

Portafolio Educativo

Municipios Saludables



MINISTERIO de
SALUD y
AMBIENTE
de la NACIÓN

PLAN FEDERAL DE SALUD

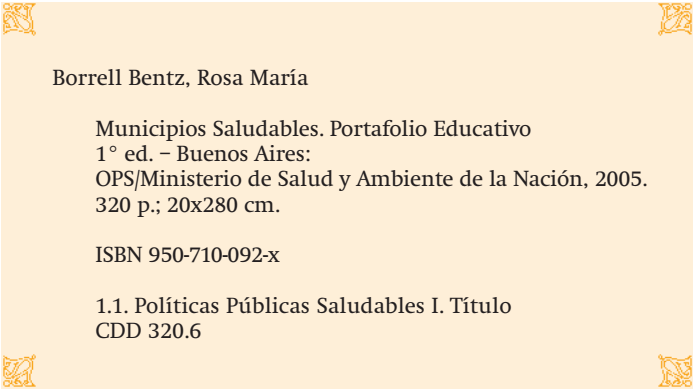


**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Portafolio Educativo

Municipios Saludables



Borrell Bentz, Rosa María

Municipios Saludables. Portafolio Educativo
1° ed. – Buenos Aires:
OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005.
320 p.; 20x280 cm.

ISBN 950-710-092-x

1.1. Políticas Públicas Saludables I. Título
CDD 320.6

© Organización Panamericana de la Salud, 2005
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

ISBN 950-710-092-X

Primera edición: 1.000 ejemplares

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Impreso en Argentina

Se terminó de imprimir en el mes de enero de 2005 en "Marcelo Kohan", Olleros 3951
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Compiladora: Dra. Rosa María Borrell Bentz
Correctora: Lic. Silvia Finocchio
Revisión: Lic. Cecilia Batemarco
Diseño y diagramación: Rosario Salinas

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Portafolio Educativo

Municipios Saludables



MINISTERIO de
SALUD y
AMBIENTE
de la NACIÓN

PLAN FEDERAL DE SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Autoridades Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

Dr. Ginés González García

Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias

Dra. Graciela Rosso

Secretario de Programas Sanitarios

Dr. Héctor Conti

Secretario de Ambiente y Desarrollo Sustentable

Dr. Atilio Savino

Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud

Dr. Carlos Vizzotti

Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización

Dra. Claudia Madies

Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción

Dr. Andrés Leibovich

Subsecretario de Coordinación

Cdor. Marcelo Ondarçuhu

Subsecretario de Planificación, Ordenamiento y Calidad Ambiental

Lic. Luis Couyoupetrou

Subsecretario de Recursos Naturales, Normativa, Investigación y Relaciones Institucionales

Dr. Homero Bibiloni

Índice

Prólogo	7
Dr. Juan Manuel Sotelo	
Introducción	9
Dr. Carlos Vizzotti	
1. Políticas Públicas Saludables	13
Lic. Karina Chierzi	
Dr. Ernesto de Titto	
2. Atención Primaria de la Salud	33
Dr. Carlos Devani	
Dr. Hilario Ferrero	
Lic. Beatriz Llorens	
Dr. Fernando Vallone	
3. Formación de Actores y Gestión de Equipos Promotores de Salud ..	51
Dra. Rosa María Borrell Bentz	
Lic. Sebastián Tobar	
4. Salud Ambiental	79
Ing. Ricardo Benitez	
Ing. Jorge Álvarez	
Arq. Silvia Rivero	
5. Salud Perinatal	99
Dra. Celia Lomuto	
Lic. Obst. Analía Stassi	
Dra. Mariela Rossen	
Lic. María del Carmen Mosteiro	
6. Salud Infantil	115
Dr. Enrique Abeyá Gilardón	
Dra. Rosa María Durante	
Dra. Lucrecia Manfredi	
Dra. Virginia Orazi	

Lic. Clarisa Label	
Dra. Mariela Rossen	
Lic. María del Carmen Mosteiro	
7. Salud Integral de los Adolescentes	133
Dr. Gustavo Girard	
Dra. Mariela Rossen	
Lic. María del Carmen Mosteiro	
8. Salud Sexual y Procreación Responsable	149
Lic. Obst. Inés Martínez	
Dra. Mariela Rossen	
Lic. María del Carmen Mosteiro	
9. Alimentación	165
Lic. Elsa Longo	
Dra. Mariela Rossen	
Lic. María del Carmen Mosteiro	
10. Salud de los Mayores	181
Prof. Silvia Gascón	
Lic. María Cristina Lombardi	
11. Enfermedades Crónicas no Transmisibles	209
Dra. Zulma Ortiz.	
12. Adicciones	231
Lic. Mario Virgolini	
Dra. Mirta Molinari	
Lic. Mariana Specogna	
13. Violencia	257
Dra. Patricia Silva	
Dra. Mabel Munist	
14. Escuelas Promotoras de Salud	289
Lic. Sergio Meresman	
15. Implicaciones para Políticas Públicas en Municipios Saludables	315
Dra. Helena H. Restrepo	

El trabajo en salud nos lleva cada vez más a acercarnos a donde vive la gente, a concentrar esfuerzos en los ámbitos en que transcurre la vida cotidiana, a tomar en cuenta los roles de la sociedad organizada y a respetar la cultura y los valores de las personas.

Asimismo, los cambios paradigmáticos en salud se centran en una salud positiva, plena, salud que debe promoverse-preservarse-recuperarse. Es muy importante que se tome en cuenta esta secuencia si creemos en el proceso salud-enfermedad.

Uno de los ámbitos privilegiados donde se puede tratar de influir en este proceso salud-enfermedad es el municipal. Es así como la Organización Panamericana de la Salud ha venido impulsando la estrategia de municipios saludables como vehículo de avanzada en la promoción de la salud.

“El Portafolio Educativo para Municipios Saludables” constituye una publicación diseñada para aplicar en la conformación y funcionamiento de municipios saludables. La gran variedad de actores relevantes —institucionales y no institucionales— en el trabajo de los municipios saludables nos motivó a seleccionar cuidadosamente un material útil para estos actores. Se espera que este portafolio educativo informe, estimule aprendizaje, genere búsqueda de datos necesarios y capacite.

Es oportuno reconocer que la instalación de una estrategia como la de municipios saludables requiere reconocer caminos muy propios de cada realidad. Es el caso argentino, la firme decisión del Ministro de Salud y Ambiente de la Nación en convergencia de esfuerzos con la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, garantiza desde ya, un desarrollo importante de esta estrategia.

Se ha reunido en esta publicación una información relevante que, esperamos, estimule la articulación de políticas públicas y facilite el proceso de constitución de municipios saludables.

Para la Representación OPS/OMS en Argentina es muy grato apoyar esta publicación cuya lectura, estamos seguros, contribuirá a una mejor construcción de resultados en salud.

*Dr. Juan Manuel Sotelo
Representante OPS/OMS en Argentina
Buenos Aires, 2004*

Un municipio, ciudad o comunidad saludable es aquella en que los diferentes actores sociales, los gobernantes, las organizaciones locales públicas y privadas, se comprometen a emprender un proceso de construcción económica, social, de preservación del ambiente y de construcción de salud colectiva, en pos de la mejor calidad de vida de la población.

Un poco de historia

La estrategia municipios saludables surge bajo el título de “Ciudades Saludables” en la década de los 70 en Canadá cuando diversos estudios científicos identificaron la estrecha relación existente entre las formas de vida, los ambientes urbanos y los problemas de salud, dando especial importancia a “la ciudad” como escenario de las acciones de salud pública.

En 1987, la Oficina de Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el proyecto de “Ciudades Saludables” basándose en la doctrina de promoción de la salud de la Carta de Ottawa (1986). En América Latina, a partir del año 1991 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa la estrategia en la Región denominándola “Municipios Saludables”.

A fines de la década del '90, el movimiento de Municipios Saludables comienza a desarrollarse en Argentina bajo el impulso del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Representación de OPS/OMS en el país, con el nombre “Municipios y Comunidades Saludables”.

Antecedentes en la República Argentina

Las experiencias de municipios y comunidades saludables en Argentina se iniciaron con desigual desarrollo en la segunda mitad de la década del 90.

En el año 2000, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Representación de OPS/OMS en Argentina organizaron en la Ciudad de Buenos Aires el Primer Foro Nacional de Promoción de la Salud cuyo tema central fue Municipios Saludables. Este encuentro promovió el desarrollo de jornadas de sensibilización en varios municipios del país a lo largo del año 2001.

El Segundo Foro Nacional de Promoción de la Salud realizado en el año 2001 en San Miguel de Tucumán dio lugar a la firma por parte de la Representación de OPS/OMS en Argentina, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y de doce municipios de la *Carta de Tucumán: Acta Acuerdo de Constitución de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables*.

A finales del año 2002, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación comenzó a trabajar, con el apoyo de la Representación de OPS/OMS en Argentina, en la conformación de un equipo especializado en Promoción de la Salud y Municipios Saludables que fuera capaz de aglutinar las informaciones y acciones tendientes al desarrollo de este programa en el país. Como consecuencia de este trabajo conjunto, en marzo de 2003, se organizó la II Jornada Nacional denominada "Municipios Saludables: desafíos de la gestión local participativa" que contó con la asistencia de 200 personas de diferentes municipios del país y se conformó la Unidad Coordinadora de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables.

La propuesta de Municipios y Comunidades Saludables adquirió mayor relevancia en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación cuando el actual Ministro Dr. Ginés González García asume el compromiso de crear *la Coordinación Operativa* de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables en el ámbito de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En marzo de 2004, las III Jornadas Nacionales de Municipios y Comunidades bajo el lema "Municipios en Red por un País Saludable" reunieron a 300 funcionarios municipales de todo el país en la ciudad de Buenos Aires.

La Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables

Integrada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la OPS/OMS y más de 80 municipios del país, la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables permite, principalmente, intercambiar experiencias, compartir herramientas y recursos, acceder a asistencia técnica y capacitación sobre temas comunes y por sobre todas las cosas, mantenerse informados y comprometidos en la importancia de la promoción de la salud. La Red también confiere mayor fuerza al Movimiento para transmitir logros y necesidades a otros grupos y niveles, llegando a constituir un importante vehículo para la integración regional.

Acerca de la publicación

Ante la necesidad de contar con un instrumento que permitiera fortalecer a aquellas personas que están dispuestas a trabajar en esta iniciativa, se asume el desafío de desarrollar este *Portafolio Educativo*. La figura de “portafolio” —como “bolso de mano” en el que se portan elementos de uso cotidiano que, incluso, pueden ir cambiando según las necesidades de cada día— sirvió de inspiración para originar esta publicación cuyo objetivo es que cada municipio y comunidad pueda contar con herramientas teóricas y metodológicas para identificar problemas de salud, iniciar procesos participativos y generar instancias de aprendizaje colectivo.

Esta publicación ha sido concebida como guía y orientación; es un material de lectura sencillo, dirigido principalmente a intendentes, funcionarios municipales, agentes comunitarios, trabajadores de la salud, docentes, niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores y todos aquellos interesados en trabajar a favor del desarrollo de un municipio saludable.

El Portafolio Educativo está organizado en dos partes. La primera, se refiere a las bases necesarias para comenzar a edificar un municipio y/o comunidad saludable; la segunda, hace referencia a los problemas que se presentan frecuentemente en los municipios argentinos, y a las posibles estrategias de intervención para su abordaje.

Agradecimientos

Agradecemos a cada uno de los autores que con dedicación y entusiasmo contribuyeron a hacer posible esta edición, a la Dra. Helena Restrepo por sus orientaciones técnicas para la construcción de políticas públicas saludables en cada uno de los capítulos y de manera general en el último capítulo, a la Representación de OPS/OMS en Argentina por el permanente apoyo y colaboración en la asistencia técnica a municipios y comunidades de nuestro país.

A quienes lo reciban, los invito a emprender el apasionante camino de construir entre todos una Comunidad Saludable.

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Políticas Públicas Saludables*

Pensar en las políticas públicas, en que las mismas participen del concepto de saludables y en que puedan situarse y desarrollarse en el nivel local constituye hoy, un gran desafío.

En principio, entendemos que es necesario revisar el contexto histórico y social en el que esperamos llevar a la práctica las políticas públicas, a fin de estructurar una propuesta para el “aquí y ahora”. En el último cuarto de siglo, la sociedad argentina ha sido protagonista, voluntaria o involuntariamente, de formidables cambios que han transformado de modo muy profundo nuestra manera de vivir. En todos los planos —el familiar, el social y el productivo— la dinámica de ese cambio ha sido marcada por la creciente inestabilidad de situaciones y de condiciones de vida, generando una percepción antes desconocida como la de vivir en una sociedad del riesgo.¹

En relación con el diseño y la ejecución de las políticas públicas cabe advertir que uno de los riesgos de las políticas públicas es alejarse demasiado de la realidad actual y del día a día de las personas.

