

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

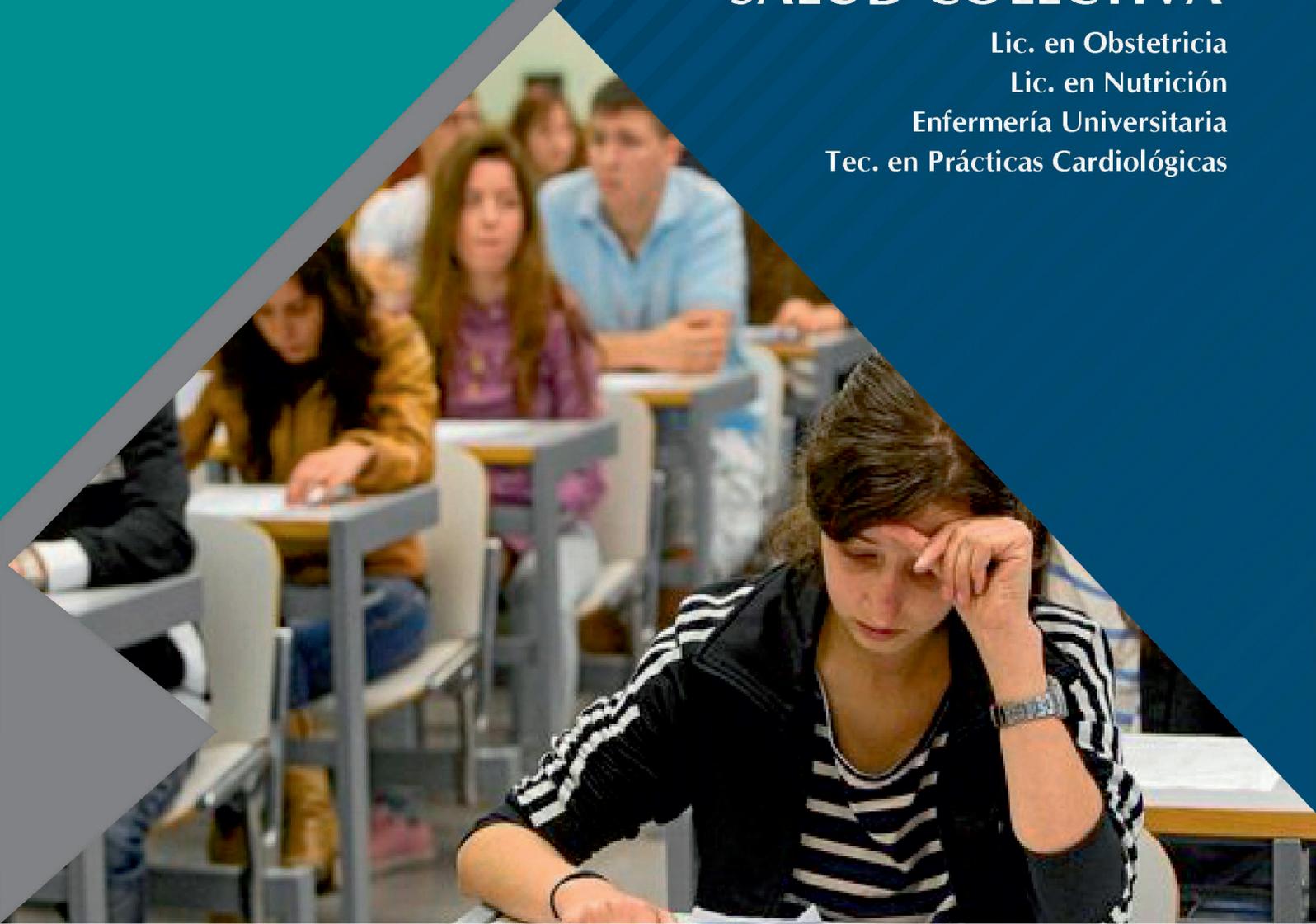


UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Curso introductorio a la vida
universitaria 2020

CUADERNO A SALUD COLECTIVA

Lic. en Obstetricia
Lic. en Nutrición
Enfermería Universitaria
Tec. en Prácticas Cardiológicas



AUTORIDADES

Decano

Prof. Dr. Juan Ángel BASUALDO FARJAT

Vicedecana

Prof. Méd. María Alicia MARINI

Secretario de Asuntos Académicos

Prof. Dr. Mario Pedro SAN MAURO

Prosecretario Académico del Ciclo Clínico

Méd. Jorge Efraín SALVIOLI

Prosecretario Académico del Ciclo Básico

Méd. Ángel NARDUZZI

Secretaria de Ciencia y Técnica

Prof. Dra. María Virginia CROCE

Secretario de Extensión Universitaria

Méd. Joaquín Ignacio CARA

Prosecretario de Extensión

Méd. Pedro HERNÁNDEZ

Secretario en Redes en Salud

Méd. Sebastián Nicolás MURUA

Secretaria Docente Asistencial

Prof. Méd. Mónica Esther FERRERAS

Jefa del Departamento de la Práctica Final Obligatoria

Prof. Méd. Silvana BABOLIN

Secretario de Asuntos Estudiantiles

Méd. Gonzalo Lucas MARTINEZ WALTER

Prosecretario de Asuntos Estudiantiles

Sr. Isidro LESCANO

Prosecretario de Asuntos Estudiantiles

Sr. Juan Pablo BEADE MOURE

Prosecretario Legal y Técnico

Abog. Fernando Germán MATSCHKE

Prosecretaria de Derechos Humanos

Abg. Valeria Romina SEGURA

Prosecretario de Planificación

Prof. Méd. Eduardo Ángel MARTINEZ

Prosecretario de Relaciones Institucionales

Mg. Méd. Héctor Saúl FLORES

Directora de Género y Salud

Méd. Gisela Paola LEIVA

Director Ejecutivo del Departamento de Postgrado

Prof. Dr. Vicente Roque PRIMERANO

Secretario de Postgrado

Prof. Dr. Marcelo URIARTE

Directora Ejecutiva del Hospital Universitario Integrado

Méd. Liliana Elizabeth FISHKEL

Secretario del Hospital Universitario Integrado

Méd. Norberto Omar BAUMGARTNER

Secretario de Supervisión Administrativa

Lic. Mario ALMANZA

Prosecretario de Supervisión Administrativa

Sr. Danilo Alberto RODRIGUEZ

Secretaria Administrativa

Sra. Elsa Lidia ANTONINI

Diseño y elaboración de los contenidos del Curso Introductorio a la Vida Universitaria 2020:

Prof. Mg. Nery O. Fures

Lic. Marisa G. Matía

Lic. Ariana Pouchan

PRÓLOGO

Como Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, me complace darte una cálida bienvenida a las Carreras de la Facultad de Ciencias Médicas: Enfermería Universitaria, Tecnicatura en Prácticas Cardiológicas, Licenciatura en Nutrición, Licenciatura en Obstetricia y Medicina. Nuestra casa de estudios se inició como Escuela Preparatoria de Ciencias Médicas en 1919 y se transformó en Facultad de Ciencias Médicas en 1934. Forma parte de la UNLP, segunda Universidad Nacional, y cuenta con una extensa y sólida trayectoria en la enseñanza de grado y postgrado, en la investigación y en la extensión. Aquí se han formado camadas de profesionales dotados de alta calidad humana y técnica, valores resumidos en las figuras de Prof. Dr. René Gerónimo Favalaro, Dr. Julio César Palmaz y Dr. Morris Vernon Tidball Binz.

Aspiramos a avanzar en la consolidación de una facultad comprometida con la formación de profesionales de la salud con vocación de servicio, compromiso social, profesionalismo, responsabilidad, comportamiento ético, integridad y respeto, que se superen constantemente en pos de la más alta calidad de su trabajo profesional y la mayor equidad en el sistema de atención de salud de nuestro país.

Como marco general, los estudios superiores son un bien público social, un derecho humano y universal y un deber de los Estados. Esto implica que las instituciones de educación superior públicas deben asumir la responsabilidad de garantizar el acceso libre e irrestricto a la Educación Superior de Grado, que en ningún caso puede ser selectivo, excluyente o discriminatorio.

En nuestra Facultad, consideramos al estudiante como centro del proceso educativo, particularmente en el proceso de ingreso a la universidad. Este constituye una etapa de transición de un nivel educativo a otro, de una modalidad de enseñanza a otra y de un conjunto de exigencias académicas a otro diferente. Más aún, todo el primer año es un tramo curricular de características particulares para la experiencia de los y las estudiantes y para la gestión académico-institucional, por ubicarse en el pasaje entre niveles educativos y la integración a una particular cultura académica y profesional. Este desafío, exige un esfuerzo conjunto de todos los miembros de la institución educativa.

Por nuestra parte, la gestión de la Facultad asume la responsabilidad institucional de llevar adelante este desafío, lo que supone el desarrollo de acciones para promover tu permanencia en la casa. Con ello aspiramos a garantizar el trato humano y contenedor hacia los/las estudiantes que ingresan a la carrera; ofrecer estrategias efectivas de sostén y acompañamiento a sus procesos de aprendizaje y mejorar la enseñanza, jerarquizando los momentos y espacios de encuentro de los/las estudiantes en la institución y con sus docentes.

En cuanto a tu responsabilidad, solicitamos tu compromiso efectivo con el estudio profundo y sistemático, en este momento y en todas las instancias de tu carrera, considerando que tu trabajo se dirigirá siempre hacia un ser humano que necesita atención médica de calidad en la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de su salud.

Prof. Dr. Juan Ángel Basualdo Farjat
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP

CURSO INTRODUCTORIO A LA VIDA UNIVERSITARIA

Año 2020

“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. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.”

Carta de Ottawa (1986:4)

Introducción

El presente material se enmarca dentro del Curso Introductorio a la Vida Universitaria 2020 de la Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

El propósito consiste en favorecer un primer acercamiento a la lectura, análisis y comprensión de textos relacionados con el campo de la salud colectiva, así como introducir a los y las estudiantes a la vida universitaria, acompañando desde los inicios la trayectoria educativa de quienes comienzan este recorrido. Entendemos que, para garantizar el derecho a la educación superior pública, gratuita y de calidad, es necesario pensar y ofrecer dispositivos que permitan a los y las ingresantes herramientas iniciales que promuevan no solo el ingreso, sino la permanencia y el egreso, generando una trayectoria educativa que promueva la construcción de los conocimientos que desde la Universidad nos proponemos brindar.

¿Cómo se organiza el curso?

Los estudiantes cuentan con dos materiales de trabajo:

1. **Cuaderno A: Salud Colectiva**
2. **Cuaderno B: Introducción al primer año de las carreras**

La metodología de trabajo se desarrollará mediante clases teórico- prácticas en donde se privilegiará el trabajo grupal y la puesta en común a través de plenarios.

Condiciones de cursada y aprobación. Año 2020

La modalidad del curso introductorio es presencial durante todo el mes de febrero, con 8 encuentros de 2 hs. cada uno -dos días de cursada por semana-, garantizándose su dictado en las tres bandas horarias.

Previo al inicio de la cursada presencial, se solicitará a los y las ingresantes que realicen una actividad no presencial durante enero, la cual está contenida en el CUADERNO A.

El curso es obligatorio para todos/as los/as ingresantes no eliminatorio. Se considerarán para su aprobación las siguientes condiciones:

1. 80% de asistencia a los encuentros presenciales.
2. Aprobación de los trabajos prácticos individuales y grupales.

En concordancia con la Ordenanza 288/15 de la UNLP, la acreditación del curso introductorio será requisito para “incorporarse a cursar las materias correspondientes al primer año de la carrera desde el comienzo del mismo ciclo lectivo de su año de ingreso” (Ord 288/15, Art. 2).

Acompañamiento a los y las estudiantes luego del curso introductorio

El Curso Introductorio dará continuidad a la función de seguimiento y acompañamiento a los/as estudiantes mediante la figura de un/a Tutor/a. Dicha función supone la orientación académico-institucional de los y las ingresantes, con el propósito de generar mejores condiciones para su inclusión en la vida universitaria y favorecer su permanencia.

Inicio de las actividades presenciales: 3 de Febrero de 2020

PRESENTACION DEL CUADERNO A: SALUD COLECTIVA

El Cuaderno A: “Salud Colectiva”, del curso introductorio es una propuesta de trabajo para introducir a los/as ingresantes a la lectura crítica y comprensiva de diversos textos y a la producción de los mismos.

Este cuaderno se propone brindar herramientas acerca del campo de la salud y los Derechos Humanos con perspectiva de género que permitan a los estudiantes comprender las complejas problemáticas sanitarias. Entendiendo a la salud, no como un simple problema individual relacionado con la carga biológica y su comportamiento, sino que, ante todo, como un proceso que se vincula con las circunstancias sociales y con políticas públicas, que requiere de un enfoque que incluya los determinantes del proceso de salud/enfermedad-atención-cuidado a los fines de efectivizar el derecho a la salud.

Este cuaderno contiene guías de lecturas y actividades donde se abordarán concepciones generales apuntando a la lectura crítica, la reflexión y producción de los textos, considerando los objetivos que plantea el presente curso.

¿Cuáles son los objetivos?

- Introducir a los/las estudiantes en el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en su dimensión colectiva.
- Incorporar herramientas que promuevan la conformación del equipo de salud, la perspectiva de derechos humanos y género, entre otros, reconociendo la complejidad del campo de la salud.
- Introducir a los/as estudiantes en la lectura, comprensión y producción de textos académicos resaltando el contexto de producción de los mismos.
- Generar un espacio de trabajo colaborativo entre los/as ingresantes a las distintas carreras de la FCM.
- Estimular capacidades cognitivas que permitan a los/as estudiantes transitar el inicio de la vida universitaria, adquiriendo herramientas que favorezcan su desempeño académico.

Contenidos

Los contenidos a desarrollar a lo largo del material incluyen:

- Conceptos de salud. Salud colectiva. Modelo Médico hegemónico. Género, Redes. Disciplina, Multidisciplina, Interdisciplina. Equipo de salud. Atención Primaria de la Salud. Estrategia de Atención Primaria. Derechos sexuales y Reproductivos.
- Técnicas de estudio: Organización y tiempos de estudio. Toma de apuntes, subrayado de ideas principales, notas marginales. El resumen, la síntesis, cuadros sinópticos.

El Cuaderno de “Salud Colectiva” se desarrollará durante el Curso Introductorio del mes de febrero y constará de 5 (cinco) encuentros distribuidos en dos clases semanales de 2 hs reloj cada clase.

Materiales de Trabajo

A continuación se presentan algunos textos introductorios sobre salud que se trabajarán en las clases presenciales del curso introductorio, con sus correspondientes guías de lectura y actividades para realizar en clase. Seguidamente, se presenta una actividad no presencial, “Guía de relevamiento socio comunitario de salud” que deberás realizar en el mes de enero y que será retomada luego durante el curso introductorio.

Crónicas de clases

Durante las clases se designarán cronistas, que deberán hacer la crónica de la clase (se pretende que se adentren en la práctica de la escritura y que adquieran agilidad); será rotativo y la clase inmediata posterior será leído para recordar y retomar lo trabajado en ese encuentro.

GUIA DE LECTURA N° 1

Texto: *Mónica M. Liborio, ¿Por qué hablar de salud Colectiva?*

Disponble en: <http://www.circulomedicosario.org/Upload/Directos/Revista/344befLiborio%20Salud%20Colectiva%20RMR%202013.pdf>

Introducción

El texto de “Por qué hablar de salud Colectiva”, describe a la salud colectiva como una forma distinta de pensar la salud y de abordar los procesos de salud / enfermedad. Por lo tanto, considera los sujetos en grupos sociales y cómo esos son determinados según su participación en procesos de producción y reproducción social. Por tanto, estos procesos determinarán el acceso al trabajo y el curso que tome la vida de las personas, manifestada de modos específicos, lo que se traduce en grupos con especificidades en el trabajo y en la vida, con consecuencias en el proceso salud-enfermedad.

Actividad

En grupo realizan una síntesis del texto haciendo foco en:

- ¿Qué es la salud colectiva?
- ¿Qué se propone?
- ¿Qué significa que la Salud colectiva trabaje para la superación de las desigualdades sociales?

Por último, les pedimos que escriban situaciones o hechos que indiquen “participación social en salud” por parte de la comunidad. Especificar con algunos ejemplos.

