadas de la vigilancia de Salud Pública registran información para consultarla a través de reportes, gráficos y datos representados geográficamente a través de mapas.

Las personas y entidades estatales responsables del cuidado y protección de Salud Pública se basan en indicadores previamente establecidos para evaluar en determinado momento la Salud de la que goza la población en estudio. La evaluación se realiza a partir de consulta de información de interés que es presentada visualmente de una manera que facilite el análisis. Sin embargo, la responsabilidad de consultar información de interés está a cargo de una persona y depende directamente de su capacidad de análisis para identificar posibles epidemias, cambios de comportamiento de propagación de una enfermedad, necesidades de servicios de Salud y necesidades de prevención y promoción en Salud para lograr definir las prioridades correctas que se deben considerar en los programas de Salud Pública que sean diseñados.

El software SIVIGILA permite a los usuarios apoyar las decisiones de Salud Pública a partir de la información útil que les provee; reportes con datos relacionados a eventos de Salud que se vigilan permiten informar de manera oportuna y completa, situaciones que puedan afectar negativamente la Salud de una población facilitan la toma de decisiones de los responsables de la vigilancia de Salud Pública a nivel local, regional y nacional. Los informes, reportes y datos generados a partir de SIVIGILA permiten evaluar el estado de Salud de una población e identificar las necesidades de Salud, ya sean de promoción y prevención o decisiones para mitigar y controlar enfermedades existentes en la población.

SIVIGILA se ha convertido desde el 2007 en el principal insumo durante las actividades de vigilancia de Salud; fundamentalmente a través de la herramienta software existente se soportan las decisiones que se toman. Sin embargo, SIVIGILA solo se encarga de visualizar información estadística que al ser analizada por expertos en Salud Pública se pueden identificar tendencias o cambios.

7.1.2 Necesidades de información para la toma de decisiones

La información oportuna es uno de los elementos más importantes que se utiliza en el proceso de apoyo a la toma de decisiones en cualquier área del conocimiento. La capacidad de poder evaluar diferentes escenarios de decisión y obtener los posibles resultados permite a las personas encargadas de tomar decisiones en una organización, mejorar sus análisis y el éxito de las decisiones tomadas. En la actualidad se implementan sistemas informáticos que a través de modelos se encargan de procesar datos para obtener información oportuna y útil en la toma de decisiones.

En áreas como la Salud Pública, las personas responsables de tomar las decisiones para diseñar los programas de Salud se enfrentan a diario a la difícil tarea de analizar los datos recolectados de los centros de Salud y definir prioridades sobre el cuidado de la Salud de la población. Sin embargo, debido a la dificultad que se puede presentar en el estudio y análisis de los grandes volúmenes de datos, se pueden pasar por alto cambios y tendencias en el estado de Salud de la población, lo que podría causar que no se consideren algunos eventos de Salud dentro de las prioridades de los programas e intervenciones que se aplican sobre la población.

Gran parte de los esfuerzos de los programas de Salud Pública deben dirigirse hacia políticas de promoción y prevención de enfermedades o eventos de Salud que puedan afectar la población. Lo anterior debido a que económicamente resulta mejor prevenir las enfermedades que puedan

atacar a la Salud de los individuos de una población que asumir los elevados costos que pueden desencadenar los tratamientos para atender, controlar y curar a los individuos afectados por una enfermedad que no fue prevenida su aparición. Una de las principales preocupaciones de los gobiernos en cuanto al cuidado de la Salud Pública, es el elevado costo que debe asumir el estado para garantizar el acceso eficiente a los servicios de Salud a la población, ya que, una vez un evento de Salud ocurre se deben diseñar programas de Salud Pública dirigidos a garantizar que los individuos enfermos deben ser atendidos, y de la oportuna atención se logrará mejorar el estado de Salud de quien padece la enfermedad.