Comprender el problema

Políticas públicas locales

Cuando hablamos de *lo público*, nos referimos a las tres acepciones inseparables del término *política*: ámbito, actividad y acción. Por tanto, pensar la administración de lo público en el ámbito local supone buscar la forma de construir un espacio de mediación donde la sociedad local aparece como el centro de todo integrando las acciones, los actores, los grupos y los intercambios.

* Lic. Karina Chierzi, Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Dr. Ernesto de Titto, Unidad Coordinadora de Salud y Ambiente, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹ Subirats J. *¿Qué gestión pública para qué sociedad? Una mirada prospectiva sobre el ejercicio de la gestión pública en las sociedades europeas actuales*, en Boletín de Tecnología para la Organización Pública, n° 6, 2002. En: <http://www.top.org.ar>

² Health Canada, *Salud de la Población*, Ottawa, Health Canada, 2002.

La sociedad local aparece como el centro de todo, integrando las acciones, los actores, los grupos y los intercambios.



Gobernancia local y gobernabilidad

Si *administrar lo público* en el ámbito local o *gobernar localmente* es saber y poder hacer coherentes las múltiples estrategias de red de políticas públicas existentes en el ámbito local con una lógica territorial y horizontal, se asiste, entonces, a una *redefinición de las relaciones Estado-sociedad*.

Se puede afirmar entonces que, mientras la *gobernabilidad* es, sencillamente, la posibilidad de gobernar, la *gobernancia* es un modo de gobierno más horizontal que resume la evolución de la acción pública hacia la construcción de redes.

Políticas públicas saludables

Inicialmente, la expresión *políticas públicas saludables* sirvió de título para la Meta nº 13 de los *Objetivos de Políticas de Salud para Todos* (1984) de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este concepto también se identificó como el primero de los cinco elementos clave de Promoción de la Salud delineados en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986).

La coordinación de las políticas públicas saludables fue propuesta como una estrategia para hacer más eficaces los mecanismos de promoción de la salud. Esta noción implica que todas las políticas públicas, independientemente del público al que están destinadas, deben examinarse en función de sus impactos en la salud.

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos promotores de la salud utilizan el concepto de *política pública favorable para la salud* para recalcar la necesidad de que los gobiernos reconozcan y aborden los vínculos entre la salud y los entornos social, físico y económico.

Sin embargo, el concepto de *política pública saludable* alude simultáneamente al fin y a los medios requeridos para alcanzar ese fin: además de considerar el impacto en la salud de las políticas públicas, también implica que la toma de decisiones involucra la amplia participación de la comunidad.

La expresión *política pública saludable* se aplica a toda aquella decisión gubernamental que contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población. Como tal, tiene un impacto directo en el bienestar de la población, constituyendo así un mecanismo tendiente a resguardar la existencia de factores determinantes de la salud, incluidos el trabajo, la paz, la educación, la justicia social y la equidad.

Las políticas públicas saludables promueven, de este modo, la responsabilidad colectiva, instalándose al mismo tiempo en las esferas privadas de las personas y públicas de las comunidades. La salud supera, así, la base tradicionalmente apoyada en el saber médico para incluir otros saberes que permiten conformar al ser integral que somos.

En este contexto, la salud de la población deja de ser una responsabilidad exclusiva del equipo de salud para ser una responsabilidad del conjunto de la co-



munidad y de todos y cada uno de los individuos. Al menos dos requisitos deben ser incorporados para lograrlo: generar y hacer disponible la información sobre salud, además de la que históricamente se ha recolectado sobre enfermedad, e identificar las condiciones que la ponen en riesgo.

Hablar de *información sobre salud* es rescatar la necesidad de incorporar la vigilancia de los procesos salud-enfermedad que afectan a las poblaciones. Para enfrentar el desafío de desarrollar el concepto de *vigilancia de la salud* se torna necesario resolver:

- los sistemas de recolección de información, para concentrar las energías en recolectar la información que va a ser empleada para tomar decisiones;
- las instancias de análisis de la información, descentralizando la responsabilidad hacia “los que saben”;
- la integración de la información, superando la impronta aislacionista que imagina las acciones sanitarias como intervenciones aisladas, dejando de lado el hecho reconocido de que la salud emerge de la interacción de factores individuales, sociales y del entorno físico.

Por último, cualquier proyecto de política pública saludable debe reconocer las diferentes culturas sociales que conviven en cualquier comunidad. No tiene sentido un proyecto de política pública saludable capaz de expresarse entre los individuos mejor educados de los segmentos medio y alto de una comunidad, pero incapaz de ser aceptado por los segmentos más bajos. Eso puede existir y hasta podrá ser útil para los beneficiados, pero no es promoción de la salud ni una política saludable con equidad en los términos en que nos estamos expresando.

Comprender el problema en la localidad

Abordar las políticas públicas en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando” en términos de atención a la salud. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre las políticas públicas en la propia localidad, valorarlas y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con las políticas públicas en salud. Expliquen para cada caso:

- ¿Se cumplen los requisitos presentados sobre políticas públicas saludables? Si-No ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los pro y los contra de las políticas públicas en cada caso?
- ¿Qué otras alternativas hay para las políticas públicas en la localidad?



Intervenir en la localidad

Políticas públicas saludables en el nivel local

La política pública saludable orienta al ciudadano hacia una elección saludable, convirtiendo los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

La participación activa en la promoción de la salud implica la elaboración de una política pública saludable. Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte de la agenda política de los responsables de la elaboración de programas políticos, en todos los sectores y en todos los niveles, tanto en el diseño como en la gestión y la ejecución.

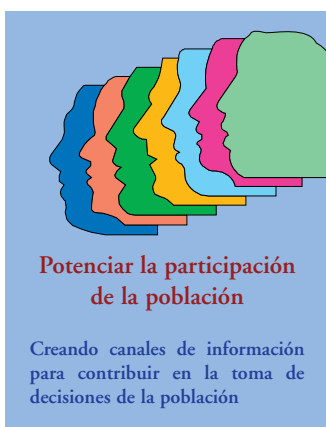
Las estrategias orientadas a potenciar la participación de la población, en todos los niveles de actuación, son aquellas destinadas a crear canales de información que ayuden a la toma de decisiones de la población, fomentando la creación de marcos regulatorios que garanticen la formación de coaliciones con intereses diversos y dirigidas a producir cambios positivos en la salud de las comunidades.

En el nivel local, la legislación —decretos, ordenanzas, regulaciones y otras normas— sirve a un doble propósito: por un lado, provee los instrumentos para la ejecución de aspectos concretos de las políticas nacionales directrices; y por otro, constituye una herramienta para la toma de decisiones políticas, adaptándolas a las necesidades locales.

Frecuentemente, las políticas públicas saludables se traducen en legislación que salvaguarda las condiciones necesarias para desarrollar estilos de vida saludables; proteger a las comunidades, familias e individuos de los factores de riesgo, y generar la elección de opciones más saludables, promoviendo las condiciones de accesibilidad a las mismas y asegurando la infraestructura necesaria para su desarrollo, en particular, cuando involucran a los ámbitos educativos y laborales.

Antes de avanzar en un desarrollo concreto, resulta apropiado definir algunas condiciones que esta iniciativa debe satisfacer para orientar y delimitar sus contenidos:

- Debe estar fundamentada en un conjunto de *principios teóricos de referencia*, en tanto sólo un marco conceptual sólido permite sustentar propuestas posibles superadoras de las buenas intenciones.
- Debe tener un *contenido definido y replicable*, en tanto los contenidos genéricos no debidamente protocolizados o demasiado dependientes de la creatividad de los que los desarrollan hacen difíciles las aplicaciones sistemáticas, su seguimiento y monitoreo y su valor como modelo para otros grupos de trabajo.



- Debe *prever sus efectos*, incluir herramientas de monitoreo, buscar resultados claros, objetivos medibles y relevantes. No se debe olvidar también que las propuestas incapaces de mostrar claramente su eficacia tienen más dificultades para ganar espacio de difusión, extender su campo de efecto y obtener financiamiento.

Compromiso e implementación de políticas públicas saludables locales

Las políticas públicas se constituyen en uno de los factores más representativos en la construcción de municipios y comunidades saludables, ya que permiten dinamizar las relaciones entre los diferentes actores en función del logro de objetivos.

El compromiso con las políticas públicas saludables debe ser asumido desde el mismo poder político en todos sus niveles, desde la elaboración de la agenda hasta la ejecución de las tareas cotidianas, responsabilizándose junto con los restantes actores sociales en la categorización de los elementos que permitan dar testimonio del constante desarrollo de las mismas. Para ello, se deberán tener en cuenta algunas concepciones estratégicas tendientes a una construcción social de la salud. Por ejemplo, el estrecho vínculo existente entre la intención de construir una comunidad saludable y una organización en términos de Atención Primaria de la Salud.

Una política pública saludable también puede ser más adaptable para su implementación a escala regional donde distintas comunidades comparten ciertas características geográficas y de población y existe una historia de trabajo en común. Trevor Hancock² señala que el lugar más factible para presenciar políticas públicas saludables es el del nivel municipal, por razones tales como:

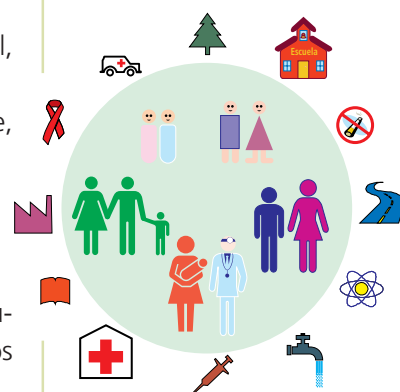
Las redes sociales y la escala de operaciones dentro de las comunidades entre los responsables de desarrollar las políticas y las personas a quienes tales políticas afectan son más fuertes.

Los encargados de desarrollar las políticas viven donde trabajan, por lo cual, se identifican y son afectados por sus propias políticas.

Las burocracias de las comunidades son relativamente pequeñas y, por ende, las posibilidades de cooperación intersectorial son mayores.

Gestión local participativa como estrategia para la definición de políticas públicas saludables

La *gestión local participativa* es entendida como el saber hacer de las comunidades, municipios y organizaciones locales, en un proceso dinámico donde los



diferentes actores locales públicos y privados articulan sus intereses sinérgicamente alrededor de un objetivo común.

El instrumento, por excelencia, para la ejecución de esta modalidad estratégica es el *Plan Integral de Desarrollo Local o Plan Estratégico Local*. Se lo puede definir en términos de proceso o de instrumento. En tanto proceso, se define como un conjunto de acciones y tareas que involucran a los actores políticos, sociales y económicos en la definición de objetivos y acciones para el desarrollo local. Como instrumento, constituye un marco conceptual que facilita la concertación para la toma de decisiones.

La participación de la población en las diferentes etapas de un proceso de elaboración y gestión de un plan de desarrollo legitima las acciones del municipio y fortalece las capacidades de los actores. Un *Plan Integral de Desarrollo Local* realizado de manera participativa se convierte así en el plan de la ciudad, y no sólo de la municipalidad. En efecto, constituye el eje articulador que facilitará la construcción de un objetivo común para la comunidad, garantizando la sostenibilidad del proceso y reafirmando las identidades locales. Por tanto, podrá entenderse el Plan Integral de Desarrollo Local como un elemento estratégico para la ejecución de políticas públicas saludables.

En este contexto, la *participación comunitaria* aparecerá como un proceso social sinérgico por medio del cual un grupo de personas con problemas y necesidades de vida compartidas, en un área geográfica determinada, procura identificar sus necesidades, tomar decisiones y establecer mecanismos consensuados de búsqueda de soluciones. Así, se puede afirmar que *la participación no es algo "dado", sino "construido" a lo largo de un proceso*. Al promover y fortalecer la participación comunitaria, se crean las condiciones necesarias para que los individuos puedan tener mayor control sobre sus decisiones y sobre aquellas acciones que afectan la salud individual y comunitaria o *empoderamiento*.

La participación permite que todos los que viven en un municipio realicen acciones para mejorar su salud, actuando en conjunto en procura de un mismo fin. Por lo tanto, como la define la Organización Panamericana de la Salud, "una comunidad comienza a ser saludable cuando sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio a la mejora continua y progresiva de las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes".



Participación

Una comunidad comienza a ser saludable cuando sus líderes políticos, organizaciones locales y ciudadanos se comprometen y dan inicio a la mejora continua y progresiva de las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes.

Gestión de riesgos para la salud

En los últimos años se ha profundizado el conocimiento sobre los factores que inciden en los procesos de salud/enfermedad de una población; vinculándolos a aspectos centrales de la estructura y de la organización social, como son el nivel de riqueza y las características de su distribución, las condiciones de la vivienda y del medio, la alimentación, la educación y el empleo, las modalidades

de consumo, los estilos de vida, la producción y utilización de energía, el crecimiento demográfico, los procesos de urbanización, el transporte y las comunicaciones, entre otros aspectos.