GUIA DE LECTURA N° 2

Texto: *Menéndez, Eduardo L. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud.*

Disponble en: http://files.saludpublicasur.webnode.com/200000044-91bb192b3e/Modelo_Hegemonicomenendez.pdf

Objetivos

- Problematizar el concepto de modelo médico hegemónico (MMH) de atención de la salud.
- Presentar sus características y derivaciones para las prácticas en salud.

Introducción

Hace algunos años, algunos trabajos como el del antropólogo Eduardo Menéndez, contribuyeron a analizar el modelo médico hegemónico (MMH). El modelo médico hegemónico, se caracteriza por ser biologicista, ahistórico, asocial, individualista, de eficacia pragmática. En él, el concepto de salud - enfermedad está asociado al de mercancía: existe una

asimetría entre el profesional y el “paciente” (la palabra “paciente” demuestra las características de este modelo donde el “enfermo” es un elemento pasivo en el proceso de “curación”).

Este modelo implica el desarrollo de una práctica médica pensada en un problema abstracto, donde lo determinante es lo genérico y no la situación específica. El hecho de ver a la enfermedad desde el punto de vista biológico e individual constituiría una mirada parcial, que no permite abordar más que aquello que se ve: el cuerpo y sus “enfermedades”

Para profundizar en el tema, los invitamos a la lectura de. “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. Y Luego problematizar con el grupo y traer algunos ejemplos personales y familiares que puedan abonar al debate.

Actividades

- ¿Cuáles son los rasgos estructurales básicos del modelo médico hegemónico? Fundamentelos
- ¿Cuál es el impacto del modelo médico hegemónico en los procesos de atención? Mencionen algunos ejemplos
- ¿Es posible otra/s alternativa de atención al modelo hegemónico en salud?

GUIA DE LECTURA N° 3

Texto: RAMON CARRILLO, defensor de la salud como un derecho social en la época de la exclusión y la caridad.

Disponible en: <https://dosorillas.wordpress.com/2010/12/20/ramon-carrillo-defensor-de-la-salud-como-un-derecho-social-en-la-epoca-de-la-exclusion-y-la-caridad/>

Objetivos

- Reflexionar acerca de la salud como derecho y como justicia social.
- Guiar a los/as estudiantes en la elaboración de una entrevista, con preguntas y respuestas que giren en torno a la interpretación del texto trabajado y la obra de Carrillo

Introducción

Ramón Carrillo, precursor del sanitarismo en la Argentina, fue un destacado neurólogo y neurocirujano, que llevó a cabo una transformación sin precedentes en la salud pública de nuestro país desde una concepción social de la medicina. Creía que ésta debía orientarse “no hacia los factores directos de la enfermedad –los gérmenes microbianos– sino hacia los factores indirectos”. “La mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos, sostenía, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos”

En 1946 el presidente Juan Domingo Perón lo designó al frente de la Secretaría de Salud Pública, más tarde elevada al rango de ministerio. Durante los ocho años de gestión, en combinación con la Fundación Eva Perón, realizó una tarea titánica.

Para interiorizarnos de este profundo cambio sanitario los invitamos a leer RAMON CARRILLO, defensor de la salud como un derecho social en la época de la exclusión y la caridad.

Actividades

Imaginemos realizar una entrevista al Dr. Carrillo, en donde se formulen preguntas abiertas con las posibles respuestas de este sanitarista argentino, considerando los siguientes ejes que están presentes en el texto:

- Diferencia entre justicia social y caridad.
- Medicina privada y medicina pública.
- Rol del Estado en la política sanitaria.
- Pobreza y sistema de salud.

También tener en cuenta los posibles destinatarios de la entrevista realizada: ¿es para un medio local, provincial, nacional? ¿La realizamos para la revista del barrio? ¿trabajamos para un medio privado o público?, es para colgarla en el face?, etc. Por último, tener en cuenta que deberán realizarse como máximo 5 preguntas sin límite de extensión.

GUIA DE LECTURA N° 4

Texto: Debora Ferrandini, “Algunos Problemas complejos de Salud (Noviembre 2011)

Disponible en <http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.html>

Objetivos

- Generar un clima de trabajo que permita el intercambio y debate.
- Problematizar el concepto de salud.
- Identificar los modelos de atención

Introducción

Esta clase tiene por objetivo reflexionar acerca de los complejos problemas de salud que se presentan en los centros de atención, hospitales, en las familias, en las comunidades.

Cada vez que un equipo atiende problemas de salud, o realiza actividades de promoción o prevención, pone en acción su modo de entender la salud.

El modo en que piensa y defina la salud determina el trabajo diario.

Para analizar las prácticas, para construir abordajes, para cooperar con las transformaciones del modelo de atención es imprescindible compartir las distintas miradas con que definimos la salud. Por lo que en esta a clase, trabajaremos sobre la necesidad de reconocer nuestra conceptualización de salud y po-

nerla en juego con la diversidad de perspectivas de otros para enriquecer miradas de trabajo.

Actividades

Luego de haber leído el texto de Debora Ferrandini, “Algunos Problemas complejos de Salud”, les proponemos lo siguiente:

1° momento

- ¿Cuáles han sido las experiencias familiares o individuales en su contacto con el hospital o centro de salud?
- ¿Qué reflexiones le provoca el análisis de esas experiencias para sus futuras prácticas profesionales?

2° momento

- Los invitamos a escribir una situación problemática de una comunidad determinada y luego describan ¿Desde qué concepción de salud abordaría este problema?

GUIA DE LECTURA N° 5

Texto: Lic. Marisa G. Matía, La perspectiva de género en salud: aproximaciones conceptuales.

Texto: Adrian Helien, Transgenero: “El punto ciego de la ciencia” Lo que no vimos (o no quisimos ver)

Disponible en:

<https://www.vocesenelfenix.com/content/transg%C3%A9nero-%E2%80%99Cel-punto-ciego-de-laciencia%E2%80%9D-lo-que-no-vimos-o-no-quisimos-ver>

Objetivos

- Problematizar el concepto de género y derechos en el ámbito de la salud pública.
- Diferenciar los conceptos de sexo y género.
- Reflexionar sobre las prácticas de salud desde una perspectiva de género.
- Problematizar sobre los obstáculos que se presentan en los modelos de atención.
-

Introducción

Consideramos al género como una perspectiva transversal a las temáticas de salud. Dada la especificidad de algunos conceptos y tópicos optamos por profundizarlo en esta clase, de manera que permita problematizar el propio concepto de género, el sistema sexo-género y la identidad auto percibida de género (Ley de Identidad de género 26.743/12), todo ello enmarcado en la garantía y respeto de los derechos humanos y el efectivo cumplimiento del derecho a la salud.

En los escenarios de salud existen prácticas y condi-

ciones específicas que vulneran la accesibilidad a los servicios según el género o identidad auto percibida. La inequidad de género refiere a las desigualdades en los procesos de atención y participación en salud que se traducen en indicadores desfavorables para las mujeres y la población LGTBI (lesbianas, gays, transgénero, bisexuales, intersexuales).

Frente a estos obstáculos, resulta imprescindible para los miembros del equipo de salud, la aproximación a las dimensiones de análisis relacionadas con las desigualdades de género y su impacto en la salud de la población, a fin de incorporar de dicha perspectiva en el trabajo asistencial.

Actividad

Luego de la lectura del texto, le presentamos algunas preguntas orientadoras para el debate en pequeños grupos de trabajo.

- ¿Cómo incide la perspectiva de género en la salud de mujeres y varones?
- ¿Cómo pueden, las mujeres y los varones, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos?
- Luego de haber leído el texto de Adrian Helien ¿qué conceptos le resultaron novedosos y/o significativos para pensar los espacios de su futura práctica profesional?
- A partir de lo leído en clase, ¿observan avances en la protección de los derechos humanos de las disidencias?

GUIA DE LECTURA N° 6

Texto: Interdisciplinariedad como práctica en salud.

Disponible en: <https://integral2012.files.wordpress.com/2012/03/interdisciplinariedad-en-practicas-en-salud.pdf>

Objetivos

- Reconocer los diferentes modelos de atención
- Analizar diferentes prácticas de atención

Introducción

En las clases anteriores reflexionamos acerca de las diferentes concepciones de salud, profundizamos acerca de la importancia de tener una perspectiva de género y ahora abordaremos la importancia de trabajar en equipo, en conformar redes, en fortalecer equipos de trabajo. Esos equipos de salud que operan en la comunidad que se enfrentan a numerosos y complejos problemas que requieren propuestas integrales para enfrentarlos. Esa realidad compleja y multidimensional que exige una perspectiva que la analice como construcción intercultural e interdisciplinar.

Actividad

A continuación realicen un análisis del texto y en forma grupal, comparen los diferentes modelos de práctica (multidisciplina y la interdisciplina) en el siguiente cuadro.

	Modelo de práctica Multidisciplinar	Modelo de práctica Interdisciplinar
Características de funcionamiento		
Escribir algún ejemplo que represente a cada modelo		

GUÍA PARA LA REALIZACION DE LA ENCUESTA DE SALUD Y ACCESO

Actividad NO presencial para el mes de enero

El objetivo de esta instancia es que se aproximen al sistema de salud desde una perspectiva de salud colectiva. Para esto contarán con una “Guía de Salud y Acceso” que consiste en una encuesta sobre condiciones de vida, acceso a la atención y salud familiar. Esta actividad deberá ser realizada durante el mes de enero. La misma es obligatoria y tendrán que presentarla al/a la docente de su comisión en el Curso Introductorio a la vida Universitaria, cuando estén cursando el módulo de Salud Colectiva, del mes de febrero.

¿Por qué la encuesta? Creemos que la situación de salud de las comunidades es el producto de la convergencia de un conjunto de factores que demandan un abordaje que integre diversas acciones. Si bien es efectivo que las personas asuman estilos de vida saludables, ello debe ir acompañado de la modificación positiva de los entornos donde los grupos humanos viven, por lo que la encuesta nos ofrecerá elementos para problematizar situaciones de salud.

GUÍA DE SALUD Y ACCESO

Orientaciones

La encuesta deberá realizarse a un grupo familiar (pueden contestar 2 adultos que vivan en la vivienda por ej. Padre, madre o conviviente adulto de la vivienda).

Deberán completar y tomar notas de aquellas dimensiones que les llamen la atención, que luego, problematizarán a la luz de los textos que se abordarán y analizarán en el aula con el grupo y el o la docente.

1) Género de quien responde la encuesta

Masculino () Femenino () Otro ()

2) ¿Cuál es su edad?.....

3) ¿Hace cuántos años que el grupo familiar reside en el barrio?.....

4) ¿Cuántas personas viven en la vivienda?.....

a) ¿Hay niños? SI..... NO.....

¿Cuántos?.....

De qué edades:

5) Tipo de vivienda en que reside el grupo familiar

a) Casa de material ()

b) Chapa/Cartón/Madera ()

c) Mixta ()

d) Otros ()

e) Cuales?.....

6) ¿De qué material son los pisos?

a) Tierra ()

b) Contrapiso ()

c) Cerámica/Baldosa ()

d) No sabe/No contesta ()

7) ¿Cuántos dormitorios tiene su casa?.....

8) ¿La vivienda tiene?.....

a) *Baño interno?()

b) *Cloacas (desagüe a través de un servicio público)?()

c) *Agua de red hasta el interior de la vivienda?()

d) *Gas de red? ()

9) ¿Con qué Cocinan / Calefaccionan?

a) *Gas de red?()

b) *Garrafa?()

c) *Leña?()

d) *Electricidad? ()

10) Incluyéndolo a usted, cuántas personas viven en total en su casa?.....

11) Condición de actividad

a) ocupado ()

b) desocupado ()

c) Inactivo ()

12) En general, ¿usted diría que su salud es:

a) excelente? ()

b) muy buena? ()

c) buena? ()

d) regular? ()

e) mala? ()

13) Ud. o su familia, donde se atienden por problemas de salud habitualmente?

- a) Centro de salud del barrio ()
- b) Hospital ()
- c) Obra social ()
- d) Consultorio particular ()
- e) Otros lugares ()
- Cuáles?.....
- g) No nos atendemos, ()

14) Cuando usted va a ese lugar, ¿siempre lo atiende el mismo profesional de la salud?

- Sí () No ()

15) ¿Realiza actividades físicas de manera regular?

- Sí () No ()

16) ¿Cuánto tiempo en total emplea en realizarlas? En minutos semanales.....

17) En la última semana, ¿cuántos días caminó, durante al menos 15 minutos? Días por semana

18) ¿Alguna vez fumó cigarrillos?

- Sí () No ()

19) ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?

20) Actualmente ¿fuma usted cigarrillos?

- a) ¿todos los días? ()
- b) ¿algunos días? ()

21) ¿Intentó dejar de fumar en el último año?

- Sí () No ()

22) ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

- Sí () No ()

23) ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?

- a) Menos de 1 año ()
- b) De 1 a 2 años ()
- c) Más de 2 años ()

24) ¿Cuántas veces un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión alta?

- a) Sólo 1 vez ()
- b) Más de 1 vez ()
- c) Ninguna ()

25) Conoce los valores normales de la Presión Arterial?

- Sí () No ()
Cual es.....

26) Habitualmente, ¿le agrega sal a las comidas durante la cocción?

- Sí () No ()

27) Habitualmente, ¿le agrega sal a los alimentos una vez que está cocidos o al sentarse a la mesa?

- a) siempre o casi siempre? ()
- b) raras veces? ()
- c) nunca? ()

28) En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas frescas, cocidas, en jugos o licuados naturales?

29) En una semana típica, ¿cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? Porciones por día

30) En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras?.....

31) ¿Cuántas porciones de fruta come en uno de esos días? Porciones por día

32) ¿Cuál es la razón principal por la que no consume más porciones de frutas y/o verduras?

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

33) ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un Papanicolaou?

- a) Menos de 1 año ()
- b) De 1 a 2 años ()
- c) Más de 2 a 3 años ()
- d) Más de 3 años ()

34) Realización de mamografía en los últimos 2 años

- Sí () No ()

35) ¿Conoce sobre métodos anticonceptivos?

- Sí () No ()

36)¿Cual/es?.....

¡Les deseamos un lindo trabajo y nos encontramos en el mes de febrero!

MATERIAL DE LECTURA

RAMON CARRILLO, defensor de la salud como un derecho social en la época de la exclusión y la caridad. 20 diciembre 2010 por Maria Claudia Cambi

“Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo.”



Sello conmemorativo

Un 20 de diciembre de 1956 moría en un pequeño pueblo del norte de Brasil, enfermo, pobre y exiliado, el médico argentino Ramón Carrillo quien -fiel a su pensamiento- dejó a un lado una brillante carrera científica y académica como neurocirujano y neurobiólogo -reconocida internacionalmente- para entregar toda su capacidad y esfuerzo a las necesidades concretas de la gente en el ámbito de la salud.

Cuando después de perfeccionarse en Europa regresó a Buenos Aires en la llamada “Década Infame”, asistió al saqueo sistemático del país, en un periodo caracterizado por la profunda decadencia moral de la dirigencia, la corrupción y el empobrecimiento de una gran mayoría de la población. Se vincula con su compañero de estudios, el músico Homero Manzi, y otros intelectuales como Arturo Jauretche, Raúl Scalabrini Ortiz, Armando y Enrique Santos Discépolo, representantes de la cultura y de las nuevas ideas nacionales.

Dedicado entonces únicamente a la docencia y la investigación, en 1939 se hace cargo del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central en Buenos Aires, lo que le permitió conocer con mayor profundidad la realidad sanitaria del país. Advirtió cómo, en los aspirantes al servicio militar, prevalecían las enfermedades vinculadas con la pobreza, sobre todo en los aspirantes de las provincias más postergadas, como la de Santiago del Estero en que nació.

Realizó estudios en los que determinó que el país sólo contaba con el 45% de las camas necesarias, además distribuidas de manera desigual, confirmando sus recuerdos de provincia, que mostraban el estado de postergación en que se encontraba la Argentina fuera de Buenos Aires.

En épocas en que la Revolución del 43 derrocaba al Presidente Castillo -surgido de elecciones fraudulentas- Carrillo conoció en el Hospital Militar al Coronel

Juan Domingo Perón, con quien mantenía largas conversaciones. Es precisamente Perón quien convence a Ramón Carrillo para colaborar en la planificación de la política sanitaria del gobierno y al ser elegido Presidente lo pone al frente de la Secretaría de Salud Pública, luego transformada en Ministerio de salud Pública y Asistencia Social.

