



ANTOLOGÍA

SALU DPUBLICA

3RO DE ENFERMERIA

INTRODUCCION A LA SALUD PÚBLICA

DEFINICIONES

El concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles.

La complejidad de la salud pública en el mundo actual, hace de ella un poliedro de muchos y cambiantes lados que justifican la variedad de miradas con que lo reconocemos, manifestadas en las múltiples maneras de definirlo y actuar sobre él, incluso en el uso de expresiones sustitutivas o complementarias referentes al todo o a las partes del tema, como por ejemplo, la medicina social, la salud comunitaria, etc.

En los años 20, Winslow propuso una definición muy amplia que incluye la mayor parte de los elementos de la salud pública en el momento actual, a pesar de haber sido dada hace más de 90 años; su énfasis está dirigido hacia la enfermedad y en el paradigma higiénico/ sanitario hegemónico en la época, aunque incorpora la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública.

Definición de Winslow: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- 1) El saneamiento del medio;
- 2) El control de las enfermedades transmisibles;
- 3) La educación de los individuos en los principios de la higiene personal;
- 4) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades;
- 5) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

En 1974, Hanlon propone la siguiente definición: La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad.

En 1991, Piédrola Gil estableció la siguiente definición que simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido.

Definición de Piédrola Gil: La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

En 1992, Frenk proponiendo delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, desarrolló una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y subindividual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, con relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud). La definición de Salud Pública que utilizó se basa en el nivel de análisis.

Definición de Frenk: A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones.

En el mismo año, Milton Terris prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "Nueva Salud Pública": prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos.

Definición de Terris: Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad.

Definición de Testa: También en 1992, Testa, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, reconocía a la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica.

El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Pero si las proposiciones de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza", otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica.

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas.

Definición de la OPS

La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

DEFINICIÓN ACTUAL:

La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

DISCIPLINAS QUE INTEGRA LA SALUD PÚBLICA

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ingeniería sanitaria | <input type="checkbox"/> Psicología | <input type="checkbox"/> Veterinaria |
| <input type="checkbox"/> Economía | <input type="checkbox"/> Administración en salud | <input type="checkbox"/> Antropología |
| <input type="checkbox"/> Sociología | <input type="checkbox"/> Ciencias de la salud | <input type="checkbox"/> Demografía |
| <input type="checkbox"/> Estadística | <input type="checkbox"/> Ingeniería de sistemas | <input type="checkbox"/> Medicina |
| <input type="checkbox"/> Biología | <input type="checkbox"/> Ciencia política | <input type="checkbox"/> Ecología |

FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA (FESP)

1. El concepto de funciones esenciales de salud pública

Por sus objetos, sus sujetos y los campos de conocimiento y de práctica que le son propios, la salud pública es una parte funcional y operativa identificable dentro del sistema de salud en el que se incluye y puede tener, como se ha visto, identidad funcional y operativa específicas. En consecuencia, no sólo es posible, sino necesario, identificar las funciones de la salud pública para caracterizarla operativamente como parte del sistema de salud y para optimizar su desempeño.

Se entiende como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones. En otras palabras, dentro del conjunto de todas las actuaciones y responsabilidades de la salud pública, es posible y conveniente definir subconjuntos específicos más homogéneos, las funciones, con una identidad operativa definida con relación a objetivos o tareas propios necesarios para la consecución del objetivo final de la salud pública.

La operatividad de una función depende, en primer lugar, de una definición suficiente de sus contenidos, objetivos y actividades y también de la asignación específica de a quien corresponde la responsabilidad de su ejecución. Sin la identificación precisa de responsabilidades es imposible la verificación, el acompañamiento y la evaluación operativa y la planificación o programación de estrategias y actividades.

De ahí la necesidad de una definición operativa que incluya la identificación de contenidos y responsabilidades de la salud pública en cada situación concreta.

En este documento, y en consonancia con el marco conceptual descrito en el capítulo 4 y las razones mencionadas en la introducción del presente capítulo, hemos adoptado como eje operativo para la salud pública las responsabilidades que debe asumir el Estado, y más exactamente lo que le corresponde hacer, dentro de los gobiernos, a las autoridades oficiales en materia de salud, a las que hemos llamado de forma genérica autoridad sanitaria.

Esto incluye no sólo las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los otros agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora de que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública; en otras palabras, se trata de hacer que los demás las cumplan antes bien que hacerlas directamente.

En este sentido, es de particular importancia el trabajo de promoción de las prácticas sociales saludables; en efecto, el trabajo de promoción de estas prácticas, como vector principal del fomento y protección de la salud, es el componente estructural básico de una buena salud pública.

De esta manera, el Estado, haciendo de actor conductor por medio de la autoridad sanitaria, moviliza a la sociedad en general y a los diversos agentes sociales en todos los sectores pertinentes, para conseguir el cumplimiento de las funciones de la salud pública. La salud pública se percibe así como una obligación social que, sin embargo, se manifiesta especialmente en la responsabilidad específica y definida operativamente de la autoridad sanitaria, que es el instrumento institucional capaz de movilizar a todos los actores pertinentes y el portador de las funciones ejecutivas propias.

El carácter social y amplio de la salud pública adquiere así una manifestación operativa concreta que posibilita su planificación, seguimiento y evaluación. El concepto de responsabilidad como “responsable de” queda articulado con el concepto de asumir responsabilidad, como “responsable ante” o de “rendir cuentas por la responsabilidad”. La responsabilidad social genérica y por lo tanto difusa y de “responsabilización” impracticable es sustituida por la responsabilidad operativa precisa y amplia de la autoridad sanitaria, que se manifiesta como indicadora de aquella.

Las funciones de salud pública, definidas como las funciones que están bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria, constituyen así un recorte operativo que sirve como indicador de todo el campo de la salud pública, para cuyo fin será necesario identificarlas y definir las.

Sin embargo, las actuaciones en materia de salud pública, aún con la limitación operativa discutida, pueden dar origen a la identificación de numerosas funciones, dependiendo de los criterios utilizados.

Cuanto mayor sea el número de funciones, mayor será la complejidad de su operatividad articulada para la realización del objetivo final de la salud pública; una agregación exagerada que a su vez reduzca la especificidad de la función con relación a sus objetivos propios determinados y mensurables, deja de lado algunos referentes prácticos importantes. Como solución para esta disyuntiva, el concepto de función esencial de la salud pública es de gran utilidad. Así pues, se trata de reunir las intervenciones en materia de salud pública dentro de grupos funcionales limitados e identificables desde el punto de vista operativo con la identificación de su finalidad, objetivos, actividades, recursos y formas de organización que sean esenciales al fin último de la salud pública, es decir, la salud de las poblaciones, y que sean suficientes para expresarla en su totalidad.

Se entiende que es esencial lo que se considera fundamental e incluso indispensable para la realización de los objetivos y para la caracterización de la salud pública como tal. Además, el término hace referencia también a la definición de las responsabilidades del Estado a través de las autoridades sanitarias, consideradas esenciales para el desarrollo y la práctica de la salud pública. Las FESP constituyen, en consecuencia, el núcleo de la caracterización funcional de todo el campo de la salud pública y son, a su vez, requisitos indispensables para la mejora de la salud de las poblaciones. Se pueden añadir otras funciones o no, pero las esenciales deben estar siempre presentes, ya que configuran también la matriz para la construcción de la infraestructura operativa de una salud pública eficaz dentro de las circunstancias y posibilidades de cada ámbito de trabajo: nacional, regional y local.

Según la complejidad y la variedad de las situaciones sociales y de los sistemas de salud, se puede identificar un gran número de funciones de salud pública. Diferentes perspectivas y situaciones darán origen a listas diferentes de funciones de salud pública. Sin embargo, es posible, de acuerdo con criterios acordados previamente, identificar un número limitado de funciones esenciales de la salud pública, manejable desde el punto de vista operativo, que cumplan las características mencionadas anteriormente y cuenten con un elevado nivel de consenso para una aplicación internacional, como en el caso de las Américas y, más particularmente, en los países de América Latina y el Caribe. Una lista de este tipo permite el desarrollo de instrumentos comunes para el diagnóstico de la situación de salud pública en la región e incluso el análisis comparativo del desempeño en el cumplimiento de las funciones, así como para el diseño de las intervenciones necesarias correspondientes, sin olvidar nunca la situación específica de cada país.

Como la finalidad central de la Iniciativa es el desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para el ejercicio de una buena práctica de salud pública, el principal criterio para la identificación de las FESP es privilegiar las funciones que permitan dicha capacidad. Las actuaciones en materia de salud pública se llevan a cabo sobre objetos sustantivos de su campo de actuación, tales como la salud ambiental, salud ocupacional, salud maternoinfantil, enfermedades crónicas, etc.

La intervención en esas áreas de actuación es posible gracias a la ejecución de funciones genéricas que se aplican sobre los diversos campos de actuación específicos o programáticos. Estas funciones genéricas conforman así el núcleo de la capacidad de actuación de la salud pública. Son ejemplos de estas funciones el seguimiento del estado de salud, la vigilancia de la salud pública, la regulación y fiscalización, etc. Si las funciones esenciales son definidas adecuadamente e incluyen las capacidades requeridas para la buena práctica de la salud pública, su funcionamiento apropiado estará asegurado en todas y cada una de las áreas de trabajo.

La distinción entre funciones estructurales y áreas o campos de actuación programáticos es de gran utilidad para la selección de las funciones esenciales destinadas al proceso de desarrollo de la capacidad institucional en materia de salud pública. No implica, sin embargo, conceptos absolutos mutuamente excluyentes, sino que las funciones estructurales son también áreas de actuación propias de tipo programático y los campos de actuación específicos conllevan a su vez un significado funcional evidente y algunos de ellos pueden ser tan importantes para la salud pública en situaciones concretas que se imponen como esenciales.

Cuadro 1 Funciones esenciales y campos de actuación de la salud pública

FESP	Áreas de aplicación de las FESP				Otras
	Salud ambiental	Salud ocupacional	Salud materno-infantil	Enfermedades crónicas	
1. Seguimiento del estado de salud	Seguimiento de riesgos ambientales	Seguimiento de riesgos en el lugar de trabajo	Seguimiento de riesgos para la salud de las madres y los niños	Seguimiento de riesgos de salud en enfermedades crónicas	
2. Regulación y fiscalización	Establecimiento de normas y seguimiento de su cumplimiento	Seguimiento de la legislación sobre salud de los trabajadores	Seguimiento del cumplimiento de leyes de protección de la maternidad	Seguimiento del cumplimiento de normativas que fomenten comportamientos saludables	
3. Etc.					

En realidad, habrá siempre un equilibrio entre los dos tipos de actuación, aunque con la primacía de las funciones estructurales. Ese equilibrio depende, en general, de la magnitud e importancia de los problemas específicos que aborde la salud pública y del nivel de desarrollo de las sociedades y de su estructuración institucional en el área de la salud. En las sociedades mejor estructuradas, que cuentan con una infraestructura institucional de salud consolidada y eficaz, las funciones genéricas o estructurales, que constituyen el eje de la infraestructura necesaria de salud pública, son, generalmente, suficientes para responder a las necesidades de intervenciones específicas para la solución de los problemas de salud pública.

En cambio, en las sociedades con riesgos y daños colectivos importantes y prioritarios para la salud pública que tienen una base institucional débil y poco eficaz, puede ser necesario además considerar una mayor presencia de funciones específicas o programáticas que conforman una capacidad de respuesta directa de la salud pública a las necesidades prioritarias de la población.

En relación con los objetivos últimos del sistema de salud y de la salud pública, las funciones pueden ser consideradas finalistas o instrumentales. Las funciones finalistas contribuyen directamente a la realización de esos objetivos, tales como el fomento de la salud, el control de riesgos y daños, la protección del ambiente o la calidad de la atención. Las funciones instrumentales, por su parte, sirven como medio para conseguir esos objetivos, creando o contribuyendo a la creación de condiciones u otros elementos para la realización de acciones finalistas, como el seguimiento y análisis de la situación de salud, el desarrollo de los recursos humanos y de la información pública, y la regulación en materia de salud pública.

Otra dimensión del concepto de funciones esenciales de salud pública es la relativa a los aspectos colectivos de la atención personal de salud. Es difícil establecer una separación nítida entre las responsabilidades en materia de salud pública propias de la autoridad sanitaria en cuanto a la prestación de servicios dirigidos a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud en grupos de población, y aquéllas que tienen que ver con la organización de servicios dirigidos a la curación individual. Los distintos aspectos en esta materia tienen, sin duda, una importancia diferente pero es responsabilidad esencial de la salud pública el dedicarse a la primera de las funciones señaladas más arriba.

En lo que respecta a la segunda, las responsabilidades esenciales de la salud pública apuntan más a la preocupación por el acceso equitativo a los servicios, la garantía de su calidad y la incorporación de una visión de la salud pública en la orientación de los servicios de salud individuales. Por este motivo, una de las FESP definidas se dirige al refuerzo de la capacidad de la autoridad sanitaria para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud, pero no se contempla una función esencial para la prestación de tales servicios.

Las funciones esenciales de la salud pública y las prácticas sociales para la salud
Las funciones esenciales de la salud pública no son sinónimo de las prácticas sociales que afectan a la salud. Las prácticas sociales configuran ámbitos mucho más amplios que el de las funciones esenciales de la salud pública y son actuaciones de toda la sociedad aunque las realicen, específicamente, unos sectores o actores particulares. En cambio, las funciones esenciales son las actuaciones de un segmento específico y funcional del sistema de salud. Sin embargo, las prácticas sociales en materia de salud y las funciones esenciales de la salud pública están íntimamente vinculadas, ya que ambas pertenecen a la sociedad y las prácticas sociales son la matriz principal para la conformación de las funciones, a la vez que éstas deben servir como instrumento para el desarrollo de aquéllas.

En efecto, las funciones esenciales de la salud pública deben ser vistas e identificadas, en primer lugar, como funciones que nacen de las prácticas sociales y al mismo tiempo tienen como uno de sus fines principales promover y reforzar prácticas sociales saludables; o sea, que integren y promuevan simultáneamente las prácticas sociales. Asimismo, uno de los fines estratégicos principales de la salud pública es, concretamente, la comprensión de las prácticas sociales y la contribución para el desarrollo de sus beneficios para la salud. La práctica de la salud pública, a través de sus funciones esenciales, viene así a formar parte de las prácticas sociales en materia de salud, que en último término la determinan y, al mismo tiempo, están afectadas por ella.

En apartados anteriores de este capítulo, al analizar una concepción operativa de las funciones esenciales, se ha afirmado también que las FESP son instrumentos e indicadores de las prácticas sociales, entendidas como la responsabilidad social hacia la salud pública. Es, pues, necesario tener en consideración las funciones esenciales de la salud pública con relación a los grupos de prácticas sociales, a pesar de que la correspondencia entre unas y otras no es unívoca o única; depende, en cambio, de los criterios con que han sido clasificadas y de los límites convencionales establecidos, que no eliminan las superposiciones o, por lo menos, la existencia de extensas áreas de contenidos comunes y complementarios. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de esas relaciones para cada uno de los grupos de prácticas sociales:

Desarrollo de una cultura de la vida y la salud

Debemos recordar que este grupo de prácticas sociales tiene, de acuerdo con la finalidad que la define, la tarea de incorporar conocimientos y formar valores culturales compartidos socialmente y puestos de manifiesto en sus instituciones, organizaciones y relaciones sociales que componen el capital social y que sirven de base para la formación de los comportamientos sociales en relación con la vida y la salud.

Las FESP que se corresponden más típicamente con este grupo son el fomento de la salud y la promoción de la salud y la participación social.

- Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños para la salud
- Las FESP que ejemplifican la correspondencia con este grupo de prácticas sociales podrían ser la promoción de la salud, la vigilancia de la salud pública y el control de daños y riesgos en la salud pública, la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud, así como la regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- Desarrollo de la ciudadanía y de la capacidad de participación social
- Las funciones esenciales correspondientes serían, por ejemplo, la participación social y la capacitación ciudadana en materia de salud, la promoción de la salud y el desarrollo de políticas, planificación y gestión en materia de salud pública.
- Atención de las necesidades y demandas de salud.