El enfoque de riesgos para la salud debe constituirse en un nuevo paradigma de política pública que contribuya a resolver las inequidades y actualice conceptual y estratégicamente las cinco prioridades para el siglo XXI confirmadas en la Resolución sobre la Promoción de la Salud, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998: “promover la responsabilidad social, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, consolidar y ampliar las alianzas, aumentar las inversiones y asegurar una infraestructura necesaria”.

Para alcanzar esta situación es necesario:

- Intensificar y expandir la investigación multidisciplinaria. Dicho impulso debe pasar por mejorar el conocimiento y desarrollo de metodologías para la previsión e identificación de amenazas para la salud, la vulnerabilidad de las poblaciones y análisis de la infraestructura económica y social de los riesgos. Los indicadores generados deben utilizarse para análisis cuali-cuantitativos.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de los riesgos que complemente los sistemas de vigilancia de patologías.
- Elaborar tecnologías adecuadas de lucha contra las amenazas y de reducción de la vulnerabilidad de las poblaciones.
- Estimular definiciones locales de riesgos y de las estrategias para enfrentarlos, ya que sólo en ese nivel se dispone de la debida percepción y sensibilidad a las particularidades del espacio y de una adecuada capacidad de respuesta a sus problemas.
- Incrementar las capacidades para identificar las amenazas para la salud en las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo y los hogares.
- Determinar el grado aceptable de los riesgos para la salud, considerando que tal decisión corresponderá a la sociedad en general, a la administración o al individuo, según sea apropiado.
- Desarrollar estrategias que aseguren la libertad de acceso de la comunidad a información veraz, transparente, íntegra y oportuna sobre los riesgos para la salud que se presentan en su vida cotidiana, de modo que permita a las personas expuestas protegerse a sí mismas y a sus familias de los riesgos.
- Promover la educación y creación de conciencia ciudadana, a fin de incorporar a la comunidad a la participación responsable en la toma de decisiones, asegurar la retransmisión de los conceptos en el nivel de complejidad adecuado al destinatario, por ejemplo, incluyendo la temática de los riesgos para la salud en los programas de estudios de las escuelas.
- Estimular el desarrollo de modelos de comunicación de riesgos en el nivel local que aseguren la comprensión de la población acerca de la interacción



entre los diferentes riesgos para la salud, donde quiera que vivan y cualesquiera sean sus circunstancias.

- Constituir redes de municipios y escuelas saludables, entornos en los que las personas puedan elegir estar sanas y poner en práctica sus elecciones en la vida diaria desarrollando iniciativas orientadas a la reducción de los riesgos para la salud.

Ejemplos de políticas públicas saludables implementadas en municipios saludables

Instrumento de aplicación	Área o Tema de abordaje	Política pública saludable local
Plan estratégico municipal o Plan integral de desarrollo local	Política municipal prioritaria	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de políticas con enfoque de género. • Promoción e implementación de políticas tendientes a la reducción de inequidades. • Políticas económicas que promueven el pleno empleo. • Fortalecimiento de los servicios comunitarios de salud y coordinación de políticas públicas saludables por medio de la acción intersectorial.
Legislación <ul style="list-style-type: none"> • Ordenanzas • Decreto municipal • Resoluciones • Declaraciones 	Alcoholismo	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición del expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad. • Control de alcoholemia. • Prohibiciones de publicidad de bebidas alcohólicas. • Rotulado de productos peligrosos.
	Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de fumar en espacios cerrados, aeropuertos, oficinas públicas, servicios de salud, etc. • Prohibiciones de publicidad de cigarrillos en torneos o eventos deportivos. • Rotulado de productos peligrosos.
	Seguridad vial y prevención de accidentes viales	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y obligación del uso del cinturón de seguridad. • Límites de velocidad. • Multas o sanciones por conducir bajo el efecto de bebidas alcohólicas. • Control de alcoholemia a conductores.
	Salud ambiental Entornos saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Códigos de edificación que aumentan la accesibilidad para las personas con discapacidad —barreras de acceso—. • Códigos de edificación y planeamiento urbano. • Disposiciones relativas a terrenos para una vivienda asequible.
	Zoonosis	<ul style="list-style-type: none"> • Control veterinario de canes sueltos.

Instrumento de aplicación	Área o Tema de abordaje	Política pública saludable local
Programas o proyectos locales	Ambiente Gestión de residuos Agua potable Suelo	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de capacitación en clasificación de residuos sólidos. • Programa de reciclado de papel, cartón y afines. • Programa de recolección de baterías. • Plan de ampliación de la red de agua potable. • Planes de forestación y recuperación de suelos erosionados.
	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres nutricionales a jefas de hogar bajo programas de alimentación. • Grupos autogestionados de alimentación sana, huertas, microemprendimientos productivos, etc. • Formación de grupos de ayuda.
	Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Planes municipales de vivienda.
	Empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Planes o programas que promueven el empleo y la igualdad de oportunidades.
	Actividad física y deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de recreación y actividad física gratuitos para todas las edades en plazas públicas y/o polideportivos.

Intervenir en la localidad

Para generar proyectos que apunten a fortalecer las políticas públicas saludables se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar una campaña para concientizar sobre las necesidades y requerimientos de las políticas públicas locales, a través de la elaboración de materiales de comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, entre otras opciones. Si se ha planteado conformar redes con la comunidad, se pueden elaborar mensajes para difundir y movilizar recursos para la implementación de las políticas públicas saludables.

Se podrá organizar un proyecto para indagar qué situaciones son favorables para la implementación de políticas públicas saludables, por qué y de qué o de quiénes depende. También se puede solicitar que todos propongan alternativas para mejorar las políticas públicas saludables de la comunidad. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y los contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.



Implicaciones para políticas públicas*

Para lograr avanzar en el desarrollo de políticas públicas saludables en el nivel local, de acuerdo con lo planteado en este importante capítulo, se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos por las implicaciones directas en el campo de las políticas públicas:

- 1) Debatir en los diferentes ámbitos de gobierno y de comunidad el carácter de lo público versus lo privado. En el contexto actual del mundo, y en particular de América Latina, se ha ido perdiendo el interés por los asuntos de carácter público y dejando cada vez más que predominen los de interés privado. “¿Por qué los Estados deben entregarles a las empresas las llaves del sector público y la protección social, con unos beneficios garantizados, sin duda, como contrapartida al riesgo inherente por competir?”³. Es imperativo rescatar para el campo de la salud, los temas, necesidades y responsabilidades de carácter público; la salud pública por esencia se debe a ellos. Esto no significa que se deba despreciar la contribución que puede hacer el sector privado en algunos aspectos pero siempre desde la dirección del gobierno que es el que se debe ocupar de lo público como primera prioridad.
- 2) Sería deseable que se creara en cada localidad un pequeño grupo o comité de carácter permanente cuya función principal fuera la de analizar periódicamente las políticas públicas que tengan probable incidencia en la salud, ya sea en forma positiva o negativa. Obviamente, no se podrán abarcar todas las políticas de diferentes sectores pero al menos se deben seleccionar aquellas que se hayan definido como prioritarias para el contexto de cada localidad.
- 3) Las tareas de este comité deberán cubrir todos los aspectos relacionados con la formulación, implantación y aplicación en los diferentes ámbitos de acción, de las políticas públicas. De igual modo deberá analizar la coherencia de las políticas con respecto a los problemas de la población y la coherencia entre las políticas emanadas a nivel internacional, nacional, provincial y local. Por ejemplo, en el campo de la nutrición, deberán analizarse las políticas internacionales que influyen en la producción, importación y exportación de alimentos a nivel de país; las nacionales correspondientes a la producción, distribución y seguridad alimentaria hasta llegar a las del nivel local.

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

³ Passet, R. *La Ilusión Neoliberal*. Editorial Debate. España. 2001, pp. 26.



- 4) Los productos de las recomendaciones 1 y 2 deberán devolverse a los actores gubernamentales y a la comunidad para retro-alimentar los procesos socio-políticos locales. De este modo se empezará a crear conciencia sobre la necesidad de monitorear y vigilar el cumplimiento de las políticas y sobretodo de rendir cuentas sobre los efectos de ellas en la salud y el bienestar de la población. En nuestros países no hay cultura de solicitar a los que deciden sobre políticas públicas una rendición de cuentas. La Conferencia de Promoción de la Salud en Adelaida, Australia en 1988 llamó la atención sobre este importante aspecto de rendición de cuentas en el tema de políticas públicas saludables.

Bibliografía consultada

Borja, J. *El gobierno del territorio de las ciudades latinoamericanas*. En Revista Institución y Desarrollo, Instituto Internacional de Gobernabilidad, julio de 2001; disponible en <http://www.iigov.org>

Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, *Nuevos Actores para una Nueva Era: Guiando la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI*, Jakarta, Indonesia, 1997.

En <http://www.ops.org/opsnic/promo-salud/doc-tecnicos/doc-tec.htm>

Health Canada. *Salud de la Población*. Ottawa, Health Canada, 2002.

Jolly, J. F., *Lo público y lo local: gobernanza y políticas públicas*.

En <http://www.iigov.org>.

Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: *Promoción de la Salud: Hacia una mayor equidad: de las ideas a la Acción*, México DF, 2000.

En <http://www.ops.org/opsnic/promo-salud/doc-tecnicos/doc-tec.htm>

Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: *Hacia una Nueva Salud Pública*. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 17-21 de noviembre, 1986.

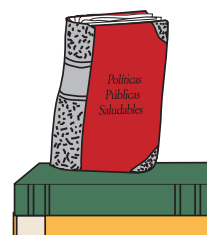
En: <http://www.ops.org/opsnic/promo-salud/doc-tecnicos/doc-tec.htm>

Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: "Políticas Públicas Saludables", 1988, Adelaida, Australia.

Subirats J. "¿Qué gestión pública para qué sociedad? Una mirada prospectiva sobre el ejercicio de la gestión pública en las sociedades europeas actuales", en *Boletín de Tecnología para la Organización Pública*, n° 6, 2002, <http://www.top.org.ar>

Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: "Creando entornos que apoyen la salud", Sundsvall, Suecia.

En <http://www.ops.org/opsnic/promo-salud/doc-tecnicos/doc-tec.htm>





Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre las políticas públicas saludables locales.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender en qué consisten las políticas públicas saludables locales*, le sugerimos los siguientes títulos:

OPS/OMS. Municipios y comunidades saludables: Guía de los Alcaldes para promover calidad de vida, Washington, DC, 2002.

Con un estilo didáctico, esta guía dirigida a los intendentes, otras autoridades locales y equipos técnicos municipales, se propone ilustrar de manera rápida y eficaz algunas acciones efectivas que pueden ser utilizadas como parte de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. Se describen ejemplos de buenas prácticas en las Américas. Complementa esta guía un *dossier* de fichas temáticas que presentan un amplio panorama de las áreas de trabajo que pueden ser usadas para realizar acciones locales y desarrollar capacidades de distinta naturaleza, según las necesidades y prioridades específicas del municipio interesado. También se incluyen datos sobre diversas fuentes de información, de consulta e investigación.

Restrepo, H. y Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá, Editorial Médica Panamericana, 2001.

Diversos autores colaboran en la construcción de un abordaje teórico-práctico de la promoción de la salud proporcionando importantes herramientas metodológicas para la formulación de programas y proyectos de intervención que propician entornos saludables, tanto en áreas urbanas como rurales. En el capítulo XIV, Málaga y Perdomo desarrollan indicadores y métodos de evaluación de proceso y resultado del componente de acción política, es decir, la gestión de políticas públicas saludables y su sostenibilidad.

OPS/OMS. Gobernabilidad y salud: Políticas públicas y participación social. Washington, DC, 1999.

Un conjunto de artículos de diversos autores relacionan los conceptos de gobernabilidad, salud y desarrollo, demostrando que el concepto de gobernabilidad no sólo incluye el Estado, sino que lo trasciende al incluir a la sociedad civil y al sector privado. Además, se exponen diversos en-

foques respecto a la inequidad en salud, el capital social, la construcción de ciudadanía, la promoción de la salud y el desarrollo humano.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de *gestionar políticas públicas saludables*, le recomendamos:

Pintos, P. y Delucchi, D. *Planificación Estratégica en Tiempos de crisis. La necesidad de la permanente readecuación metodológica*, Boletín Electrónico IIGG, disponible en http://www.iigov.org/dhial/?p=47_06

En este artículo se caracterizan las estrategias locales de desarrollo económico y social como herramientas de cambio y transformación y se invita a reflexionar, en especial a quienes de algún modo participan en procesos de planificación, acerca de la coherencia entre metodologías participativas en tiempos de crisis —como la experimentada por Argentina— y cuestiones relacionadas con la identidad, que definen *lo local*. Se desarrollan diversos conceptos tales como: Planificación Estratégica Participativa, Metodologías participativas, Actores Sociales, Desarrollo Local y Regional; Participación Comunitaria, Espacios tecnocráticos, Cultura multiactoral, entre otros.