Hasta entonces, la medicina era una actividad privada destinada a reparar la salud perdida de los enfermos individuales. Las instituciones hospitalarias atendían a los desprotegidos bajo el concepto de caridad, y el Estado intervenía sólo subsidiariamente.

Como Ministro de Salud, llevó a cabo a cabo acciones que incluso en la actualidad son asombrosas.

- Duplicó el número de camas hospitalarias existentes en el país, de 66.300 en 1946 a 132.000 en 1954.
- Inauguró 234 hospitales gratuitos.
- Erradicó en sólo dos años, enfermedades endémicas como el paludismo, con campañas intensivas y ambiciosas.
- Las enfermedades venéreas, en especial la sífilis, prácticamente desaparecieron.
- Terminó con las epidemias de tifus y brucelosis.
- Redujo a la mitad la mortalidad por tuberculosis y la mortalidad infantil.

El desarrollo de la medicina preventiva, la organización hospitalaria, la “centralización normativa y descentralización ejecutiva” fueron los pilares básicos de su acción, imbuidos de una concepción profundamente solidaria y de justicia social:

“Los problemas de la Medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría.”

Este ambicioso plan necesitó también de la formación de recursos humanos en Universidades y en educación terciaria: supervisores, administradores, visitantes, radiólogos, médicos higienistas, etc., junto al dictado de normas reguladoras del ejercicio profesional y códigos de ética.

Su objetivo fue poner la medicina en función social para lograr asistencia individual, familiar y comunitaria completa y continua, accesible y gratuita, con profesionales actuando en y para la comunidad, atendiendo a sus necesidades desde la justicia social y no de la caridad. Nunca hizo política partidaria, pero utilizó su gran instinto político para aunar voluntades, actuar y conseguir apoyos en su ambicioso plan.

Una de sus más célebres frases nos indica que su obra, además de admirable, es una tarea inconclusa en demasiados lugares del mundo:

“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas.”

Extraído de:

<https://dosorillas.wordpress.com/2010/12/20/ramon-carrillo-defensor-de-la-salud-como-un-derecho-social-en-la-epoca-de-la-exclusion-y-la-caridad/>

MATERIAL DE LECTURA

ALGUNOS PROBLEMAS COMPLEJOS DE SALUD

(Noviembre 2011) *Dra. Débora Ferrandini.*

Mg. Salud Pública. Oriunda de la ciudad de Rosario, Pcia de Santa Fe, Argentina

¿Qué es un problema complejo de salud? No todos pensamos lo mismo respecto de esto. Nuestras maneras de entender la salud y el objetivo de nuestro trabajo son diversas.

Algunos creen que la salud es la ausencia de enfermedad y que los trabajadores de la salud estamos para eliminar las enfermedades, una por una. Para quienes piensan así las enfermedades son causadas por microbios, por tóxicos, por mosquitos, en fin: por causas ajenas a nosotros que nos atacan y a las que tenemos que eliminar. De acuerdo con esta manera de pensar, se trata de identificar un enemigo y organizarse como un ejército disciplinado para combatirlo. Así cada programa se enfoca en un enemigo (la vinchuca, el bacilo de Koch, el Aedes Aegypti, el VIH), se equipa con el armamento necesario (insecticidas, antibióticos, vacunas) , decide una estrategia de guerra (las normas de procedimiento, sus registros), entrena a las tropas (los trabajadores de salud) y ellos salen obedientes a dar la batalla en el cuerpo de las personas ocupadas por el enemigo.

Otros creen que la salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social. Claro que si encontráramos a alguien en ese estado, creeríamos que estaría completamente loco. Nadie vive en ese estado, sólo nos sentimos así en algunos momentos (alguien dijo durante un orgasmo, por ejemplo). Nunca en un estado permanente. ¿Significa eso entonces que nadie nunca estaría sano? ¿Será que entonces el trabajo en salud persigue algo que no puede lograrse en la vida real? Tal vez mucho tiempo hemos encaminado nuestro trabajo para lograr algo imposible en la vida real. Y consecuentemente con ello le pedimos a la gente que para lograr ese estado haga cosas imposibles: que no corran ningún riesgo. Les enseñamos que se comporten de una determinada manera: que no coman esto y aquello, qué cuidado cómo tienen sus relaciones sexuales (y con quién!!), que hagan ejercicio, pero no demasiado, que cuiden sus viviendas de la contaminación, que cuidado al cruzar la calle o al andar en moto..... Como si las personas fueran absolutamente libres de elegir como vivir. Como si las actitudes individuales fueran suficientes para construir modos de vida saludables. Cuántas veces damos consejos e indicaciones a gente que no puede llevarlas a cabo en sus condiciones materiales de vida. Cuántas veces le pedimos a gente que no puede elegir qué comer que siga dietas evitando tal o cual alimento; o a jóvenes ocupados en escapar de las balas de otros jóvenes o de la policía que usen preservativos para evitar

enfermedades que los matarían años después..... Pero como todos sabemos que el estado de completo bienestar es imposible de lograr, que los consejos que repetimos sean imposibles de cumplir no nos detiene. El sistema así planteado es muy perverso: siempre podemos culpar al que no hizo caso por su enfermedad y por su muerte. Y si las víctimas son las culpables el mundo seguirá igual, la tarea de los trabajadores de salud seguirá siendo una misión imposible que deben hacer de todos modos porque , si no funciona, la culpa es de la realidad que se porta mal. Un grupo de trabajo barrial definió la salud de un modo bien diferente a las dos definiciones anteriores. El Dr Floreal Ferrara, un gran maestro de la salud pública, solía referirse a esa definición: la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas.

Siguiendo este modo de concebir la salud, un problema es la distancia entre lo que alguien está viviendo y lo que desea. Un problema requiere siempre de un sujeto. Alguien: una persona o un grupo, que quieren cambiar algo que están viviendo. Los problemas son contruidos por quien quiere cambiar la realidad. Por eso no hay problemas iguales, y no puede haber estrategias universales para enfrentarlos. Cada uno de nosotros construirá su visión de la realidad, dándole distinta importancia relativa a las situaciones que queremos cambiar. Con frecuencia los trabajadores de salud priorizamos circunstancias que no son las que la comunidad, un grupo social, una familia o un sujeto consideran lo más grave entre lo que afecta a sus vidas. Entender cómo construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio. Para ello es necesario que todo el conocimiento, la experiencia, las capacidades de un equipo de salud se inclinen ante el problema del sujeto, familia o comunidad que lo padece. Y que en equipo discutamos y acordemos la mejor estrategia para superarlo. Pero también es necesario que escuchemos a quienes sufren ese problema, que comprendamos cómo lo viven, qué es lo que desean cambiar y con qué recursos, experiencia y saberes cuentan para enfrentarlo. Es poniendo en común todas estas perspectivas, discutiéndolas sin que ninguna voz se reconozca como más importante que otra, que lograremos los proyectos terapéuticos y de cuidado más efectivos.

Al analizar un problema, una circunstancia que queremos cambiar: el consumo complicado de alcohol en los jóvenes de una comunidad, o la tuberculosis en una familia que vive hacinada, necesitamos com-

prender cómo se produce en la realidad y qué consecuencias determina. Si sólo los viéramos como enfermedades el razonamiento sería simple: el alcohol y el bacilo son respectivamente responsables del alcoholismo y de la tuberculosis. Se trata de eliminarlos: internamos y desintoxicamos a los alcohólicos y hacemos tomar antibióticos a los enfermos de tuberculosis. Pero quienes trabajan en salud saben que la vida real es más compleja: es necesario comprender cómo la historia va generando condiciones que limitan la vida. Entenderemos por ejemplo que el consumo de alcohol en la Argentina aumentó exponencialmente en la década del noventa, particularmente entre los más pobres: quienes perdían sus empleos como consecuencia de los feroces planes de ajuste. Que la tuberculosis se concentra en los hogares en los que hay mayor hacinamiento, y que suele tener una mayor incidencia entre los detenidos en comisarías, (donde el número de hombres por celda suele impedir que todos puedan dormir al mismo tiempo), y en sus familiares. También es necesario comprender que en la misma familia, hay quienes enferman y quienes no, que también hay diferencias entre los sujetos: sus historias, su subjetividad, sus defensas, serán diferentes. Diferentes para cada uno de ellos, deberán ser nuestras estrategias. Diferentes y complejas: porque deben ser diseñadas atendiendo a los contextos en los que los problemas se sufren, a los deseos, capacidades, recursos, historias y potencias de los sujetos y sus comunidades.

A los fines de construir un problema es útil imaginar un árbol e ir ubicando los fenómenos que observamos o escuchamos en las raíces, el tronco, las ramas o el follaje, para ir visualizando la capacidad relativa que tienen para explicar el problema. La desocupación se acerca a la raíz, la violencia doméstica al tronco, la deserción escolar a las ramas más gruesas y el consumo complicado de alcohol a ramas más periféricas, el daño hepático y el aislamiento social serán parte del follaje. La siguiente pregunta que nos haremos es sobre nuestra capacidad de incidir sobre el problema: con las herramientas que contamos, sumadas a las del equipo, sumadas a las de la comunidad, podremos con las ramas, con el tronco, con la raíz? Qué otros saberes y poderes podemos sumar para aumentar nuestra potencia?

También es necesario acordar la lista de problemas que constituyen el análisis de situación de salud de la comunidad con la que trabajamos. Será una lista en permanente cambio, que debemos construir reuniéndonos con la comunidad, analizando con ella la información sanitaria más la información de otros sectores, más las vivencias de los distintos actores de la comunidad y las de los trabajadores de la salud. Discutir con la comunidad el orden de urgencia e importancia de los problemas nos permitirá ganar seguridad en la organización de nuestro tiempo y planificar la manera de monitorear nuestro trabajo y sus resultados.

Asimismo es necesario construir un listado de proble-

mas con cada familia con quien trabajemos, un listado que identifique para quién la situación enunciada es un problema, o sea, quién es el que desea transformarla. Dicho listado es el corazón de una historia clínica familiar, instrumento esencial para la práctica de un equipo de salud. Nada más inconveniente que suponer que la historia clínica es cosa de los médicos. El trabajo en salud es cosa de un equipo, y el instrumento historia clínica es esencial para todos sus integrantes. Es necesario que agentes sanitarios, promotores de salud, enfermeros, psicólogos, médicos, odontólogos y trabajadores sociales, discutamos (junto con los demás integrantes del equipo de salud), el listado de problemas de una familia a nuestro cargo, la jerarquía relativa entre ellos, nuestra capacidad de intervención sobre la situación y el consiguiente proyecto terapéutico y de cuidado que nos daremos, con acuerdo de esa familia.

Dentro de cada familia, cada sujeto a su vez, necesitará que con él construyamos ese listado de circunstancias que limitan su vida: las situaciones que quiere cambiar, lo que nosotros creemos y quisiéramos cambiar en él y acordar también con él o ella ese listado de problemas y un orden de importancia. En equipo y respetando la autonomía de ese sujeto diseñaremos una estrategia singularizada, un proyecto que detalle las acciones que nos proponemos desarrollar para lograr los cambios que deseamos. En ese proyecto siempre sumaremos tareas del equipo a estrategias de la comunidad. El equipo de salud comunitario movilizará todos los recursos de la red de servicios para responder a la necesidad que plantean los problemas construidos.

Con frecuencia los servicios de salud se quejan de la "falta de adherencia" de los pacientes a los tratamientos. Un enfoque basado en los sujetos, como el que proponemos, implica cambiar el lado donde aplicamos el pegamento: que sean nuestras prácticas, nuestras acciones, las que se peguen a los problemas de las comunidades y los sujetos con los que trabajamos. Para ello primero debemos escuchar, y luego preocuparnos de lograr cambios, más que de cumplir protocolos, llenar planillas y cumplir indicaciones. Las preguntas de todos los días serán, ya no ¿qué me corresponde? Sino ¿qué puedo/podemos hacer para superar estos problemas? ¿Cuánto hemos contribuido a que nosotros y los otros aumentemos el control sobre nuestras vidas?

Como es fácil deducir, la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre nosotros. Redefinir los vínculos entre los trabajadores de salud entre sí, entre ellos y la comunidad, entre sus integrantes y los que sufren; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible. ¿no es eso la salud?

MATERIAL DE LECTURA

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD: APROXIMACIONES CONCEPTUALES

Por: Lic. Marisa G. Matía. Diplomada en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (CEDES/ISALUD)

Los procesos de salud/enfermedad se encuentran determinados por una cantidad de dimensiones que van desde condiciones económicas; globales y regionales, aquellas ligadas a lo biológico, orgánico; las determinaciones sociales en los diferentes grupos y comunidades, las construcciones culturales de cada época, la organización de la atención y servicios de salud, la historia de los grupos y sociedades y hasta las capacidades personales y grupales para hacer frente a dichas determinaciones. Se trata de una construcción compleja y mutideterminada.

En este artículo nos detendremos sobre la dimensión de GÉNERO, reconociéndolo como parte del proceso de determinación social de la salud.

¿Qué entendemos por Género?

Partimos de afirmar que no hay una definición unívoca de género y, de hecho, este concepto es objeto de debates entre corrientes de pensamiento que adhieren a distintas posiciones filosóficas, de teoría social y de políticas. Detrás de la categoría de género hay un gran caudal de ideas, de estudios, de luchas políticas que demuestran que la discriminación y desigualdad de las mujeres es un hecho injusto, atentatorio de los derechos y la democracia. (Bonder).

Las primeras definiciones de género se basaban en una lógica binaria varón/mujer, masculino/femenino, y heterosexual/homosexual sin reflejar las diversidades (i.e, intersexual, transexual, travesti, bisexual) o la existencia de distintos modelos y estereotipos de género, tanto femeninos como masculinos, según edad, subculturas, etnias, orientación sexual, condición económica.

Algunas de las autoras que abonaron la perspectiva de género, (Butler, J; 1996) (Lamas, M; 1996) (Barrancos, D; 2008) se han encargado, en gran medida, de desnaturalizar las representaciones sociales, culturales y económicas, entre otras, que se le asignan al rol femenino. Según esta perspectiva, estos roles constituyen un mecanismo de poder para subordinar a las mujeres al ejercicio de la autoridad de los varones. No obstante, la continua problematización de roles que se lleva adelante en la actualidad, estas características culturales y de distribución desigual del poder, siguen teniendo efectos en individuos y grupos y han perfilado un modo particular del “ser mujer” que se expresa en las condiciones de vida y de salud/enfermedad. Así como la violencia hacia las mujeres configura la forma más representativa de la dominación de género, en cada problemática

de salud enfermedad, se encuentra entramada esta relación desigual que constituye a los varones y mujeres como tal. Estudios sobre las desigualdades en materia de salud, han concluido que, “aunque la clase puede ser el factor determinante principal de las desigualdades de salud, siguen existiendo diferencias significativas en los resultados de salud por raza y sexo dentro de cada nivel de Clase” (Lillie-Blanton et al., 1993; Krieger et al., 1993; Sen et al., 2002 en Sen, G; Asha; G y Ostlin; P; 2005)

El género como categoría de análisis

Como categoría o herramienta de análisis, el género presenta una serie de características a las que debemos atender. Según M. Burín y Meler (2000), la categoría “género”:

- Es siempre relacional. Asimilar el concepto de género únicamente a las cuestiones relativas a las mujeres es un error frecuente que neutraliza la denuncia del feminismo y mantiene intacto al orden genérico patriarcal. El género remite a las relaciones de poder entre e intra géneros y por ende impacta en la totalidad de las personas.
- Es una construcción histórico-social, no es un hecho natural. La configuración de las diferencias de género obedece a un proceso histórico y social. Es por lo tanto pasible de ser modificada, lo que abre espacio a procesos de resistencia y lucha que busquen erradicar desigualdades de género.
- No es un concepto totalizador sino que está entrecruzado con otros determinantes de la estratificación social como la raza/etnia, la clase, etc. El género no puede ser separado de otros ejes de opresión como el racismo, el capitalismo o el heterosexismo.
- Es una categoría que trasciende el binarismo, en tanto cuestiona el supuesto de que existen dos géneros, el femenino y el masculino, así como la matriz heterosexual desde la que se configuran.