- Dentro de la salud pública, las funciones esenciales correspondientes a este grupo de prácticas sociales podrían ser, por ejemplo, la garantía de calidad de la atención, la promoción del acceso a los servicios de salud, así como la regulación y fiscalización.

Algunas FESP se relacionan directamente con el conjunto de las prácticas sociales y esto ocurre, sobre todo, cuando se trata de las funciones esenciales genéricas o estructurales. Algunos ejemplos posibles son el seguimiento y análisis del estado de salud, el desarrollo de los recursos humanos, o el fomento de la investigación y del desarrollo de la tecnología en materia de salud.

El potencial de la perspectiva de la salud pública en el contexto de las prácticas sociales que conciernen a la salud parece ser extraordinario para el desarrollo de la salud pública, especialmente en las condiciones que se dan en los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, su comprensión y gestión, están todavía en un estado incipiente y el aumento del esfuerzo sistemático para aplicarlas y mejorar su gestión es uno de los objetivos de la Iniciativa “La salud pública en las Américas”.

Las responsabilidades institucionales en materia de salud pública.

La principal responsabilidad institucional con respecto a la salud pública corresponde al Estado, como la institución social fundamental que debe interpretar las necesidades de la sociedad y responder a ellas y actuar para satisfacerlas de la manera más eficaz posible. Esa responsabilidad principal del Estado no debe emplearse para eliminar o inhibir las responsabilidades y actuaciones de otras instituciones u organizaciones sociales. Así pues, el Estado no debe pretender hacerse con el monopolio de la salud pública, aunque sea su principal responsable al servicio de la sociedad. Al contrario, el mejor cumplimiento de esa responsabilidad le exige la movilización, orientación, articulación y apoyo de los diversos agentes sociales y de la propia sociedad a favor de la salud de la población y la insistencia en ello está justificada por su importancia para la salud pública.

Esta responsabilidad se distribuye entre los diversos poderes que constituyen el Estado y entre los sectores del gobierno que cubren las áreas relacionadas con la salud pública, pero está concentrada en el sector de la salud y más exactamente en la institución u organización con responsabilidad de la rectoría del sector, el ministerio o secretaría nacional de salud, o sea, lo que hemos llamado la autoridad sanitaria nacional (ASN). La ASN recibe pues del Estado, como parte del gobierno, la responsabilidad legal de velar por la salud de la población, por la salud pública. Pero se trata de mucho más que de una mera responsabilidad formal, es el compromiso moral y ético de asumir los intereses de la sociedad y de la población en el área de la salud y la obligación de hacerlos suyos.

El compromiso implica la búsqueda de los mejores resultados en la ejecución directa de las actuaciones que se encuentran bajo su responsabilidad específica y la máxima eficacia en la movilización de los diversos agentes sociales en favor de la salud pública.

Es, por consiguiente, un compromiso con dimensiones técnico-científicas y de gestión, pero también y principalmente, un compromiso político y social que tiene sus orígenes en el pacto que da vida y sustenta a la misma sociedad y al Estado que la representa. En el cumplimiento de su responsabilidad, la ASN es considerada responsable ante el gobierno al que pertenece y en cuyo nombre actúa, ante el Estado como un todo, incluidos los otros poderes que no son el ejecutivo y, sobre todo, en última instancia, ante la sociedad a cuyo servicio se encuentra.

La responsabilidad principal de la ASN con respecto a la salud pública no es, sin embargo, un monopolio dentro del Estado. Los poderes del Estado tienen sus parcelas específicas de responsabilidad de la salud pública en cuanto al ejercicio de atribuciones intransferibles: el poder legislativo, en lo relativo a la legislación y al control político y de la gestión general del gobierno en nombre de la población a la que representa políticamente; el poder judicial, en cuanto al cumplimiento de las leyes; el ministerio público o su equivalente (procuradurías, etc.), en cuanto a otros mecanismos de defensa de los derechos del ciudadano, que es cada vez más el cuarto poder en las democracias modernas y cuya responsabilidad radica en la vigilancia del respeto a los derechos legalmente reconocidos.

Dentro del poder ejecutivo, es decir del gobierno en sentido estricto, del cual forma parte la ASN, hay otros sectores que intervienen de forma muy significativa en la salud pública, aunque lo hagan sin la finalidad específica o primordial de proteger la salud de la población. También en el llamado sector de la salud existen generalmente instituciones y organizaciones que no están formalmente subordinadas a la ASN y que realizan intervenciones en materia de salud pública. Todos estos actores e instituciones deben coordinarse para que actúen de forma sinérgica en favor de la salud pública, lo que representa una parte importante de la misión y responsabilidad de la ASN.

La actuación del Estado, coordinada por la ASN, se proyecta hacia la sociedad civil, articulándose y complementándose con la intervención de los agentes sociales no estatales, como instituciones u organizaciones, en el esfuerzo de movilización de toda la sociedad a favor de la salud pública que se manifestará en prácticas sociales saludables y generadoras de salud. La indicación sucinta de ese proceso realza, una vez más, su carácter social integral y el ámbito ampliado de las responsabilidades de la autoridad sanitaria indicadas en las FESP.

Las condiciones del ejercicio de las atribuciones de la autoridad sanitaria son variables con relación a las situaciones nacionales y subnacionales correspondientes. Hay, sin embargo, características genéricas que parecen comunes a la mayor parte de esas situaciones y que pueden ser consideradas como referentes para la especificación de las condiciones de cada caso. Examinaremos ahora de forma breve las características más importantes:

- 1) Las relaciones de complementariedad con los sectores pertinentes de la actuación del Estado, desde la definición del marco jurídico necesario que incluye la definición de las propias atribuciones de intervención y de normativa de la ASN, hasta la actuación intersectorial en la atención integrada a la población.

- 2) La incorporación eficaz de la salud pública en el proyecto integral de desarrollo, condición que favorece la actuación intersectorial eficaz y de gran significado político para la salud pública y la ASN.
- 3) La distribución de responsabilidades entre los niveles y los componentes dentro de la misma autoridad sanitaria, entre los niveles político-administrativos del Estado y los componentes de organización de la ASN y su articulación efectiva en función de un proyecto común. La consecuencia de esto es la integración de la salud pública como componente esencial de los sistemas de salud.
- 4) El desarrollo de una capacidad efectiva para la participación real de la población, lo que implica, entre otras cosas, el desarrollo de un capital social adecuado, la transparencia, la comunicación, la gestión participativa y la aceptación del control social ejercido por la ciudadanía.
- 5) La optimización en el uso de los instrumentos científicos y técnicos destinados al mejor reconocimiento de las realidades y la selección y ejecución de las mejores soluciones posibles. Como ya se ha afirmado anteriormente, ésta es una estrategia básica para aprovechar al máximo la capacidad de la ASN de facilitar la creación de las otras condiciones, puesto que le confiere reconocimiento, prestigio y autoridad para su actuación. Esto implica asimismo la importancia del desarrollo de la capacidad institucional para el fortalecimiento de la práctica de la salud pública.

Una simple mirada hacia esas condiciones realza la complejidad de la misión de la ASN en el cumplimiento de su responsabilidad respecto a la salud pública y a sus funciones esenciales. Así pues, aparte de la disponibilidad de recursos e instrumentos legales, hay cuatro requisitos fundamentales para el desempeño satisfactorio de esta misión:

- a) Optimización en la realización de las funciones reconocidas como propias o específicas, que sirven de base al reconocimiento de la capacidad de la ASN y favorece el cumplimiento de las funciones de relación.
- b) Capacidad de conocimiento de la realidad y de sustentar sus propuestas con pruebas irrefutables.
- c) Posesión de un proyecto consistente, siempre inacabado y en evolución permanente, aunque con referentes básicos, como la finalidad, las estrategias y la configuración operativa, suficientemente estables y ejecutables.
- d) Y, por último, una capacidad de diálogo, convencimiento y negociación que permita movilizar apoyos y neutralizar oposiciones, o sea, una auténtica capacidad de actuación política.

Los cuatro requisitos exigen un liderazgo eficaz y productivo. No se trata solamente de formas de liderazgo personal o carismático en el sentido weberiano del término, sino de una capacidad que va más allá de eso; es el liderazgo multiplicado en la actuación de diversos líderes y sustentado por la vigencia de valores y fines comunes. No se prescinde del carisma, de la autoridad o de la tradición, pero tampoco se depende exclusiva o principalmente de ellos.

Construido sobre ideas y valores compartidos y con la participación de muchos actores, permite incluso la renovación de los líderes en las posiciones de poder sin que ello perjudique la evolución del proceso; es el liderazgo propio de una democracia plena, que se manifiesta también por medio de una participación permanente.

La responsabilidad institucional con respecto a la salud pública es parte de la responsabilidad global hacia el bienestar de la población. No sólo porque la salud es producto y fin de las condiciones y calidad de vida, sino también porque la salud pública es componente y estrategia para mejorarlas. De ese modo, la responsabilidad hacia la salud pública implica también parte de la responsabilidad mayor hacia el desarrollo humano integral, lo que se convierte en un aspecto fundamental para el desarrollo de políticas y estrategias de salud pública fuertemente dependientes de las políticas y estrategias de desarrollo.

La responsabilidad de la ASN con respecto a la salud pública y sus funciones esenciales es parte de la función global de rectoría del sistema de salud, también responsabilidad de la ASN, lo que no implica que la autoridad sanitaria cumpla directamente cada función. Las FESP son instrumentos de la ASN dentro de la rectoría del sistema de salud que ayudan a cumplir las funciones específicas de la rectoría, como son la conducción, la ordenación de la prestación de servicios de atención, la modulación de la financiación y la garantía de la protección social de la salud, su regulación, etc. Funcionan también como criterio de orientación de las otras funciones globales del sistema de salud, como ya se ha mencionado en el capítulo 4. En efecto, la salud de la población y, especialmente, su promoción y protección, deben ser un criterio rector fundamental de todo el sistema de salud y, particularmente, del modelo de atención que le da contenido y que, en definitiva, es el referente principal de su organización y su funcionamiento.

Por último, en el seno de la sociedad civil, la responsabilidad de las instituciones sociales privadas o no estatales con respecto a la salud pública puede ser específica, es decir, la principal de la organización, o secundaria y puede ser formal o informal. Las organizaciones sociales privadas específicas de salud incorporan en su constitución una responsabilidad principal hacia la salud de las personas o de la población. Otras organizaciones sociales, con fines más amplios o relacionadas con la salud, contribuyen a la salud pública como parte de esas responsabilidades. Ambas están obligadas formalmente a no causar daños a la salud en los límites de las disposiciones jurídicas válidas para todos, pero desarrollan esencialmente sus actividades como consecuencia de decisiones voluntarias.

La contribución de esas instituciones y organizaciones puede ser de gran valor para la salud pública. Desde la familia a las organizaciones comunitarias o no gubernamentales de salud o correlacionadas con ella, desde la religión o las iglesias a la prensa, desde la escuela a los sindicatos y los partidos políticos, todas estas organizaciones constituyen un universo creciente de actores que pueden asociarse en redes de relaciones y actuaciones que permiten contribuir decisivamente a la mejora de la salud pública.

Estos múltiples agentes sociales son la manifestación organizada de la sociedad civil que completa y hasta conforma la actuación del Estado y de la ASN y cuya movilización y articulación eficaces son fundamentales para que las funciones esenciales de la salud pública, bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria, se proyecten hacia toda la sociedad, se vinculen efectivamente con las prácticas sociales y se constituyan en indicadores idóneos de todo el ámbito social de la salud pública.

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas.

La Iniciativa ha elaborado una lista de 11 funciones esenciales de la salud pública. No se trata de un número de funciones establecido a priori, sino que es el producto de un proceso de análisis, definición de criterios básicos, discusión y pruebas de campo que han llevado a su determinación.

A continuación se resumen los criterios básicos adoptados para la identificación de las FESP que mejor respondieran a las circunstancias de la región de las Américas y para su validación:

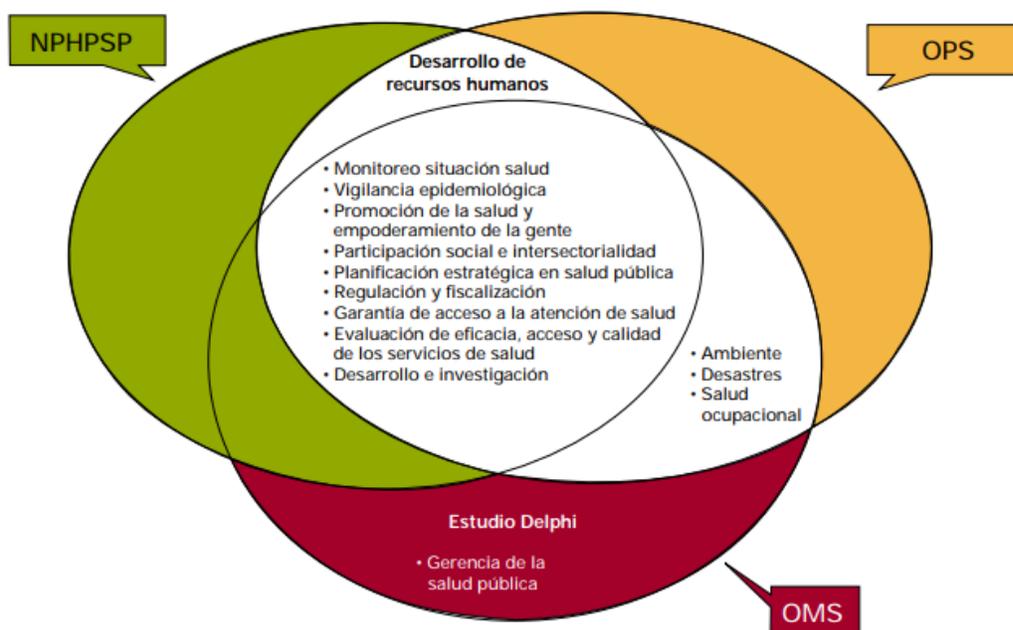
- 1) Como el objetivo principal de la Iniciativa es la promoción de la infraestructura permanente de la salud pública, se ha dado prioridad a la selección de funciones genéricas o estructurales desde un enfoque estrictamente funcional, en relación con las funciones específicas relativas a campos de actuación determinados. Las funciones genéricas o estructurales, como ya se ha mencionado, constituyen la base de la infraestructura funcional de la salud pública y se aplican a sus diversos campos de actuación.
- 2) La comparación entre los tres estudios que han tratado con anterioridad de forma específica la identificación de las funciones esenciales de la salud pública ha mostrado un gran nivel de coincidencia en las funciones identificadas.

Aparecen nueve funciones comunes a los tres documentos, una —recursos humanos— es común a los documentos del NPHPSP y de la OPS y tres lo son a los documentos de la OMS y de la OPS. Tan sólo una función, la gerencia de la salud pública, aparece de forma aislada en el estudio de la OMS. Esta coincidencia avaló desde el principio el proceso de definición de las funciones y fue a partir de esta convergencia que se trazó el primer borrador de un instrumento para la medición del desempeño de las FESP, en el que se incluía además la definición de cada una de las doce funciones esenciales seleccionadas, así como los indicadores y estándares para la evaluación del desempeño de las mismas.

Este borrador se entregó a diferentes grupos de expertos y profesionales de salud pública, en un proceso de evaluación que culminó con la reunión de la red de instituciones y expertos convocada por la OPS.

- 3) Fue importante también la necesidad de definir las funciones como los conjuntos de actuaciones que pueden ser puestos en práctica de forma adecuada. Esto implica la suficiente homogeneidad para permitir la identificación de objetivos precisos, componentes y procesos productivos verificables y evaluables y mecanismos operativos responsables a los que se puede pedir rendición de cuentas.

