

Prof. Tit. Mónica M. Liborio

Cómo ya se expresara en el Cuadernillo de la Práctica en comunidad del año (2008) cuando se habla de Atención Primaria de la Salud (APS) su concepto puede significar aspectos diferentes. Es decir: entender a la APS como APS selectiva en la que las acciones de salud están dirigidas a los sectores poblacionales más vulnerables (social y económicamente) y también significa desarrollar “programas” dirigidos a problemáticas prevalentes.

Comprender a la **APS como estrategia** implica que el Sistema de Salud en su conjunto está organizado sobre los **principios** de la APS y se piensa en que este sistema debe ser **universal**, con la necesidad de desplegar actividades intersectoriales entre otras características. Pero **APS como filosofía** se centra en definir a la **salud como un derecho humano** y se basa en la necesidad de centrarse en la promoción y en la participación de las comunidades.

La OPS/OMS ha propuesto en el 2007 la necesidad de “renovar” la APS y expresó que las relaciones entre la salud y el desarrollo son indiscutibles y que se debe reconocer que la salud es la resultante de un proceso social, económico y político. Por lo tanto se requiere que la APS analice conjuntamente con otros sectores, los determinantes de salud para definir las políticas públicas conducentes al desarrollo humano integral y sostenible.

En este sentido se reconoce a la APS como una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades. Por lo tanto la salud, además de constituirse en un derecho, es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal y un elemento esencial para las sociedades democráticas.

Es por ello que la “renovación de APS” o “APS renovada” implica la necesidad de que APS sea pensada no solo en cuanto a la organización del Sistema de Salud Integral¹ sino que supone un compromiso de “atender” a las necesidades de salud de la población con calidad, responsabilidad y transparencia, justicia social, participación e intersectorialidad.

Este pensamiento además de entender la universalidad con equidad, hace hincapié en garantizar la promoción de la salud. Para ello se requiere asignar funciones apropiadas en todos los niveles de gestión², centrados en los valores como la equidad y la solidaridad y la sostenibilidad y la calidad.

Estos valores permiten definir que los servicios de salud deben ser congruentes con las necesidades de salud de cada población. Este desafío implica que la “promoción de la salud” es la estrategia central en el proceso de renovación de la APS en cada región.

¹ Actualmente el Sistema de Salud de la Provincia de Santa Fe tiende hacia la construcción de un Sistema Único de Salud.

² Se entiende al 1er nivel, 2do nivel y tercer nivel (definidos en el primer cuadernillo de Práctica en Comunidad).

Para alcanzar este objetivo se requieren esfuerzos tanto en el propio Sistema de Salud como en crear compromiso en los equipos de salud. Esto último comprende el desafío de un “nuevo” capital humano capaz de llevar adelante esta concepción.

Por otra parte la orientación comunitaria de la APS está basada en lo que se denomina medicina comunitaria, cuyos principales componentes son:

- La evaluación activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad
- Implementación de acciones o intervenciones que den respuestas a las mismas.

Para esto se debe realizar un **diagnóstico** de la situación de salud de la comunidad con lo cual se requieren conceptos básicos y metodologías que se desarrollan en “epidemiología”.

Desde otra perspectiva teórica es posible plantear la “**Salud Colectiva**” que tiene como antecedente la construcción del campo de la medicina social desarrollado en América Latina hace 30 años, aproximadamente. Este campo esencialmente es interdisciplinario y se centra en el objeto: salud, enfermedad, atención (SEA). Este, no sólo es un campo científico sino que también es un campo de acción.

La salud colectiva ha generado propuestas para comprender con mayor amplitud interpretativa y en el marco de las “nuevas” condiciones sociales los determinantes del proceso SEA, lo que ha permitido poner en práctica “políticas de públicas” en relación a los derechos sociales.

Esta visión se propone como más integradora a la orientación comunitaria porque responde más a los retos como el fortalecimiento del derecho a la salud a través de la incorporación de categorías teóricas (determinantes, historicidad, género, etnia, redes, territorio, equidad, universalidad entre otras)

SALUD COLECTIVA Y SALUD REPRODUCTIVA

En décadas pasadas los Programas de Planificación Familiar estaban dirigidos a generar cambios en el proceso de crecimiento demográfico de las poblaciones. El interés se centraba casi exclusivamente en el “control de la natalidad” y en consecuencia se regulaba el crecimiento vegetativo de las poblaciones.