Desigualdades de género en salud

Las desigualdades de género en salud se observan en diversas instancias. En la distribución de riesgos: existe una sobremortalidad masculina por género en dos rangos etáreos, el primero entre los 15 y los 24 años por razones ligadas a “accidentes”, suicidios y violencia, el segundo, entre los 35 y 54, por enfermedades cardiovasculares. En contrapartida, se observa una sobrevida de las mujeres aunque con gran carga de discapacidad. En los modelos de atención: que promueven las internaciones domiciliarias y trasladan las tareas de cuidado a las familias, particularmente a las mujeres, dada la división sexual del trabajo en nuestra sociedad (Tajer, 2004). En la ausencia de diagnósticos para problemas de salud de las mujeres: con sus consecuentes sesgos en la atención, que en ocasiones conducen a la rotulación de los padecimientos de las mujeres bajo el diagnóstico de “signos y síntomas inespecíficos” (Pombo, 2012). Un

ejemplo de ello es el subdiagnóstico y sub-atención en mujeres relativos a infartos de miocardio, que obedece a la representación que tanto los profesionales como la población tienen respecto de que sólo los varones son pasibles de enfermarse de este tipo de patología (Tajer, 2005). En las elevadas tasas por mortalidad materna debido a abortos inseguros: en nuestro país, las complicaciones relacionadas con el aborto superan el 30% del total de muertes maternas (OPS, 2007).

Género y salud sexual ²

En el marco de la perspectiva de género, diversos estudios sobre la salud sexual y específicamente sobre el uso de anticonceptivos revelan que las mujeres de sectores populares no toman anticonceptivos porque sus compañeros no estaban de acuerdo o porque no las acompañan en las decisiones reproductivas (Rostagnol, S; 2002) (Miño Worobiej A;2008) (Gonzalez Labrador, I; 2001) (Rangel Flores, Y; 2010). También se observa que la responsabilidad de la fecundidad en sectores vulnerables recae en las mujeres (Rostagnol, S; 2002). Entre los métodos anticonceptivos existen imaginarios en algunas poblaciones que han sido descritos en numerosas investigaciones: Un ejemplo son las dificultades expresadas por los varones para el uso del preservativo (que no les permite una buena erección o que “no sienten lo mismo que sin él” o que “son menos hombres” si lo utilizan). (Rostagnol, S; 2002).

En cuanto al uso de anticonceptivos en sectores de mediano y alto poder económico se ha podido relevar que en América latina “las tasas globales de prevalencia del uso de anticonceptivos son altas. En los países donde la prevalencia general es baja, las diferencias internas entre grupos de distinto nivel de riqueza son mayores. En los países donde la prevalencia global es alta, la planificación de la familia es ampliamente aceptada y la variación entre grupos con diferentes niveles de riqueza y de prevalencia se debe a otros factores.” (UNFPA; 2002)

Bibliografía

- Bonder, Gloria: Género y subjetividad. Avatares de una relación no evidente. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile, 1998.
- Butler, Judith. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós, 2007, p. 17.
- De Beauvoir, Simone. El segundo sexo. Buenos Aires: Debolsillo, 2013
- Despentes, Virginie. Teoría King Kong. Buenos Aires: Hekht, 2013
- Lamas, Marta. “El género es cultura”. Disponible en: http://www.oei.es/historico/euroamericano/ponencias_derechos_genero.php
- Losiggio, Daniela; Otero, Nora; Pérez, Luciana; Solana, Mariela. “La división sexual del trabajo en un estudio sobre estudiantes universitarias”, Revista E-Verba 1, 2018.

² Se entiende por salud sexual al “Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.” (OMS;2002). La salud sexual es “la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales. Es también el poder decidir si tener o no tener hijos, cuantos y cuando tenerlos. Incluye el derecho a recibir información adecuada” (Zamberlin, N y Portnoy, F; 2007)

LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO PRÁCTICA EN SALUD

FRASE DE REFLEXIÓN

“La nueva visión de la realidad se basa en la comprensión de las relaciones y dependencias recíprocas y esenciales de todos los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales”. Esta visión va más allá de las actuales límites disciplinares y conceptuales ⁽⁴⁾

Para los sistemas organizados (hospitales, centros de salud y otros), el cambio constituye un desafío en la adaptación al entorno y a la pertinencia de la acción concreta que ellos realizan.

Por otra parte el rápido desarrollo de la ciencia y la tecnología hizo inevitable la fragmentación del conocimiento y el surgimiento de la especialización.

Es en este contexto que reaparece la necesidad de relacionar, articular e integrar nuevos conocimientos para abordar al ser humano de manera integral. Se ha encontrado en la **Interdisciplina**, una forma de trascender los análisis especializados o particulares. En la práctica concreta la concepción del trabajo en equipo, propone su aplicación en escenarios complejos con el objetivo de resolver problemas de alcance colectivos que requieren de la intervención de otras disciplinas y de la introducción de nuevas metodologías y estrategias de enseñanza-aprendizaje.

Partiendo de la base que no es lo mismo desempeñarse interdisciplinariamente en el campo científico (investigación) que en la práctica cotidiana de Atención de la Salud se plantean unos conceptos básicos que hacen a la formación de los profesionales de la salud.

La filosofía que fundamenta los mismos está basada en la necesidad de insistir en la aplicación de éstos, a los modelos de atención con miras a construir una nueva cultura, en la que el proceso salud-enfermedad sea considerado dinámico y dialéctico; donde la biología es solo una parte de este.

Para ello es necesario el trabajo interdisciplinario que permita una visión integral del mismo, sin olvidar que el eje central de estos modelos son las personas.

El sector salud necesita incorporar a su contexto nuevas disciplinas entre ellas la economía, sociología, comunicación, entre otras y fortalecer las ya existentes.

La salud-enfermedad deben concebirse como un proceso donde el saber en el terreno sanitario no sea solo biológico. Esto implica cambios en las prácticas relacionadas con la salud que conduzcan a la formación de nuevos sujetos sociales.

² Franco Saúl. Proceso vital humano. Proceso Salud enfermedad. Nuevas perspectivas 1994.

³ Gudsorf, pasado, presente y futuro de la investigación en interdisciplinariedad y ciencias humanas. Tecnos/UNESCO/ Madrid 1993.

⁴ Capra Frtjof. Citado por Ander Egg Ezequiel. Interdiscipli-

Los modelos que consagran el abordaje de las situaciones a partir de un solo saber han perdido vigencia histórica. La interdisciplina es la única forma posible para enfrentar retos tan heterogéneos como los problemas de salud actuales de las comunidades.

La comprensión del proceso salud-enfermedad solo puede lograrse desde la mirada del equipo como totalidad hacia el hombre o la comunidad. La integración de este equipo y como opera será la clave para que los problemas puedan abordarse con certezas y encuentren la vía de solución ⁽²⁾

Cada profesional de la salud posee una finalidad, una identidad, unos objetos de trabajo y campos de acción que resultan de sus propios desarrollos históricos.

Esta actividad de capacitación tiene por finalidad motivar y propiciar el abordaje interdisciplinario en la solución de problemas individuales y colectivos como una estrategia que facilite el trabajo articulado de los 3 socios Comunidad, Centros de Atención (hospitales, centros de salud, oficinas administrativas) y Equipos de atención. No significa esto que con conceptualizar se aprende interdisciplina, sino se posee una actitud mental positiva hacia el enfoque interdisciplinario, no será posible realizarlo.

George Gudsorf expresa lo difícil que es encontrar un significado a este vocablo ya que es utilizado indiscriminadamente con diferentes sentidos.”cualquiera apela a la interdisciplina y nadie se anima a pronunciarse en su contra. Éxito tanto más brillante cuanto que los mismos que toman partido por la nueva figura del saber se encontrarán en aprietos para definirla”⁽³⁾.

Interdisciplina: compuesta por dos vocablos

Inter: “lo que se da entre” y **disciplinaridad** que expresa la calidad de disciplina.

La **Interdisciplina** es un intercambio de métodos, conceptualizaciones códigos lingüísticos, técnicas, de cada uno de los que intervienen en el abordaje, que exigen competencias en la suya propia, y otras condiciones para su desarrollo que serán mencionadas posteriormente.

Para que se dé un verdadero trabajo interdisciplinario se requiere además de un dominio de saberes de las correspondientes disciplinas participantes, que conozcan los modos propios del lenguaje de los otros, con el fin de lograr un adecuado proceso comunicacional.

Existen otro tipo de relaciones entre las disciplinas que si bien integran conocimientos, no se consideran interdisciplinarios, se refieren a:

Interprofesionalidad: profesionales de diferentes campos trabajan juntos sobre un mismo objeto o sobre un mismo problema, aportando sus diferentes perspectivas y estableciendo un puente entre conocimientos específicos sin que esto implique que se de la interdisciplinariedad. Algunos han definido la in-

terdisciplina como el encuentro mínimo de dos disciplinas para abordar una situación común. Aunque estos acercamientos no alcanzan a serlo es importante recordar que se constituyen en el primer paso para las prácticas interdisciplinarias.

Multidisciplina: Hecho en que varias disciplinas se ocupan simultáneamente del mismo problema sin que exista entre ellos ninguna relación en cuanto a cruzamiento disciplinares.

En la multidisciplina se estudian diferentes aspectos de un problema a partir de las visiones de diversas disciplinas mediante la suma de las competencias específicas de cada una de ellas. Cada profesional da respuestas desde su propia ciencia. Es un intercambio de información entre dos o más ciencias que resuelven problemas concretos pero que no lleva ninguna transformación de las disciplinas que concurren.

Disciplinaridad cruzada: es otro caso de integración de conocimientos y se puede dar de dos maneras

1. Cuando la problemática de una D. trasciende a otra dando origen a una nueva.
2. Cuando diferentes disciplinas tienen objetos de estudio semejantes, son disciplinas con zonas fronterizas que se superponen o son difusas, pero conservan su identidad.

Transdisciplina: es una perspectiva epistemológica que va más allá de la interdisciplinaridad. Se trata de un nivel máximo de integración donde se borran los límites entre disciplinas.

Este acercamiento a los conceptos tiene por finalidad facilitar el abordaje de las actividades en las prácticas cotidianas y remarcar la necesidad de un marco referencial común como una condición de posibilidad del abordaje interdisciplinario.

El marco referencial es importante para que el ejercicio tenga buenos resultados. Permite integrar, y articular los aspectos puntuales y fragmentarios que se estudian desde cada una de las disciplinas, evitando yuxtaposición de aportes que no poseen conexión pues son el producto de una mirada unidisciplinaria, apoyada en lo específico de cada disciplina.

Condiciones de posibilidad para que el trabajo interdisciplinario en la práctica de resultados:

- a. Competencias disciplinares.
- b. Interés (intencionalidad) en el trabajo interdisciplinario
- c. Interiorización del concepto y del enfoque interdisciplinario por parte de los involucrados.
- d. Marco referencial común que encuadre las estrategias del trabajo Interdisciplinario.
- e. Selección de un tema adecuado que sea posible de abordar desde ese modo de trabajo.
- f. Integración de contenidos que aporten de manera significativa al problema.
- h. Apoyo efectivo para el trabajo en equipo en temas concretos.
- j. Seguimiento y Evaluación del trabajo interdisciplinario.

Lic. Gloria López Dr. Carlos Laje (h)

Bibliografía

1. **Calvette Oliva Antonio.** Trabajo en Equipo de Salud. Teoría y Práctica. Revista Rol de Enfermería. Año X vol. 110. 10/87. Pág. 34/38
2. **Elichiry, Nora.** La importancia de la articulación Interdisciplinaria para el desarrollo de nuevas metodologías transdisciplinarias. Del libro "El niño y la escuela" Compiladota, Elichiry Nora, Nueva Visión, 1987, Buenos Aires.
3. **Franco, Saúl.** Proceso Vital Humano. Proceso Salud Enfermedad. Nueva Perspectiva. 1994
4. **García, Rolando.** "Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos" en el libro Los Problemas del Conocimiento y la perspectiva ambiental del Desarrollo comp. De E. Leff, Siglo XXI, 1986.
5. **Gundsdorf G.** Pasado, Presente y Futuro de la Investigación Interdisciplinaria y Ciencias Humanas. Tecnos /UNESCO/Madrid 1983
6. **OPS-OMS (2005)** "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". Washington.
7. Senge M. Meter. Aprendizaje en Equipo. La quinta Disciplina. Granica. Barcelona, 1990.
8. **Stolkiner, Alicia.** La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista El Campo Psi-Revista de Información especializada" Año3, N° 10/1999, Rosario. www.campopsi.com.ar

¿POR QUÉ HABLAR DE SALUD COLECTIVA?

Mónica M. Liborio*

Cátedra de Medicina Preventiva y Social.
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Rosario

Introducción

Antes de definir o de analizar el campo de la “salud colectiva” es interesante efectuar algunas reflexiones acerca de las concepciones de la “salud” y los paradigmas imperantes, para interrelacionarlas. Estas definiciones sobre salud, también remiten al debate que se ha desarrollado alrededor de las corrientes de la “medicina”, la “medicina social” y la “salud colectiva” (SC).

Ante todo la medicina se reconoció como un campo de prácticas y saberes cuyo objetivo fue la prevención y curación de las enfermedades y la preservación de la salud. Sin embargo, al revisar sus significados, es posible realizar un recorrido histórico-epistemológico definiendo lo que se han constituido como las “prácticas” médicas.

Así la “medicina” fue definida como una ciencia, o como una profesión vinculada al proceso social y al desarrollo científico, teniendo su correlato en la definición de salud desde las perspectivas biológicas.

La corriente de la “medicina social”, se puede decir que surge simultáneamente en varios países europeos en 1848. En ese momento se produce un incremento de las poblaciones (transformación de procesos demográficos) y se desarrolla un cambio profundo en el modo de producción económica. En ese contexto (la Revolución Industrial), la medicina se proponía mantener y mejorar la fuerza de trabajo. Más tarde, en el siglo XX (por los años 70), en esta corriente se reconoce la importancia de la definición de la salud no como un estado, sino como un proceso, denominado “de salud – enfermedad” donde se contempla una vinculación estrecha con la sociedad como contexto y se piensa que el mejoramiento de las “condiciones de salud” de la población depende no solo de simples intervenciones médicas sino que deben involucrarse “cambios” en lo social. Por lo tanto en la concepción de la medicina social se incorpora la necesidad de comprender el “carácter social” y de concebir la “determinación social” en el proceso de salud enfermedad (PSE), lo que conlleva a incluir la historicidad en dicho proceso.

Se reconoce, a su vez, que el PSE tenía, también, relación con los diferentes sistemas de salud que se presentaban en los distintos países, y es por ello que se amplió el objeto de conocimiento denominado Proceso de Salud-Enfermedad-Atención (PSEA). Este PSEA tiene una vinculación aún más estrecha con la sociedad, requiriendo un trabajo multinivel (en relación a los diferentes tipos de organización de los

gobiernos: nacional, federal y local) e intersectorial, y que, a su vez, éste involucre a la población a través de su participación.

Por otra parte las epistemologías actuales están centradas en el análisis de las diferentes interacciones del “sujeto” y del “objeto” y las diversas visiones sobre la complejidad-simplicidad y la incertidumbre entre otras cuestiones, que tienen repercusiones sobre la discusión teórico-metodológica en las diferentes disciplinas que componen la salud colectiva.

Es posible decir, entonces, que las miradas epistemológicas no son ajenas al campo de la Salud Colectiva y han analizado aspectos de su construcción científica. Incluso, existen autores que han profundizado las distintas vertientes, buscando develar la construcción del “pensar en salud”, en la expresión de Mario Testa, de elaborar una “teoría de la salud”, como lo hizo Juan Samaja, o de “repensar críticamente la ciencia”, como plantea Jaime Breilh. Cabe destacar que todos coinciden en señalar que este trabajo es extremadamente complejo, ya que implica la reconceptualización del propio objeto científico: la “salud”.

Por otra parte, también es necesario trabajar sobre otras categorías fundantes de las ciencias sociales, como: colectivo, sociedad, o estructura, que necesariamente se articulan con otras como individuo, representación, acción, entre otras.

La categoría: “colectivo” es central para el campo de la Salud Colectiva, y podría comprenderse que se opone a lo individual. Cabe destacar que la noción de lo colectivo frecuentemente ha sido utilizada de manera acrítica para designar un campo supuestamente uniforme de ocurrencias, o para indicar efectos sociales generados por la presencia de determinados fenómenos. Por lo tanto se requiere de una recuperación crítica de la supuesta oposición entre individuo y colectivo – sociedad, especialmente cuando se dice que ni el individuo es una entidad exterior a la sociedad, ni la sociedad una entidad exterior a los individuos.