OPS/OMS. *Planificación Local Participativa: Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC, 1999.

Al modo de un manual, este libro provee de diversas herramientas metodológicas que facilitan la planificación local participativa en Promoción de la Salud, desde el momento del diagnóstico participativo y la formulación hasta la evaluación de procesos y resultados. Incluye casos prácticos y matrices replicables y flexibles para aplicar en estrategias participativas como la de Municipios Saludables.

De Kadt, E. y Tasca, R. *Promover la equidad: Un nuevo enfoque desde el sector salud*. Washington DC, OPS, 1993.

En este libro se plantea la adopción de un nuevo enfoque, cuyo eje empírico es la experiencia recogida en varias áreas urbanas de Brasil, especialmente en un proyecto a nivel de distritos en Salvador, Bahía. El núcleo de ese proyecto fue el desarrollo de un nuevo sistema de información geográfica y su integración en la planificación y procedimientos normativos. Profundiza los conceptos de equidad/inequidad en salud, riesgo y desigualdad, así como el análisis acerca de si puede promoverse la equidad mediante instrumentos de política pública.



Datos útiles

Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Coordinación Operativa, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.	Avenida 9 de Julio 1925 2° piso, C1073ABA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires Tel: (011)-4379-9015 Fax:(011)-4379-9152 redmunisal@msal.gov.ar http://www.msal.gov.ar
Secretaría de Asuntos Municipales, Ministerio del Interior.	Leandro N. Alem 168 6° piso C1003AAO Ciudad Autónoma de Buenos Aires Tel.: 0800-333-6864 (011) 339-0800 Ext. 1506 municipios@mininterior.gov.ar http://www.mininterior.gov.ar/municipales
Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya (IIGC).	c/ Còrsega, 255 5-1, 08036 Barcelona, España Tel.: 00- (34) 932 370 388 Fax: 00- (34) 932 376 026 iig@iigov.org http://www.iigov.org www.desarrollosocial.gov.ar
Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD).	Calle Herrera Toro, Quinta CLAD, Sector Los Naranjos, Las Mercedes. Apartado Postal 4181. Caracas 1010-A Venezuela Tel.: (58-212) 9924064/3297/5953/9937277/9104 Fax: (58-212) 9918427 clad@clad.org.ve www.clad.org.ve
Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.	Avenida 9 de Julio 1925 C1073ABA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires TEL.: (011) 4379-3600 desarrollosocial@desarrollosocial.gov.ar www.desarrollosocial.gov.ar

Atención Primaria de la Salud*

2

En 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dicta la *Política y Listado de Medicamentos Esenciales*¹ y un año más tarde, durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud (APS) celebrada en Alma-Ata, se lanza la meta “Salud para Todos en el año 2000” donde la estrategia de APS es considerada la clave para llevar adelante ese objetivo como parte del desarrollo y conforme al espíritu de la justicia social.

En ese momento, Argentina junto a otros países asume el compromiso de que todos los pueblos del mundo alcancen para el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Sin embargo, el contexto político y social de América Latina resultó en menoscabo del real alcance de la estrategia.

Si bien en los últimos años la situación de salud en el país y la región ha mejorado como lo muestra la esperanza de vida —que en Argentina pasó de 65,4 años para los hombres y 72,1 años para las mujeres en el período 1975-1980, a 68,4 para los hombres y 75,6 para las mujeres en 2001— esta mejora no ha alcanzado a todos los países por igual, ni tampoco a todas las regiones y grupos humanos dentro de un mismo país.

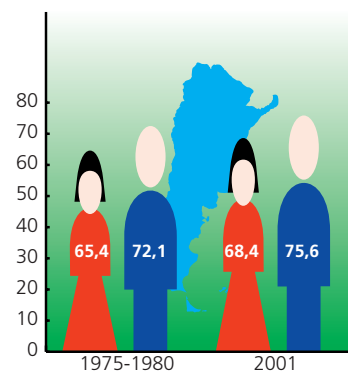
El debilitamiento del Estado como rector de las políticas del sector, la implementación de reformas basadas en la eficiencia y el ajuste de gastos; la falta de políticas de recursos humanos capacitados para entender la dimensión de la estrategia de APS y ponerla en práctica, la formación de profesionales y trabajadores de la salud bajo el modelo médico-hegemónico; la falta de difusión del concepto de “salud” como hecho social y derecho humano fundamental, así como también la existencia de un modelo de servicios de salud hospital-céntrico, fueron algunas de las características comunes en la región que entorpecieron el desarrollo de la APS.

Argentina no quedó ajena a esta situación. Tal vez, el punto más grave es que Argentina se ha convertido en un país sumamente injusto, con desigual-

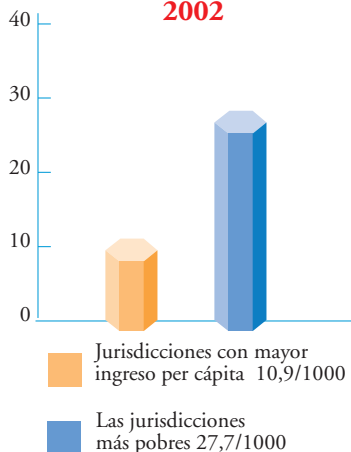
* Dr. Carlos Devani, Dr. Hilario Ferrero, Lic. Beatriz Llorens, Dr. Fernando Vallone, Secretaría de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹ *Política y listado de medicamentos lanzado por la OMS 1977, revisado y actualizado cada dos años.*

Esperanza de vida en la Argentina



Mortalidad Infantil 2002



dades entre sus habitantes y entre las regiones más ricas y más pobres. Por ejemplo en 2002, mientras las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita tenían una Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de 10,9/1000, las más pobres tenían una de 27,7/ 1000. Este tipo de indicadores manifiesta la desigualdad existente en el acceso y cobertura, fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos, falta de planificación de recursos humanos, escasos recursos para prevención, mortalidad y morbilidad evitable.

Esta situación se profundizó aun más a partir de diciembre de 2001, cuando el país entró en una de las mayores crisis de su historia. La inestabilidad, el establecimiento de nuevas condiciones macroeconómicas, el aumento de los niveles de desocupación y pobreza, la pérdida de confianza de la población en el sistema político y el reclamo de mayores niveles de participación impactaron sobre la estructura del sistema de salud. Frente a este escenario, el Estado argentino declaró la emergencia sanitaria nacional² donde se establece la estrategia de APS como el eje central del sistema.

Actualmente, el fortalecimiento de la APS es una de las políticas sustantivas del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a partir del Plan Federal de Salud presentado en mayo de 2004, y consensuado por los niveles nacional y provincial. El propósito es fortalecer los sistemas de salud para que organicen las respuestas según niveles de complejidad en el marco de una política de descentralización y regionalización sanitaria. Asimismo, se busca promover la conformación de redes intersectoriales, jerarquizar la red pública de salud y definir con claridad los mecanismos de referencia y contrarreferencia, priorizando el primer nivel de atención, otorgándole una adecuada capacidad resolutive que privilegie intervenciones de prevención y promoción de la salud, y promueva la participación comunitaria.

Además, se ha propuesto generar un ámbito político que favorezca la viabilidad y sustentabilidad de la estrategia de APS por medio de alianzas estratégicas con actores políticos e institucionales, así como promover un cambio estructural y funcional en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación conformando un área de articulación y coordinación de las direcciones y programas que favorezca el cumplimiento de la APS como política de Estado.

Comprender las bases

El punto fundamental es comprender el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS). Esta se define como “la asistencia sanitaria esencial basada en

² Decreto N° 486/2002

métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”³.

La atención primaria no está aislada, debe ser parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La APS es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédica y de servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública. En este marco, y frente al nuevo escenario demográfico y epidemiológico es preciso trabajar con una concepción renovada de la APS que considere elementos de contexto tales como la urbanización y el envejecimiento demográfico; las enfermedades crónicas, violencia y discapacidades; el SIDA y otras enfermedades emergentes; la vulnerabilidad a desastres y a otras circunstancias de impacto ambiental; la diversidad cultural, étnica, de género y de modos de vida.

Al considerar a la salud como hecho social y requerir del compromiso de una serie de sistemas que se entrelazan entre sí, la APS introduce el concepto de “cuidado de la salud”, noción mucho más amplia e integral que la de “atención”. Mientras que la atención (o asistencia) es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social, el cuidado implica relaciones horizontales, simétricas y participativas. Además, el cuidado es y requiere de instituciones y personas que se propongan lograr el más alto nivel de salud posible para la población o grupos vulnerables, que definan acciones y recursos, así como también las tareas con las que se comprometen para alcanzarlo.

La APS comprende algunas actividades básicas:

- la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y promoción de la salud;
- la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada,
- un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;

³ Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Alma Ata, 1978.

La APS requiere:



- Inclusión de las premisas de educación sanitaria
- Provisión de alimentos
- Nutrición adecuada
- Salubridad del agua
- Saneamiento básico
- Cuidados materno infantiles
- Inmunizaciones
- Prevención y control de enfermedades endémicas
- Tratamiento básico apropiado
- Abastecimiento de medicamentos.

- la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes;
- y el suministro de medicamentos esenciales;

La APS requiere de la participación del sector sanitario pero también de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

Necesita asimismo el grado máximo de autorresponsabilidad y participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

La APS se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeros y otros como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

La APS requiere de un trabajo intersectorial, una construcción en el espacio y en el tiempo que permita articular sin descuidar las funciones sustantivas de cada sector, integrando nuevos saberes e involucrando a personas e instituciones. Este trabajo alcanza su máxima expresión en la construcción de una red social que, si bien incluye a personas e instituciones con una alta especialización —que se encuentran separados en la realidad—, tienden líneas de comunicación horizontal, ligadas a objetivos y tareas concretas, sin relaciones jerárquicas, que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible, funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos socio-comunitarios, que requieren un saber interdisciplinario.

La red social que permite sostener el espacio de la intersectorialidad es, al mismo tiempo, el espacio donde se logran los consensos, y donde se desarrolla y ejerce el derecho de ciudadanía, pre-requisito para alcanzar la meta de “Salud para todos”. La Carta de Ottawa⁴ menciona como *condiciones y requisitos para la salud a: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la ren-*

Estrategia de la APS

- Los municipios y las comunas juegan un papel fundamental
- Se debe fortalecer la capacidad de gestión, el desarrollo de políticas socio-sanitarias

⁴ Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986.

ta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Al respecto sostiene que “cualquier mejora de la salud debe basarse necesariamente en estos requisitos”⁵.

Comprender el problema en la localidad

Abordar el problema de la APS en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando” en términos de atención de la salud. Habilitar la escucha es estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la APS en la propia localidad, valorarla y plantear alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la APS. Expliquen para cada caso:

- ¿Se cumplen los requisitos de la APS? Sí- No ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los pro y los contra de la APS en cada caso?
- ¿Qué otras alternativas hay para la APS en la localidad?



Sugerencias y propuestas para actuar

En la implementación de la estrategia de APS los municipios y comunas juegan un papel fundamental, sobre todo si tenemos en cuenta que se trata de una estrategia integral que no sólo se propone proveer servicios de salud, sino también afrontar las causas fundamentales —sociales, económicas y políticas— que inciden sobre ella.

La APS considera prioritario fortalecer la capacidad de gestión en los distintos niveles, definiendo acciones de asistencia técnica y capacitación para la implementación de los ejes estratégicos y los temas emergentes que requieran intervenciones específicas para su abordaje, comprometiendo a los decisores, a los equipos técnicos y a las áreas de apoyo, generando espacios de trabajo conjunto y brindando herramientas metodológicas para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones dirigidas a la población.

⁵ Carta de Ottawa, Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986.

Componentes fundamentales de la APS

- Reorganización de los servicios de salud
- Participación comunitaria
- Articulación intersectorial
- Uso de tecnologías apropiadas
- Implicación de recursos humanos no convencionales
- Reorientación del financiamiento
- Cobertura
- Accesibilidad

También, la APS considera necesario fortalecer el desarrollo de políticas socio-sanitarias que favorezcan un trabajo intersectorial, de articulación jurisdiccional y de programas, que revalorice las acciones y reoriente el financiamiento tomando como eje las necesidades de la población, en el marco de una estrategia de universalización de la cobertura.