Posteriormente ante la necesidad de adoptar “otro” tipo de estrategias sobre la base de otras visiones, surgen los términos salud materno-infantil o maternidad sin riesgos con el objetivo de reducir la mortalidad materna³ e infantil⁴ y se proponen acciones o servicios para las “mujeres – madres”. Si bien esta etapa representa un avance importante, podemos pensar que nos faltarían acciones o servicios dedicados a aquellas mujeres cuyos padecimientos no se encuentran relacionados a un evento reproductivo y a los varones.

El desafío es comprender la complejidad del proceso de la salud reproductiva que no sólo posee determinantes biológicos lo que conllevaría a una visión reduccionista, sino que deben incorporarse los aspectos sociales y psicológicos.

³ Muerte materna: aquella que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio.

⁴ Muerte Infantil: la muerte que ocurre de un niño/a nacido/a vivo con menos de 1 año de vida.

Una definición de cultura es aquella que la considera como el conjunto de respuestas colectivas a necesidades vitales: el universo de la cultura se delimita como el conjunto de actividades, bienes u objetos que no están dados en la naturaleza. Así la cultura puede ser aprendida a través de los hábitos y de las estructuras de pensamiento que comparte un grupo social y que otorgan significados a las acciones de sus individuos. Por lo tanto la cultura se compone de tramas de significados que varían según las sociedades y sus momentos históricos. De esta forma la “reproducción cultural” otorga elementos de identidad individual, que implica, a su vez, relaciones de poder.

Cabe ante estos párrafos también reflexionar el concepto de “ideología” – Gramsci la define como un cuerpo de representaciones existentes en determinadas instituciones y determinadas prácticas. Marx la define como un conjunto de ideas que llegan a ser compartidas por un grupo y que estas ideas – ideologías – son producidas por el desarrollo de fuerzas productivas. Esta visión de Marx permite ubicar a las prácticas como una dimensión material de la ideología.

Estas reflexiones también tienen su correspondencia en lo relacionado a la sexualidad. Por ejemplo: la ideología dominante puede asociar los usos del cuerpo con la reproducción biológica, bajo el argumento de la perpetuación de la especie y por lo tanto estos supuestos naturalizan prácticas sociales – en este caso heterosexuales – como una práctica “normal”.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se reconoce a la promoción de la salud como una práctica fundamental en la APS renovada. Aunque en 1978, en Alma Ata, ya se la había enumerado como uno de sus principales componentes.

En 1986 en la Carta de Ottawa se la definió como una actividad que consiste en hacer posible que los pueblos posean los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer el mayor control sobre la misma y se definió a la salud como un estado adecuado de bienestar físico, mental y social de un individuo o de un grupo que debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Esta perspectiva se mantuvo hasta las conferencias realizadas en el 2004 y en el 2005 con algunos matices.

La definición de salud, en Ottawa, se la ve como una responsabilidad individual y colectiva; en donde el gobierno, la sociedad civil y los ciudadanos conjuntamente se comprometen a asegurar las condiciones básicas que hacen posible el desarrollo de la capacidad saludable de la población.

Promoción de la salud se interpretó como una forma para incrementar las capacidades colectivas y facilitar el empoderamiento⁵ de individuos y comunidades. Además se comienzan a desarrollar otros términos como el de “*advocacy*” – que podría traducirse como defensoría – y alianzas, que se refieren más a los aspectos políticos, como estrategias prioritarias para la promoción.

⁵ .Empoderamiento: devolución del poder a las personas o a los grupos sociales; desarrollo de valores, conocimientos e instrumentos para el logro de sus expectativas.

De esta forma pensar en la promoción de la salud, es necesario reflexionar acerca de qué salud, o cuál es la definición de salud con la cual ideológicamente estamos en acuerdo.

La mirada de la Promoción de la Salud requiere de cambios en las políticas, sistemas y servicios de salud para que sea posible el ejercicio del poder o el ejercicio de los derechos por parte de la población, lo que significa que la promoción de la salud no es políticamente neutral.

Cabe destacar que la educación para la salud – si bien ya se ha tratado en otro apartado – es un componente de la promoción. Sin embargo la Educación para la salud se caracteriza por mantener – en las escuelas – contenidos de higiene, de prevención, atención oportuna de las enfermedades, etc. Ahora bien cuando se instala la necesidad de “cambios de hábitos”, de “cambios de estilos de vida saludables” estas prácticas – impuestas muchas veces en las curriculas – pertenecen a la esfera de lo denominado “educación informativa” porque carecen de un arraigo en la población o de los grupos sociales particulares.