La sociología, en este análisis, tiene como objeto a individuos interdependientes y como lo analizaría P. Bourdieu, al establecer la relación entre “estructura” y “acción” cuando define sus dos categorías centrales: “campo” y “habitus”. Es por ello que la teoría de “campo”¹ media entre la estructura y la superestructura así como entre lo social y lo individual.

En el concepto de “habitus”² P. Bourdieu trata de reconstruir el proceso de lo social que se interioriza en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. Este habitus genera prácticas individuales que permite definir los esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción.

Las “representaciones” sociales también contribuyen a la construcción de una realidad común. De este modo, las representaciones son fenómenos sociales, constituidos por el encuentro de una experiencia individual y de los modelos sociales a partir de

su contexto de producción, o dicho de otra forma, a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven y de las formas de comunicación en que circulan.

Las “estructuras sociales” pueden observarse como sistemas de restricciones que señalan la acción individual, no dejando margen de autonomía para los individuos. La noción de estructura puede aparecer en correlación con la de sistema si la entendemos como un conjunto de “elementos inter-dependientes”.

No caben dudas de que existe un contexto paradójico en el campo de la salud. En este campo se presenta una interrelación entre diferentes conceptos y lógicas. Para ello analizaremos a la salud pública, para alcanzar a comprender la propuesta de la “salud colectiva” en la actualidad.

Desde la Salud Pública a la Salud Colectiva

En primera instancia, se acuerda que para construir el pensamiento y la práctica en salud se requiere que se definan o reconozcan las “necesidades” de salud de la población.

Comprender estas “necesidades” implica poner en juego una perspectiva contextualizada e histórica y demanda pensar en conceptos y categorías de análisis. La salud pública convencional miró a la población como “objeto” a ser intervenido por parte de la norma funcional y la ciencia positiva, mientras que una Salud Pública Alternativa requería mirar cómo los “sujetos” individuales y colectivos creaban o generaban su salud en el diario vivir, y al mismo tiempo cómo construían instituciones para apoyar la promoción de la salud, prevenir y atender enfermos.

Hacia los inicios del siglo XX, se pudieron definir algunas características de la “salud pública” convencional a pesar de que este término se encuentra cargado de significados ambiguos. Primero destacar el adjetivo: “pública”; término que se lo identificó, casi siempre, con una acción gubernamental aunque no incluía solo este aspecto, sino que también hacía referencia a lo que es de la comunidad. Otras de las características que se podrían enumerar acerca de esta categoría serían:

- Subyace en el concepto de “salud pública” el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para explicar la salud, y su fundamento fue la medicina clínica con su saber.

- Utiliza el método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social donde un sujeto es interpretado como un “objeto” individual o colectivo que se reproduce en función de su estructura o sistema social de la que es parte y
- reconoce el poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la “prevención” de la enfermedad.

Cabe reflexionar ante estas premisas que la medicina clínica ha sido eficaz a lo largo de estos siglos, al solucionar una buena parte de los problemas de la “máquina corporal” ligados con desarreglos de su estructura y función por causas externas e internas, con lo cual se han logrado producir máquinas corporales menos enfermas o que tardan más en morir. Con lo cual la salud pública posee una visión que se podría denominar como tecnicista, lo que permitiría fundamentar una propuesta alternativa.

Además, se reconoce que el modelo denominado “salubrista” del siglo XX estuvo encomendado a cuidar la salud del Estado, actuando sobre el riesgo de enfermar de la población a su cargo; debía observar a la población pero a través de los cristales de la norma estatal e intervenir sobre la población transformada en objeto. En este contexto la población no sólo debía ser intervenida con la ciencia y la técnica sino que se le proponía a olvidar su cultura particular, considerada siempre riesgosa.

Al proponer una “alternativa” a la salud pública, en la década del '60, en EE.UU., surge lo que se denominó “medicina comunitaria” o “salud comunitaria”. Esta alternativa podía ser visualizada bajo dos vertientes: a) la ejecutada por órganos estatales u otros espacios, apuntando a complementar medicina privada y la medicina pública; y b) la que se presentaba en las áreas de la educación médica como el movimiento de la medicina preventiva, articulando con la medicina clínica.

La medicina comunitaria, según diversos autores, se interesó por los problemas relacionados con la salud del pueblo, y se encontraba ubicada entre la práctica privada de la medicina en el consultorio, la clínica y el hospital, y los servicios de salud gestionados a través de las administraciones públicas. Abarcaba un gran número de procedimientos preventivos y curativos dirigidos a las familias o a grupos de la pobla-

¹. El campo, según P. Bourdieu, se constituye por la existencia de un “capital” común y la “lucha” por su apropiación. Quienes participan en él tienen un conjunto de “intereses”, un “lenguaje”, una “complicidad objetiva que subyace a todos los antagonicos”.

Es por ello que intervenir en la lucha contribuye a la reproducción del “juego”. A su vez quienes dominan el capital –fundamento de poder o de autoridad– tienden a adoptar estrategias de conservación en tanto los desprovistos del capital o recién llegados al campo prefieren estrategias de subversión.

². El habitus permitiría definir “la elección de lo necesario”, “las condiciones de existencia en que las diferentes clases imponen inconscientemente un modo de clasificar y experimentar lo real”. Las clases revelan a los sujetos como “clasificadores clasificados por sus clasificaciones”. El habitus es el producto de las condiciones sociales y de la producción de un discurso que se ajusta a una situación: mercado o campo.

ción, especialmente focalizando grupos de población con exclusión social.

Además, entre sus intervenciones, se contemplaba al medio ambiente con la participación activa de la comunidad organizada. Otros autores hacen hincapié en que la medicina comunitaria se centraba en la participación activa de la comunidad, realizada mediante métodos democráticos y de autogestión.

En Europa, donde prevalecen la medicina estatal y la socializada, la concepción de medicina comunitaria podía parecer sin propósito, aunque también se observó la utilización de esta expresión. Pero los europeos la visualizaban como una representante de la alternativa de la salud pública clásica en la medida que utilizaba conocimientos de otras disciplinas tales como la sociología, la psicología social, la ecología, la genética, etc. De este modo, la medicina comunitaria, como disciplina, posibilitaba entender el comportamiento social, y no solo la comprensión de lo biológico.

La **medicina preventiva** representó un nuevo fenómeno en el campo conceptual al establecer nuevas articulaciones con la sociedad en profundos cambios. De este modo el discurso preventivista privilegió una “actitud” diferente, cuestionando —desde el ámbito universitario— las experiencias pedagógicas en el hospital, y por lo tanto revisando la práctica médica. Desde este discurso surgieron tres corrientes. La primera sería la corriente desde la higiene del siglo XIX, ligada al desarrollo del capitalismo y de la ideología liberal; la segunda estuvo centrada en los costos de la atención médica que surgió en EE.UU. en las décadas del 30 y 40, constituyéndose en una crisis frente a la medicina estatal y las corporaciones médicas en esta intervención; y por último la corriente en la que se produjo una redefinición de los roles médicos —inicios de los años 50— ante la creciente demanda y la concientización de la necesidad del cuidado médico, y por lo tanto se propone una revisión desde la práctica.

Entre los años 1950 y 1953 se producen propuestas novedosas sobre la definición de objetivos en la enseñanza de la medicina. Surgen conferencias en Norteamérica y en Latinoamérica donde se produce el surgimiento del discurso de la Medicina Preventiva. Este discurso representó un cambio en cuanto a las definiciones de la salud-enfermedad, del rol del médico, de la idea de equipo, del proceso ecológico y de la importancia de la familia y la comunidad en el cuidado médico.

En este momento histórico también se difunde el modelo denominado a través del nombre de sus autores —modelo de Leavell y Clark—. Este modelo integra la definición de agente, huésped y ambiente; propone combinar los abordajes clínicos y estadísticos e incorporar las ciencias sociales, entre otros aspectos.

En síntesis: la medicina preventiva podía considerarse como un conjunto de nociones y técnicas que apuntaban al conocimiento y manipulación de los procesos sociales y psicosociales del comportamiento humano referente a la implantación de patrones racionales de salud. Conjuntamente con la epidemiología, surgen las ciencias sociales aplicadas a la medicina que darían cuenta de las problemáticas en el marco de la Historia Natural de las enfermedades (Leavell y Clark) ³

Cabe aclarar que, en la década de los ‘70, la práctica médica se apropiaba de la salud pública, se producía un aumento del consumo de servicios médicos, y se producía también un aumento del número de trabajadores de la salud, de alumnos en las escuelas de Medicina y, en las Escuelas de Medicina donde se profundizaba la introducción de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social esta corriente se proponía como innovadora.

Así la Medicina Preventiva se constituyó en un vehículo del proceso de cambio al interior de las Facultades donde se proponía una formación crítica en los estudiantes para que fueran agentes de cambio de la profesión. En el campo académico, el movimiento preventivista desembocó en un proceso de creación y reconstrucción conceptual, científica y técnica que impuso la “invención” de una “salud colectiva”.

La medicina adjetivada como preventiva requiere ser sucedida por la salud colectiva, donde la primera se centra en el cuidado médico para “prevenir” la enfermedad e incorpora enunciados de diferentes campos teóricos y la salud colectiva produce una desbiologización del campo conceptual de la medicina preventiva, instaurando un proceso en el cual se redistribuye y se redefinen los poderes endiferentes profesiones al interior del área salud en la medida de incluir una práctica multifacética donde se encuentra incluida la práctica política.

La expresión **salud colectiva** surge a fines de la década de los años 70, con la perspectiva de construir un paradigma renovado “de la salud pública, de la salud comunitaria y de la medicina preventiva y social” que permita una nueva articulación entre las di-

³ La historia natural de las enfermedades se basa en un esquema cartesiano donde en la abscisa es el tiempo y la ordenada divide dos espacios, según la presencia o no de la enfermedad. En el primer espacio de tiempo se encuentra el equilibrio entre el huésped, el agente y el ambiente. La aparición de la “enfermedad” en el huésped es producida por una relación mecanicista entre los elementos (agente, huésped y ambiente). El ambiente es considerado como una combinación de niveles físico-químico, biológico y social. En el segundo momento se define la “evolución” de la enfermedad ya visto en el espacio interior del individuo, donde se evidencia al pasar el denominado “horizonte clínico”. En esta evolución luego se observa el proceso de “resolución” hacia la cura, la incapacidad o secuelas o el fallecimiento. En el primer espacio se resalta la importancia de la participación de la “epidemiología” analizando los factores que estructuran al agente, huésped o ambiente.

ferentes disciplinas e instituciones que converjan en el campo de la salud.

La SC integra áreas clásicamente denominadas como las “ciencias sociales”, la “epidemiología” y la “planificación estratégica”. Está compuesta por una polisemia de visiones, como por ejemplo, acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el PSEA en su complejidad.

La SC abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía.

Es decir que las propuestas alternativas surgen en la necesidad de comprender a la salud en forma histórica; además esta comprensión requiere que sea contextualizada, y por último las propuestas de cambio deben reformular la forma de mirar, conocer y actuar alrededor del objeto problema: Proceso de salud-enfermedad-cuidado/atención (PSEA) de la población, a través del pensamiento “complejo”.

Silva Paim y Almeida Filho definen la SC como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud. De esta forma la SC se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras.

Analizar los modos de producción del conocimiento también requiere observar los procesos metodológicos para su construcción. Esto es, incluir a los métodos cualitativos que provienen de las ciencias sociales y reconocer a su vez la necesidad de integrar otras disciplinas o áreas en el campo como la psicología social, el psicoanálisis, trabajo social, educación, derecho entre otras, sin dejar de pensar que las ciencias principales y fundamentales son la epidemiología, el planeamiento, la gestión y la política.

Otro aspecto a integrar en el campo de la SC es su posibilidad de ser enseñada. Es por ello que desde lo curricular de las carreras de medicina se requiere que se encuentre ligada desde los inicios del plan, entendiendo que la educación constituye un mecanismo dinamizador que promueve los cambios y las transformaciones sociales necesarias. En este punto es necesario ya no solo conocer las “necesidades”

en salud sino reconocer cuáles son los “derechos en salud” o trabajar sobre los “derechos vulnerados”.

Cabe además efectuar una breve reseña en la que desde la Universidad Nacional de Rosario, la Facultad de Ciencias Médicas, y más precisamente la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, sobre los antecedentes de más de 40 años de formar médicos o enfermeros en el ámbito de la Salud Pública, crea en el 2004 la Carrera de Especialización en Salud Colectiva con orientación en a) Administración y gestión de servicios de salud; b) Auditoría Médica y c) Salud social y comunitaria. Esta Carrera cuenta con el aval no solo del Consejo Directivo de la Facultad y del Consejo Superior de la Universidad sino también de las resoluciones de acreditación de la CONEAU. Además, en Buenos Aires, la Universidad de Lanús y la Asociación Civil de Salud Colectiva publica, desde el 2005, la revista Salud Colectiva como una publicación periódica cuatrimestral.

Los desafíos para la Salud Colectiva

En primera instancia un desafío importante es desde lo conceptual; ya que la SC debe ser comprendida como una construcción permanente e inacabada, y desde un nuevo paradigma basado en la salud como derecho y en la promoción de la salud. Otro aspecto es la necesidad de trascender con esta teoría innovadora hacia una práctica con miras a desarrollar las mejores ideas y acciones para actuar en salud, esto es, que se pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el cuidado de la salud de los grupos poblacionales.

La SC, así entendida, forma un nuevo campo de conocimiento en constante desarrollo, y se constituye en un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado.

En este aspecto teórico, también es posible abrir puntos de debate en torno a los llamados “determinantes sociales de la salud”, para contrastar con otras perspectivas divergentes y reflexionar sobre la “determinación social de la salud” que implica estudiar los modos de vida históricos y estructurales. Esta categoría abre la posibilidad de analizar los procesos contextuales y visibilizar la inequidad socioeconómica, desde la complejidad, que el paradigma de riesgo habría ocultado.

Mostrar la relación que existe entre los procesos estructurales es remplazar la lógica de la conexión lineal de variables intervinientes por un sistema donde se entrelazan los tres grandes dominios de la determinación: el dominio general que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; el dominio particular de los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y el dominio singular, de los estilos de vida y el libre albedrío personal que viven las personas con sus

condiciones fenotípicas y genotípicas. También es necesario trabajar con las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia, incorporando la dimensión de la interculturalidad como condición de objetividad – subjetividad innovada en el conocimiento.

Al comprender la salud con sus múltiples dimensiones, el paradigma de la determinación permite ampliar el espectro del derecho e incorporar lo que los especialistas llaman una mayor justiciabilidad y exigibilidad de la salud.

Además el campo de la SC invita a repensar los aspectos del campo metodológico. Para un abordaje de la salud con las nuevas categorías y desde propuestas integrales propone no solo utilizar los abordajes cuantitativos sino integrar los abordajes cualitativos en sus múltiples expresiones. Así como también incorporar los procesos de “triangulación metodológica” para enriquecer las miradas más comprehensivas.

El cambio de visión sobre la salud, y la integralidad que exige la propuesta de la SC incide también sobre la actividad académica, su investigación e incidencia. Un programa de desarrollo de la SC en una universidad pública, que asume el marco interpretativo de la determinación social, se aleja de los modelos tradicionales de educación y posibilita además una nueva perspectiva acerca del rol de la Universidad en la sociedad.

Su compromiso se refuerza en la formación de “nuevas” personas / denominados recursos humanos / equipos de salud – actualmente en la formación de “capital social”, para la producción de conocimientos, y la transformación de las prácticas que contribuyan a comprender e interpretar las determinaciones sociales de la salud, con el objetivo de superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en la sociedad donde subyacen las inequidades.

Desde esta perspectiva crítica, el papel de la universidad pública exige una transformación. Por un lado ser productora de conocimiento científico crítico ligado a los procesos claves de la sociedad; avanzar en la creación de herramientas para el control y para la rendición de cuentas de los responsables de la gestión y de las políticas; consolidar mecanismos de construcción intercultural e interdisciplinaria de investigación promoviendo la participación de los colectivos sociales y contribuir al empoderamiento democrático de las comunidades con la perspectiva de género.

Desde lo contextual la SC tiene la necesidad de deconstruir las políticas neoliberales imperantes y proponer valores que contribuyan a generar un “progresismo” con equidad, transparencia y participación social en la medida que las prácticas se encuentren asociadas a intervenciones basadas en el enfoque de derechos permitiendo las transformaciones sociales necesarias.