El logro de los objetivos priorizados favorecerá la construcción de un modelo de cuidado de la salud que base la intervención en las necesidades de la población definidas desde un diagnóstico epidemiológico que de cuenta de las distintas realidades, garantizando un abordaje integral, universal y continuo, con una intervención interdisciplinaria e intersectorial proactiva, sobre una población nominal a cargo, según objetivos y metas predeterminados, priorizando aquellos sectores de mayor vulnerabilidad social, implementando tecnologías adecuadas tendientes a un accionar eficiente, eficaz, efectivo y de calidad.

Este espacio es óptimo para que lo ocupe el Municipio o la Comuna. Para ello, teniendo en cuenta las experiencias regionales⁶ y nacionales⁷, algunas de las actividades que se pueden realizar y coordinar son:

Para el fortalecimiento Institucional:

- a) Desarrollo de actividades para el fortalecimiento de la red socio sanitaria y de servicios locales en el marco de la integración intersectorial a nivel municipal
- b) Articulación de los efectores sanitarios de las jurisdicciones municipal y provincial.
- c) Fortalecimiento de la articulación operativa de los programas sanitarios nacionales, provinciales y locales junto a los desarrollados por otros sectores afines.
- d) Definición de la jerarquización del Primer Nivel de atención otorgándoles una mayor capacidad de resolución.

Para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

- a) una firme voluntad política para reformular el modelo de atención de salud incorporando estrategias de promoción y prevención así como también buscando modelos asistenciales que promuevan la atención ambulatoria,

⁶ Ver OPS/OMS "Atención Primaria de la Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros", presentado en 44º Consejo Directivo de la OPS, Washington DC, 22 al 26 de septiembre de 2003.

⁷ Visitar material informativo sobre los Encuentros Regionales organizados por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: "La APS en el centro de la escena" en www.ms.sal.gov.ar

la facilitación de servicios de salud en ambientes no clínicos (por ejemplo, escuelas, lugares de trabajo, domicilio, etc.) y la aplicación de los enfoques familiar y comunitario, que posibilitan un conocimiento adecuado de la realidad física, social, económica y cultural de la población usuaria;

- b) la asignación de las funciones de coordinación intersectorial;
- c) la integración o coordinación de los servicios de salud de las personas con los servicios de salud pública;
- d) el fortalecimiento de la capacidad de los equipos locales de salud y la comunidad para evaluar y atender las necesidades, expectativas y demandas de salud de la población en el marco de los procesos de descentralización. Esto requiere un esfuerzo sostenido tanto para desarrollar y mejorar las aptitudes del personal, mediante acciones educativas, como para la generación y sostenimiento de sistemas de incentivos para atraer y mantener personal de buena calidad en la práctica sanitaria en los niveles locales de atención.
- e) el establecimiento de un marco político e institucional que considere e integre las estrategias de garantía de la calidad con las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad, y
- f) la motivación adecuada y el desarrollo de las competencias técnicas, clínicas y de salud pública y administrativas del personal de salud. Este esfuerzo debe incluir también las competencias para el trabajo en equipo. Para ello, es necesario revisar y ajustar los programas de desarrollo de recursos humanos y prácticas gerenciales actuales para que incorporen los cambios propuestos.

Para el manejo de Información actualizada y oportuna:

- a) Disposición de información epidemiológica regional y local.
- b) Relevamiento socio-sanitario y ambiental de la población a cargo.
- c) Participación en la elaboración de un diagnóstico epidemiológico local.
- d) Desarrollo de una unidad de información epidemiológica y sanitaria municipal.
- e) Definición de Indicadores de Impacto en APS a nivel local.
- f) Construcción una línea de base
- g) Medición los indicadores seleccionados en forma periódica (monitoreo).

Para el fortalecimiento de la participación social en salud:

- a) Establecimiento de un marco político e institucional que oriente y facilite la existencia de un espacio de participación comunitaria plural, planificado y sistematizado junto a la sociedad civil;
- b) Instauración de un proceso que se construye paulatinamente en el tiempo y que requiere que la autoridad sanitaria transfiera poderes de decisión a las instancias de participación social,

Recuperación del espacio público



- Diversas manifestaciones de la sociedad intentan abrir caminos de participación ciudadana.
- Nuevos ámbitos de empoderamiento.

Fortalecer el desarrollo de la APS



- Diseñando e instrumentando estrategias de intervención comunitaria que tomen a la familia como unidad epidemiológica de abordaje.
- Colocando la salud de la población en el eje de la agenda política.

- c) Desarrollo de modelos de atención y de gestión de la atención de salud que relacione en un continuo integrado los diferentes niveles, programas y agentes de atención.
- d) Programación de una política regional de información y difusión pública.
 - 1) Diseño e implementación de un medio de comunicación impreso o a través de una página/sitio web que garantice la transparencia de los actos de la función pública del nivel.
 - 2) Puesta en funcionamiento y validación del dispositivo para el fortalecimiento y promoción de la participación comunitaria, a nivel local, que permita la revalorización de la identidad cultural.

Para el Area de Recursos Humanos:

- a) Conformación y consolidación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales proactivos, de actuación en comunidad, con población nominal a cargo, con un abordaje integral, según diagnóstico epidemiológico georeferenciado y haciendo eje en lo promocional y preventivo.
- b) Participación en la selección, formación, capacitación e incorporación de la figura del Agente Socio-Sanitario en el ámbito del equipo interdisciplinario e intersectorial.
- c) Integración de los beneficiarios de los planes Jefas y Jefes de Hogar de Salud en el equipo mencionado anteriormente.
- d) Capacitación del recurso humano municipal integrado en equipo en la integralidad de la salud.

**Actuar
en la localidad**

Generar proyectos que apunten a fortalecer la APS requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar una campaña para concientizar sobre las necesidades y requerimientos de la APS, a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, entre otras opciones. Si se ha planteado armar redes con la comunidad, se pueden elaborar mensajes para difundir y movilizar recursos para la APS.

Se podrá organizar un proyecto para indagar qué situaciones son favorables a la APS, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende. También se puede solicitar que todos propongan alternativas para mejorar en la comunidad. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas se sostengan en el tiempo.

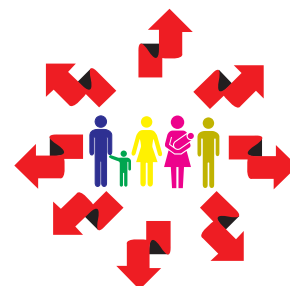


El desafío

Históricamente, la APS debió enfrentar dos grandes obstáculos. El primero, el trabajo en el área de salud en compartimentos estancos y, el segundo, la traducción de APS por “primer nivel de atención”.

Por lo tanto, un abordaje de la salud desde otra concepción, con el alcance y complejidad como propone la Estrategia de APS, implica al mismo tiempo la ruptura de algunos paradigmas y la construcción de nuevos modelos. Esto presupone que los distintos niveles políticos y los diferentes actores involucrados deberán replantear sus roles, relaciones, incumbencias, responsabilidades y actitudes.

Al municipio y/o comuna le cabe en esta nueva construcción un papel central, fundamental e irremplazable por ser el escenario donde transcurre la vida de las personas, la célula social que las convoca e interrelaciona, sede de la autoridad política directamente elegida y con responsabilidad, directa sobre el cuidado de la salud de sus conciudadanos.



Implicaciones para políticas públicas*

Si bien la vigencia de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), como lo plantea este capítulo, es muy alta hoy, es necesario analizar a fondo cuáles fueron las causas de su distorsión en muchos lugares, tal como lo señaló el Dr. H. Mahler, ex-director de la OMS e ideólogo de la APS, cuando expresó su frustración por el incumplimiento de sus postulados.⁸ Desde el punto de vista de implicaciones para políticas públicas, identificamos algunas recomendaciones para evitar nuevamente que la APS regrese a la medicalización, al compromiso débil de otros sectores diferentes de salud y al escaso fortalecimiento de la participación social, aspectos claves que se trataron de corregir con los planteamientos que rescató la Carta de Ottawa de 1986 para la Promoción de la Salud (PS)⁹:

- 1) Reafirmar el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales.

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

⁸ Mahler, H. Discurso ante la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud (1986). Documento interno. Ginebra, Suiza.

⁹ Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá, 1986.

Objetivos de desarrollo del Milenio

Para el año 2015, los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
 2. Lograr la enseñanza primaria universal.
 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
 4. Reducir la mortalidad infantil.
 5. Mejorar la salud materna.
 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.
- 2) Impulsar las políticas que conduzcan al incremento de la paz, de la justicia social y de la equidad.
 - 3) Privilegiar las políticas de educación gratuita de las niñas y mujeres, cuyo efecto en el mejoramiento de la salud materno-infantil ha sido muy probado en el mundo.
 - 4) Estimular las políticas que conduzcan a una mayor participación de la gente a través de establecer espacios de participación, convocatorias respetuosas, búsqueda de consensos y mecanismos de empoderamiento de grupos sociales como los de mujeres, jóvenes y adultos mayores. De igual modo, son importantes las políticas de apoyo a las organizaciones comunitarias de diversa índole incluyendo la provisión de recursos financieros y técnicos para fortalecerlas.
 - 5) Desarrollo de políticas de recursos humanos en los sectores sociales, en especial los de salud y educación. Esto incluye capacitación y mejoramiento de las condiciones de trabajo para el personal.
 - 6) Políticas de construcción de vías de comunicación para facilitar el acceso a los servicios de salud y el mejoramiento de la productividad económica.
 - 7) Políticas de desarrollo tecnológico en informática y comunicación social. Si los grandes inventos y avances en estos campos no llegan a los grupos menos favorecidos en los niveles comunitarios locales, no se está haciendo verdadero progreso.¹⁰
 - 8) El capítulo plantea una nueva forma de trabajo en el campo de la epidemiología más comprometida con las realidades sociales y de salud locales; ésta es la que se conoce como la "epidemiología comunitaria" en la cual los números adquieren rostro humano. Es deseable entonces que dentro del sector salud, se impulsen políticas de desarrollo y capacitación en este tipo de trabajo epidemiológico.
 - 9) Impulso a las políticas de investigación participativa en diferentes campos y sectores sociales.

¹⁰ Milio, N. (1996). *Engines of Empowerment. Using Technology to Create Healthy Communities and Challenge Public Policy*. Health Administration Press Chicago, Illinois

Bibliografía consultada

"Jornadas Argentinas de Atención Primaria de la Salud", Años 1987/1992, Buenos Aires.

Declaración de Alma Ata, Surgida de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, OMS, Alma Ata, 1978.

Carta de Ottawa, surge de la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, Ottawa, Noviembre, 1986.

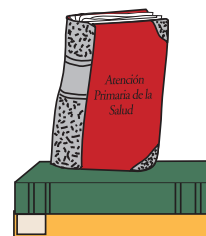
Carta de Yakarta sobre la promoción de la salud siglo XXI, 1997.

Salud para todos OMS, formulado como meta "Salud para Todos en el año 2000"

Kroeger, A. y Luna, R. compiladores: *Atención Primaria de la Salud, principios y métodos*, 2ª edición OPS, Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg, Serie Paltex para Ejecutores de programas de salud N° 10 (PXE 10).

Starfiels, Bárbara: *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Masson SA., Fundación Jordi Gol i Gurina, 2004.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: *Plan Federal de Salud*, mayo de 2004.



Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre Atención Primaria de la Salud.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender las bases de la APS*, le sugerimos los siguientes títulos:

Sonis, A. Paganini, J. *Atención de la salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1982. Parte II: Características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención.

Este libro se considera un texto básico de la enseñanza de la salud pública en el país. La parte II ofrece un panorama actual de la atención médica y analiza las posibilidades de cambio en el sector salud, teniendo en cuenta su evolución en las últimas décadas.

Starfield, B.: "Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología", Masson S.A., Fundación Jordi Goli Gurina, 2004.



Esta obra es una recopilación de la técnica de evaluación y de la forma de entender la atención primaria dentro del sistema sanitario de la Profesora Bárbara Starfield. La metodología que aporta permite mejorar los sistemas de atención primaria, adecuándolos mejor a los constantes cambios de las necesidades asistenciales de los pacientes y a las ventajas que ofrecen los avances diagnósticos y terapéuticos.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de actuar en APS, le recomendamos:

OPS/OMS. 44° Consejo Directivo. "Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros" y Resolución CE132.R5.

Este documento constituye un análisis sobre lo que ha pasado en esta estrategia de APS en las Américas y su contribución a la reducción de las desigualdades.

Datos útiles



"Atención Primaria de la Salud" Se vierten conceptos teóricos y el desarrollo de las "Jornadas regionales la estrategia APS en el centro de la escena" así como los relatos de algunas de las experiencias presentadas.	www.msal.gov.ar
Organización Panamericana de la Salud	http://www.paho.org
Representación de la OPS/OMS en República Dominicana. Presenta modelos de salud propuestos para compatibilizar los Sistemas de Salud con la Estrategias APS	www.dor.ops-oms.org
Organización Mundial de la Salud	http://www.who.int

ANOTACIONES SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO

Lined writing area with 26 horizontal lines.