Por otro lado, el impacto económico tanto a nivel individual como grupal en una población que se ve afectada por un evento de Salud es preocupante cuando se contrastan las incidencias y consecuencias frente a las pérdidas económicas. En estudios recientes se ha identificado que aproximadamente el 70% de muertes producidas por enfermedades crónicas se presentan en edades productivas, las cuales afectan directamente el crecimiento económico y productividad de una región, así como también se ha identificado que un gran número de estas muertes se podrían haber evitado a partir de programas de Salud Pública efectivas en la promoción y prevención de dichas enfermedades. Adicionalmente, a nivel individual, cuando los pacientes se enferman se enfrentan a serios problemas económicos, ya que se ven obligados a dejar de trabajar y como principal consecuencia de esta situación, estas personas reducen sus ingresos mensuales, lo cual implica disminuir la calidad de vida del paciente enfermo no solo por las afecciones producidas por la enfermedad sino por las dificultades económicas que imposibilitan el acceso a los servicios de Salud de manera oportuna, siendo esta situación una de las principal causas de los altos índices de mortalidad.

En recientes estudios sobre la Salud Pública en Latinoamérica se ha revelado que la falta de programas de promoción y prevención Salud ha generado que en la actualidad la población de esta región tenga un 60% más de probabilidad de morir de Cáncer que la población residente en países desarrollados. Adicionalmente, la situación la agudiza el difícil acceso a la atención médica oportuna a la población enferma, principalmente por la falta de recursos gubernamentales que debido a sus limitadas economías que les impide invertir lo suficiente para garantizar el acceso a los servicios de Salud a la población. A pesar de los amplios esfuerzos de los gobiernos de la región, los limitados recursos que se pueden destinar para el cuidado de la Salud, no son distribuidos eficientemente y las políticas patrocinadas no son efectivas, dejando esto como consecuencia estadísticas negativas que se ven reflejadas en los informes internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en dónde se describe que a nivel mundial uno de cada dos países no está preparado para prevenir la aparición de Cáncer y mucho menos para aplicar políticas que permitan controlar y mitigar el número de incidencias en cada población afectada así como la mortalidad causada por esta enfermedad, en dónde al menos un tercio de éstas podrían ser evitadas a través de programas de promoción y prevención.

7.1.3 Sistemas de Soporte a la Toma de Decisiones (Decision Support System)

Los Sistemas de Soporte a la Toma de Decisiones pueden ser definidos como un conjunto de herramientas que brindan información oportuna durante un proceso de toma de decisiones cuando se presenta un ambiente de incertidumbre o de procesamiento y análisis de grandes volúmenes de datos. El apoyo a las decisiones implica brindar la posibilidad de obtener información analítica, es decir, generar diferentes escenarios de alternativa para estimarlos, evaluarlos, compararlos y de acuerdo al análisis que haga el tomador de decisiones definir la alternativa más apropiada. En la implementación, los DSS (Decision Support System) son

aplicaciones informáticas que se diseñan y construyen teniendo en cuenta la integración con sistemas ya existentes para consumir datos, debido a que por lo general un DSS captura datos desde diferentes orígenes para procesarlos y generar información estadística que sea útil para apoyar durante las fases del proceso de la toma de una decisión que se muestran en la figura



Figura 7.1: Ciclo de toma de decisiones

7.1.4 Sistemas de Soporte a la Toma de Decisión Inteligente

Estos sistemas se definen como herramientas informáticas con la capacidad de resolver problemas a través del análisis y razonamiento automático que permite obtener una o varias soluciones para un problema planteado en un contexto específico. Este tipo de sistemas basan sus soluciones en la experiencia, de esta manera los modelos que implementan pueden aprender de la experiencia para aplicarla en el futuro cuando se enfrenten a nuevos problemas para los cuales no fueron entrenados.