Bibliografía

1. Arouca S. El dilema preventivista. Ed. Lugar; Buenos Aires, 2008.
2. Botlender Severo S, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 5 (Supl.1):1685-98, 2010.
3. Bourdieu P. Sociología y Cultura. Ed. Grijalbo; México, 1990.
4. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar,
5. Sede Ecuador. Bibliografía de Seminario, abril 2012.
6. Castro Lacaz FA. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pósmodernismo. *Ciência & Saúde Coletiva* 6: 233-42, 2001.
7. García JC. Pensamiento social en Salud en América Latina. OPS/OMS. Interamericana McGraw-Hill; México, 1994.
8. Granda E. ¿A qué llamamos Salud Colectiva hoy? *Rev Cub Salud Pública* 30(2): 10-5, 2004.
9. Jarillo Soto EC, Guinsberg E (editores). Temas y desafíos en Salud Colectiva.: Ed. Lugar; Buenos Aires, 2007.
10. L'Abbate A. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 8: 274-85, 2003.
11. Nunes ED, do Nascimento JL, de Barros NF. A questão curricular para o plano de formação em Saúde Coletiva: aspectos teóricos. *Ciencia & Saúde Coletiva* 15: 1935-43, 2010.
12. Nunes ED. Por una epistemología de la Salud Colectiva: los conceptos sociológicos. *Salud Colectiva* 6:11-9, 2010.
13. Silva Paim J. Medicina comunitaria. Introducción aun análisis crítico. *Salud Colectiva* 5: 121-6, 2009.
14. Spinelli H (compilador). *Salud Colectiva*. Ed. Lugar; Buenos Aires, 2004.
15. Testa M. *Pensar en Salud*. Ed. Lugar; Buenos Aires, 1993.

Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud

Eduardo L. Menéndez, Antropólogo y Maestro en Salud Pública, Actualmente dirige el proyecto de Antropología Médica del Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de México

El Modelo Médico Hegemónico se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía-proletariado.

El Modelo Médico se constituye en función del conjunto de las clases sociales urbanas y no sólo de los sectores burgueses y pequeño burgueses. Más aún, en un nivel manifiesto dicho modelo aparece asociado en su desarrollo a la lucha y abatimiento de toda una serie de padecimientos que pueden ser vinculados con las condiciones de vida de las clases subalternas. La desnutrición, el alcoholismo, la tuberculosis, las enfermedades infectocontagiosas incidían diferencialmente en el conjunto de las clases sociales, de tal manera que sus consecuencias más graves se daban en los trabajadores urbanos. Las condiciones de vida del proletariado emergen como aquellas donde se dan más frecuente y letalmente los padecimientos que supuestamente la práctica médica debía erradicar.

Pero el Modelo Médico, y esto debe ser subrayado, se instituye durante el período en que las clases subalternas urbanas, incluidos los trabajadores industriales, mejoran comparativamente su nivel de vida y comienzan a obtener determinados “beneficios sociales como producto de sus luchas y de las necesidades productivas y legitimadoras de la clase dominante. Así, las mejoras en las condiciones de salubridad no se dan abstractamente, sino que implican el control global sobre los focos transmisibles, ya que esto es casi lo único que asegura la protección de las clases dirigentes. Como sabemos, el caso del cólera constituye la expresión más significativa de este tipo de medidas de los países centrales. En el caso de México estas medidas pueden ser analizadas básicamente a través de la fiebre amarilla y del paludismo.

La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tiene que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en posible protección colectiva; pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad.

Si bien son las modificaciones en las condiciones de salubridad colectiva (agua potable, drenajes, sistemas de limpieza urbanos, etc.) y personal (abaratamiento del jabón y de la vestimenta) y el mejoramiento

de las condiciones de alimentación los factores que inciden en el descenso de las tasas de mortalidad de las clases subalternas, es sin embargo la atención médica la que aparece ante los conjuntos sociales como el agente fundamental de estas transformaciones. El Modelo Médico se impone no sólo a las clases dominantes, sino también a los trabajadores urbanos. Estos no sólo pasan a ser uno de los principales consumidores, sino que operan como propagandistas de dicho tipo de práctica médica. Para sus principales problemas de salud, los trabajadores urbanos no demandan medicina de tipo “tradicional”, sino la denominada medicina “científica”.

La percepción positiva de la medicina científica por parte de los trabajadores, tiene que ver con procesos ideológicos y técnicos que operan a nivel de la sociedad global, pero también de la particularidad de sus propios procesos de trabajo.

De hecho las prácticas científicas van emergiendo como más eficaces, como técnicas que pueden curar más rápidamente que las prácticas tradicionales. Además los padecimientos que los trabajadores relacionan directamente con su trabajo son básicamente los accidentes laborales. Estos, dadas las condiciones de seguridad de las fábricas tienen una frecuencia y una letalidad para las cuales una medicina que en gran medida ejerció sus avances a través de la práctica quirúrgica está en condiciones de dar respuestas más satisfactorias que las de la medicina tradicional. Estos procesos deben ser relacionados a su vez con otros que permiten entender la racionalidad de la demanda así como de la percepción diferencial, y que están estrechamente relacionados con las condiciones de trabajo y de vida dominantes. La desocupación cíclica, y el “no trabajo” por enfermedad, constituían dos de los más graves problemas para la familia proletaria. Si bien el primero no tenía solución “legal”, sino a través del paro forzoso, la prostitución periódica, las migraciones internacionales y nacionales, etc.; el segundo necesitaba ser solucionado rápidamente a través de la intervención médica. Tanto el tiempo comparativamente largo con que la familia proletaria asume reconocer la enfermedad, así como la demanda urgente, inmediata con que pide o exige cura para la misma, tienen que ser relacionados con un condicionamiento económico-ocupacional del “tiempo”, ya que el enfermarse, asumir estar enfermo, suponía dejar de trabajar afectando directamente a la supervivencia del trabajador y su familia. La restitución de la salud o la reparación de la enfermedad deben ser inmediatos para no dejar de trabajar y seguir recibiendo su salario en el “mercado libre” laboral. Desde esta perspectiva la medicina científica es percibida como más rápida, como más eficaz, como Eduardo L. Menéndez* aquella que puede incidir más positivamente sobre determinados padecimientos. Es una medicina de urgencia, y no una medicina de espera.

Además, como sabemos, la salud de los “ciudadanos” aparece ponderada desde fines del siglo XVIII

como necesaria para el desarrollo del Estado. Este proyecto funcionó inicialmente a nivel ideológico, pero posteriormente operó en un nivel estructural relacionado con los cambios generados a partir de fines del siglo XIX en el proceso productivo, lo cual implicó la reducción del tiempo de trabajo, pero el incremento de los ritmos de producción. Las nuevas exigencias laborales implicarán el máximo rendimiento durante el menor tiempo; y en función de ello la necesidad de un trabajador en las mejores condiciones de salud posible. El obrero debe estar sano durante el período laboral, y debe por otra parte no “desviarse” durante el período de “descanso”; no sólo para así reparar su fuerza de trabajo, sino sobre todo para no generar ausentismo laboral. Durante este período la mayor posibilidad de “desviación” de la clase trabajadora está referida al “alcoholismo”, el cual es unilateralmente percibido como una enfermedad de clase. El alcoholismo puede generar ausentismo, mantiene la costumbre del “San Lunes”, puede conducir al trabajador y a su familia a la miseria “física y moral”. Una cosa es beber con moderación y otra la desviación de la ebriedad que afecta directa e indirectamente al proceso productivo.

El Modelo Médico es en consecuencia reconocido por el conjunto de las clases sociales como el medio más eficaz de cura y de control de determinadas enfermedades y “desviaciones”. Dicha percepción social es reforzada desde una perspectiva ideológica proletaria, por el hecho de que casi todos los líderes y teóricos de la clase obrera ponderarán como progresista, como aliado “natural” del socialismo a la medicina denominada científica.

Si bien el Modelo Médico Hegemónico tiene una relación activa con la problemática de salud/enfermedad del conjunto de las clases sociales, y en particular con la salud de los trabajadores; esta relación operó predominantemente en el plano curativo y marginó o secundarizó las políticas preventivas, sobre todo en el caso de la salud laboral.

El análisis de la estructura y función del Modelo Médico permite percibir con claridad lo que estamos señalando. En varios trabajos (E. L. Menéndez 1978, 1979, 1983) hemos analizado el Modelo Médico y hemos discriminado una serie de caracteres estructurales, que evidencian lo señalado.

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente “natural”, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como “pacientes”.

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al

individuo o a lo sumo a la suma de individuos, y que no puede referir radicalmente sus políticas de salud a los factores económicos-políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría de hecho afectar al proceso dominante. La dimensión biológica, y cuando fuese necesario la dimensión psicológica aparecen como los niveles a través de los cuales se plantea la causalidad y la solución.

El Modelo Médico implica el desarrollo de una práctica médica que puede ser pensada como una medicina del trabajador enfermo y no de la enfermedad sobredeterminada por el proceso laboral. La práctica médica convierte el problema específico en un problema abstracto, donde lo determinante es lo genérico, y no la situación específica del trabajador en un determinado proceso productivo.

Por otra parte la práctica médica radica su mirada en una aparente especificidad, la de la enfermedad “en sí”, que de hecho elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que afectan la salud global del trabajador, pero también la de su familia. Si reconocemos que el “trabajo” constituye todavía el principal articulador de la vida de los trabajadores, si aceptamos que las condiciones generales de trabajo siguen siendo el ordenador del tiempo de trabajo y de no trabajo, del tipo de relaciones intra y extralaborales, de los niveles posibles de consumo, de las alternativas culturales, etc., debe implicarse necesariamente que las condiciones de trabajo afectan no solo la salud del trabajador, sino que inciden en las condiciones de salud y enfermedad de su propio grupo familiar.

Desde esta perspectiva puede reconocerse la incidencia del proceso laboral en determinadas enfermedades, de las cuales la más evidente son los accidentes; pero también debe ser reconocida en padecimientos que son producto de las condiciones de vida derivados en gran medida de la inserción laboral. Tal vez el caso más evidente lo constituya la desnutrición, que no afecta generalmente al propio trabajador, pero que directa o indirectamente constituye una de las principales causales de mortalidad de sus hijos. La inserción laboral no determina, pero sí condiciona las posibilidades de una mejor infraestructura sanitaria que como sabemos está a la base de las principales causalidades que afectan la salud familiar.

Con este análisis no queremos disolver la especificidad de la enfermedad laboral, sino que por el contrario reconocemos tal especificidad, pero tratando de considerar en toda su envergadura las consecuencias del proceso de trabajo que no sólo se registra en el trabajador, sino sobre todo en su grupo familiar. Las características dominantes del Modelo Médico Hegemónico son expresión de un proceso, según el cual algunos de los caracteres básicos pasan a tener mayor o menor preponderancia según las condiciones sociopolíticas dominantes. Esta preponderancia se expresa a través de las funciones que este Mo-

delo cumple respecto del Estado y de los conjuntos sociales estratificados.

Potencialmente y en toda sociedad el Modelo Médico cumple cuatro funciones básicas: a) curativo-preventiva; b) normatizadora; c) de control y d) de legitimación. La primera función, la curativo-preventiva es la que aparece generalmente como la única, o por lo menos como la reconocida como más importante y relevante. Y en cierta medida así lo es; en el nivel manifiesto y aparente la curación y secundariamente la prevención aparecen como las funciones más frecuentes, como aquéllas con las cuales se identifica la práctica médica. Más aún, todas las otras funciones necesitan manifestarse a través de esta función; sólo pueden ser asumidas en la medida que sus objetivos sean por lo menos formalmente curativo-preventivos. Las otras funciones, sobre todo la b) y c) son parte implícita del trabajo médico: este necesita normatizar para actuar; requiere controlar para ser eficaz. Para que quede claro lo que estamos analizando, debemos recordar que el mero hecho de prevenir un padecimiento supone la posibilidad de normatizar y de controlar. El término "vigilancia epidemiológica" expresa en toda su transparencia este proceso, que en todos los casos supone además una organización jerarquizada de la normatización y del control, así como una participación pasiva de los "pacientes".

En este trabajo no vamos a discutir si en el medio laboral mexicano se realiza vigilancia epidemiológica respecto de las enfermedades laborales. De hecho no se hace; sólo puede realizarse a partir de determinadas condiciones productivas y a partir de la complejidad del aparato sanitario privado y/o público. Pero lo que nos interesa proponer es que toda práctica médica generada por el Modelo Médico, supone aun en sus principales avances objetivos la posibilidad de controlar y normatizar, y desde esta perspectiva contribuir a la reproducción ideológica de determinadas relaciones dominantes.

La utilización de la dimensión salud/enfermedad y de la acción médica como un legitimador social se manifiesta con toda transparencia luego de la crisis de 1929 y sobre todo a partir de la segunda postguerra. El notable abatimiento de la mortalidad general e infantil; el aumento de la esperanza de vida serán manejados en términos comparativos respecto del pasado y entre sistemas sociales antagónicos. Estos y otros indicadores de salud expresarían niveles de "desarrollo" económico-social diferenciales y que pueden ser remitidos a las condiciones estructurales de los sistemas en los cuales se manifiestan estos fenómenos. Si bien constituyera un indicador menos utilizado, las enfermedades laborales y sobre todo las condiciones de accidentabilidad también serán manejados como objetivos legitimadores y de lucha ideológica.

Debe subrayarse que en 'todos los casos estas condiciones diferenciales están referidas a las condiciones de vida, pero también a las consecuencias de la hegemonía de la práctica médica científica. En los

países capitalistas este reconocimiento tiene una notable congruencia económico-política dado que el dominio de las prácticas curativas contribuye en forma notable a la reproducción ampliada del capital a través de la denominada "industria de la salud".

Ahora bien a mediados de la década de los '60 este Modelo entra en crisis (ver E. L. Menéndez: La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. Cuadernos Médico-Sociales N° 21:25-42 1982), y dicha crisis se manifiesta en forma particular en la producción de enfermedad y de atención a la salud de los trabajadores, sobre todo porque en determinados países la crisis incidirá en los sistemas de-f mandamiento de los organismos de seguridad y bienestar social.

Por otra parte los procesos de desarrollo industrial desigual inciden notoriamente para modificar el perfil epidemiológico y las causalidades básicas de las principales enfermedades.

Los problemas de salud ocupacionales generados por la industria moderna, sobre todo en el caso de los cánceres, aparecen cada vez más evidentes tanto en términos de trabajo directo, como en términos indirectos, es decir, a través de las condiciones generales de vida. Pero no son sólo las consecuencias biológicas donde tenemos que encontrar el condicionamiento del proceso laboral sobre la enfermedad. El incremento de la enfermedad mental debe ser ponderado en todas sus consecuencias, dentro de un panorama donde objetivamente se genera un descenso de las tasas de mortalidad a nivel absoluto y diferencial.

Justamente la validez del Modelo Médico pretende fundarse en este descenso objetivo de las tasas de mortalidad; pero la cuestión no radica en permanecer nuevamente en el nivel manifiesto sino remitir dicho proceso de abatimiento a sus condiciones reales y posibles.

Si bien debe reconocerse dicho abatimiento, inclusive para nuestros países, el análisis de la crisis del Modelo Médico evidencia justamente su inoperancia respecto de una mayor disminución de la morbimortalidad, lo cual remite nuevamente a hallar las condiciones del proceso en la dimensión económico-política que fundamenta la práctica del Modelo y no en el "modelo en sí".

Toda una serie de hechos evidencian esta "inoperancia":

- si bien con la tecnología médica actual son curables y abatibles la mayoría de las principales causas dominantes en nuestros países, la aplicación de dicha tecnología opera sólo en forma muy limitada.
- se conoce la tecnología a partir de la cual controlar las principales causales de insalubridad, contaminación, desmejoramiento del ambiente y sin embargo en la mayoría de nuestros países continúa el proceso de contaminación general;
- con la tecnología fabril actual son potencialmente controlables la mayoría de los riesgos laborales

directos y sin embargo dicho control industrial se ejerce muy limitadamente a nivel médico-sanitarista.