Por lo tanto la promoción de la salud es considerada una práctica conducente al logro de la integridad de los sujetos – sujetos que como ciudadanos – valoren sus propios deseos y actitudes y puedan ejercer sus derechos en relación a la salud. Por lo tanto considera a los sujetos- también como sujetos éticos – capaces de construir conocimientos independientemente de los expertos o de las instituciones (por lo tanto alcanzar autonomía) que les permita el desarrollo de capacidades saludables.

El promotor, por lo tanto debe, además de desarrollar conocimientos lograr una “comunicación” efectiva alcanzando un entendimiento de los problemas individuales y colectivos. Es por ello que la técnica de “**entrevista**” como “**interacción social**” es la mejor para actuar. Por lo que en esta postura la población no es pasiva y únicamente receptiva sino que construye su saber, su poder y sus decisiones.

Promover la participación en salud supone la constitución de una subjetividad no centrada en lo individual o privado y compartir la responsabilidad colectiva de los determinantes que perjudican el bien estar individual y social.

Se destaca que la Participación Social (PS) en sí misma no es ni buena ni mala, ni asegura el control de los intereses individuales, sino que es un medio que según los “sujetos” y los “grupos sociales” se pueden orientar hacia diferentes objetivos y consecuencias. Toda PS opera dentro de un juego de relaciones entre actores que tienen proyectos, necesidades e intereses. Es por ello que los procesos de PS pueden ser negativos o positivos para determinados sectores. En la PS existe un componente ideológico importante y los principales objetivos serían unificar a una sociedad más allá de los intereses o diferencias que existan entre sus miembros.

En salud la PS se refiere a actividades específicas con el objetivo de:

- Mejorar la salud, reducir daños, etc.
- Legitimar al Estado o a algún grupo que impulsa las actividades
- Organizar la comunidad/ barrio/ grupo para generar un ejercicio organizado
- Trabajo voluntario
- Posibilitar la mayor y mejor aceptación de propuestas

- Ejercicio de ciudadanía y democracia, entre otros.

En síntesis:

Participación en salud es un proceso en el cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la comunidad, así como mejorar la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y colectivo.

TRABAJO DE CAMPO:

Promover “derechos” y más específicamente “sexuales y reproductivos” tiene como “objeto” a la población ya que la tarea de Promoción de la Salud es Universal para todos y todas. Los/as destinatarios/as son los/as que pertenecen a la población sin distinción de que concurren al CS de referencia o a una Obra Social – consultorio particular – etc.

La población se encuentra en un territorio. El territorio puede ser entendido con el escenario, como el soporte material de los procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales que incluye el equipamiento urbano – servicios-, las viviendas, las características sociales y económicas de la población que posee determinados modos de vida que definen en su conjunto las “condiciones de vida”.

Durante la entrevista, se recuerda, introducir un componente ético, es decir, además de presentarse, quienes son, qué son, por qué están allí, plantear que esta entrevista es “confidencial”, es decir que no será publicada ni comunicada a otros.

Se aconseja revisar los conceptos diferentes de lo que es una encuesta y una entrevista.

Se tomará como unidad a la vivienda donde en ella, podemos encontrar uno o varios hogares según coman en una misma mesa y cada hogar podrá estar integrado por familiares – con lazos efectivos y relacionales - o convivientes.

Teniendo en cuenta que la Promoción es una combinación de apoyos educativos para que favorezcan las acciones que contribuyan a la salud, en primera instancia es posible que se comience a dialogar – informar - acerca de si se conoce o re conoce el ejercicio de derechos en salud y más específicamente en salud sexual y reproductiva. Este diálogo debe ser participativo y en un plano de igualdad. Esto es, reconocer que el “otro/a” sabe o conoce, y que a su vez es posible compartir experiencias, satisfacer necesidades de comunicación, y favorecer situaciones de intercambio.

Es necesario además construir o visualizar si existen “necesidades” en relación a la salud y en salud sexual y reproductiva, y si estas tienen respuestas o requieren acciones más específicas que propone la población.

También es posible demostrar o ejemplificar y favorecer el ejercicio de la demanda a los servicios de salud, permitiendo de esta forma una mayor accesibilidad.

Otro aspecto es analizar la “participación” ciudadana, es decir si pertenecen – participan – integran – asisten - a alguna organización, partido político, clubes, cooperadoras, etc.

Lo que permitirá diagnosticar también el “empoderamiento” de la comunidad en la toma de decisiones.

Bibliografía:

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública 2007, 21(2/3):73 -84.

Jarillo Soto EC, Guinsberg E (editores). Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007