Formación de Actores y Gestión de Equipos Promotores de Salud

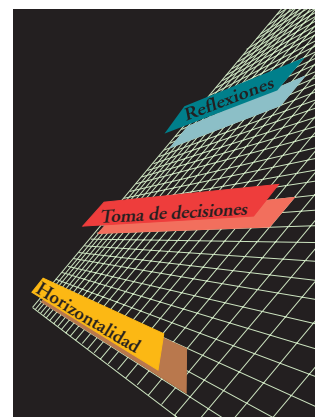
Formación de Actores y Gestión de Equipos Promotores de Salud*

La propuesta de Municipios Saludables se basa en la participación y el compromiso explícito de instituciones, ciudadanos y actores locales interesados en la mejora de la salud de la comunidad. Los principios básicos para el desarrollo de un municipio saludable son: la descentralización, la participación social, la intersectorialidad, el liderazgo del intendente, la información y comunicación, la negociación, concertación y producción de consensos locales.

Poner en práctica estos principios básicos supone, por un lado, alcanzar una cultura ciudadana interesada en la salud que aliente procesos de aprendizaje a partir de los cuales se puedan profundizar y/o generar conocimientos para la acción en la comunidad. Por el otro, implica lograr una gestión participativa caracterizada por la horizontalidad en las reflexiones y por la toma de decisiones de parte del colectivo de trabajo del municipio.

Hay un detalle que resulta fundamental para poner en marcha este proceso: los intendentes deben ser conscientes de que para tener eficacia en las propuestas de Municipios Saludables las mismas deben ser, en principio, sentidas como de la comunidad. Sólo a partir del desarrollo de esta sensibilidad hacia la salud comunitaria será posible formular procesos novedosos de aprendizajes para actores de distintos niveles educativos, conjuntamente con otros que tal vez no disponen de un título académico. De este modo, se podrá lograr un giro en los clásicos procesos educativos que se desarrollan en los servicios y en el campo formativo, basados generalmente en cursos tradicionales, donde el docente es el interlocutor principal.

Diseñar procesos educativos novedosos significa pensar en alternativas educativas y de aprendizaje que ayuden a los participantes de la iniciativa a salir de la pasividad, a adoptar actitudes críticas, a abandonar el individualismo y la falta de participación y cooperación, a investigar la realidad del municipio, a conocer los diferentes problemas, a aproximarse a los conocimientos teóricos y técnicos disponibles y, sobre todo, a generar nuevas informaciones y propuestas alternativas para revertir los problemas identificados. Tenemos que tomar en



* Dra. Rosa María Borrell Bentz, OPS/OMS y Lic. Sebastián Tobar, Dirección de Relaciones Sanitarias, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

cuenta que cada vecino, al participar, reflexiona sobre sus problemas y reconoce a los otros vecinos con problemas similares, interactuando, aprendiendo y tomando protagonismo en la solución de los mismos.

Podemos decir, entonces, que las propuestas de Municipios Saludables requieren de un aprendizaje a partir de la acción. Su desarrollo requiere considerar dos herramientas innovadoras: la educación permanente y la gestión de equipos municipales promotores de salud.

Comprender las bases

El sentido de la educación permanente

Una propuesta educativa como la que enfoca la educación permanente¹, especialmente dirigida a los ámbitos laborales y colectivos, está destinada a reflexionar e intervenir sobre los procesos de trabajo, la misión de los mismos y sus problemas o limitaciones, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la gente y la calidad de los servicios prestados para su atención.

La educación permanente en salud es una herramienta de intervención estratégica inserta en una propuesta de cambio. Consiste fundamentalmente en un proceso de *aprendizaje* que rescata y valora el *saber hacer* y el *aprender a aprender*. Debe desarrollarse de manera continuada en el trabajo o en los espacios diseñados para iniciar una nueva modalidad de trabajo intersectorial.

Los problemas de salud y sus condicionantes, como el tipo de servicio ofrecido, son los ejes del proceso educativo, la fuente del conocimiento y el objeto de transformación. Por tanto, el aprendizaje se centra en la formulación de problemas y en la búsqueda de alternativas de solución.

Pero la educación permanente no sólo considera los problemas de la realidad sino que entiende también que el trabajo es una fuente de creación e investigación. Se trata de un proceso de reflexión que genera pensamiento crítico y creativo ante problemas específicos que existen o se agravan y que merecen otras alternativas de solución compartidas. Por este motivo, la educación permanente rescata la participación colectiva y el intercambio multidisciplinario.

La propuesta de educación permanente parte de la idea de que todo el saber cambia y que hay que volver a aprender, hay que volver a capacitarse, hay que ajustarse al mundo cambiante y nuevo, determinado por el acelerado desarrollo científico y técnico. En vista de que lo aprendido queda desfasado rápidamente,



¹ OPS/OMS. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington. 1994. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°100. OPS/OMS. *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*. Washington, Fascículos I al X. Serie Desarrollo de Recursos Humanos.

es necesario situarse en un continuo aprendizaje y prepararse para adaptarse a situaciones nuevas. Para ello entiende que es preciso “dotar a los individuos de instrumentos más que de conceptos. Más que nunca, en este momento es imprescindible que la educación se desarrolle en la línea del aprender a aprender”.²

El punto de partida de esta pedagogía de la *problematización*³ está relacionado con preguntas específicas sobre la práctica del trabajo, los problemas, las incertidumbres, la misión institucional, y las metas. El espacio local —el barrio, el municipio— facilita la problematización, ya que al haber una cotidianidad compartida resulta posible hallar los problemas comunes.

Una vez detectados los problemas de manera objetiva por el grupo de trabajo, se puede avanzar en la búsqueda de fuentes de información para comprenderlos y profundizarlos, generándose así un momento destinado a la reflexión y enriquecimiento teórico. A través de la reflexión teórica, se podrán elaborar hipótesis de solución al problema y formular un plan de acción que permita poner en práctica las modificaciones al o los problemas identificados. El diagnóstico inicial siempre estará dirigido al compromiso con la modificación de las prácticas y actitudes.

De lo que se trata, entonces, es de desarrollar *la capacidad de auto-gestión* de la comunidad y de dar oportunidad para que se desarrollen conocimientos a partir de la apropiación de nuevos contenidos científico-técnicos relacionados con los problemas y con los modos de encarar un trabajo colectivo desde diferentes instancias.

Premisas de la educación permanente

El proceso de educación permanente podrá tratar los problemas concretos de salud de la población, aquellas situaciones que inhiben la salud o determinan que algunos problemas aparezcan, así como los obstáculos encontrados en la organización de determinados servicios. Los problemas pueden ser detectados en las experiencias individuales o a través de informaciones recolectadas por los diferentes actores que participan en la iniciativa.

El énfasis del aprendizaje se colocará en el *aprender haciendo*⁴, en la medida en que cada participante tiene que poder ver por sí mismo y entender a

² UNESCO. *Aprender a Ser. La Educación del futuro*. Alianza Universidad. Madrid, 1987. Jabonero M., N. M.R., Ruano M. *Educación de Personas Adultas: Un modelo de futuro*. Ed. La muralla, Madrid, 1997.

³ DAVINI, M. C. *Educación Permanente en Salud*. OPS/OMS, Washington, 1995. Serie PALTEX. No. 38.

⁴ Dewey, J. *Democracia y educación*. Madrid, Morata, 1998.



su manera las relaciones entre los medios y métodos empleados y los resultados conseguidos. Nadie podrá ver esas relaciones por él, y no podrá verlas tampoco por el hecho de que alguien se lo “diga”, aunque la forma concreta de decirlo pueda orientar o guiar su percepción para verlas y así ayudarle a ver lo que necesita ver.

La *reflexión en la acción*⁵ tendrá como patrón y herramienta de aprendizaje a la indagación, en tanto pretende dar lugar a la experimentación *in situ*, a probar nuevas acciones que permitan explorar los fenómenos recién observados, a verificar la comprensión provisional de los mismos o afirmar los pasos que se han seguido para hacer que las cosas vayan mejor. En tal sentido, los proyectos vinculados a los Municipios Saludables deben plantear espacios para la reflexión en la acción.

La *modalidad de estudio-trabajo* propuesta por la educación permanente representará una ruptura con los programas de capacitación en servicio que tienen como características principales su desvinculación con la práctica concreta, una concepción más académica fundamentada en la transmisión vertical de conocimientos e ideas preconcebidas de la práctica que obvian los factores determinantes de cada realidad local. La propuesta de Municipios Saludables parte precisamente del análisis de las determinantes que generan situaciones poco saludables.

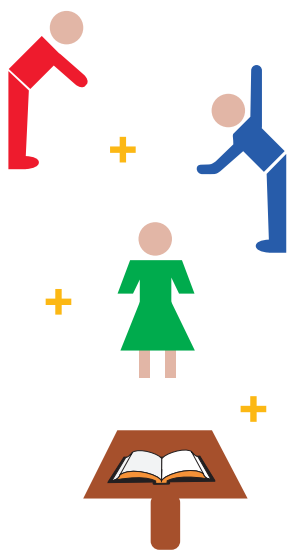
El aprendizaje será entendido como un *proceso de construcción* que se efectúa en el plano de las estructuras afectivas y en las estructuras cognitivas del psiquismo. El conocimiento no se recibe simplemente, sino que se construye por el sujeto a través de la acción, de las actividades que se desarrollan. Las nuevas ideas, sostiene Ausubel⁶, sólo pueden aprenderse y retenerse útilmente si se refieren a conceptos o proposiciones ya disponibles. Por eso, el aprendizaje significativo tiene lugar cuando se intenta dar sentido o establecer relaciones entre los nuevos conceptos o la nueva información con la experiencia anterior.

Las actividades de aprendizaje serán relevantes en tanto impliquen la *participación en procesos grupales de búsqueda cooperativa e intercambio de ideas* sobre problemas de trabajo. La acción de los equipos definidos en la iniciativa dará sentido y significado a la práctica. Sostiene Roschke:

“Ella requiere la participación activa del sujeto en los distintos procesos de exploración, selección, combinación y organización de informaciones. Hay contenidos que se pueden adquirir mediante mecanismos de observación y

⁵ Schön, D. *La Formación de Profesionales Reflexivos*. Barcelona, Paidós. 1992.

⁶ Ausubel, D.P, Novak, J.D. *Psicología Educativa. Un punto de vista cognitivo*. México, Trillas, 1983.



recepción, pero aspectos operativos del pensamiento sólo se configuran a partir de las acciones y de la coordinación de las mismas”.⁷

El *trabajo en equipo* resultará indispensable para el desarrollo de la iniciativa de Municipios Saludables, en tanto estamos pensando en un proceso continuo de elaboración, confrontación, discusión, resolución de conflictos y desarrollo de procesos conjuntos de trabajo. En este proceso se irá construyendo un esquema referencial común, que permita al equipo organizar una forma diferente de actuar frente a las demandas de la institución y de la realidad socio-epidemiológica. El trabajo en equipo se alcanzará con la acción consciente de todos sus miembros para lograr determinados objetivos. La cohesión del equipo no es el fin de un grupo de trabajo; su fin está en el cumplimiento de la tarea propuesta. En tal sentido es posible formular algunas recomendaciones a tomar en cuenta en la constitución de los equipos de trabajo:

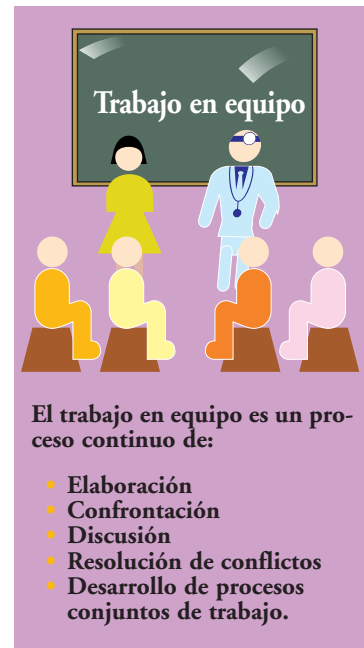
- *la toma de decisiones* representará la opinión de todos;
- *la creatividad* resulta un criterio fundamental para elaborar un producto nuevo u original, adaptado a las condiciones y finalidad de la situación;
- *la heterogeneidad* constituye un requisito para el crecimiento del equipo en tanto permite manejar las diferencias de criterio;
- *la consideración del contexto institucional* o la manera de entender y apropiarse de manera colectiva del proceso de trabajo facilita el cumplimiento de la misión institucional.⁸

El desarrollo de los recursos humanos en las iniciativas de Municipios Saludables supone un cambio de concepto en cuanto a la forma de aprender. Por eso se considera el aprendizaje como “la producción activa del significado, y no como la reproducción pasiva del mismo”... “cuando se considera el aprendizaje como producción activa, se convierte en una manifestación de las capacidades humanas, por ejemplo, sintetizar información variada y compleja en patrones coherentes, considerar situaciones desde distintos puntos de vista, tener presentes las propias inclinaciones y prejuicios personales, etc.”⁹

⁷ Roschke, M. A. “Aprendizaje y conocimiento significativo en los servicios de salud”, en OPS/OMS, *Educación Permanente de Personal de Salud: La gestión del trabajo-aprendizaje en los Servicios de Salud*, Honduras, 1997. Serie publicaciones científico-técnicas N° 17.