- d. el crecimiento objetivo de la enfermedad mental derivada directamente del trabajo o de las condiciones de vida se expresa a través de indicadores como el proceso de alcoholización, cuyo agente puede ser potencialmente controlable, pero afectando seriamente a intereses económico-ocupacionales del conjunto de las clases sociales complicadas en el proceso de producción, comercialización y consumo.
 - e. pese al objetivo abatimiento de la mortalidad, sigue prevaleciendo una mortalidad diferencial en prácticamente todos los países; esta mortalidad diferencial puede ser medida en términos de clase, de estratos y de sectores ocupacionales, ya que a través de estas tres unidades pueden detectarse diferencias en las tasas de mortalidad y en la esperanza de vida. El Modelo Médico no ha conseguido abatir esta diferenciación, y si bien se ha generado una disminución en la brecha existente entre algunos sectores sociales, todo indica que aún en países como EE.UU. o Gran Bretaña se ha incrementado la diferenciación entre el estrato social más bajo y los restantes.
- - La crisis del Modelo Médico Hegemónico debe ser vinculada en la actualidad con la crisis económico-política, y con las alternativas que el sector salud se plantea a partir de seguir manteniendo la estructura y funciones de dicho modelo.

Debe destacarse al respecto que las condiciones actuales de la crisis afectan decididamente no sólo el tipo de estrategias, sino también a las causales de morbilidad. El endeudamiento financiero, así como las propuestas del Fondo Monetario Internacional, sobredeterminan de hecho las condiciones de vida de las clases subalternas, así como las propuestas de solución.

El Modelo Médico Hegemónico necesita re-ajustarse, es decir, necesita sobre todo abaratar costos sin por eso perder legitimidad y sobre todo respecto de determinados sectores ocupacionales.

En las últimas décadas el Modelo Médico corporativo estatal, que constituye una variante del Modelo Médico fue construyendo un tipo de práctica que podemos caracterizar de la siguiente manera:

- a. ha tratado de extender las coberturas basado en instituciones de seguridad social; el porcentaje de derecho-habientes pasó del 20 % en 1965 al 43 % en 1980;
 - b. no obstante esta extensión, debe señalarse que la misma se ha dado en forma diferencial, lo cual implica una atención desigual a la población económicamente activa» Los recursos económicos, materiales y humanos se han concentrado en algunas instituciones, básicamente el Instituto Mexicano de Seguridad
3. Social (IMSS) y en la población trabajadora que

opera dentro de los programas regulares de dicha institución;

- c. en el conjunto del sector salud domina un modelo curativo, que no sólo es sumamente costoso, sino que es de baja eficacia respecto de los principales problemas de salud. Así, tenemos que el IMSS en 1978 distribuyó su presupuesto de tal forma que sólo el 1.1 % del mismo correspondió a atención preventiva y el 52,5 % a la curativa. Todas las instituciones de salud del país presentan una composición de la plantilla del personal que expresa con claridad el dominio del enfoque curativo. Así en el Instituto de Servicios de Seguridad Social de Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1975 había 4,998 médicos, 5,954 enfermeras y 1795 paramédicos. Si bien esta relación establece ya una composición considerada no satisfactoria inclusive desde una perspectiva curativa en 1979, dichos porcentajes siguen diferenciándose en forma negativa. Ahora tenemos 6,704 médicos, 6,882 enfermeras y 1,655 paramédicos, es decir que los médicos se incrementaron en un 6.4 % y las enfermeras en un 2.1 %, mientras que los paramédicos se redujeron en un 3.2 %. En el caso del IMSS para 1979 tenemos 25,389 médicos, 15,377 enfermeras y 21,888 auxiliares de enfermería. La notable cantidad de médicos, planteada no en términos absolutos, sino comparativos, indica de hecho, un predominio de las actividades curativas respecto de las preventivas, así como el potencial incremento de los costos de atención a la salud. Un modelo curativo supone de hecho el incremento de la medicamentación, de la polifarmacia, del uso creciente del equipo técnico, que favorecen la reproducción de la "industria de la salud" y que en países como los nuestros afecta la estructura del financiamiento del aparato de salud y lo que es más grave no afecta a los factores "ambientales" que favorecen el mantenimiento de determinados cuadros de morbilidad.
- d. es el predominio de este modelo curativo el que se expresa en la ineficacia o en una eficacia limitada y diferencial de la aplicación de los programas que deberían actuar sobre las causas básicas de mortalidad y morbilidad; desnutrición, saneamiento, accidentes, contaminación, etcétera. Las prácticas curativas sólo pueden operar limitadamente sobre nuestros principales problemas de salud física y mental.
- e. debe subrayarse que para algunos autores, el dominio de las prácticas curativas no tiene que ver solamente con la reproducción de la industria de la salud, sino también con procesos de reproducción y de legitimación ideológica del sistema. La inducción médica fomenta directa e indirectamente la aceptación de la hegemonía de dicha práctica por parte de los conjuntos sociales. Conduce a estos conjuntos y sobre todo al conjunto de las clases subalternas, a percibir y a deman-

dar este tipo de práctica como “la mejor”, o por lo menos como la mejor que el sistema global les puede dar. Diversas investigaciones evidencian que son los sectores de menores ingresos los que tienden a incrementar la demanda de los servicios médicos de salud cuando pueden consumirlos.

Es decir que en el contexto latinoamericano, y en particular en el caso de México, se generó una institucionalización del Modelo Médico que cumple las funciones descritas y en particular respecto de los trabajadores.

Ahora bien este Modelo, como ya lo señalamos, necesita readecuarse dadas las condiciones actuales de la doble crisis, la referida a la situación económica general y la crisis del Modelo Médico. Es indudable que la crisis económica afectará al conjunto de las clases sociales; pero pueden detectarse toda una serie de problemáticas donde la crisis afectará en forma diferencial a las clases subalternas:

- a. el deterioro de las condiciones económicas y el incremento de la desocupación real incidirá en las condiciones nutricionales de la población, y sobre todo en el caso de los niños menores de cinco años, y facilitará la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas, incrementando la potencialidad de mortalidad en dichos grupos etáreos;
- b. teóricamente puede deducirse que el incremento de la desocupación y subocupación no sólo se reflejará en la disminución del nivel de vida, sino en el incremento de las denominadas “violencia” y “patología” sociales;
- c. determinadas medidas económicas pueden afectar directamente algunas causales de mortalidad y morbilidad; así, el aumento del costo del agua puede incidir notoriamente en la higiene corporal, alimenticia y de la vivienda;
- d. hipotéticamente el incremento de la racionalidad productiva puede traducirse en el incremento de la morbilidad ocupacional;
- e. los procesos de empobrecimiento relativo y absoluto, y los procesos migratorios rural-urbanos., tenderán a afectar la oferta de servicios de salud y salubridad de modo diferencial. El posible incremento de los asentamientos “marginales” incrementará los problemas de saneamiento y salubridad;
- f. el deterioro de la capacidad adquisitiva de los trabajadores y de los sectores medios dependientes, orientará su demanda de atención médica, tanto en el primer nivel de atención, como sobre todo en los niveles de mayor complejidad, a los servicios de seguridad social de los cuales son derechohabientes. Es decir que una parte del consumo médico que era “solucionado” por la práctica privada, tendrá que ser absorbido por los servicios públicos generando posibles “cuellos de botella” en la organización institucional.

Esto a su vez puede conducir a reducir la calidad de la atención médica, al aumentar el número de pacientes por médico.

- g. si bien la incidencia del aumento del costo cotidiano de vida puede llevar a la reducción de la contaminación ambiental (gases, ruidos, accidentes), generada por el transporte automotor privado, no ocurrirá lo mismo con la contaminación proveniente de las actividades industriales. Respecto de la actual situación, que no configura nuevas problemáticas, sino que la crisis actual agudiza, las estrategias del sector salud se siguen implementando a partir de las líneas institucionalizadas previamente.

La revisión de las estrategias actuales implica su lectura en dos dimensiones, la de la continuidad de las acciones y la de las posibles alternativas gestadas por el sistema.

Desde la primera dimensión observamos:

- a. que continúa la hegemonía del Modelo Médico;
- b. que la práctica médica dominante es la curativa en las principales instituciones del sector salud;
- c. que sigue dominando la tendencia a incorporar profesionales médicos con énfasis en lo curativo;
- d. que persiste la atención “desigual”;
- e. que la inversión en controles preventivos, sobre todo del medio ambiente, es reducida y muy inferior a las inversiones en la dimensión curativa;
- f. que trata de desarrollarse la fusión organizativa del sector salud;
- g. que en todos los casos, ya sean referidos a la programación de actividades, o ya sean tomadas las acciones en sí, son los criterios biológicos los que operan predominantemente, si bien son tomados en cuenta criterios de tipo económico, social y cultural. Ahora bien, en los últimos años se vienen propugnando algunas medidas que aparentemente cuestionarían, o por lo menos establecerían una alternativa distinta respecto del modelo dominante. Las dos medidas básicas son las referidas al énfasis en la atención primaria y en la participación comunitaria por una parte, y a las propuestas de descentralización de los servicios centrando en unidades municipales o jurisdiccionales las funciones y actividades aplicativas. Ambas propuestas son en gran medida complementarias.

La revisión de esta “nueva” orientación supone la discusión de dos hechos: primero discriminar si estas actividades constituyen realmente una alternativa al modelo curativo; segundo establecer cuáles son sus articulaciones con las estrategias del sector salud, tanto a nivel nacional como internacional.

Como sabemos, la década de los setenta se caracterizó por el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las oficinas regionales, en nuestro caso la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la extensión de los servicios de sa-

lud al conjunto de la población. Este proceso culminó en la Conferencia internacional de Alma Ata y en las propuestas de los diferentes programas de extensión de cobertura que se intentaron aplicar a Latinoamérica. Esta extensión de cobertura estaba basada en el desarrollo de recursos comunitarios de bajo costo y en el escalonamiento de los servicios de atención médica, lo que supuso la producción de recursos humanos comunitarios que se hicieran cargo del primer nivel de atención. Este primer nivel de atención suponía además la participación activa de la población en las acciones de atención y de salubridad.

Ahora bien, estas estrategias implicaban como uno de los principales criterios de prevención la participación real de la población suponían también una notable potencialidad en el abaratamiento de costos referido tanto a recursos materiales como humanos. Esta propuesta generada en un período, que podemos denominar de “pre-crisis” va a ser retomada y reformulada al irse incrementando el deterioro económico-social de los países del “tercer mundo”; y justamente será el Banco Mundial el que en 1980 proponga este tipo de medidas, dentro de un conjunto de propuestas de solución a los problemas de salud/enfermedad de los países “en desarrollo”. Las medidas propugnadas por esta institución son:

- a. incremento de la producción de alimentos básicos tradicionales del área;
- b. aumento de la extensión de la escolaridad primaria;
- c. planificación familiar;
- d. extensión de cobertura, basada en recursos humanos de escasa preparación formal general y específica;
- e. eliminación de enfermedades transmisibles aplicando la tecnología médica y sanitaria moderna;
- f. desarrollo de programas de educación para la salud.

Como vemos, estas medidas se articulan tanto con lo propuesto por las organizaciones de salud a nivel internacional, como con las tendencias dominantes en los llamados programas de salud rural a nivel de los Estados latinoamericanos. Estas propuestas también se relacionan con las dificultades de inversión en salud y en consecuencia con tratar de paliar el aumento de los costos de la “industria de la salud”. Pero también se relaciona con la crisis de eficacia de la práctica médica.

En el caso mexicano estas propuestas se “retomarán pero no tanto a través del uso de personal tipo “médico descalzo”, aun cuando existieron y existen programas que lo promovieron, sino sobre todo a través de médicos, paramédicos y pasantes de medicina. Además, el modelo curativo sigue dominando sus prácticas, y la dimensión de una real participación comunitaria es muy limitada. Es decir que la extensión de la atención primaria no sólo reproduce el modelo curativo, sino que tiende a legitimarlo. Por otra

parte el incremento de las inversiones en salud siguen orientadas hacia los recursos humanos y hacia los medicamentos.

La atención primaria no constituye “en sí” una estrategia preventiva; en general racionaliza y refuncionaliza el modelo médico. El primer nivel sólo se configura como preventivo si realiza acciones preventivas, lo cual, aunque sea obvio, debe ser subrayado, y además, cuando dichas acciones implican la participación activa de los conjuntos sociales.

El énfasis en la atención primaria exclusivamente curativa, tiende más a la legitimación que a la acción modificadora de las condiciones de salud/enfermedad y halla en consecuencia un límite a sus acciones no sólo en dichas condiciones, sino en las propias posibilidades dada la reducción potencial de las inversiones en salud.

Este proceso implicó teóricamente la participación comunitaria; se proyectó sobre áreas rurales y en segundo lugar sobre áreas “marginales”, y en general se propició una participación pasiva, subordinada, que no interviene en los niveles decisorios. Respecto de la salud en la fábrica, prácticamente no se han impulsado experiencias de participación real, es decir, autónomas o por lo menos de coparticipación efectiva. Si bien a nivel de los organismos decisorios aparecen ponderadas las condiciones de salubridad, de prevención, de participación; lo real es que estas propuestas no son llevadas a cabo con el mismo nivel de inversiones económicas y con la misma continuidad que las prácticas curativas.

Asumir la participación subordinada, enfatizar las consecuencias negativas de la contaminación industrial sin poder operar radicalmente sobre ellas da cuenta por una parte del conocimiento de los factores sociales, económicos y políticos, y no meramente técnicos, pero también da cuenta de las limitaciones ideológicas y económico-políticas que operan en y sobre el modelo médico hegemónico.

Referencias

- BANCO MUNDIAL - 1980: Informe sobre el desarrollo mundial, Washington.
- COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD -1982: Hacia un sistema nacional de salud, México (edición mimeografiada; sin anexos).
- COPLAMAR - 1982: Necesidades esenciales en México, Salud, Siglo XXI, Vol.4). - 1982: Necesidades esenciales en México, Geografía de la marginación, Siglo XXI, Vol.5
- IMSS - 1974: Estudio de actitudes de los derechohabientes del IMSS, México. - 1979: Resumen estadístico de los riesgos de trabajo ocurridos, México. MENENDEZ, E.L. - 1978: El modelo médico y la salud de los trabajadores, en F. Basaglia y Otros: La salud de los trabajadores: 9-54, Nueva Imagen, México - 1979: Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica, Nueva Imagen, México. - 1983:

Hacia práctica médica alternativa, Hegemonía y autoatención (gestión) en salud, Cuaderno 86 de la Casa Chata, México.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD -1978: Las condiciones de salud en las Américas, 1973-76, Washington.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD -1982: Las condiciones de salud en las Américas: 1977-80, Washington.
- SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO - 1978: Manual de estadísticas básicas socio-demográficas, 911,
- Sector Salud y Seguridad Social, México.

El universo de la sexualidad ya no es tan fijo ni inmutable. La identidad de género es una construcción compleja que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer. La diversidad abarca todas las clases sociales, y a toda la humanidad en distintos momentos de la historia. Desde la medicina, el compromiso con la despatologización de todas las identidades de género es una lucha que recién comienza.

TRANSGÉNERO: “EL PUNTO CIEGO DE LA CIENCIA”. LO QUE NO VIMOS (O NO QUISIMOS VER)

por Adrián Helien. Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador del Grupo de Atención a Personas Transgénero del Hospital Durand. Presidente del Capítulo de Sexología y Diversidad Sexual de la Asociación de Psiquiatras Argentinos

“El hombre está siempre dispuesto a negar aquello que no comprende”. Luigi Pirandello

Este texto es una invitación a observar nuestras certidumbres y a percibir con mente de principiante, sin juzgar. Es el fruto de haber coordinado durante diez años un equipo que trabaja en un hospital público: el Grupo de Atención a Personas Transgénero del Hospital Durand (GAPET). Esta experiencia me acercó a un grupo de personas a las que el sistema de salud les había cerrado las puertas. Pude escuchar sus historias, sus narrativas y sobre todo observar de cerca las consecuencias negativas de lo que habíamos (o no) hecho. Esto marcó un antes y un después en mi manera de comprender lo humano y pude darme cuenta de que, a pesar de haberme formado como especialista en psiquiatría y en sexualidad, sabía poco y nada de la temática. Empecé a comprender a las personas transgénero cuando pude verlas y escucharlas más allá de lo que decían los libros. Quiero aclarar que las personas transgénero o trans son aquellas que no se sienten identificadas con el sexo que les asignaron al nacer. Hoy sabemos que la identidad de género, esa percepción subjetiva acerca de quién soy yo, es una construcción comple-

ja que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer, siendo una situación humana posible y perfectamente normal.

La sexualidad de por sí es un tema poco estudiado y abordado dentro del sistema sanitario. Pero si hablamos de las personas 108 > por Adrián Helien transgénero el tema se vuelve aún más desconocido, confuso y lleno de prejuicios. Pienso que este fue un punto ciego de la ciencia. Ese lado que no vimos o no quisimos ver. Sobre todo por las secuelas que produjo en las personas que fueron abandonadas a su suerte, sólo por el hecho de no entrar en las categorías de varón o mujer normativas, o cissexuales, es decir, aquellos cuya identidad de género coincide con la asignada al nacer.