Figura 1 FESP definidas en el NPHPSP,² el estudio Delphi de la OMS³ y el documento inicial de la OPS⁴



- 4) La lista inicial de 12 funciones, que fueron detalladas en un instrumento para medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, fue sometida a una prueba piloto en Colombia, Jamaica y Bolivia. Las experiencias de estas pruebas fueron analizadas hasta llegar a la lista de 11 funciones esenciales, que se presenta en el cuadro 2 y se definen a continuación.
- 5) La lista está sujeta, obviamente, a mejoras y no pretende abarcar todas las visiones que existen sobre este tema en el mundo de la salud pública pero, sin perjuicio de esto último, se han hecho esfuerzos destinados a reducir al mínimo los sesgos y a recoger los aspectos pertinentes expuestos por los expertos y actores vinculados a la adopción de decisiones políticas de salud, en cada una de las ocasiones en que se ha contado con su opinión. Debe tenerse presente que las FESP definidas constituyen un primer paso en el esfuerzo de medición del desempeño en materia de salud pública en los países de la región de las Américas, una actividad que, sin duda, podrá ser perfeccionada en el futuro.

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

Definición: Esta función incluye:

- La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y los ciudadanos.
- La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis.

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

Definición:

- La capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica en general.
- Laboratorios de salud pública: capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas necesarias para la identificación y el control de nuevas amenazas para la salud.
- El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés.
- La preparación de la ASN y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos.

FESP 3: Promoción de la salud

Definición:

- El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción.
- La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
- La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud

Definición:

- El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública.
- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

Definición:

- La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- El desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones.
- La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaces, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

Definición:

- La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- La capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

Definición:

- La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención.
- El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.
- La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Definición:

- La identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud pública y de la atención de salud, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y de evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
- La definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
- La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los estudiantes, así como la formación continua en

materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.

- El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.
- La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Definición:

- La promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad.
- El fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación.
- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- La existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud.
- La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.

FESP 10: Investigación en salud pública

Definición:

- La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.
- La ejecución y el desarrollo de unas soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector de la salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en todo su campo de actuación.

FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Definición:

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.

- Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

ACTIVIDADES DE LA SALUD PÚBLICA:

Protección de la Salud Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

Promoción de la Salud Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud.



La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Prevención de la Enfermedad Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.

Restauración de la Salud Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

Las acciones de la salud pública responden a las funciones esenciales ya que con ellas se procede a cumplir con actividades organizadas por ejemplo por la comunidad responden a las FESP 3, 4, 5 y 6, entre ellas tenemos:

La educación: La enseñanza general básica debe ser gratuita a toda la población.

Política económica: Producción agrícola y ganadera, de bienes y servicios, de empleo y de salarios.

Política de vivienda, urbanismo y obras públicas.

Justicia Social: De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio.

PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA

El estado de salud es una constante preocupación de la humanidad. Sin embargo es difícil poder definir o explicar el concepto de salud. Desde hace tiempo se definía a la salud como la ausencia de la enfermedad. Sin embargo no es el mejor criterio ya que no se puede definir con una negación. El diccionario de la Real Academia Española define a la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”. Pero esta definición es muy amplia, poco precisa y cuantificable.

Existen múltiples concepciones sobre lo que es la salud:

MÉDICAS	CONCEPCIONES SOCIALES
Surgen, desde el punto de vista de la medicina.	Surgen desde el punto de vista de la perspectiva de las ciencias sociales.
<p><u>Concepción somático-fisiológica:</u> La salud es, en esta concepción, el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar. Aún hoy la enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico. El éxito de la medicina somática, avalado por los numerosos descubrimientos en biología, física y química, contribuyó directamente a que ésa fuera la forma fundamental de practicar la medicina, o sea, diagnosticar la enfermedad y curar el organismo físico. La concepción somática de la salud ha transcurrido más pendiente de la</p>	<p><u>Concepción político-legal de la salud</u> Considera la salud como un bien general que interesa a todos. Cuando esté bien se convierte en derecho exigible por los ciudadanos, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro. Por lo que existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud que se reconoce en la Declaración Universal de Derechos Humanos.</p> <p><u>Concepción económica</u> se impone en el mundo desarrollado debido a la importancia que la salud posee para la eficacia del factor humano</p>

enfermedad que de la salud durante la mayor parte de la historia.

Concepción psíquica:

Implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y psique en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente. Puede decirse que la limitación fundamental con que se enfrenta la concepción psíquica de la salud es la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas.

Concepción sanitaria de la salud

Propia de la salud pública como disciplina, coloca el énfasis en la salud colectiva de una población más que en la salud individual, como acabamos de ver en las dos concepciones descritas anteriores. La concepción sanitaria de la salud posee un contenido amplio ya que se refiere esquemáticamente a dos aspectos:

- El medio ambiente físico, teniendo en cuenta la totalidad del mismo: tierra, agua, aire, alimentos en sus diversas formas, etcétera.
- Las personas que ocupan el medio ambiente, a las que se agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo, residencia, trabajo, etc., identificando problemas de salud, estableciendo programas para actuar sobre ellos y controlando los resultados de la acción.

en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso. En la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de mantener la "productividad humana", para lo cual es necesario contar con una "buena salud".

Concepción cultural

La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cubrir, lleva a enunciar lo que se ha denominado "relatividad cultural de la salud y la enfermedad". Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera "normal" en dicho grupo y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él. La sola reflexión acerca de la diversidad regional que tiene nuestro país nos permite suponer múltiples situaciones que reflejan la relatividad cultural de la salud y la enfermedad existente.

Concepto de Salud Física, Emocional, Mental y Espiritual.
 El concepto de salud general está conformado por 4 áreas:



La Salud Física, debe entenderse como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo; con nuestro caparazón y vehículo el cual nos ha transportado desde el día que nacimos y lo hará hasta el día de nuestra muerte. Para asegurarnos de que sí vamos a llegar lo más lejos posible en la vida, tenemos que cuidar a nuestro cuerpo de la mejor manera. Dicha salud física, se logra con ejercicio o deporte, buena alimentación y con una buena salud mental.

Deporte

Incrementa valores	proporciona	Evita
Trabajo en equipo	Relajación	Sedentarismo
Honestidad	Resistencia	Reduce el tiempo destinado a la TV
Tolerancia	Fuerza muscular	Reduce el tiempo destinado a videojuegos
Confianza	flexibilidad	



Buena alimentación

Debe ser	implica	comer
Suficiente	Tomar líquidos	Lácteos de manera moderada
Completa	Representa el 60% del peso corporal	Consumir a diario frutas y verduras
Armónica	Transporta alimentos	Retirar las grasas de las carnes rojas
adecuada	Protege, limpia y lubrica	Disminuir azúcar y sal



Y por último, se abordara el área emocional y mental.

La salud mental

Se refiere a la forma en que manejamos nuestra vida diaria y la forma en que nos relacionamos con los demás en distintos ambientes, ejemplo: en la familia, la escuela, el trabajo, en las actividades

recreativas y en la comunidad.

También tiene que ver con la manera en que equilibramos nuestros deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores para hacer frente a las múltiples demandas de la vida.

La salud emocional

Es el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; reconociéndolos, dándoles un nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando la energía vital que generan para que estén al servicio de los valores.

Las personas emocionalmente sanas controlan sus sentimientos de manera asertiva y se sienten bien acerca de si mismo, tienen buenas relaciones personales y han aprendido maneras para hacerle frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana.

La salud espiritual

Así como se ha pensado que el ser humano tiene una porción biológica, mental y aún, una matriz social que le soporta, debemos considerar otro elemento constitutivo esencial y es el aspecto espiritual.

La explicación de la espiritualidad o trascendencia parte de unos principios fundamentales; el ser humano desde siempre ha buscado un sentido, un porqué de su camino y de su existencia ¿Quién soy? ¿De dónde vengo? y ¿A dónde voy después de morir? El hombre primitivo lo buscó en la naturaleza; se relacionaba con ella y con el interior de su ser y así las preguntas fundamentales estaban resueltas en el mundo natural y en lo personal.

Cuando la humanidad dejó de ser nómada, recolectora y cazadora, inició la agricultura, las aldeas, la producción y el acopio, alejándose de esas primeras respuestas. En sociedad resolvieron estas preguntas con los mitos y las visiones del mundo que iban formando colectivamente. De esta manera, surgen los sistemas de creencias y la religión. Todo esto corresponde al mundo de la antropología y la sociología.

Sin embargo, hablar de espiritualidad puede ser visto de forma “sospechosa” y hay quienes cuestionan su existencia. Ello en parte se explica por los cambios que estamos experimentando como seres integrados a la civilización urbana, a la tecnología y a los medios de comunicación. Estos fenómenos, en buena medida han influido en la manera de entender la espiritualidad: como un aspecto del ser humano que va más allá de la filiación religiosa.

Enmarcado en la definición mencionada de espiritualidad, existe un creciente interés en estudiar la dimensión espiritual y su relación con la salud. A la fecha existen más de 5000 publicaciones en literatura médica que tratan ampliamente este tema.

A grandes rasgos, la investigación médica ha destacado tres hallazgos principales:

- Muchas personas tienen una manera de desarrollar su vida espiritual.
- Muchos pacientes quieren que sus necesidades espirituales sean tenidas en cuenta y orientadas.
- Existe una relación directa entre religiosidad y espiritualidad con mejores resultados en la salud, tanto en la prevención como en el tratamiento de la enfermedad.

Es por ese motivo, que se hace necesario, que tanto el personal médico como los pacientes, incorporen la espiritualidad como una herramienta altamente efectiva, sin ningún sobrecosto para recuperar la salud y aliviar el sufrimiento humano, que en la mayoría de los casos, puede que no mejore con ningún medicamento.

La Religión por otra parte, se define en razón a la unión ó sujeción a algo ó Alguien (“Religare”) por medio de la participación o compromiso con un conjunto sistemático de creencias (ideología), prácticas (oración, sacramentos y rituales) y prescripciones morales (en algunas religiones la alimentación, la prohibición expresa del alcohol, el cigarrillo, el café, etc).

Cuando estamos ante el hombre que sufre, que está dolido o está muriendo, el aspecto espiritual o trascendente es fundamental para encontrarle un sentido o un para qué al sufrimiento, dolor o muerte.

Como acompañantes en el proceso de enfermedad, sufrimiento o muerte de otro ser humano podemos ayudar y caminar con éste en esa búsqueda de sentido o del para qué de lo que está viviendo. Esto se logra, principalmente con la palabra, con la mirada y con la escucha; con un diálogo abierto libre y auténtico que puede permitir que el paciente o su familia encuentren en el interior de su ser, de su historia y de sus realidades esenciales un sentir y un sentido que va a traer una sensación de alivio y de paz.

En esta dinámica es importante aclarar que no se trata de imponer o de exigir a quien padece nuestras propias realidades, pues este acompañamiento consiste en permitir que el que sufre o está muriendo encuentre su respuesta, su propio camino, partiendo de esas preguntas fundamentales: ¿para qué está pasando todo esto? ¿Qué sentido tiene todo esto que estoy viviendo?

La invitación es pues a escuchar al otro en su diferencia, en su realidad interior con sus significantes, con sus luces y con sus oscuridades, con el corazón, sin juicios, sin comparaciones, sin superioridad y con compasión, su camino en las preguntas fundamentales, encontrando un sentido a la realidad que está viviendo. Es en resumidas cuentas permitir que un alma se encuentre con otra alma para acompañar un camino.

EL CONCEPTO "SALUD" Desde el punto de vista de la Salud Pública

En el 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. En esta línea de pensamiento trata de situarse la Organización Mundial de la salud al desterrar de su definición de salud la concepción exclusivamente biológica, y concebirla como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad".

La estructura conceptual de esta definición en un principio impresiono porque se oponía al concepto salud del modelo medico tradicional. Sin embargo, tal definición se ha criticado desde varios puntos de vista.

La OMS la define como un "estado", sin embargo los fenómenos de salud son dinámicos. Cuando hablamos a cerca de la definición de salud de la OMS dijimos que mostraba un modelo estático. La salud y la enfermedad no son los puntos extremos de una recta.

Salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y a su vez influyen en la actividad del hombre como ser social. Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. Al encontrar estos determinantes (factores que influyen en la salud) el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano.

En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los conceptos de salud- enfermedad. Y como es muy dinámico podemos hablar con más propiedad si lo llamamos "proceso salud enfermedad". No hay un punto límite exacto entre ellos.

Este concepto no se puede abordar desde la enfermedad solamente ya que esta va a afectar de manera diferente al individuo.

En 1977 Engel critica el modelo médico tradicional por sus planteamientos reduccionistas y mecanistas y los califica de dogma y surge el concepto de modelo biopsicosocial. Este modelo permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. Desde cualquiera de estos determinantes puede surgir un problema, y a su vez afectar a los demás.

Por lo tanto, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de salud holística.

Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características:

- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Así como Engel crítica el concepto de salud de OMS, también Alberto Vasco quien refiere:

El carácter de gran generalidad en la definición (OMS),

Su carácter a histórico,

Tiene desconocimiento de las enormes diferencias existentes en la sociedad actual.

Concibe a la salud como un estado, lo que implica considerarla como un fenómeno estático y separado de la enfermedad.

No considera a la salud y la enfermedad como una unidad dialéctica, en la que ambos son momentos de un mismo fenómeno, puesto que entre ellos se establece una relación en constante cambio.

De lo anterior se deduce que no existen parámetros con valor universal, para señalar con precisión ¿cuál es el nivel óptimo de bienestar físico, mental y social? que deben tener los individuos y grupos sociales, para desarrollar al máximo sus potencialidades. Esto se debe a que las necesidades y aspiraciones, varían de una persona a otra y de una comunidad a otra, según las situaciones socioeconómicas, los marcos culturales e ideológicos y el medio ambiente predominantes. Todo lo anterior resulta en gran medida del modo de producción dominante en las distintas formaciones sociales, y de la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo en un momento histórico determinado.

Antes que la Organización Mundial de la Salud basara su concepto de salud en los aspectos físico, mental y social, los biólogos la definían sólo en función del aspecto físico. Esta teoría ha sido llamada TRIADA ECOLÓGICA debido a que en su concepción intervienen tres elementos: el huésped, el ambiente y el agente causal.

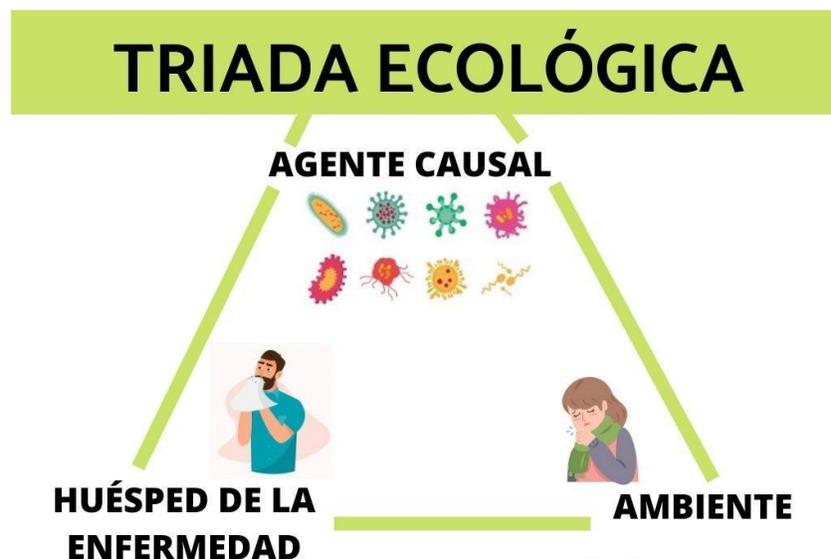
TRIADA ECOLOGICA

El concepto de triada ecológica hace referencia a las interacciones que existen entre los diferentes elementos que intervienen al darse una enfermedad, principalmente aunque no siempre, de carácter infeccioso. Se denomina triada porque dichos elementos que intervienen durante el proceso de la enfermedad son tres, y ecológica, porque esos tres elementos o factores comparten un carácter ecológico. Se trata de un modelo que permite comprender mejor los elementos y procesos que caracterizan a las enfermedades, así como la posibilidad de identificar patrones de actuación para combatir dichas enfermedades.