La principal diferencia de este tipo de sistemas respecto a los DSS tradicionales es la incorporación de técnicas de Inteligencia Artificial, las cuales soportan la representación del conocimiento, aprendizaje y capacidad de razonamiento. En el diseño de este tipo de sistemas se considera el ciclo de toma de decisiones para implementar sus fases dentro del sistema, de tal manera que el sistema pueda simular el proceso de toma de decisiones de un humano para decidir una solución cuando se le plantee un nuevo problema. El uso de los sistemas de soporte de a la toma de decisiones inteligente tiene aplicabilidad en aquellos campos de trabajo en los que se presentan problemas complejos y poco estructurados que pueden ser difíciles de analizar. Lo anterior debido a que por la dificultad del análisis de estos problemas, el cerebro humano puede tomar una mala decisión por diferentes factores, entre ellos, la dificultad de identificar aspectos y factores que no son evidentes y que pueden influir en la elección de una buena decisión. Por lo anterior los IDSS se construyen con el fin de brindar herramientas útiles que ayuden a los tomadores de decisiones a transformar grandes volúmenes de datos en información relevante, dar posibilidades y analizar los resultados de estas alternativas para aumentar la efectividad de las decisiones que se toman sobre problemas no estructurados.

7.1.5 Toma de Decisiones en Promoción y Prevención de Salud Pública

En Salud Pública la mayoría de decisiones que se toman sobre los programas y políticas que aplican sobre la población se hacen con base en datos estadísticos que se calculan a partir de los datos recolectados de centros de Salud, esta información es analizada por expertos que basados en su experiencia son capaces de identificar las prioridades sobre los eventos de Salud que necesitan atención. Los gobiernos nacionales como principales responsables de la Salud de los ciudadanos han reglamentado a través de decretos y leyes la manera como se debe recolectar la información que describe la Salud grupal de los ciudadanos, esto con el fin de centralizar la información en Bases de Datos que unifiquen los datos para facilitar las tareas de análisis por parte de los encargados de diseñar los programas de Salud Pública. Sin embargo, estos sistemas hasta el momento ofrecen la facilidad de consultas de datos sobre eventos de Salud ya conocidos, es decir, si se sabe de antemano que los habitantes de las poblaciones que habitan cerca a zonas de rivera de ríos se enferman con frecuencia en invierno de enfermedades respiratorias, entonces se aplican intervenciones de Salud sobre estas poblaciones para evitar que se enfermen pero si se presentan nuevas situaciones las personas encargadas de tomar las decisiones sobre los programas de Salud Pública, solo actuarán hasta que el número de incidencias y mortalidad sea evidente, de tal manera que tenga que diseñarse programas para mitigar la situación y asumir los costos económicos que esto implica.

En el área computacional se han desarrollado proyectos de investigación para la construcción de sistemas de soporte a la toma de decisiones (DSSs e IDSSs) que en la práctica se convierten en herramientas de apoyo para las personas responsables de diseñar los programas de Salud Pública a partir de las prioridades de la población. Principalmente los desarrollos se encuentran enfocados a soportar decisiones para lograr mayor eficiencia en la atención médica a la población y garantizar la atención médica de manera oportuna, esto debido a que por ejemplo, a partir de los datos estadísticos del estado de Salud de una población, se logra identificar que los pacientes durante ciertas horas del día los habitantes de una población acuden a los centros médicos, entonces la decisión a tomar es aumentar el personal médico que pueda para controlar la situación durante dicho horario, y en aquellas horas del día en que no se hace necesario tanto personal la decisión que se debe tomar será reducirlo. De esta manera se mejora la atención a los pacientes, se garantiza que los pacientes no tendrán que esperar mucho tiempo para ser atendidos y que tendrán una atención oportuna sin elevar los costos.

Por otro lado, el desarrollo de los sistemas de soporte a la toma de decisiones en campos como la Salud Pública aún se encuentra en investigación, y las investigaciones que se desarrollan apuntan a construir herramientas que permitan mejorar la calidad de las decisiones que se toman e incrementar la capacidad de previsión, esto considerando que los sistemas deben contar con características que permitan evaluar diferentes escenarios y evaluarlos, detectar factores de riesgo antes de que las enfermedades afecten a un gran número de individuos, detectar cambios de patrones y ocurrencia de los eventos de Salud de una población, y hacer seguimiento de la evolución de los eventos de Salud estudiados así como detectar nuevos eventos a partir del análisis y comportamiento inteligente que se puede implementar en los IDSS.