El ojo es un scanner muy pobre, en la retina los vasos sanguíneos y los cables nerviosos están situados por delante de los fotorreceptores, de modo que bloquean la luz que llega y crean un punto ciego. Es decir que delante de nosotros hay un punto en el que no vemos. Pero no nos damos cuenta, porque no vemos lo que no vemos.

Hasta la creación del GAPET del Hospital Durand en el año 2005, no existía atención sanitaria para las personas transgénero.

No se las atendía, se las expulsaba, se las discriminaba. ¿No nos dimos cuenta?

No vamos por la vida con un agujero en la visión. Llenamos ese hueco. Estamos tapando agujeros perceptuales continuamente.

Huecos de puntos ciegos que tenemos debido a nuestra estructura anatómica, conductual o cultural. En este caso colocamos la diversidad en el casillero de lo patológico, sin ninguna evidencia científica, y recién hoy lo estamos empezando a percibir, para revertir ese error.

El binario y sus consecuencias

Actualmente asistimos al derrumbe de la ideología binarista. Ese dogma que planteaba que había sólo dos formas de ser persona en el universo: varón y mujer. Los mundos construidos a partir del rosa y el celeste seguían las reglas de la ideología heteronormativa y heterosexista, bajo la cual desde una mayoría heterosexual, sólo por el hecho de serlo, impuso las reglas. Desde ese lugar de poder autotorgado, dictaminó lo que era ético, estético y moral; salud y enfermedad y normal y anormal, basados en la sexualidad heterosexual y reproductiva.

Esta ideología dogmática actuó filtrando nuestra percepción de lo que es una persona. De manera invariante dictaminó y condenó a los que no entraron en los casilleros normativos a quedarse afuera de derechos humanos básicos como el de tener una identidad.

A la vez creó en nosotros una policía de género, que vigila y castiga a todo aquel que no se atenga a las leyes del rosa y el celeste.

Introyectamos esta forma de vigilancia, en nosotros, para cumplir con las normas binarias que incluyen vestirse, movernos corporalmente, hablar, la actitud, etc. A la vez también vigilamos que los otros las cumplan. Si no se cumplen y/o no entramos en el casillero normativo, corremos el riesgo de ser juzgados, discriminados, agredidos y victimizados. Esta construcción binaria se da a partir de lo biológico, como única realidad: “Sos varón si tenés pene, sos mujer si tenés vulva y vagina”. No se discutía, se aceptaba como “La verdad”. Hoy sabemos que nos equivocamos y aceptamos que no siempre es así. Existen múltiples variantes de construir las identidades de género, no todas coinciden con lo biológico. Una vez más hemos superado y complejizado nuestra biología. Hay infinitas maneras de subjetivar el género, todas legítimas y normales.

Hasta hace muy poco, para definir la identidad de las personas se tomaban variables biológicas (sexo cromosómico y genital), hoy reconocemos que la identidad de género es tan sólida y dominante como los preceptos anteriores. Por lo tanto, actualmente es el criterio de elección.

Los médicos y la diversidad

Profesionales de la salud muchas veces reproducen prácticas discriminatorias producto de la internalización del paradigma del modelo binario y/o el médico hegemónico. Estos modelos promueven la estigmatización y cosificación de las personas al naturalizar los parámetros de normalidad/anormalidad, capacidad/ incapacidad, salud/enfermedad, y simplifica la importancia de los determinantes sociales a la hora de abordar la salud de una persona.

Aún hoy existen profesionales de la salud que desconocen, niegan, discriminan o califican como psicóticos, esquizofrénicos o masoquistas a las personas transexuales.

El 85% de las personas que consultaron en nuestro servicio recibieron algún tipo de maltrato por parte de los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeros, etc.).

Numerosos trabajos científicos dan cuenta de los obstáculos que tenemos los profesionales a la hora de abordar la diversidad: incomodidad, prejuicio, discriminación, mala formación. Falta de entrenamiento en cómo preguntar/dialogar. Eventual heterosexismo, homofobia u hostilidad. Desconocimiento del tema diversidad sexual. Desinformación sobre el proceso identitario.

Falta de tiempo, temor a abrir la “caja de Pandora” y mal manejo de la confidencialidad, son sólo algunos de los problemas detectados.

No sabemos cómo se conforma la identidad: ninguna (ni varón, ni mujer, ni trans). Lo llamativo es que siempre la pregunta es para las minorías. Como si tratáramos de señalar al diferente, otorgándonos un

supuesto lugar de normalidad y superioridad, para clasificar como enfermo al otro. Lamentablemente la ciencia médica actuó así. Lo peor es que cuando los médicos clasificamos algo como patología, tratamos de curar. Lo cierto es que jamás curamos a nadie (que además no quería, ni debería ser tratado). El acto curativo más importante de la psiquiatría fue sacar la homosexualidad y a las variables identitarias del catálogo de las enfermedades mentales.

Cosa que sucedió muy recientemente. La ciencia médico-psicológica actuó desde el binario.

Hoy sabemos que cualquier intento de modificación identitario o de orientación sexual es antiético y está condenado por todas las asociaciones médico-psicológicas de reconocido prestigio en el mundo.

Despatologización de la diversidad sexual

La Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH) nos dice que “la expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo”. Esto significa que no sentirse identificado en el sexo asignado al nacer es una experiencia humana normal, que corresponde a las diversas posibilidades de subjetivar el género.

Lo cual pone en blanco sobre negro algo que siempre existió: la diversidad sexual estuvo presente a lo largo de toda la historia de la humanidad. Numerosos escritos, obras de arte, relatos y distintas formas de registro dan cuenta de ello. La diversidad abarca todas las clases sociales, y a toda la humanidad en distintos momentos de la historia.

Tenemos que admitir además que desde el mundo científico no existe ninguna hipótesis aceptada universalmente acerca de cómo se construye la identidad.

No sabemos cómo se conforma la identidad sexual. Ninguna: varón, mujer, transexual, transgénero, intersex. Lo llamativo es que siempre nos preguntamos por lo que queda fuera de la norma: causas de la identidad trans, orientación homosexual, etcétera.

No existe causa aceptada con evidencia científica, en el mundo médico, sobre identidad ni orientación sexual.

Sí sabemos que no es una elección. En el sentido de cómo escogemos en una góndola de supermercado tal o cual marca de una mercadería. Es un descubrimiento. Producto de múltiples factores y de la interacción entre una matriz biológica y el medio.

También aprendimos que el órgano que se presenta como fundamental es el cerebro y todas sus conexiones. Lo cual nos lleva una vez más a pensar en la integración cuerpo-mente-contexto, de manera inseparable.

Clasificar y cosificar

Utilizo la palabra transgénero para referirme a las personas que no se sienten identificadas con el sexo-género asignado al nacer a partir de su biología. Incluyo aquí a todas las expresiones posibles.

Ya que no hay una clasificación que las abarque mejor y porque además no hay una sola forma de ser transgénero, como no hay una sola forma de ser varón, mujer, homosexual, heterosexual, etc. Hay diversidad en la diversidad. Por más que queramos encerrar a las personas: no van a entrar en los casilleros que les asignamos. Hay que tener en cuenta que las categorías de identidad no son nunca meramente descriptivas, sino siempre normativas, y como tales excluyentes.

Por otro lado estaríamos etiquetando procesos, lo cual equivale a simplificar brutalmente y jerarquizar siempre lo binario: varón y mujer cissexual.

Las clasificaciones médicas en el tema de la diversidad sexual significaron una forma de acallar subjetividades; borrarlas y patologizarlas.

Quizás hoy sea más correcto hablar de personas transgénero, cada una con sus necesidades específicas.

Cuando digo que las personas trans no tuvieron categoría de persona, me refiero a que al decir “persona” estamos hablando de quien es el sujeto de determinados derechos morales y, como tal, merecedor de protección moral por parte de terceros.

Evaluar la noción de “persona” implica afirmar, entonces, qué es lo que hace que la vida sea importante y lo que hace que algunas vidas sean más importantes que otras. El hecho es que a las personas las protege la sociedad y les da derechos. Existe protección moral.

Previo a la Ley de Identidad de Género las personas trans no tenían igualdad de derechos ni ciudadanía plena. Tenían que hacer un juicio al Estado para que se reconociera su identidad y para que un juez les autorizara a modificar su DNI y su propio cuerpo.

Era sometida/o a infinitas pericias, físicas y psicológicas (exámenes cromosómicos, urológicos, ginecológicos, test psicológicos varios) durante años. Tenía que demostrar lo indemostrable; ya que la identidad de género está inscrita de manera subjetiva en lo más profundo de nuestra mente y cerebro. Lo más dramático era que el juez de turno, según su propia ideología definía si le otorgaba o no su propia identidad. Podemos hacernos una pregunta, más que obvia: ¿de quién es la identidad? La identidad es de la persona que la posee. No es del representante de la ley, ni del médico actuante, ni de nadie, más que de la persona que la porta. Lo mismo podemos decir de su cuerpo. Todos tenemos el derecho a nuestra identidad y a disponer de nuestro cuerpo.

Este privilegio era para las personas cissexuales (las que coinciden con el sexo asignado al nacer, en general a partir de su biología), para las personas trans

no. Desgraciadamente sigue siendo así en la mayoría de los países del mundo.

Habría que poder ponerse en su piel, para poder experimentar por un rato aunque sea imaginariamente el monto de sufrimiento padecido. O qué significa ser un ciudadano de segunda o tercera categoría sólo por el hecho de no sentirse identificado con el sexo asignado al nacer (o por no ser heterosexual en otros lugares del planeta).

Hoy la ciencia admite el error y reconoce que el mundo ya no es tan binario.

La Ley de Identidad de Género argentina es única, ya que desjudicializa al sacar del ámbito de la Justicia el tema. Las personas trans ya no tienen que hacer un juicio al Estado para que les otorgue el cambio en el DNI, ni autorice las intervenciones quirúrgicas necesarias. Despatologiza: reafirma que todas las identidades son normales. Finalmente valida la autopercepción de las personas y sólo hay que hacer un trámite administrativo para el cambio en el documento. Este hecho no es menor ya que da poder a la palabra. A la vez garantiza el acceso a las cirugías y tratamientos hormonales para los que lo necesiten, a fines de vivir más armónicos en consonancia con su identidad de género.

Hoy sabemos que la identidad de género, esa percepción subjetiva acerca de quién soy yo, es una construcción compleja que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer, siendo una situación humana posible y perfectamente normal.

Un poco de historia

Sabemos que la diversidad existió a lo largo de toda la historia de la humanidad, muchas sociedades la integraron y otras la castigaron.

La realidad, que no era binaria, fue redefinida en un momento de la genealogía del saber como pecado, con castigos que podían llegar hasta de muerte (aun hoy en siete países existe pena de muerte para la homosexualidad: Arabia Saudí, Emiratos Árabes, Irán, Mauritania, Somalia, Sudán del Sur, Yemen) y en 76 países sigue siendo un crimen. No es una metáfora: ser gay o lesbiana en los países citados puede hacer la diferencia entre estar vivo o muerto.

El paso siguiente lo dieron las ciencias de la salud. Salvo honrosas excepciones aceptaron el dogma binario heteronormativo-heterosexista y sin ninguna evidencia científica consideraron patología a todo lo que quedaba fuera de él.

No miramos o no quisimos reflexionar sobre las enormes consecuencias de este hecho. La estigmatización, el prejuicio, la discriminación y la violencia sobre las personas afectadas son algunos de los efectos producidos sobre ellos. Sólo por no entrar

en las categorías de varón y mujer normativos o cissexuales.

Este dogma/ideología binaria dejó afuera a muchos semejantes que no tuvieron el ejercicio pleno de sus derechos humanos. No se los consideró personas, no se les permitió tener una identidad, ni acceder al sistema de salud, al mundo laboral, al estudio, o a la intimidad. Fueron estigmatizados desde los manuales de psiquiatría que rigen las normas de atención de todos los sistemas sanitarios. Hasta ayer nomás se los tildó de enfermos, locos, bizarros, psicóticos, raros, perversos, trastornados.

Sometimos a una vida de segunda clase a toda aquella que no entrara en esos cajones binarios.

Experiencia trans en la niñez

Un tema que resulta particularmente alarmante es que las experiencias trans también pueden darse (y se dan) en la infancia.

Donde niños que no cumplen con las expectativas de la tipificación varón-mujer también son estigmatizados y maltratados.

Quizás uno de los problemas más invisibilizados. Los niños con experiencia trans son en general obligados a entrar en un molde en el que no entran. No se les permite elegir sus juguetes preferidos, por no cumplir con las expectativas esperadas según el género asignado al nacer. Esto limita sus posibilidades de juego, de desarrollo de habilidades y de integración social.

Muchas veces reciben castigo o rechazo de sus familiares cercanos. Con enormes consecuencias negativas para su salud. Un estudio de Caitlin Ryan de la Universidad de California nos dice que el rechazo familiar multiplica por ocho el riesgo de suicidio en niños y jóvenes homosexuales y transexuales. Otro realizado en la ciudad de Nueva York nos cuenta que del 25 al 40% de los homeless en NYC pertenecen al colectivo LGBT. Fueron expulsados de sus hogares a edades tempranas cuando quisieron salir del closet. Hay que saber que la aceptación familiar disminuye drásticamente las probabilidades de problemas de salud mental, la deserción escolar, el abuso de sustancias y suicidio.

Época de cambios

A la vez, de manera vertiginosa se están produciendo enormes cambios en la comprensión de la diversidad sexual. Una verdadera revolución está transformando nuestras sociedades. Las personas que no fueron consideradas como tales están reclamando por sus derechos y son escuchadas. En muchos casos han provocado cambios jurídicos al modificar las leyes: la Ley de Identidad de Género argentina es un ejemplo. Otras veces han modificado las normativas de atención al incluir la salud de las personas transgénero en la agenda sanitaria. A la vez las empresas em-

piezan a visibilizar el colectivo trans en el mundo de Internet donde por ejemplo Google+ y Gmail han incluido las categorías: varón, mujer y otro. Facebook personalizó aún más las identidades de género donde hay muchas opciones (50), entre las cuales están transgénero, intersexual, andrógino, neutro, etcétera. Sólo basta observar algunos aspectos de la realidad que nos atraviesan. Abrir los ojos y ver que vamos camino a la integración de las identidades trans en un plano de igualdad de derechos.

Hecho irreversiblemente nuevo y en el cual nuestra ley de identidad marca el rumbo y se lo señala al resto del planeta.

Hoy asistimos al derrumbe de esta concepción que afectó a millones de personas. El DSM V saca de la categoría enfermedad mental a la transexualidad y borra el trastorno de la identidad sexual. Ninguna identidad es patológica y se empieza a desmoronar el binario.

Están cambiando los conceptos referidos al género y todas las clasificaciones quedan obsoletas porque las personas se autodefinen constantemente, incluyendo posturas políticas disidentes.

Cambian los procesos cerebro-mentales y por consiguiente los cuerpos que las representan. En ese sentido es más útil deshacer el concepto de género tal cual lo conocíamos.

¿Qué es hoy ser varón, mujer, travesti, transexual, transgénero, intersex, no conforme con el género, cyborg, neutro? Asistimos a la era post género. Hay tantos géneros como personas existen y se autodefinen.

¿Qué cuerpos representan esos géneros? Hoy hay varones con útero, vulva y vagina, mujeres con pene y mamas. Hay diversidad de cuerpos y son más de diseño que nunca en la historia.

También cambian las parejas, las familias y la sociedad toda es más diversa. El universo de la sexualidad ya no es tan fijo ni inmutable.

Es diverso y cambiante. Hay cambios en la sexualidad, en el placer, en los aspectos reproductivos, en el concepto de familia, en los cuerpos de diseño, para todos (no sólo para cissexuales).

Nuestra tarea como profesionales de la salud es distinguir entre las normas que permiten a las personas vivir, desear y amar plenamente, de aquellas que coartan sus posibilidades de vida.

En ese sentido el compromiso con la despatologización de todas las identidades de género es una lucha que recién comienza y continuará...

Previo a la Ley de Identidad de Género las personas trans no tenían igualdad de derechos ni ciudadanía plena. Tenían que hacer un juicio al Estado para que se reconociera su identidad y para que un juez les autorizara a modificar su DNI y su propio cuerpo.