Elementos de la triada ecológica o triada epidemiológica

Tal y como hemos visto en el apartado anterior, los elementos que componen la triada ecológica o epidemiológica son tres. Estos suelen representarse en forma de triángulo, o bien como una balanza, especificando las relaciones que existen entre ellos y los factores que constituyen cada elemento de la triada, siendo estos:

-
-
- Agente epidemiológico.
- Huésped epidemiológico.
- Ambiente epidemiológico.
-



Agente epidemiológico, el primer elemento de la triada ecológica

Se consideran agentes epidemiológicos todos y cada uno de los distintos organismos que son capaces de desarrollar enfermedades en otros organismos que actúan como huéspedes de la enfermedad. La gran variedad de agentes epidemiológicos que existen se incluyen dentro de las bacterias, los virus o bien otros grupos de parásitos microscópicos, como es el caso de algunos protozoos.

Estos agentes epidemiológicos comparten una serie de características que los convierten en organismos capaces de causar enfermedades. Entre las características de los agentes epidemiológicos destacan:

-
- Patogenicidad.
- Infectividad.
- Virulencia.
- Poder antigénico o inmunogenicidad.
- Letalidad.
- Mutación.

Huesped epidemiológico

El segundo elemento de la triada ecológica es el huésped epidemiológico o huésped susceptible a contraer la enfermedad causada por la infección del agente epidemiológico. Tanto los seres humanos como los animales y otros organismos vivos pueden ser considerados como huéspedes epidemiológicos, cuyos mecanismos de resistencia y/o inmunidad en el momento de la infección son deficientes y favorecen su susceptibilidad a contraer una enfermedad.

Dicha susceptibilidad puede depender de diferentes características intrínsecas de los huéspedes, tales como la edad, herencia, condiciones ambientales, nutrición y el desequilibrio hormonal.

En cuanto a las vías de transmisión de la enfermedad, es decir, el modo por el que el agente infecta al huésped, suelen ser las vías respiratorias, digestiva, urinaria, e incluso a través de la piel y las mucosas.

Ambiente, el tercer elemento de la triada epidemiológica

El ambiente juega un papel muy importante dentro del proceso de infección y propagación de enfermedades, ya que, según las condiciones ambientales, los agentes infecciosos son capaces o no de llegar hasta los huéspedes.

De esta forma, en el ambiente como elemento de la triada epidemiológica se incluyen tanto factores físicos propios del ambiente (suelo, agua, viento, objetos), como factores bióticos (animales, alimentos, o incluso los seres humanos); los cuales actúan como vectores de transmisión de la enfermedad.

En muchas ocasiones, un solo cambio en las condiciones ambientales y/o geográficas incluidas dentro del ambiente, son capaces de permitir o impedir la propagación de enfermedades infecciosas.

Cadena epidemiológica

Ahora que ya conocemos los tres elementos de la triada ecológica, es necesario resaltar el modelo o ruta que siguen los agentes infecciosos desde la fuente de infección hasta los huéspedes. Dicho modelo de interrelaciones recibe el nombre de cadena epidemiológica, la cual permite conocer todos y cada uno de los diferentes eslabones y elementos que intervienen (directa o indirectamente) en el desarrollo de una enfermedad y su consecuente mecanismo de transmisión.

La cadena epidemiológica cumple una función realmente importante, ya que gracias a ella es posible identificar sobre qué elemento de la triada se debe actuar (mediante medidas de prevención y/o control), para hacer frente a las enfermedades.



Así, los seis eslabones fundamentales de la cadena epidemiológica son:

1. Agente infeccioso.
2. Reservorio.
3. Puerta de salida del agente infeccioso desde el reservorio.
4. Vía de transmisión.
5. Puerta de entrada del agente al huésped.
6. Huésped.

Triada ecológica: ejemplos

Para conocer mejor qué es la triada ecológica, veamos el ejemplo de algunas de las enfermedades más conocidas y su triada ecológica asociada:

Ejemplo de triada ecológica del dengue

- Agente: virus del dengue.
- Vector del ambiente: mosquito *Aedes aegypti*.
- Huésped: ser humano.

Ejemplo de triada ecológica de la diabetes

- Agente: azúcar.
- Vector del ambiente: bebidas azucaradas.
- Huésped: ser humano.

Ejemplo de triada ecológica de la gripe

- Agente: virus de la gripe.
- Vector del ambiente: animal.
- Huésped: ser humano.

El hombre es un organismo, que al habitar en un ambiente se expone a la acción de los agentes causales de enfermedad con los cuales interactúa y lo hacen hospedero de la enfermedad, entendida como la alteración o desequilibrio netamente físico. La teoría de la triada ecológica, considera la salud como un evento de la naturaleza sin reconocer la influencia que el hombre ejerce en su resultado; es decir, para los biólogos sólo existían CAUSAS naturales que producían EFECTOS ORGÁNICOS independientes de las circunstancias y acciones del hombre.

La salud así definida, estaba enmarcada en un contexto histórico con las circunstancias de la época, pues aún no se racionalizaba la influencia que ejercía la sociedad. Sin embargo, el aporte de la teoría es valioso, pues desde entonces señaló la importancia del ambiente en la resultante salud, la cual está hoy más vigente que nunca debido a los problemas que a escala mundial hay sobre contaminación.

Luego de la triada de los biólogos la OMS lanzó su teoría sobre la salud al considerar incompleta la de los Biólogos, que sólo contemplaba el aspecto físico. Afirmaron que se habían desconocido otros aspectos importantes de la dimensión humana, tales como el aspecto mental y social. Sin embargo, al analizar la definición de la OMS, se observa que en ella solo se incluye al ser humano en sus dimensiones internas, dejándolo sin un entorno o medio ambiente en el que se sostiene y que le garantiza su supervivencia como especie.

Se puede aquí concluir que las dos teorías son complementarias y más aún, cuando en la actualidad el ambiente cobra la máxima atención e importancia en todas las políticas de la humanidad para garantizar su conservación.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La historia natural de la enfermedad es el curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución. En otras palabras es la manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso, cuando se abandona a su propio curso. El proceso se inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte. En la figura que se muestra abajo se delimitan claramente el periodo prepatogénico y patogénico, el primero de ellos antes de la enfermedad y refleja el momento de la interacción del agente, el ambiente y el huésped.

El periodo patogénico muestra los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo. El horizonte clínico marca el momento en el que la enfermedad es aparentemente clínica. En este modelo se remarca la importancia de las diferentes medidas de prevención que se pueden llevar a cabo dependiendo del momento en que se encuentre la enfermedad, así las actividades de prevención primaria se desarrollan en el periodo prepatogénico y están encaminadas al fomento a la salud y a la protección específica; en la prevención secundaria las acciones son el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño y la prevención terciaria se enfoca en la rehabilitación.

Leavell y Clarck en 1965 establecen un esquema para tratar de explicar el desarrollo natural de la enfermedad.

- Período Pre patogénico
- Período Patogénico Sub clínico
- Período Prodrómico
- Período Clínico
- Período de Resolución

Período pre patogénico
 Período de interacción entre factores endógenos y exógenos que trae como resultado el que se permita facilitar que se reproduzca y se desarrolle la enfermedad.

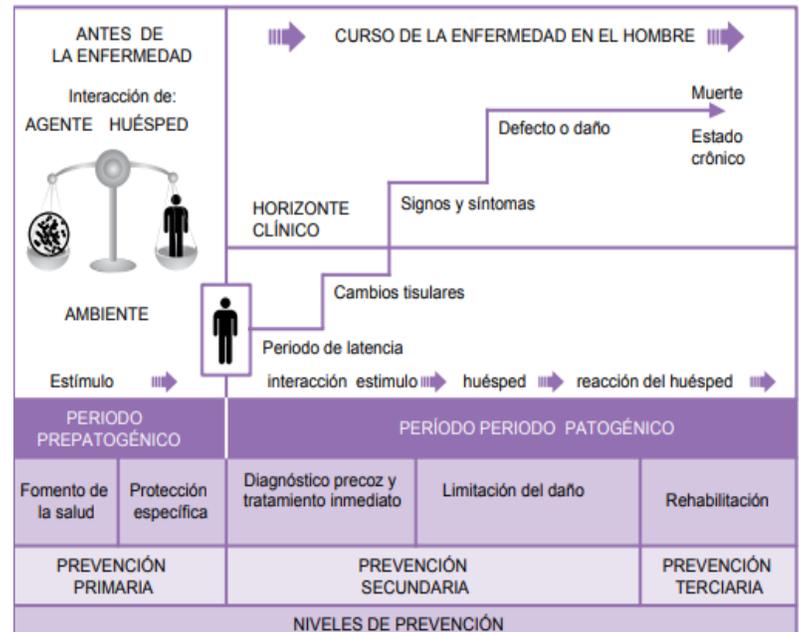
Período patogénico subclínico
 Se expresan lesiones anatómicas o funcionales sin expresiones clínicas claras. Se puede detectar por exámenes clínicos en forma causal o por tamizaje.

Período prodrómico
 Manifestaciones generales, confusas que hacen difícil hacer un diagnóstico exacto.

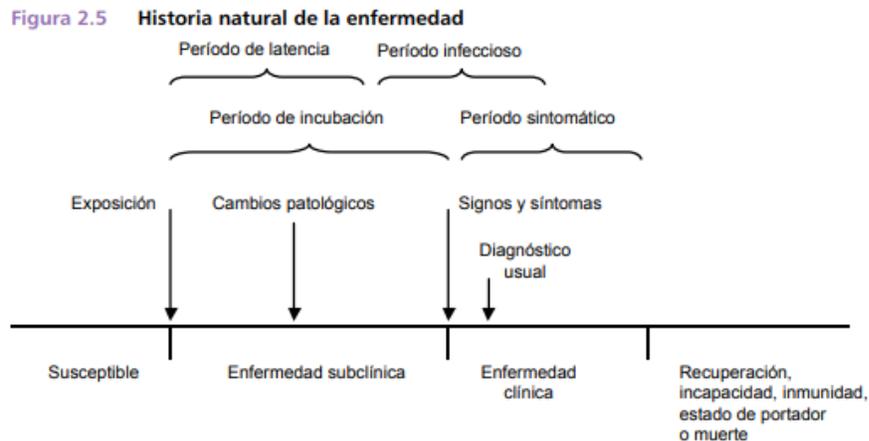
Período clínico
 La enfermedad se manifiesta por signos y síntomas que facilitan su diagnóstico y manejo.

Período de resolución
 La enfermedad evoluciona hacia la curación con o sin secuelas, a la muerte o a la cronicidad.

Se ha descrito la historia natural de varias enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles, agudas o crónicas. Este modelo asume que los casos clínicos de enfermedad pasan por una fase preclínica detectable y que en ausencia de intervención, la mayoría de los casos preclínicos progresarán a la fase clínica. Como se mencionó anteriormente, los períodos de tiempo de cada etapa son importantes para la detección, el tamizaje y la intervención con medidas preventivas y terapéuticas sobre factores del agente, huésped y ambiente (Gordis, 1996).



En las enfermedades transmisibles, el período de latencia es el tiempo que transcurre desde la infección hasta que la persona se vuelve infecciosa. El período de incubación es el tiempo que transcurre desde la infección hasta la presentación de síntomas. En el caso de las enfermedades no transmisibles la terminología difiere un poco y se considera que el período de latencia corresponde al período que transcurre entre el desarrollo de enfermedad subclínica hasta la presentación de síntomas (Rothman, 1986).



En las enfermedades transmisibles, el período de latencia es el tiempo que transcurre desde la infección hasta que la persona se vuelve infecciosa. El período de incubación es el tiempo que transcurre desde la infección hasta la presentación de síntomas. En el caso de las enfermedades no transmisibles la terminología difiere un poco y se considera que el período de latencia corresponde al período que transcurre entre el desarrollo de enfermedad subclínica hasta la presentación de síntomas (Rothman, 1986).

NIVELES DE PREVENCIÓN

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.



Sistema de referencia y contrarreferencia

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles.

Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

NIVELES DE COMPLEJIDAD

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales. En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.

El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

NIVELES DE PREVENCIÓN

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998). Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978).

“Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978).

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

Prevención Secundaria Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (Pruebas de Screening).

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

Prevención Terciaria Se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población.

La APS fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción.

Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.

Refiere la estrategia como líneas de acción para su implementación las siguientes: reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional.

Desde 1978 han existido importantes cambios en el contexto mundial, así como en la conceptualización y práctica de la APS. En tal sentido, a partir del año 2005, se elaboró en Montevideo un documento aprobado posteriormente por la OPS/OMS de Renovación de la APS. En éste la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores. Distingue entre valores, principios y elementos.

Los valores son los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad, como, por ejemplo, el derecho al mayor nivel de salud y la equidad. Los principios son los fundamentos, leyes, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos. Por ej: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, con orientación hacia la calidad. Los elementos son parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial por ejemplo; atención integral e integrada, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención.

La participación “convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad”

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” . La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente. La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).

ALGUNAS PRECISIONES CONCEPTUALES FINALES

1. La estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel.

2. La APS, en consecuencia, no es sinónimo de primer nivel de atención. 3. La prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, ya sea en un programa de prevención primaria, como, por ejemplo, de inmunizaciones en el primer nivel, hasta la prevención de úlceras (prevención terciaria) en un CTI (tercer nivel de atención).
3. Prevención Primaria y Primer Nivel de Atención no son sinónimos
4. En cada nivel de atención, primero, segundo y tercero se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo en el primer nivel se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, tal es el caso de la prevención terciaria en cuanto a acciones de rehabilitación en el primer nivel de atención.
5. La APS no es sinónimo de prevención primaria, ya que la estrategia desarrolla todos los niveles de prevención.
6. En suma: no son sinónimos: primer nivel de atención, prevención primaria y atención primaria de la salud.

Determinantes Sociales de la Salud



Definición de determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

¿Por qué es necesario centrarse en los determinantes sociales de la salud?

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud.

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como tienen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente, con mayor frecuencia queaquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas *inequidades* han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.

Valor y objetivo fundamental de salud pública: la equidad en salud

La equidad en salud es uno de los objetivos centrales de los sistemas de salud, lo que lleva a la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud. Es importante precisar que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria.

Esta énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad.

De modo que la equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.”

Inequidad lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles.

Determinantes sociales: las causas de inequidades en salud

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla.” De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad.

Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Así una pregunta clave para las políticas de salud es: ¿Hasta que punto es la salud una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual? Esta pregunta, planteada por la nueva Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, es central al enfoque de determinantes sociales y amplía el foco de los esfuerzos en Salud Pública, más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales.

Por otra parte, la Comisión señala que la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman.

Marco conceptual para acción sobre determinantes sociales

El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales, para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones. La revisión de los modelos planteados y su evolución ayuda a entender el enfoque

de determinantes sociales y su utilidad para una Salud Pública que persigue la equidad en salud.

Uno de los primeros y más influyentes fue el de *Lalonde* en 1974, que identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Desde esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico. Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña.

Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. (Figura 1)

- Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables.
- A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud.
- Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables.
- Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa.

El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

Figura 1: Los principales determinantes de la salud

Modelo Socioeconómico de Salud



Fuente: Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud.

El esfuerzo colectivo: intersectorialidad y participación social.

Cuando la mirada a los factores conducentes a la salud es amplia, muchas de las intervenciones que buscan modificar dichos factores quedan fuera de la acción tradicional del sector salud.

El enfoque propuesto por la Comisión, concibe un rol activo del sector en la reducción de inequidades en salud, directamente asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y programas de Salud Pública comprensivos y efectivos, pero con igual importancia, actuando indirectamente, involucrando otros sectores del gobierno y de la sociedad civil. Reconoce que la Salud Pública, es un campo de acción social, cuyos agentes incluyen especialistas y técnicos de salud y de otros sectores, los políticos, la academia, las organizaciones sociales, empresarios e instancias de la sociedad civil.