⁸ OPS/OMS-PASCAP. *Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud: Compromiso para un proceso estratégico*. Volumen I. Costa Rica, 1994.

⁹ Elliott, J. *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid, Morata, 1996.



La *identificación de las necesidades de nuevos aprendizajes* para el desarrollo de los recursos humanos involucrados en la estrategia de Municipios Saludables será un punto de partida importante dentro de la cadena de acciones que demandará esta estrategia como proceso permanente. Para ello se requiere objetividad, coherencia y direccionalidad. Las necesidades de nuevos aprendizajes emergen, en última instancia, de la diferencia entre la capacidad real de los recursos humanos participantes en su conjunto, la de cada participante en particular, y la requerida para ejecutar las actividades profesionales, técnicas y sociales que demanda esta estrategia para una población con determinadas necesidades.

Muchas veces se establecen paquetes educativos que responden a decisiones verticales con propósitos normativos, de aprendizaje de alguna técnica o proceso administrativo, de un tema de moda, con esquemas educativos estereotipados, de naturaleza “transmisora”, cuya efectividad es siempre limitada. Esos paquetes con frecuencia vienen como “productos enlatados” que se aceptan acríticamente. Para esta estrategia de Municipios Saludables se plantea abandonar la idea de reducir la educación permanente en salud a la administración de “cursos” para convertirla en una herramienta estratégica de cambio subjetivo/objetivo en forma indisoluble.

El principal desafío para determinar los propósitos y los contenidos consistirá en articular la visión global o de conjunto del sistema con el análisis de los problemas de la práctica. Se tratará de integrar el análisis de las tendencias con la comprensión a profundidad del caso concreto, para asegurar la eficacia del plan. Del análisis global del sistema surgirán las necesidades y prioridades que darán sentido y dirección a los distintos programas de educación permanente. El reto en este aspecto será construir esa propuesta utilizando varias herramientas y organizando preguntas asertivas que permitan reconstruir los escenarios de necesidades de aprendizaje y capacitación a partir de los problemas de la práctica. La experiencia latinoamericana muestra que la precisión de las necesidades de educación permanente ha sido con frecuencia ignorada u omitida. El desafío es construir una propuesta de educación permanente a partir de los problemas de la práctica cotidiana de la comunidad.

Construir una propuesta de Educación Permanente



Fases del proceso de educación permanente

La OPS/OMS identifica cinco fases en el proceso de aprendizaje de un Municipio Saludable¹⁰ y las mismas constituyen en sí mismas el inicio de un proceso

¹⁰ OPS/OMS, *Planificación local participativa. Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*, Serie Paltex, Washington DC., 1999.

de aprendizaje que podría enmarcarse dentro de una propuesta de Educación Permanente:

- Fase I: Declaración pública de compromiso del gobierno local para avanzar hacia la meta de “municipio saludable”.
- Fase II: Conformación y puesta en marcha de un comité intersectorial de salud.
- Fase III: Elaboración de un diagnóstico con la participación de los ciudadanos e instituciones locales.
- Fase IV: Puesta en marcha de un plan de salud consensuado.
- Fase V: Establecimiento de un sistema de monitoreo y evaluación en el ámbito local.

Para las fases III a la V se sugiere la realización de un proceso de reflexión-acción que contemple los siguientes pasos:

- *Identificación de los problemas sentidos y vividos por la comunidad*
Se parte de la confección de listados individuales con comentarios justificados, preferiblemente con datos y evidencias, que luego se discuten y acuerdan. Para alcanzar esta primera identificación hay que ayudar a los participantes a manifestar cómo perciben el problema y cómo lo analizan y explican, utilizando algunos interrogantes. Por ejemplo: ¿De qué problema se trata y cómo se manifiesta el problema? ¿Qué sabemos sobre el problema: cuándo empezó, a quién afecta, cuáles son sus consecuencias? ¿Qué sabemos de las causas que lo determinan? ¿Qué se ha hecho para resolverlo? ¿Existen disposiciones legales? ¿Son problemas locales o nacionales? ¿Cuáles son las tendencias globales? Luego se buscará información bibliográfica y estadísticas que permitan profundizar los conocimientos sobre el mismo. Para ello, se definirán y diseñarán otros instrumentos cualitativos tales como entrevistas, encuestas semi estructuradas o grupos focales, que permitan obtener otro tipo de información sobre lo que piensa, padece y quiere la gente. La identificación de los problemas constituye el primer nivel de estudio significativo.
- *Jerarquización de los problemas*
De acuerdo con la gravedad se podrá determinar la prioridad de los problemas. Esto implicará un sondeo de personas afectadas, riesgo de la comunidad, frecuencia o disponibilidad de recursos. Se justificará la jerarquización de los problemas en función de los grupos más afectados y el porcentaje de la población que representan, el riesgo, la urgencia, las consecuencias o las posibilidades de abordarlos.

Proceso de reflexión-acción

- Identificación de los problemas
- Jerarquización de los problemas
- Formulación de las propuestas de solución
- Preparación de proyectos
- Evaluación y monitoreo permanente

- *Formulación de propuestas de solución*

Para definir con claridad las propuestas de solución será necesario definir con claridad la situación a la que se desea llegar, pensar con imaginación diferentes posibilidades de soluciones y plantear algunas hipótesis de solución. El equipo podrá investigar sobre experiencias novedosas que se hayan realizado en otros lugares para resolver problemas parecidos y presentar los mismos en la mesa de trabajo para su discusión y valoración.

- *Preparación de proyectos*

En los proyectos se identificarán: el problema, sus antecedentes, cómo afecta a la salud de determinado grupo de población, la magnitud del mismo, los conocimientos y tecnologías disponibles, los recursos humanos, materiales y financieros requeridos, la factibilidad, las responsabilidades y el presupuesto. Los pasos anteriores son una guía que garantiza a los equipos el avance en el conocimiento de la realidad social y de los problemas de salud que los afectan para ponerse de acuerdo en cuáles trabajar con criterios intersectoriales. Muchos equipos requieren de capacitaciones puntuales o aprendizajes específicos en el tema de “preparación de proyectos”. El equipo deberá analizar sus necesidades, evaluar las disponibilidades locales y trazar una estrategia de aprendizaje para profundizar este tema y elaborar los proyectos. Sobre elaboración de proyectos hay mucho escrito; este puede constituir otro tema de aprendizaje, que también implicará conocer las posibilidades de financiamiento de las que disponen el municipio y el país a través de sus diferentes instituciones, así como de los organismos bilaterales y multilaterales que cooperan en temas específicos.

- *Evaluación y monitoreo permanente*

Con alianzas que garanticen y retroalimenten la continuidad del proceso se podrá pensar la evaluación para cada uno de los momentos del programa desde su inicio. Para ello será necesario, por un lado, identificar la naturaleza, los criterios y puntos claves a evaluar y, por otro, seleccionar un equipo que diseñe y coordine los diferentes tipos de evaluaciones, que pueden ser de entrada, de proceso y de producto. Este es un punto muy importante que podrá mostrar los beneficios de las estrategias utilizadas, los logros y también los efectos negativos que deberán corregirse.

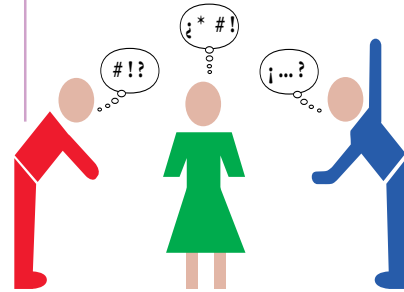
Como se observa en la propuesta, la definición de los problemas y la elaboración de los proyectos son la fuente y el fin de la reflexión y de la indagación. La teoría será convalidada en tanto se produzca el cambio programado. En caso de que no se produzca lo deseado, se retornará a la teoría, se revisarán las hipótesis de solución trazadas y se examinará la definición misma de los problemas. Es por ello que el proceso educativo, con este tipo de pedagogía,

no puede entenderse como un proceso lineal, sino como “un camino con idas y vueltas, con avances y retrocesos, con tanteos y ensayos, pero no al azar, sino guiados por el pensamiento”.¹¹

Herramientas de la educación permanente

Entre las estrategias que pueden contribuir a la búsqueda de información podemos mencionar:

- la discusión abierta de los distintos miembros de la comunidad sobre la percepción que tienen acerca de su propio nivel de conocimientos y destrezas frente a los problemas de salud identificados, los objetivos planteados y los productos esperados;
- la consulta a las instituciones participantes que sean conocedores de la situación- problema en cuestión;
- la confrontación de la situación o ejes problemas y el desempeño esperado por parte de los participantes.



Algunas técnicas utilizadas con frecuencia en la identificación de necesidades de aprendizaje ayudan a recolectar la *demanda inicial* de los diferentes actores a los cuales se aplique el o los instrumentos escogidos. No constituyen una prueba exacta de la *demanda real* y de los problemas de la práctica que requieren de intervención educativa, pero sirven de orientación para profundizar el análisis y tomar decisiones acerca de la direccionalidad del proyecto educativo.

Entre las técnicas para la identificación de necesidades de aprendizaje podemos mencionar:

- la *entrevista a informantes claves* (cuando se trata de identificar una necesidad a partir de un problema específico, con mayor grado de detalle);
- el *grupo focal* (técnica de investigación utilizada cuando se desea profundizar en aspectos cualitativos de los procesos y acontecimientos);
- el *grupo nominal* (proceso grupal para obtener opiniones y juicios colectivos que aumenten la racionalidad y creatividad cuando se enfrente un problema no estructurado);

¹¹ Davini, M. C. “Bases Metodológicas para promover el aprendizaje en el trabajo, en procesos educativos permanentes” en Educación permanente de Personal de Salud en la región de las Américas”. OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N0. 83. Fascículo VI: Capacitación de los responsables del proceso educativo.

Medios y estrategias para una propuesta educativa

- Materiales escritos
- Charlas de expertos
- Tutorías
- Talleres y seminarios
- Trabajos de investigación /acción
- Los foros abiertos
- Cursos

- los *cuestionarios estructurados* (que pueden ser aplicados a todo el personal participante);
- las *entrevistas cualitativas* (permiten conocer las opiniones de los participantes con respecto de los temas e inquietudes diversas);
- las *listas de chequeo* (pueden realizarse en función de los diversos temas que componen cada uno de los problemas identificados).

De las preguntas realizadas en las cinco fases, de los trabajos derivados de cada una de ellas y de la aplicación de alguna estrategia que identifique las necesidades de *nuevos aprendizajes* podrán surgir una propuesta educativa específica y un inventario posible de estrategias y medios. Entre ellos podrán considerarse los materiales escritos, centrados en conocimientos y temas precisos, para trabajar en grupos de discusión; las charlas de expertos; las tutorías de algún especialista en el tema/problema; los talleres y seminarios por tema/problema; los trabajos de investigación/acción; los foros abiertos de debate o algún curso que se identifique como necesario.

Así, para que un proyecto educativo sea *realista y viable* deberá contemplar: los apoyos políticos, en función de las políticas del sector y de los actores sociales con niveles de decisión, que estimularán o no obstaculizarán al proyecto; los apoyos institucionales necesarios para la realización del programa y las estrategias de negociación apropiadas; los apoyos materiales, de recursos humanos y financieros; los apoyos sociales relativos a los propios involucrados en el proyecto: trabajadores y miembros de la comunidad y los eventuales obstáculos o bloqueos al proyecto y los modos de superarlos.

Comprender

las bases locales



Abordar la educación permanente en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando” en términos de la salud de la comunidad. Habilitar la escucha es estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre las posibilidades de la educación permanente en la propia localidad, valorarla y proponer alternativas.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones que se puedan vincular con la educación permanente. Expliquen para cada caso:

- ¿Se cumplen los sentidos y premisas de la educación permanente? Sí-No ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los pro y los contra en cada caso?
- ¿Qué otras alternativas hay para la educación permanente en la localidad?

Sugerencias y propuestas para actuar

Gestión de los equipos municipales

El concepto de *gestión* está ligado a un enfoque estratégico y al control de resultados. Para aludir a la idea de gestión se utiliza con frecuencia la metáfora de “organizaciones como cerebros o como sistemas culturales”¹².