Actividades

1. ¿Conforme a las políticas regionales y nacionales, cuales son las reglamentaciones del gobierno local para mejorar las tareas de las entidades responsables de la Salud de la población?
2. ¿Cuáles son las principales fuentes de información del gobierno local para controlar y

vigilar el estado de Salud de la población?

3. ¿Cómo es el proceso de recolección de datos por parte de las entidades responsables del cuidado de la Salud de la población?
4. ¿Qué herramientas informáticas considera que podrían apoyar las tareas a los responsables de diseñar los programas de Salud Pública en su región?
5. ¿Qué tan importante es para el gobierno local los programas de promoción y prevención de salud versus los programas para mitigar y atender enfermedades que ya han afectado a la población?
6. Si usted fuera el encargado de diseñar los programas de Salud Pública que se aplicarán sobre su región. ¿Cómo definiría las prioridades de dichos programas?
7. ¿Considera que serían útiles herramientas informáticas que permitan hacer análisis automáticos, detectar patrones y cambios en el comportamiento de la Salud de una población?
8. ¿En su región como cree que podrían apoyar sistemas de soporte a la toma decisiones?

Bibliografía

- Nicolas, B. Shripad, S. Yuliya and P. Eddy, "Has the time come for metronomics in low-income and middle-income countries?," *The Lancet Oncology*, vol. 14, no. 6, pp. e239-e248, Mayo 2013.[2]
- R. Sullivan, J. Peppercorn, K. Sikora, J. Zalcberg, N. J. Meropol, E. Amir, D. Khayat, P. Boyle, P. Autier, I. F. Tannock, T. Fojo, J. Siderov, S. Williamson, S. Camporesi, J. G. M. A. D. Purushotham and e. al., "Delivering affordable cancer care in high-income countries," *The Lancet Oncology Commission*, vol. 12, no. 10, pp. 933-980, Septiembre 2011.
- P. E. Goss, B. L. Lee, T. Badovinac-Crnjevic, K. Strasser-Weippl, Y. Chavarri-Guerra and J. S. Louis, "Planning cancer control in Latin America and the Caribbean," *The Lancet Oncology*, vol. 14, no. 5, pp. Pages 391-436, Abril 2013.
- OMS, "Uno de cada dos países no está preparado para combatir el cáncer," 2013.
- K. Papamichail and S. French, "Design and evaluation of an intelligent decision support system for nuclear emergencies," *Decision Support Systems*, vol. 41, no. 1, pp. 84-111, Noviembre 2005.
- M. V. Sokolova and . A. Fernandez, "Modeling and implementing an agent-based environmental health impact decision support system," *Expert Systems with Applications*, vol. 36, no. 2, Marzo 2009.
- D. Fogli and G. Guida, "Knowledge-centered design of decision support systems for emergency management," *Decision Support Systems*, vol. 55, no. 1, pp. 336-347, Abril 2013.
- S. M. S. C. J. P. d. O. R.S. Santos, "A data mining system for providing analytical information on brain tumors to public health decision makers," *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, vol. 109, no. 3, p. 269-282, Marzo 2013.
- P. D. Haghighi, F. Burstein, A. Zaslavsky and P. Arbon, "Development and evaluation of ontology for intelligent decision support in medical emergency management for mass gatherings," *Decision Support Systems*, vol. 54, no. 2, pp. 1192-1204, Enero 2013.
- Organización Panamericana de la Salud, "Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública," Ministerio de Protección Social (Colombia), Bogotá, 2005.
- F. Arrondo and G. Etchegoyen, "Sistema de Información en el primer nivel de atención: su contribución a la estrategia de APS," La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Medicas, 2011.
- Secretaría de Salud, México, "SINAIS - Sistema Nacional de Informática en Salud Pública," 21 Abril 2013. [Online]. Available: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>
- Ministerio de Protección Social, "Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO," 24 Febrero 2013. [Online]. Available: <http://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Sistemas%20de%20Informaci%C3%B3n/DOC%2002%20MPS%20-%20MODELO%20CONCEPTUAL%20de%20SISPRO>