Un aspecto central al marco es la cohesión social y la construcción de capital social al reconocer que la acción y soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud.

El marco pone énfasis en los diferentes niveles de acción donde habrá que intervenir sobre determinantes sociales. Las políticas de acción sobre determinantes sociales deben considerar un amplio rango de intervenciones, desde la disminución de exposiciones y vulnerabilidades, el mejoramiento del acceso a servicios, disminución de las consecuencias gracias a acciones sectoriales y cambios en la estratificación social. Aquí se destacan también como aspectos o principios transversales a los niveles de intervención, las consideraciones por el contexto, la participación ciudadana en las decisiones y la acción intersectorial, además de la necesidad de contar con evidencia para sustentar acciones efectivas.

CONSIDERACIONES METODOLOGICAS PARA EL ESTUDIO DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

NIVELES DE ANALISIS

El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. El proceso salud-enfermedad se encuentra, por tanto vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen, tesis de la que partimos y que será el eje central de este trabajo.

De acuerdo con lo anterior, las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir en el ámbito de lo social, aún cuando aquél se manifieste, en forma concreta, en seres humanos.

Antes de analizar la salud-enfermedad de acuerdo con esta visión, es necesario referirse, aunque sea brevemente, a otros dos enfoques que dan por resultado niveles de análisis distintos del proceso salud-enfermedad.

Los tres niveles se encuentran vinculados entre sí, pero cada uno de ellos es válido en cierto momento, y responde a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.

El primer nivel es aquel en el que la enfermedad se presenta en un organismo determinado y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere el concurso de la medicina y ciencias afines (biología, bacteriología, fisiología, anatomía, etcétera). En base a las teorías, métodos técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad, para lo cual se elaboran previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo.

El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud y eliminar o reducir al mínimo las secuelas incapacitantes. Este nivel encuentra su ubicación en el *modelo que considera un solo tipo de causa de la enfermedad*, ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones “normales” del organismo, por ejemplo erradicar o limitar un proceso tuberculoso en individuos que llegan a una institución de servicios médicos, o reparar la salud del trabajador que se accidenta en una fábrica. Este modelo orienta la búsqueda de la causa que produjo la enfermedad pero de acuerdo con una concepción de ésta. El ideal, aquí, es establecer una relación de uno a uno, en la que una causa es necesaria y suficiente para que se produzca determinada enfermedad (*etiología específica*). Si se logra esto, podrá incidirse en forma directa e inmediata en el agente patógeno, físico o químico que daña la salud.

Este modelo encuentra sustentación teórica en el conjunto de reglas conocido como postulados de Koch: primero, el microorganismo se halla siempre con la enfermedad, de acuerdo con las lesiones y la etapa clínica observada; segundo, el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad; tercero, el microorganismo, aislado de quien padece la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad (*en un animal experimental susceptible*). La presencia “regular” y “exclusiva” del microorganismo demuestra una relación causal. En el caso del accidente de trabajo, éste se considera como “un suceso o serie de sucesos de ocurrencia rápida, emanados de un acto inseguro o de una circunstancia insegura y culminando en un daño impremeditado”.

De acuerdo con esto, los accidentes se conciben como eventos que surgen por causas específicas, como pueden ser el no emplear equipo de protección, las herramientas inadecuadas, actos inseguros, etcétera. Y como concepción orienta los estudios sobre factores que provocan los accidentes, así como la práctica correspondiente para “eliminar” la causa. En el célebre estudio H.S. Heinrich utilizó 12 mil casos, tomados al azar, de reclamaciones falladas y archivadas por las compañías de seguros, y 63 mil de los registros de accidentes fabriles. Según el autor de dicho estudio, “la mayor responsabilidad en cada caso se atribuyó bien al acto no seguro de una persona o a una condición mecánica también no segura; pero ni en un solo caso se atribuyó la culpa a causas personales y mecánicas al mismo tiempo”.

Este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad, y la consecuente práctica médica, es el de la medicina curativa que busca la reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse o accidentarse. De acuerdo con este enfoque, para resolver el problema de salud individual basta la acción competente del equipo de salud, apoyada en una infraestructura médica adecuada. Cualquier otra consideración es secundaria. Aquí, la utilización de las ciencias sociales está prácticamente ausente y los datos socioeconómicos que se anotan en la historia clínica se presentan como datos aislados, abstractos (*ocupación, escolaridad, etc.*), que poco o nada dicen de las verdaderas causas por las que los individuos se enferman o accidentan.

Es importante subrayar que este enfoque de la enfermedad y, por consiguiente la forma de abordar su tratamiento, es un logro objetivo, real, de la medicina como practica científica “aislada” de las condicionantes sociales que determinan cómo, de qué y con qué frecuencia y gravedad se enferma la gente. Es una práctica que se sustrae de las verdaderas causas de la enfermedad pero que tiene su validez de acuerdo con dicho enfoque: la enfermedad vista como un problema individual, separada de las condiciones en que se produce, que son condiciones sociales: la forma como los individuos se relacionan con la naturaleza y con los demás individuos para producir y reproducirse. Este nivel de análisis implica, como ya se dijo, un determinado enfoque de la enfermedad que no interesa desarrollar aquí, aunque no podemos dejar de mencionarlo porque: 1) tiene su validez de acuerdo con determinada concepción de la salud y la enfermedad y, 2) por las implicaciones político-ideológicas que tiene, ya que las clases dominantes “ponen” los avances de la medicina al servicio de la clase trabajadora para resolver sus problemas de salud, mediatizando sus reivindicaciones en este campo; se busca el acceso a los servicios médicos y se relega lo fundamental, lo que condiciona un mayor riesgo a la enfermedad y a la muerte y reduce su esperanza de vida.

En el segundo nivel el individuo ya no se concibe en forma aislada sino como parte de una comunidad que tiene ciertas características socioeconómicas y culturales y está expuesto a determinados riesgos de enfermedad. De acuerdo con esto se analizan algunos elementos con los que está relacionada la enfermedad: factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc., a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad. Ésta se vincula, por lo tanto, con condiciones deterioradas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente, presencia de factores físico-químicos o mecánicos en el medio de trabajo y que resultan adversos para la salud, etc. Se adopta un *modelo multicausal* y se deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como algo social en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social.

La tuberculosis, de acuerdo con este enfoque, se debe no sólo a la presencia del bacilo de Koch en el organismo sino al hecho de que existen elementos sociales que condicionan el surgimiento y desarrollo de la enfermedad: hacinamiento, desnutrición, falta de detección oportuna de la enfermedad porque los individuos no acuden o carecen de servicios médicos, etc. Es el modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, que rebasa el modelo unicausal en la búsqueda de las causas de la enfermedad, pero es un enfoque ahistórico y mecanicista que no permite establecer una jerarquía entro los factores sociales y físicos, sino sólo señalar relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos.

En relación con los accidentes de trabajo propone hipótesis como la siguiente: *“Existe una relación entre el número de accidentes ocurridos en la empresa, con el número de condiciones inseguras en la misma; así como con algunas características socioeconómicas, culturales y técnicas de sus trabajadores. De esta manera, mientras mejores sean las condiciones de seguridad e higiene y las características mencionadas en relación a los obreros, menor será el número de accidentes en la empresa”*.

Al enfermo tuberculoso que acude al hospital se le indica que debe mejorar su vivienda, alimentarse bien, ver periódicamente a su médico, no realizar ciertos tipos de trabajo, etcétera. Y para evitar los accidentes se recomienda, por ejemplo, *“que se incrementen las actividades que viene realizando la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo de esta empresa, relativas a difundir entre sus trabajadores la importancia que tiene el hecho de usar equipo de protección personal y ropa de trabajo adecuada; así como vigilar que las condiciones ambientales de trabajo sean las óptimas posibles”*.

Esta forma de concebir la enfermedad vinculada a factores sociales y físicos es el enfoque de la epidemiología tradicional, que puede definirse – según Macxy – como *“la rama de la ciencia médica que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico, en una comunidad humana”* (Citado por Jacob H. Landes 1963:3. *“La práctica de la epidemiología ya no se limita únicamente a las enfermedades transmisibles, sino que abarca también otros padecimientos como el cáncer, la diabetes y las enfermedades del sistema cardiovascular, así como las lesiones provocadas por accidentes”*).

Este enfoque representa sin duda, un avance cuantitativo respecto del anterior en la concepción de la salud y la enfermedad y en las prácticas para prevenir los daños a la salud y restablecerla.

El tercer nivel busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y la muerte, y el acceso real a los servicios médicos en los seres humanos, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos entre los fenómenos, la esencia, a fin de establecer leyes que, si bien a nivel de tendencia, orienten la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada.

De acuerdo a este enfoque, la tuberculosis se concibe como una enfermedad social cuyas verdaderas causas residen en la estructura misma de la sociedad; ya que el bacilo de Koch se desarrolla, como se ha demostrado, en determinados ambientes físicos y sociales que son producto de la forma en que la sociedad produce y se reproduce, del tipo de relaciones sociales imperantes; en pocas palabras, de la estructura económica de la sociedad. Y los accidentes de trabajo encuentran su explicación en la forma en que la sociedad organiza la producción, en la manera en

que los individuos se relacionan con la naturaleza en el proceso de trabajo, es decir, en el modo de producción dominante.

Para conocer las causas fundamentales de la enfermedad vista como un fenómeno social, y formular leyes, tiene que recurrirse a categorías tanto teórico-metodológicas como histórico-sociales. Entre las primeras se encuentran causa y efecto, esencia y fenómeno, necesidad y casualidad, contenido y forma, lo singular y lo general, posibilidad y realidad; hay que incluir además las leyes del materialismo dialéctico: ley de la unidad y lucha de contrarios, ley del paso de cambios cuantitativos a cambios cualitativos y ley de la negación de la negación. Entre las segundas tenemos: modo de producción, proceso de trabajo, clases sociales, condiciones materiales de trabajo, condiciones materiales de vida, estado, ideología, etc.

Las categorías histórico-sociales son también instrumentos teórico-metodológicos ya que orientan el análisis de los fenómenos concretos al proporcionar – a nivel teórico – los elementos y relaciones básicos que deben analizarse en una realidad específica.

Este tercer nivel supone a su vez un enfoque que supera al anterior, ya que implica un cambio cualitativo en el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad. En este nivel se sitúa el quehacer de la sociología médica marxista, la cual considera que la salud-enfermedad, aun cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos.

La sociología médica marxista pretende, pues, crear leyes y teorías para explicar la salud-enfermedad como fenómeno social, para lo cual tiene que destacar los aspectos y relaciones esenciales – vía el recurso de la abstracción – que la teoría científica y la práctica concreta señalan como los más comunes, fundamentales, de la realidad concreta. La sociología médica marxista vincula lo teórico con lo empírico, lo abstracto con lo concreto, a fin de alcanzar, a través de categorías, leyes y teorías, una comprensión más profunda del proceso salud-enfermedad. Por ello, vincula lo teórico con lo empírico, lo abstracto con lo concreto, a fin de alcanzar, a través de categorías, leyes y teorías, una comprensión más profunda del proceso salud-enfermedad. Por ello, lo que parece ser más “abstracto” y “metafísico” es en realidad mucho más concreto precisamente porque, mediante su misma dimensión de universalidad, la teoría no es abstracta por ser general, por lo contrario, es mil veces más concreta porque abarca en su alcance una parte mucho mayor de la realidad que los conceptos, mas limitantes y particularizantes.

De acuerdo con esto, la sociología médica marxista utiliza categorías más abstractas para explicar un fenómeno concreto ubicado en una totalidad históricamente determinada. Así, su enfoque supera al de la epidemiología tradicional que solamente se queda en el plano de lo empírico, de lo inmediato, al establecer regularidades empíricas entre factores sociales y físicos y la salud enfermedad.

La sociología médica marxista explica, sobre la base de categorías teórico-metodológicas y de categorías histórico-sociales, la presencia de estas regularidades empíricas, es decir propone hipótesis globales que permitan un análisis más completo y profundo del proceso salud-enfermedad. Aquí radica su enfoque cualitativamente superior.

En los tres niveles que hemos descrito pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos para obtener información empírica de la realidad concreta; la diferencia estriba en el tipo de realidad que se estudia en cada nivel. En el primero, la realidad es el individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia, ya que el interés radica en resolver a la brevedad posible un problema de salud, y el método que se utiliza es el clínico. El segundo nivel se refiere a la búsqueda de un conocimiento sobre una realidad en la que el individuo ya no se concibe aislado del acontecer físico y social; pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico-sociales y el proceso salud enfermedad. Aquí pueden emplearse diversos métodos y técnicas que la práctica ha demostrado que son de gran utilidad para alcanzar un conocimiento objetivo, pero sobre los aspectos externos, que son manifestaciones de la esencia de la realidad. Estos métodos y técnicas pueden ser el experimento social, la observación, la encuesta, la entrevista, etcétera.

Los resultados de los estudios situados en este segundo nivel son de utilidad para orientar las políticas y programas concretos en ámbitos producidos: una comunidad, una fábrica. Su objetivo fundamental es ayudar al mantenimiento del sistema social a través de la implementación de medidas que permitan evitar situaciones disfuncionales que vulneren el adecuado funcionamiento del mismo.

En el tercer nivel la realidad que se estudia es la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determinaciones; es la realidad vista como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos. En este nivel de análisis el proceso salud-enfermedad, que se presenta en individuos que trabajan y viven bajo determinadas circunstancias socio históricas, es parte de esa totalidad (*la formación social*). Por tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse.

En este nivel de análisis se recurre también a los métodos y técnicas antes mencionados – ya que no existe otra forma de obtener información empírica de la realidad concreta – pero tales herramientas se encuentran ubicadas en una perspectiva teórica que da cuenta de determinada concepción del mundo, de la sociedad, de los fenómenos inherentes a ésta, como la enfermedad, y que guía, además, el manejo de los métodos y técnicas de investigación, así como la aplicación de los resultados de los estudios. Nos referimos al materialismo histórico y dialéctico como teoría y método general de conocimiento de la realidad concreta.

La concepción materialista de la realidad social y sus repercusiones en la investigación de proceso salud-enfermedad

Para el estudio del proceso salud-enfermedad es necesario tomar en cuenta aquella perspectiva teórica que permita una comprensión y explicación más profundas de dicho proceso a fin de evitar análisis superficiales o fragmentarios sobre el mismo, o que solo profundicen en forma en que se presenta un problema de salud en un momento determinado y dejen de lado su desarrollo y transformación, o que aislen el fenómeno que se estudia de las condiciones socio-históricas en las que las que se encuentran inmerso. Así mismo, es necesario evitar que el estudio de la salud-enfermedad, visto como un fenómeno social, se inicie a partir de cualquier elemento, o separarlo en la totalidad (sociedad en su conjunto) de la que forma parte. Es importante señalar que el investigador tiene que aislar, pero en la mente – vía el recurso de la abstracción - los fenómenos objeto de estudio, a fin de poder iniciar un análisis intensivo sobre sus diferentes aspectos y relaciones, pero esto no significa que los fenómenos se encuentren en forma aislada de la realidad concreta.

Proceder estudiar el proceso salud-enfermedad sin tomar en cuenta lo anterior es adoptar el enfoque de la corriente positivista y sus variantes (el funcionalismo y el conductivismo), lo cual limita el conocimiento científico de la realidad objetiva, en este caso del proceso salud-enfermedad.

Por ello es necesario tener presente durante el proceso de conocimiento de la realidad las premisas fundamentales del materialismo dialéctico e histórico a fin de orientar el estudio de los fenómenos concretos así como la selección, diseño y aplicación de los distintos métodos, técnicas e instrumentos de investigación. Las tesis centrales de dicha corriente pueden expresarse en los siguientes términos:

1) Todos los fenómenos de la realidad social se encuentran en relación y dependencia mutuas. La realidad es un todo interrelacionado y no un conjunto de cosas y procesos aislados, separados unos de otros. Esta tesis ofrece la posibilidad de llegar a conocer las causas de los fenómenos pero es importante señalar que la realidad se presenta de una manera muy compleja y dentro de la multitud de causas posibles es necesario conocer las causas determinantes y condicionantes de los fenómenos.

Además, debe tenerse en cuenta que los efectos repercuten en las causas de diversa forma y con distinta intensidad, y los efectos se convierten a su vez en causas de otros fenómenos. De acuerdo a lo anterior, la salud-enfermedad es un proceso vinculado a diversos factores sociales, físicos, químicos y biológicos; el desarrollo de la ciencia, en la que están presentes distintas concepciones de la salud y la enfermedad, ha enfocado de diversa manera este asunto.

La teoría unicausal logró una amplia aceptación cuando a través de la experimentación pudieron establecerse ciertos nexos entre fenómenos biomédicos que la ciencia médica colocó en primer plano durante la segunda mitad del siglo XIX: un agente patógeno (por ejemplo, el bacilo de Koch) origina la tuberculosis. La medicina, urgida de conclusiones apoyadas en la experimentación para poder “elevarse” al rango de ciencia, dejó de lado planteamientos que desde el siglo XVIII (e incluso desde los tiempos de Hipócrates) venían cobrando fuerza: la enfermedad está relacionada con circunstancias concretas de la vida material (Johann Peter Frank, Rodolf Virchow, etcétera).

El aspecto de lo social en la comprensión del fenómeno de la enfermedad quedó relegado u olvidado cuando los descubrimientos experimentales asombraron a los estudiosos de la salud enfermedad. El desarrollo de la vida social en el modo de producción capitalista se encargó de socavar las bases de la teoría unicausal al observarse que la presencia de muchas enfermedades (tuberculosis, difteria, cólera) estaba relacionada con las condiciones materiales de trabajo y de vida de la población. Surge la teoría multicausal que, como ya hemos visto, incluye varios elementos como causantes de la enfermedad. Dicha teoría fue, sin duda, un avance importante cuando a la lista de posibles causas de la enfermedad se agregaron otras propias del medio ambiente físico y social, en lugar de señalar un solo tipo de causas (agentes patógenos, físicos o químicos). La historia de la explicación de la enfermedad muestra claramente el desarrollo del pensamiento dialéctico que avanza de formas inferiores de conocimiento a formas superiores, y a veces hay retrocesos (como la teoría unicausal) que sin embargo poseen los gérmenes de concepciones más profundas cuando muestran su insuficiencia explicativa. Esto permite que la ciencia no se detenga en la búsqueda de las causas fundamentales de los procesos.

- 2) La realidad se encuentra en permanente movimiento, cambio, transformación. Para llegar a una comprensión profunda de causas de los fenómenos debe partirse de la tesis de que éstos no son estáticos sino que en ellos se presentan continuos cambios. La realidad es, por tanto, un proceso, y no un conjunto de cosas acabadas, por lo que el conocimiento sobre ella es también un proceso en el cual se consolidan verdades relativas y cuyo encadenamiento permite alcanzar un conocimiento más profundo y objetivo de la realidad.

De acuerdo con esto, el proceso salud-enfermedad no es algo fijo, único; está en permanente cambio y recibe múltiples influencias de otras instancias de la vida social. Su aprehensión, a través del pensamiento conceptual, debe tomar en cuenta lo anterior para evitar crear modelos o teorías definitivas. Si partimos de que los conceptos categorías, hipótesis, leyes y teorías – en suma, el pensamiento abstracto – es una reproducción mental aproximada de esa realidad en permanente cambio, la conceptualización del proceso salud-enfermedad dependerá de las condiciones materiales del momento histórico que se vive, lo cual no significa que la conceptualización se encuentre encapsulada en la realidad presente; puede apoyarse en formulaciones expuestas en el pasado y

enriquecerse con los hechos del presente para comprender mejor las formas de desenvolvimiento que adopte en el futuro el proceso salud-enfermedad (la ciencia mantiene, pues, una autonomía relativa respecto de las condiciones reales de existencia).

- 3) Los cambios, las transformaciones que aparecen en la realidad, son cambios objetivos cuya fuente es la contradicción interna que se presenta en los procesos; no son resultado de fuerzas suprasensibles o de disposiciones subjetivas (emociones, deseos, etc.). En otras palabras, el motor del desarrollo que se debe a la existencia de polos antagónicos que se encuentran en unidad relativa y en lucha permanente. En el caso de la realidad social – donde se presenta el proceso salud enfermedad – la contradicción principal en la sociedad capitalista se da entre el capital y el trabajo, y se expresa socialmente en la lucha de clases entre burguesía y proletariado.
- 4) El proceso salud-enfermedad y su conceptualización se encuentran presentes en la palestra donde se desarrolla la lucha entre ambas clases. Por ello las condiciones reales de existencia, los intereses y las ideologías de las clases sociales están presentes en la forma en que surge y se desarrolla dicho proceso, así como en la concepción que se tiene de él.
- 4) Los elementos y procesos de la estructura social tienen diferente jerarquía o influencia en el surgimiento, desarrollo y transformación de los procesos sociales, por lo que no puede iniciarse el estudio de un proceso a partir de cualquier elemento.

Para explicar el proceso salud-enfermedad es necesario analizar los diversos aspectos con los cuales se encuentra relacionado y conocer los factores esenciales de mayor peso que determinan las modalidades que asume dicho proceso. Hay, en términos generales, dos grandes grupos de factores: los del ser social, o sea, los que surgen de la vida material de la sociedad (la forma en que se produce y se reproduce) y los de la conciencia: las concepciones, conocimientos, sobre la enfermedad. La tesis del materialismo histórico nos permiten demostrar – como se verá más adelante – que la enfermedad, su frecuencia y gravedad, tienen su explicación en las condiciones materiales de trabajo y de vida de los distintos grupos sociales y no en las ideas o creencias sobre la enfermedad, aunque éstas pueden repercutir para que se desencadene el proceso que lleve de la salud a la enfermedad, para detenerlo a tiempo y evitar secuelas. Sin embargo, las condiciones reales de existencia determinarán en última instancia las posibilidades objetivas de evitar, minimizar o retardar la presencia de la enfermedad, por ejemplo, el vivir y trabajar en un medio ambiente contaminado, el padecer o no desnutrición, el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos, etc.

La conceptualización del proceso salud-enfermedad que la ciencia médica elabora, y que orienta las políticas de salud y la práctica médica, depende de la

realidad material, de las relaciones sociales imperantes que son, en la sociedad capitalista, relaciones de explotación.

En la conceptualización de dicho proceso también influyen los valores, las creencias, pero éstos se encuentran condicionados por los aspectos materiales de la sociedad. Sobre este asunto hablaremos en el último capítulo del trabajo.

- 5) La realidad se presenta a diferentes niveles; nuestra experiencia sensible capta solamente los aspectos externos de los objetos y procesos del mundo natural y social. Los elementos y relaciones internas, o sea, la esencia, con los cuales se establecen leyes y teorías para explicar los fenómenos de la realidad, sólo pueden conocerse si se recurre al pensamiento abstracto. Marx decía que “toda ciencia estaría de más si la forma de manifestarse las cosas y la esencia de éstas coincidiesen directamente”.

La epidemiología tradicional sólo vincula los aspectos externos de los fenómenos sociales y físicos con la enfermedad, tal se expresó en el apartado anterior. Por ejemplo, puede establecer relaciones como la siguiente: “mientras mayor es la desnutrición del obrero, mayor es la probabilidad de que ocurran accidentes de trabajo”. Es necesario rebasar este nivel y llegar a conocer la esencia, los aspectos internos, fundamentales, de la realidad, que no aparecen de manera inmediata, a primera vista. De acuerdo con esto, nuestro interés radica en determinar cuáles son las causas básicas por las que se presenta la relación anterior. Para responder a esta cuestión debe emplearse categorías histórico-sociales como clases sociales, modo de producción, plusvalía, etc., con el objeto de formular hipótesis que permitan alcanzar un conocimiento más profundo y objetivo de la realidad.

- 6) La práctica social, concreta, es la base del conocimiento y el criterio de verdad de nuestras representaciones teóricas, así como la única forma de transformar el mundo. Sobre el primer punto, Mao expresa lo siguiente: “No puede haber conocimiento al margen de la práctica” (“Sobre la práctica”); respecto al segundo punto, Marx señala que “El problema de si a pensamiento se le puede atribuir una verdad objetiva no es un problema teórico, sino un problema práctico; es en la práctica donde el hombre demuestra la realidad y el poderío, la terrenalidad de su pensamiento” (“Tesis sobre Feuerbach”); en cuanto al tercero, el mismo Marx señala que “los filósofos no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo” a través de la práctica.

De acuerdo con lo anterior, el conocimiento científico sobre el proceso salud-enfermedad y la forma en que se encuentra relacionado con la estructura socioeconómica de la sociedad debe adquirirse a través de la práctica científica, empleando teorías, métodos y técnicas que permitan la apropiación teórica de la realidad concreta, en este caso del proceso salud-enfermedad y sus diversos aspectos y relaciones.

Asimismo, la transformación de las condiciones materiales adversas para la salud sólo puede llevarse a cabo a través de prácticas concretas, por ejemplo la lucha de clases, para arrancar al capital diversas reivindicaciones en el campo de lo económico, lo político y de salud.

Los planteamientos anteriores son la tesis generales del materialismo dialéctico e histórico que debemos tomar en cuenta para alcanzar una comprensión más amplia y profunda del proceso salud-enfermedad, el cual si bien es un proceso natural está condicionado por circunstancias socio históricas concretas.

Una vez que hemos situado el proceso salud-enfermedad dentro de la perspectiva del materialismo dialéctico e histórico, es necesario aplicar las leyes y categorías de esta corriente de pensamiento a fin de orientar la apropiación teórica de dicho proceso. Para alcanzar una comprensión más profunda de la realidad capitalista y su relación con el proceso salud-enfermedad, la concepción que se tiene de éste en las respuestas que el Estado y la sociedad dan a la enfermedad.

Salud sexual y Reproductiva

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva (S.S.R.) nació como tal en 1994 en El Cairo. Fue un parto primerizo, largo y doloroso. Igual que el puerperio en el que nos encontramos. Trataremos de analizar el concepto de S.S.R. y cómo se llegó a él. Analizaremos también dónde nos encontramos ahora y cómo la perspectiva de género en la S.S.R. puede arrojar luz, ofreciéndonos la posibilidad de detectar las inequidades de género que en éste ámbito, quizás más que en otros, afectan tan de cerca a las mujeres. A través del análisis de Género podremos después encontrar estrategias para actuar y tratar de minimizar las inequidades. Estrategias de promoción de la S. S. R. como la transversalización del enfoque de género, la educación, la atención primaria de salud o el empoderamiento de las mujeres que no son nuevas pero que a día de hoy necesitan del más fuerte de los impulsos.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” . Además establece como objetivo de la Salud sexual “ el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”.

Por otro lado la Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho”.

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Hubo de recorrerse un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995.

El camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

El concepto de salud materna e infantil empezará a cobrar cada vez mayor relevancia. En 1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprueba el “Convenio relativo a la protección de la maternidad”. Tres décadas tuvieron que pasar para que se fuera ampliando el concepto. Fue la “Conferencia de Alma Ata” (1978) cuando se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil. En 1979 en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) vuelve a recoger en su declaración el derecho a un “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. Por fin en 1994 se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar, el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados. La CIPD supuso un gran cambio con respecto a las políticas de población que hasta entonces se habían discutido en foros internacionales. Políticas cuyo único objetivo consistía en cumplir una serie de metas demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. Y para las cuales el único interés que los temas reproductivos suscitaban se debía a la importancia del control de la fecundidad como medio para alcanzar dichas metas demográficas.

El Programa de Acción de la CIPD da un giro radical al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Deja pues de lado las concepciones reduccionistas de las relaciones sexuales como medio para el fin reproductivo y de la mujer como madre y cuidadora. Hace especial hincapié en el empoderamiento de la mujeres como piedra angular de todos los programas, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales y sobretodo respecto a la sexualidad y la reproducción. Un año más tarde, en Beijing, tiene lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas donde se insiste en los derechos de las mujeres y donde se perfila y refuerza el concepto de salud sexual y reproductiva. Se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción que serán una guía a seguir por gobiernos y entidades de todo el mundo.

La Plataforma afirma de nuevo que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”. Del mismo modo en el artículo 19 de la Declaración se define como “esencial el diseño, implementación y monitoreo, con plena participación de las mujeres, efectivo, eficiente y mutuamente reforzantes de políticas y programas sensibles al género, en todos los niveles, que fomenten el empoderamiento y el progreso de todas las mujeres” y en el artículo 25 se “alienta a los hombres a participar de lleno en todas las acciones encaminadas hacia la igualdad”.

En 1996 la Unión Europea y todos sus estados miembros adoptan formalmente el “Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo”. A partir de este momento, la política de la Unión en salud sexual y reproductiva se enmarca en los principios de El Cairo. La Unión promueve “un enfoque holístico y el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad, (...) incluida una maternidad exenta de riesgos y el acceso universal a una gama completa de cuidados y servicios seguros y fiables en materia de salud reproductiva y sexual” (Artículo 1.2 del “Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo”).

A nivel mundial en la “Cumbre del Milenio” que tuvo lugar en el año 2000, este espíritu estuvo presente a la hora de definir dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En éstos se recogen aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres. Pero sin embargo desde El Cairo el consenso global alcanzado sobre salud y derechos sexuales y reproductivos vive momentos difíciles pues el cumplimiento de los compromisos no sigue el ritmo deseado.

Las conferencias El Cairo +5 (1999) y El Cairo +10 (2004), aunque supusieron una revisión y nueva ratificación sobre los compromisos alcanzados en 1994, han dejado al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva.

En la misma dirección, la conferencia para la evaluación de los compromisos adquiridos en la Plataforma de Acción de Beijing : Beijing +10 (2005) concluyó que la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todas partes del mundo y la cada vez mayor incidencia de VIH/Sida entre las mujeres así como altas tasas de mortalidad materna en regiones de Africa, Asia y America Latina, reflejan que “en muchos aspectos la igualdad no es una realidad para la mujer” y que queda aún mucho camino por recorrer. En líneas generales, pese a todas estas dificultades los compromisos de El Cairo y Beijing se han vuelto a ratificar y es el momento de que se cumplan estos compromisos asumidos por casi todos los países del mundo, entre ellos España.

1948	Declaración de los Derechos Humanos Creación de la OMS	Se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil (Artículo 25.2) Entre sus funciones está “el promover la salud y la asistencias materna e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente” (Artículo 2.1)
1952	Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.)	Aprobación del Convenio relativo a la protección de la maternidad
1978	Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.)	El planteamiento integral de Salud para Todos en el año 2000 recoge entre sus mínimos la “asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar”
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: CEDAW	Impulsa el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia” (Artículo 10)
1994	EL CAIRO: Conferencia internacional sobre población y desarrollo	Pone el acento definitivo en el concepto de salud sexual y reproductiva y en la importancia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos
1995	IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas: BEIJING	La Plataforma para la Acción reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”
1999	EL CAIRO + 5 EL CAIRO + 10	Aunque supusieron una revisión y nueva ratificación han dejado al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva
2000	CUMBRE DEL MILENIO	Recogen en dos de sus objetivos aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres. Los indicadores de ambos indicadores
2005	BEIJING + 10	Concluyó que la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todo el mundo y la mayor incidencia de VIH/SIDA entre mujeres reflejan que aún queda mucho camino.

COMPONENTES DE LA S.S.R

Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. Quedaron definidos como tales en la Conferencia de El Cairo.(Fuente "Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África". AECI-2005).

LISTADO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El listado de derechos sexuales y reproductivos según ONU-SIDA son:

1. Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
2. Derecho a la integridad física, psíquica y social.
3. Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
4. Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
5. Respeto a la opción de la reproducción.
6. Elección del estado civil.
7. Libertad de fundar una familia.
8. Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos.
9. Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.