[20DEL%20SGD%2003-04-07%20V3%200%20\(2\) .pdf .](#)

- J. Little, "Models and Managers: The Concept of a Decision Calculus," *Management Science.*, vol. 18, no. 8, 1970.
- J. Bohada and R. R. David, Automatic Production and Integration of Knowledge to the Support of the Decision and Planning Activities in Medical-Clinical Diagnosis, Treatment and Prognosis, Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya, 2012.
- D. Foster, C. McGregor and S. El-Masri, "A survey of agent-based intelligent decision support systems to support clinical management and research," in *First International Workshop on Multi-Agent Systems for Medicine, Computational Biology, and Bioinformatics*, 2005.
- A. Shaheen and W. A. Khan, Intelligent Decision Support System in Diabetic eHealth Care From the perspective of Elders, Blekinge Institute of Technology, 2009.
- P. S. Pawar and D. R. & Patil, Review on Clinical Decision Support System for Electronic Health Record System for Major Diseases., " *UACEE International Journal of Computer Science and its Applications*, vol. 2, no. 2, pp. 13-17, Agosto 2012.
- T. Afraim and A. Jaye, Decision Support Systems and Intelligent Systems, Simon and Schuster Company, 1995.
- S. Ettelt, M. Fazekas, N. Mays and E. Nolteb, "Assessing health care planning – A framework-led comparison of Germany and New Zealand," *Health Policy*, vol. 106, pp. 50-59, Enero 2012.
- M. Manley and Y. S. Kim, "Modeling emergency evacuation of individuals with disabilities (exitus): An agent-based public decision support system," *Expert Systems with Applications*, vol. 39, p. Pages 8300–8311, Julio 2012.
- R. Santos, S. Malheiros, S. Cavalheirob and J. P. d. Oliveiraa, "A data mining system for providing analytical information on brain tumors to public health decision makers," *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, vol. 109, no. 3, pp. 269-282, Marzo 2013.
- Insituto Nacional de Salud, *MANUAL DE USUARIO SIVIGILA*, 2010.
- A. Malizia, T. Onorati, P. Diaz, I. Aedo and F. Astorga-Paliza, "SEMA4A: An ontology for emergency notification systems accessibility," *Expert Systems with Applications*, vol. 37, no. 4, p. 3380–3391, Abril 2010.
- P. D. Haghighi, F. Burstein, A. Zaslavsky and P. Arbon, "Development and evaluation of ontology for intelligent decision support in medical emergency management for mass gatherings," *Decision Support Systems*, p. 1192–1204, 2013.
- S. Moraina, A. Budgea, T. Budgea, S. Barosa and K. Benedicta, "Modeling Atmospheric Dust for a Public Health Decision Support System," in *International Symposium on Remote Sensing of Environment*, 2005.
- K. Husein, O. Adeyi, J. Bryant and N. B. Cara, "Developing a primary health care management information system that supports the pursuit of equity, effectiveness and affordability," *Social Science & Medicine*, p. 585–596, 2002.
- G. A. Forgionne and R. Kohli, "HMSS: a management support system for concurrent hospital decision making," *Decision Support Systems*, pp. 209-229, 1996.
- E. L. S. Teixeira, B. Tjahjono and S. C. A. Alfaro, "A novel framework to link Prognostics and Health Management and Product–Service Systems using online simulation," *Computers in Industry*, p. 669–679, 2012.
- M. P. Cifuentes, Modelo de Sistema Complejo del Fenómeno de la Salud. Más allá de los determinantes de la Salud., Bogotá, 2008.



Edición: Marzo de 2014.

Este texto forma parte de la Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto abiertos (LATIn), proyecto financiado por la Unión Europea en el marco de su [Programa ALFA III EuropeAid](#).



Los textos de este libro se distribuyen bajo una Licencia Reconocimiento-CompartirIgual 3.0 Unported (CC BY-SA 3.0) http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.es_ES