10. A la igualdad de sexo y género.
11. Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.
12. Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
13. Libertad de elegir compañero/a sexual.
14. Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
15. A elegir las actividades sexuales según sus preferencias.
16. Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
17. A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
18. A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.

Anteriormente La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) elaboró una carta sobre los derechos sexuales y reproductivos en Londres en 1996 donde se recoge además:

- El derecho a la vida, lo que significa que no se debe arriesgar la vida de ninguna mujer debido a un embarazo.
- El derecho a la libertad y seguridad de la persona, el cual reconoce que ninguna mujer o niña debe ser sometida ni a la mutilación genital femenina, ni al embarazo, esterilización o aborto forzado.
- El derecho a la igualdad y estar libre de todas las formas de discriminación, incluso en la vida sexual y reproductiva.
- El derecho a la intimidad y la confidencialidad, lo que significa que los servicios deben garantizar la confidencialidad y que todas las mujeres tienen el derecho a tomar decisiones reproductivas autónomas.
- El derecho a la libertad de pensamiento que incluye libertad de interpretación de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres restrictivas que limitan la libertad de pensamiento sobre la atención a la SSR.
- El derecho a información y educación sobre SSR de todas las personas, incluyendo el acceso a información completa sobre los beneficios y riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en consentimiento informado, libre y pleno.
- El derecho de decidir casarse o no y de planificar y tener una familia y decidir o no tener hijas e hijos.
- El derecho a la atención médica y a la protección a la salud que incluye una atención con la más alta calidad y el derecho de ser libre de prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud.
- El derecho a gozar los beneficios del progreso científico que incluye las nuevas tecnologías en reproducción que sean seguras para la salud, eficaces y aceptables para mujeres y hombres.

- El derecho a la libertad de asamblea y participación política que incluye que todas las personas puedan influir en las comunidades y gobiernos para que den prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano que incluye que todas las personas, mujeres y hombres adolescentes niñas y niños, tengan protección ante la violencia, explotación sexual y abuso.

Dentro de todos ellos los Derechos Sexuales son generalmente los menos difundidos.

Los derechos sexuales según la Asociación Mundial de Sexología son:

- El derecho a la libertad sexual.
 - El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
 - El derecho a la privacidad sexual.
 - El derecho a la equidad sexual.
 - El derecho al placer sexual.
 - El derecho a la expresión sexual emocional.
 - El derecho a la libre asociación sexual.
 - El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
 - El derecho a información basada en el conocimiento científico.
 - El derecho a la educación sexual integral.
 - El derecho a la atención de la salud sexual.

Derechos Reproductivos

- Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos/as.
- Tener la información, educación y medios para ello.
- Tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.
- Tener acceso a servicios de atención primaria de calidad
- Contar con medidas de protección a la maternidad.

Derechos Sexuales

- Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad .
- El derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad.
- El derecho al placer físico y emocional.
- El derecho a la libre orientación sexual.
- El derecho a la información sobre la sexualidad.
- Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.
- El derecho a tener acceso a servicios sanitarios.

PERSPECTIVA DE GENERO

Por Género nos referimos a “las características y oportunidades económicas , sociales y culturales atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular en un momento determinado”. (Source: Transforming health systems: gender and rights in reproductive health. WHO, 2001)

Otra definición de Género muy enriquecedora es la que nos ofrece Lourdes Beneria quien detalla que Género son el “Conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características: ser un proceso histórico y establecer una relación jerárquica”, es decir de poder de los hombres sobre las mujeres.

De manera que el género además de definir la asignación de papeles a hombres y mujeres, define también el tipo de relación que existe entre ambos. El sistema de organización social establece una jerarquía de poder de un género sobre otro, de forma que, aquellos rasgos o actividades asociadas a los hombres gozan de mayor valorización y reconocimiento social , frente a las asociados a las mujeres que tienen menos valor o carecen de él; también analiza cómo es la asignación en el control y administración de los recursos privados y públicos, mayor en los hombres y prácticamente inexistente en las mujeres en lo que concierne a los recursos públicos , lo que sumerge a estas en una subordinación global.

Por otra parte, la posición desigualitaria en relación al poder entre las mujeres y los hombres, tiene repercusiones tanto en a la capacidad para transformar la realidad social, como para decidir cuestiones que afectan tanto a la salud sexual y reproductiva individual, como a la de la población en general.

La falta de poder de la mujeres derivada de su posición de subordinación en la sociedad supone una serie de riesgos para su salud y que sus derechos sean vulnerados. Además implica que tengan pocas oportunidades a la hora de intervenir en la vida pública y en el poder político donde se toman las decisiones sobre las políticas de salud sexual y reproductiva.

Los componentes del género según Virginia Maquieria son:

- La división sexual del trabajo.
- La identidad de género.
- Las atribuciones de género.
- Las ideologías de género.

- Símbolos y metáforas culturalmente disponibles.
- Normas sociales.
- El prestigio - Instituciones y organizaciones sociales.

Para mayor discusión de estos componentes consultar el capítulo “ Género, diferencia y desigualdad “ de esta autora en el libro: Feminismos debates teóricos contemporáneos.

Otras definiciones que son importantes:

- Igualdad de género significa igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.
- Equidad de género significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres.
- Frecuentemente requiere programas y políticas específicas para mujeres, que eliminen las inequidades existentes.
- Discriminación de género se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género socialmente construidas que impidan que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.

(Fuente: Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health. WHO, 2001)

INDICADORES SENSIBLES AL GENERO EN S.S.R

Los indicadores son una medida numérica que provee información acerca de una situación o evento complejo. Un indicador sensible al género es aquél que considera los principales factores que impulsan la desigualdad existente en la salud sexual y reproductiva de hombres y de mujeres.

Como ejemplos de indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva tenemos:

- Esperanza de vida al nacer, por sexo.
- Tasa global de fecundidad.
- Porcentaje destinado a salud sexual y reproductiva del presupuesto de salud.
- Porcentaje de población con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por sexo.
- Existencia de asociaciones de salud sexual y reproductivas. - Número de mujeres y hombres en el mercado laboral formal.

- Porcentaje de mujeres y hombres en órganos de gobierno, por 100.
- Tiempo dedicado a realización de tareas no remuneradas, por sexo.
- Indicador de inclusión de la educación sexual y reproductiva en el proceso educativo.
- Porcentaje de mujeres y hombres escolarizados por niveles: primaria, secundaria y terciaria.

(Fuente: Guía para la elaboración de Programas y proyectos de salud sexual y reproductiva. AECI)

INEQUIDADES DE GENERO EN S.S.R

Las inequidades en salud sexual y reproductiva están relacionadas con:

- La visibilidad de los problemas de salud.
- La accesibilidad a los servicios fundamentales para la salud de las mujeres como son los de salud sexual y reproductiva.

La capacidad de tomar decisiones y participar en los asuntos de la propia salud y en aquello que afectan a la salud colectiva:

Algunos ejemplos de inequidad en nuestra realidad social:

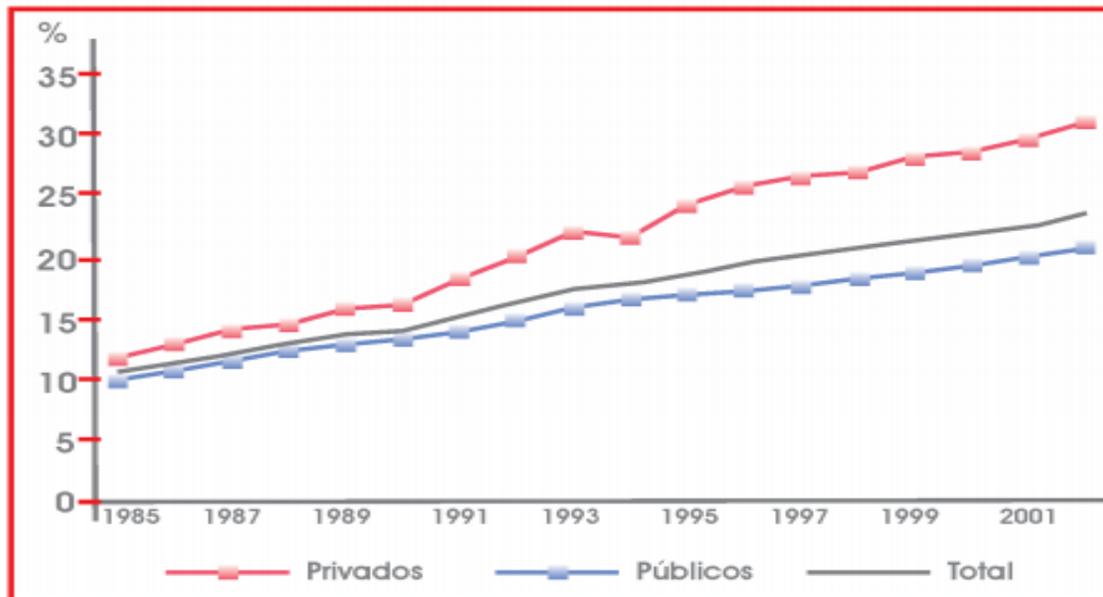
- En relación a los programas de preparación al parto: si bien podemos hablar de una buena cobertura y oferta de servicios, el problema esta en que las mujeres trabajadoras tienen dificultades para su utilización porque al no haber obligación de dar permiso por parte de las empresas para poder asistir a ellos, de modo que no pueden utilizarlos sino es como consulta medica.

Las mujeres trabajadoras no tienen facilidades tampoco en los servicios sanitarios de adecuación de los horarios a sus posibilidades. Además la orientación de estos programas es muy restrictiva, reduciendo la educación al hecho del control del embarazo y preparación al parto, sin tener en cuenta que la maternidad es mucho más que eso.

Siendo necesario orientar estos programas a una educación maternal en la que los padres y parejas deben tomar sus responsabilidades en el cuidado de los hijos e hijas y en el cuidado de la compañera.

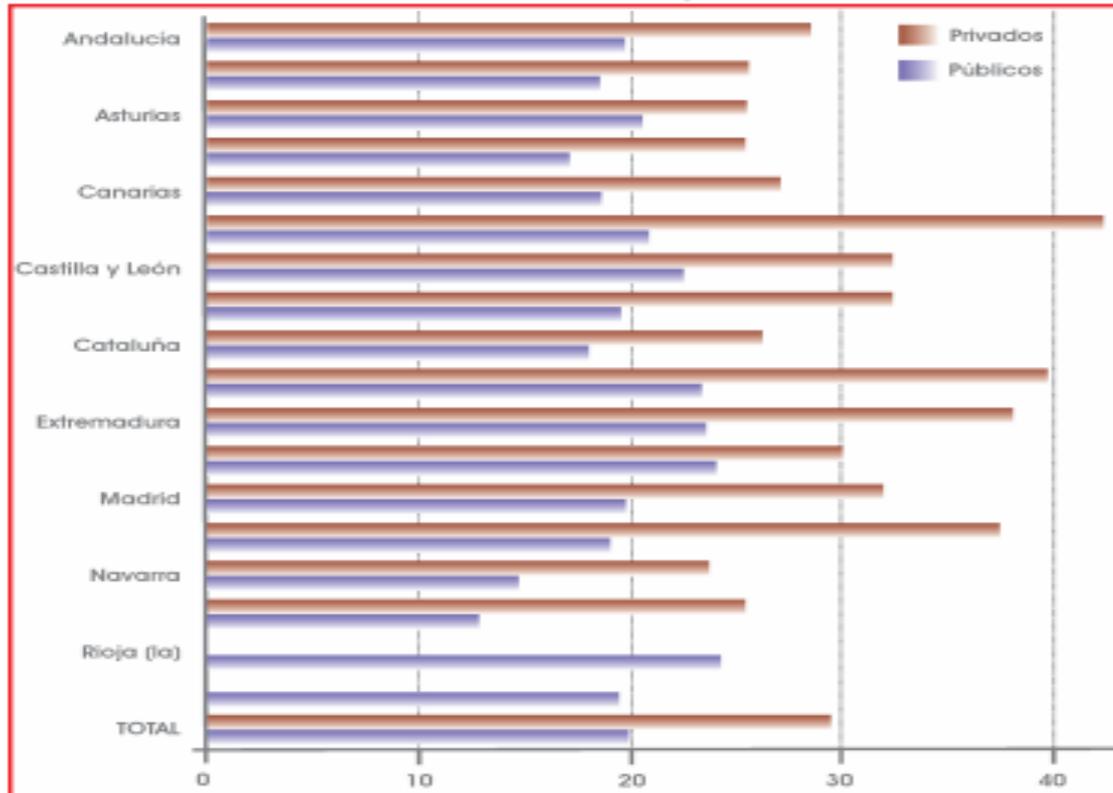
En lo referente a la atención de la mujer durante el parto en los centros hospitalarios resulta asombroso como la normativa vigente sigue sin ser tenida en cuenta en muchos centros, aunque hay que reconocer que algunas CCAA han avanzado en el reconocimiento de los derechos de las mujeres en las normativas. Altas tasa de cesáreas e instrumentalización del parto, no oferta de otras modalidades de parto (en el domicilio, posturas adaptadas...).

Porcentaje de partos por cesárea sobre el total de partos según la dependencia institucional



FUENTE: INE; MSC y elaboración CNE

Porcentaje de partos por cesárea sobre el total de partos según la dependencia institucional



FUENTE: INE; MSC y elaboración CNE

Los métodos anticonceptivos no están cubiertos por el sistema sanitario público, se los tienen que costear las/los usuarias/os.:

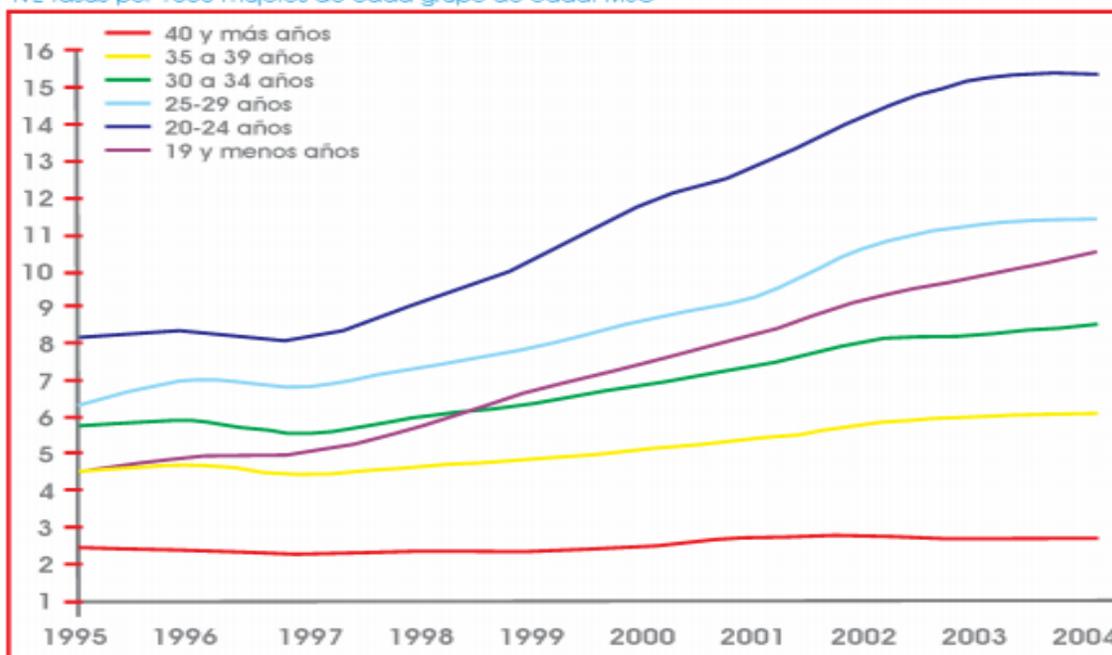
preservativos, diafragma, DIUS, y anticonceptivos orales.

Las trabas reales para la prescripción de la anticoncepción de emergencia es un ejemplo de que la respuesta del sistema sanitario es desigual y por el momento no se ha incorporado mayoritariamente esta práctica en los protocolos de anticoncepción, dándose la paradoja que al final las mujeres tienen que acudir a las ONGs para conseguir información de donde ser atendidas lo que supone el retraso consiguiente.

Respecto a la interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.): las dificultades que tienen las mujeres para realizar la I.V.E. a través de la red sanitaria pública (sólo un 3% se realiza en la red pública, el resto en la privada costeándose la propia mujer), constituyen la mayor inequidad de nuestro sistema sanitario, dejando la atención en el sector privado al que muchas mujeres no tienen acceso económico. Algunas CCAA han establecido convenios con el sector privado para la financiación de la I.V.E.s pero el mecanismo es discrecional y mal conocido por mujeres y profesionales. A eso hay que añadir la insuficiencia de los criterios actuales de la despenalización del aborto en el código penal, que realmente no garantizan el derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad tal y como preconizan las Conferencias de N.N.U.U. de Población y Desarrollo de El Cairo y de la Mujeres de Beijing, suscritas por España.

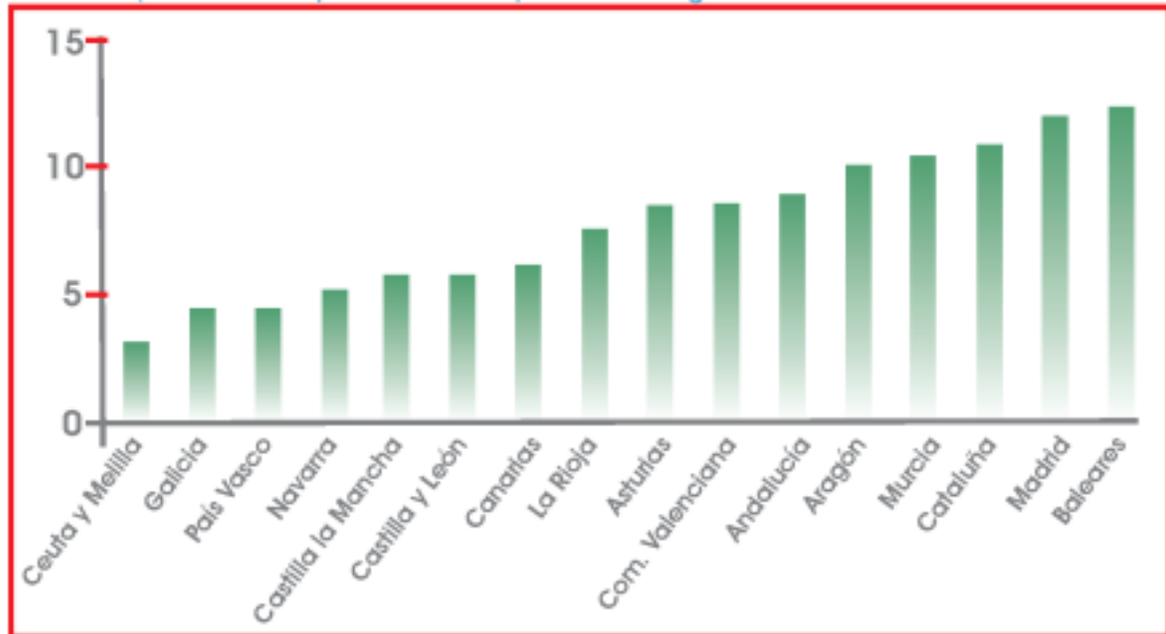
El aumento de I.V.E. en la adolescencia y en las mujeres extranjeras nos da un ejemplo de la carencia de los servicios de planificación familiar y su inadecuación actual para atajar este problema.

IVE tasas por 1000 mujeres de cada grupo de edad. MSC



FUENTE: INE; MSC y elaboración CNE

IVE tasas por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según C.A. de residencia 2004. MSC



Por otra parte la objeción de conciencia de las/los profesionales se antepone a los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing antes mencionadas, con lo que los compromisos adquiridos por España se quedan en el papel. Esta preferencia por salvaguardar los intereses profesionales supone una clara vulneración de estos derechos. Todas estas situaciones suponen una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

PROMOCION DE LA S.S.R. DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO

Significa tener en cuenta la falta de poder de las mujeres sobre su salud, motivado por su posición de subordinación en la sociedad, que conlleva su relegación al ámbito privado y doméstico y su exclusión de la vida pública y del poder político.

Esto supone que su capacidad de tomar decisiones sobre su propia salud, la de su familia y la de la comunidad está limitada o es prácticamente inexistente en muchos lugares. Y también hay que tener en cuenta la falta de estructuras para la participación social en salud que en nuestro país no se han puesto en marcha, salvo algunas excepciones muy localizadas en los servicios de atención primaria. Por lo que la Promoción de la Salud tiene que centrarse en crear circunstancias que favorecen la confianza, la autonomía y la dignidad, y la capacidad de enfrentamiento colectivo para el cambio en lo personal con una proyección en lo público, en lo social, de forma que las mujeres alcancen un óptimo nivel de salud y calidad de vida.

Las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, desde Ottawa a Yakarta, vienen insistiendo en que las políticas de salud potencien y se enfoquen a empoderar a las mujeres, de forma que ellas y los profesionales de salud tomen conciencia de sus derechos a la salud.

Los aspectos que describen estas Conferencias se pueden resumir en cuatro puntos.

- Concienciación de las mujeres sobre su derecho a decidir sobre su salud.
- Participación real de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas que son favorables a la salud de la población general y suya propia.
- Compartir equitativamente con los hombres las tareas del cuidado a la salud en la familia.
- Invertir en recursos e infraestructuras adecuadas a las necesidades y percepciones de salud de las mujeres. Las políticas de salud no son suficientes si no hay una transformación de las mujeres que las haga desarrollar sus plenos derechos: lo que quiere decir que las acciones de promoción de la salud de las mujeres tienen que desarrollar la concienciación de sus derechos.

Y también tiene que incorporarlas a una acción colectiva, en la que socializando su experiencia, puedan participar activamente en la toma de decisiones políticas que afectan a cambios ambientales y de los servicios de salud. Las cuatro estrategias fundamentales de la promoción de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género son:

TRANSVERSALIZACION DE LA PERSPECTIVA DE GENERO

Estrategia adoptada internacionalmente desde Beijing que busca la incorporación de la perspectiva de igualdad de género a las políticas de salud en todos los niveles. Desde el análisis de género persigue hacer visibles los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y sus causas.

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Estrategia desarrollada con fuerza desde Alma Ata que entiende la salud desde un enfoque multidisciplinar, equitativo y participativo. Se centra en la cobertura y acceso a servicios de primer nivel y en la educación para la salud.

EDUCACION PARA LA SALUD

Estrategia, impulsada también desde Alma Ata como parte integrante de la Atención Primaria en Salud (A.P.S.), que se dirige a mejorar la información y participación de la población para desarrollar su capacidad de controlar y tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

Estrategia establecida desde Beijing que busca incrementar el poder de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Como ejemplos de participación de las mujeres reproducimos algunos aspectos que las asociaciones de mujeres y de las organizaciones sindicales presentaron en el proceso de revisión de la Plataforma de Acción de Beijing y su cumplimiento en España en el año 2005 en su Informe de las Asociaciones de Mujeres en España. Beijing+10 (2005).

Falta de adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades de las mujeres, y una excesiva medicalización de los procesos naturales como el parto y la menopausia.

Incompatibilidad de horarios en los servicios sanitarios con las jornadas laborales de las mujeres lo que les dificulta utilizar ciertos servicios como los de preparación al parto.

Preocupación por el aumento de abortos en jóvenes y en inmigrantes lo que demuestra la insuficiencia de servicios de anticoncepción y educación sexual y su poca adecuación a las necesidades de las y los jóvenes y las mujeres inmigrantes.

Dificultades objetivas para el acceso a la anticoncepción de emergencia. La falta de financiación pública de la anticoncepción, y de la interrupción voluntaria del embarazo, no llega al 3% las que se realizan en hospitales públicos. La falta de regulación de la Objeción de conciencia de los/as profesionales sanitarios ante el aborto, lo cual supone en la práctica que las mujeres tengan que acudir al sistema privado con el coste económico consiguiente, ya que no hay criterios claros de su financiación en el sistema público.

Insuficiente cobertura de los programas de prevención de Cáncer de Mama, con tiempos de espera muy largos para conocer los resultados que producen angustia en las mujeres. La Protección a la maternidad debe ser la máxima para todas las mujeres independientemente del periodo de cotización y el régimen de la seguridad social al que se cotice.

La insuficiencia del permiso de paternidad, que no debe ser a costa del derecho de la mujer a sus 16 semanas de baja por maternidad. Insuficientes medidas para la Conciliación de la vida familiar y laboral respecto a los hombres. Las Deducciones fiscales por hijos no contempla a las desempleadas. Acoso sexual en el trabajo: no se aborda en la nueva ley contra la violencia de Género. Actualmente ante las propuestas legislativas desarrolladas en el año 2006 diversas plataformas de mujeres reivindican: -

La extensión a todas las trabajadoras del permiso pagado por maternidad de 16 semanas independientemente del régimen de seguridad social al que coticen, actualmente el régimen agrario y el servicio domestico no tienen esta prestación.

La Instauración del permiso de paternidad obligatorio e intransferible (4 semanas).La propuesta del gobierno en la nueva Ley de Igualdad está en 8 días de permiso para el padre. La extensión del permiso de maternidad a 6 meses.

La construcción de un sistema público y universal de atención a la dependencia que garantice la creación de plazas escolares públicas de 0 a 3 años (se necesitarían actualmente alrededor de 300.000 plazas). La creación del Consejo Estatal de las Mujeres para formalizar la participación social y el empoderamiento.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE GENERO

Enfoque de Género en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Para poder incorporar el enfoque proponemos algunos criterios que deberían incluirse en los programas y actividades de salud que tienen relación con:

- Un enfoque biopsicosocial en la prevención y atención integral a la salud.
- Una detección precoz de riesgos relacionada con las condiciones de vida y oportunidades de desarrollo personal y social de las mujeres.
- La modificación de estereotipos y roles de género.
- Incluir la corresponsabilidad de los hombres en el cuidado a la salud de las personas del entorno familiar, en la reproducción y las prácticas sexuales.
- Tener en cuenta los efectos en la salud de la mujeres por la sobrecarga física y emocional por responsabilidades familiares. - Compatibilizar el acceso a los servicios y la jornada laboral.
- La detección precoz de la violencia y pautas de actuación.
- Respetar las decisiones y autonomía de las mujeres.
- Garantizar la participación de las mujeres en la planificación y evaluación de los programas.
- Desglosar los indicadores por sexo.
- Incorporar metodologías cualitativas para valorar los aspectos psicosociales de la salud.

Concretamente en los programas llamados de PLANIFICACIÓN FAMILIAR habría que incluir criterios relacionados con:

El disfrute de la sexualidad y la capacidad de decisión y mayor autonomía personal a la hora del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres, y si se contemplan medidas específicas para desarrollar la corresponsabilidad de los hombres en una sexualidad segura y saludable y en la anticoncepción. Si se visibilizan situaciones de riesgo específico relacionadas con la adolescencia y la perimenopausia.

Evaluar la cobertura pública y el acceso real de financiación pública de la interrupción voluntaria del embarazo. Y si hay medidas para prevenir las dificultades de las mujeres para tener prácticas sexuales seguras.

En los programas dirigidos a las y los jóvenes, habría que incluir criterios que evalúen si las actividades fomentan:

- Actuaciones para valorar y favorecer una sexualidad satisfactoria para las chicas y los chicos. La responsabilidad tanto de los chicos como de las chicas en el uso de métodos anticonceptivos.
- Dispositivos ofertados para la anticoncepción de emergencia y dificultades para su acceso.
- Medidas específicas de captación de chicos adolescentes a las actividades que ofrece el programa.

Actividades de educación para la salud donde se trabaje y fomente:

- La autonomía y la capacidad de decisión de las adolescentes, su autoestima y una imagen corporal positiva.
- Las responsabilidades y obligaciones domésticas de chicos y chicas de forma igualitaria.
- El desarrollo profesional y laboral de las jóvenes como beneficio para la prevención del embarazo.

En los Programas de atención al Embarazo, Parto y Puerperio o de Atención a la Maternidad, hay que tener en cuenta:

Si está prevista la captación temprana y seguimiento de mujeres embarazadas jóvenes, inmigrantes, con discapacidad, mujeres solas, situaciones que suponen una mayor vulnerabilidad. Si se fomenta la participación de los padres en la corresponsabilidad en el cuidado de hijas/os tanto en lo materiales educativos como en campañas de sensibilización.

Si hay actividades dirigidas a los padres que contemplen contenidos con relación a la corresponsabilidad en el cuidado del recién nacido/a y el apoyo a la pareja. Así como si se informa sobre el permiso paterno y si se registra en la historia o documentos sanitarios este hecho. Es necesario conocer en que % acuden los padres a estas actividades para evaluar su implicación.

Y también evaluar las dificultades que tienen los hombres para la participación que pueden ser debidas a los roles y valores asociados a la masculinidad tradicional y/o al sistema organizativo de los centros de salud de forma que se puedan establecer medidas correctoras. Seguimiento de las Recomendaciones Generales de la OMS sobre los Derechos de la Mujer Embarazada y el Bebé de la Conferencia Internacional de Fortaleza, con el objetivo de evitar el rasurado, enemas y episiotomías de forma

sistemática, como posibilitar la elección de posturas diversas durante el parto, la presencia de acompañante y la cercanía del recién nacido/a.

De igual modo introducir medidas para prevenir la sobrecarga física y emocional de la mujer debidas a las cargas familiares durante el puerperio. Promover la recuperación post parto con el objetivo de que las mujeres tengan en esta etapa de su vida una sexualidad satisfactoria, prevenir la incontinencia urinaria, así como distorsiones de la imagen corporal. La metodología mas adecuada es ofertar atención grupal para que las madres acudan a la recuperación post parto y evaluar en que medida las madres y padres asisten y el grado de satisfacción con estas actividades.

La lactancia natural es la mas promovida pero no se da la misma igualdad de oportunidades de información y apoyo a las mujeres que optan por la lactancia artificial, no teniendo en cuenta las dificultades (desconocimiento, culpabilización, problemas laborales) que puedan tener para llevar a cabo la lactancia natural de ahí que haya que incluir en los programas tanto las ventajas como las desventajas de la lactancia natural como de la artificial.

El programa de climaterio debería considerar: El impacto del programa en la calidad de vida de las mujeres en relación con la reducción de la ansiedad, depresión o malestar emocional asociado a los estereotipos de género en esta época de la vida. Si se contemplan los determinantes de género (roles, identidad, capacidad de decisión) en la atención a la morbilidad y malestar de las mujeres.

También evaluar si la atención ofertada disminuye el dolor, mejora la capacidad funcional, la flexibilidad, y la coordinación por problemas osteoarticulares. Comprobar la disminución del síndrome miccional ante el tratamiento farmacológico y/u otras medidas como los ejercicios de Kegel. Promover medidas para evitar la sobrecarga psicológica en relación a la actividad tanto laboral como doméstica, incluido el cuidado a otras personas dependientes.

Referencias

- Navarro Vicente, Concepto Actual de Salud Pública; [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:*
<http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentosnavarro.pdf>
- Dra. Adriana Moiso, Introducción A La Salud Pública. [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:*
<http://www.ms.gba.gov.ar/Laboratorio/Capacitacion/ModSaludPublica.pdf>
- Funciones Esenciales De Salud Pública PAHO [en línea] accesado 15 de abril 2012] *Disponible en:* <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm>
- Rojas Soriano, Raúl. CAPITALISMO Y ENFERMEDAD. 8ª. Edición. México: Editorial Plaza y Valdez. 2000. 299 pág.