El concepto de gestión permite una aproximación integral a las organizaciones, donde los recursos humanos y la comunidad no son un insumo más, sino elementos constitutivos del mismo, que tienen características particulares. Gestionar significa, por tanto, coordinar las voluntades de los diferentes participantes de un proyecto hacia un rumbo, un objetivo o una misión.

Ortún Rubio¹³ afirma que “gestionar supone coordinar y motivar a las personas que forman parte de una organización” —en este caso de un municipio— “para conseguir la finalidad de esta” —en este caso una política saludable—. Gestionar las iniciativas de Municipios Saludables significa coordinar y motivar a las personas que forman parte de la comunidad para conseguir un resultado saludable.

La idea implícita en el concepto de gestión está sustentada en que los actores del municipio puedan estar motivados por factores que excedan lo meramente económico —en el caso de los trabajadores— o al interés individual, y que se impliquen por su propia historia, por su vínculo con el barrio o por la satisfacción personal que les produce el trabajo o el realizar tareas por la comunidad, la gente y el ambiente.

Los elementos claves de la gestión son: las competencias de los actores; su actitud y el conocimiento aplicado; y la motivación, la conciencia y la responsabilidad en los proyectos destinados a satisfacer las necesidades de la comunidad.

Las competencias pueden ser entendidas como la capacidad real para lograr un objetivo o resultado en un contexto dado o como la capacidad real para dominar el conjunto de tareas que configuran la función en concreto.

Los cambios tecnológicos y organizativos, así como la modernización de las condiciones de vida en el trabajo, obligarán a centrarse más en las posibilidades de la gente, de la comunidad y su capacidad para movilizar y desarrollar esas capacidades en situaciones concretas y evolutivas.

En este marco, el rol del intendente debe ser similar al de un líder, un agente de cambio y adaptación, un acelerador de los mismos, un constructor de certezas, un abridor de caminos para la construcción de un municipio saludable.

¹² Morgan, G. *Imágenes de las Organizaciones*. México D.F. Alfaomega, 1991.

¹³ Ortun Rubio, V. *Innovación Organizativa en Sanidad*. Asociación de Economía de la Salud-AES, España, 1996. Ortun Rubio, V. *Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita*, Edit. R. Meneu V. Ortún, Barcelona 1996.

Gestión de iniciativas en Municipios Saludables



Significa:

- Coordinar y motivar a las personas para conseguir un resultado saludable.

Es necesario resaltar que cada municipio configura un caso particular con una trayectoria, una historia; y que las fórmulas, instrumentos o modelos que resulten apropiadas en un lugar pueden ser inadecuados en otros.

Para las iniciativas de Municipios Saludables es necesario algún grado de descentralización del poder decisorio dentro del municipio, de manera de involucrar progresivamente a los distintos actores. La gestión en los Municipios Saludables es básicamente la gestión de la participación, para lo que se definen algunos componentes que permiten alcanzarla:

La *salud de la comunidad*, entendida en el sentido amplio de promoción de la salud como un espacio saludable que permite el crecimiento productivo y afectivo de la comunidad.

Los *procesos productivos*, entendidos como secuencia de tareas e intervenciones dirigidas a promover la salud y entregar los servicios adecuados para que la comunidad disfrute de ella.

La *gestión del conocimiento*, entendida como un modo de aumentar las competencias de la gente y retroalimentar permanentemente a la comunidad, permitiendo el desarrollo de capacidades para formular proyectos que apunten al rescate de la calidad de vida de la gente, mejore los aspectos técnicos en servicios al usuario e incorpore nuevos avances en los mismos.

Las *interrelaciones personales*, entendidas como interacciones de personas o vecinos que permiten reconocer problemas en común y organizarse en el barrio, la escuela o la "salita" para buscar la ayuda de otras personas. Esta interrelación constituye un indicador de la búsqueda de la salud de la comunidad. A la vez, la multiplicidad de interrelaciones personales plantea la dificultad o complejidad para gestionar.

Los *intereses de grupos de colectivos*, entendidos como motivaciones o preocupaciones de los vecinos, los profesionales sanitarios, el personal general, las autoridades del municipio.

Los *recursos económicos*, entendidos como un condicionante, ya que los municipios se desarrollan en contextos turbulentos sensibles a tensiones políticas y con recursos económicos muy acotados, lo que supone muchas veces que el asignar una prioridad implica no atender otros temas que pueden ser también problemáticos.

La *objetivación de los intereses de los distintos colectivos y la lucha por el poder*, entendida como la necesidad de no ver al municipio al margen de las disputas propias de la democracia representativa y de otras instituciones que a su vez procuran su propio interés. Una de las características de los proyectos vinculados a los Municipios Saludables es que convoca a la comunidad a participar a partir del reconocimiento de sus problemáticas en común, implicando una conducta de compromiso activo en la que muchas veces las diferencias

políticas, religiosas o institucionales tienden a no percibirse. No obstante, esto no quiere decir que no existan.

Modelo de Gestión

Por *modelo de gestión* entendemos una forma sistemática o racional para la toma de decisiones propias en una organización. Establece un orden de prioridades y crea contextos decisorios particulares. Es decir, la secuencia, ordenada y racional en la cual las decisiones deben ser planteadas y resueltas. Definir un modelo de gestión para los Municipios Saludables implica definir: ¿cuáles son las principales decisiones que se deberán tomar con relación al municipio, al barrio, a los problemas de salud? ¿Cómo se deberán tomar estas decisiones? ¿Quién y cuándo las tomarán?

Uno de los principales componentes del modelo de gestión lo constituye la modalidad de *toma de decisiones* en los proyectos de la comunidad. Postulamos que un modelo de toma de decisiones eficaz para los Municipios Saludables debe incorporar la participación tanto del personal de las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales así como de actores diversos de la comunidad interesados en la iniciativa, con el propósito de mejorar y hacer más apropiada la gestión municipal a través de propuestas que incrementen el conocimiento sobre situaciones de salud y sobre el bienestar de la comunidad.

La modalidad para la toma de decisiones se debe basar en tres presupuestos fundamentales: la detección y satisfacción de las necesidades de la comunidad; la utilidad real del proyecto, servicio o actividad que se va a desarrollar para la comunidad y un proceso de producción eficiente con la participación efectiva de los actores institucionales y de la propia comunidad.

Si la toma de decisiones se hace de manera participativa se crean oportunidades para la retroalimentación incorporando necesidades, perspectivas y generando apoyos a los proyectos. El propio proceso de participar en la toma de decisiones posee un valor pedagógico para los actores que participan en él y les genera identidad.

Para construir un modelo de gestión participativa es necesario tomar en cuenta y tener claridad de la *misión* u objetivos de la iniciativa de Municipios Saludables. La misión es la contribución que la organización de la iniciativa de Municipios Saludables realiza a la sociedad.

No se pueden definir prioridades sin tener una percepción congruente de los recursos humanos institucionales y de la comunidad participante con la misión que se persigue a partir de la estrategia de Municipios Saludables. En tal sentido, la construcción de espacios para la participación de los actores locales debe tener siempre en cuenta a qué finalidad social está orientada.

Toma de decisiones eficaz en Municipios Saludables



Para lograr una toma de decisiones eficaz es necesario incorporar al personal de las diversas instituciones y a los actores de la comunidad interesados en la iniciativa.



Al plantear un diseño institucional donde participarán los diversos actores del municipio nos debemos preguntar: ¿qué queremos hacer con las comisiones o espacios de trabajo, redes y la comisión coordinadora?, ¿qué haremos en cada uno de ellos?, ¿cuáles son los productos o resultados que queremos desarrollar constituyendo esta comisión, redes y espacios de trabajo? La claridad en los miembros de la comunidad y los trabajadores del municipio acerca de qué es lo que se pretende con los distintos grupos de trabajo y coordinación supone haber definido cuál es su misión.

Para alcanzar la misión es imprescindible encontrar un modelo de división del trabajo que defina responsables capaces de asumir *funciones*. La coordinación de estas funciones constituye el proceso de conversión que permite que se alcance una comunidad saludable. El énfasis en la promoción y protección de la salud plantea que las funciones no se centren en los aspectos curativos ni en los propios de los servicios de salud. Una función es un conjunto articulado y coherente de actividades que facilita el desempeño (funcionamiento) de la iniciativa que se quiere llevar adelante.

Como ya se ha planteado, no hay duda de que una de las principales funciones que resulta necesario desarrollar es la educativa, entendiendo ésta como un proceso de educación permanente. En efecto, resultará de suma importancia planificar actividades de sensibilización e identificación de necesidades de aprendizaje permanente de los distintos actores que intervienen en las diferentes propuestas. El supuesto que lleva implícito el desarrollo de esta función es que la comunidad se compromete en mayor medida cuando posee suficiente información y conocimiento acerca de los problemas y de las posibles acciones a realizar y cuando dispone de un espacio de aprendizaje ajustado a su medida y a sus necesidades.

El desarrollo de un modelo adecuado de gestión de los Municipios Saludables requiere, además, de un *sistema de incentivos*. El sistema de incentivos es el encargado de sincronizar los objetivos de los individuos con los de la organización. Tiene la finalidad de articular los diferentes componentes del modelo de gestión: la misión y las actividades.

Los incentivos son proporcionados por el entorno para motivar al sujeto a realizar un determinado conjunto de acciones. Una de las funciones más importantes del sistema de incentivos, en un programa de Municipios Saludables, es establecer el conjunto de aspectos que pueden motivar de forma adecuada a los actores que actúan sobre la realidad para llevar a cabo sus tareas en forma apropiada.

Las motivaciones para participar en la estrategia de Municipios Saludables pueden ser múltiples. Las preguntas claves que facilitarán el análisis de la cultura de la comunidad y sus incentivos son: ¿qué le importa a la gente de la comu-

nidad?, ¿qué los motiva?, ¿a quién y por qué respetan?, ¿por qué vienen o por qué se van de determinada actividad o proyecto?

Actuar en la localidad

Para generar proyectos que apunten a fortalecer la gestión de equipos promotores de salud se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar un proyecto para indagar qué situaciones son favorables para la salud de la comunidad, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende. También se podrá solicitar que todos propongan alternativas para mejorar la salud en la comunidad. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.



Implicaciones para políticas públicas*

Este capítulo elabora con experticia el tema de la educación permanente de los actores involucrados en proyectos y actividades de PS a nivel municipal, así como la propuesta de un nuevo modelo de gestión para los equipos municipales que asegure la participación social y la toma de decisiones más eficaz para resolver los problemas de la población. Con relación a las implicaciones para políticas públicas es importante reiterar algunas de las recomendaciones ya contempladas en los capítulos anteriores con respecto al estímulo de los procesos participativos, el análisis de políticas, la formación de recursos humanos, la investigación participativa, entre otras. Sin embargo, cabe hacer énfasis adicional en las siguientes:

- 1) Una política definida y clara de apoyo a la estrategia de Municipios Saludables (MS) a nivel nacional contribuiría positivamente al logro de las metas y objetivos que se buscan con ella y por lo tanto facilitaría la gestión y el trabajo de los actores comprometidos. Aunque es posible, y de hecho hay varios ejemplos en algunos países, de implementación de la estrategia en diversas localidades en ausencia de una política nacional

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

Implicaciones para políticas públicas

Recomendaciones:

- A nivel nacional es necesario tener una política clara de apoyo a la estrategia de MS.
- Implementar una política de descentralización de modo que los municipios sean autónomos.
- Incentivar la formación de actores.
- Estimular políticas de acceso a la información y comunicación social.
- Construcción de solidaridad.
- Programas educativos en función de la salud pública y la promoción de la salud.

explícita, cuando ésta existe, el desarrollo del movimiento de MS es mayor, más articulado y más sostenible.

- 2) En la misma línea de la anterior, es también deseable que se impulse la política de descentralización y que realmente los municipios adquieran la posibilidad de una verdadera autonomía. La descentralización sin desconcentración de poder y de recursos no es la que va a lograr que los municipios adquieran la madurez política y administrativa para desarrollarse.
- 3) La formación de actores que vayan a ser capaces de trabajar y producir resultados dentro de un esquema de intersectorialidad, debería empezar desde la universidad a través de la vinculación de estudiantes de diversas disciplinas en proyectos concretos referidos a las problemáticas de sus comunidades. Mientras esta iniciativa se hace una realidad, los gobernantes locales deben incentivar el trabajo de este tipo, a través de estrategias de negociación política en que los diferentes sectores se comprometan en la solución de problemas. Estas negociaciones deberán hacerse bajo premisas claras donde los sectores perciban que todos obtendrán ganancias y satisfacción de sus respectivas clientelas. Un ejemplo que puede citarse es el de saneamiento del medio, donde los ganadores serán de ambiente, salud, turismo, economía, trabajo, etc.
- 4) En el capítulo se menciona la importancia de la información para impulsar la participación; podríamos añadir que también ésta es fundamental para incrementar la toma de conciencia de las comunidades sobre sus problemas y soluciones. De ahí que una implicación importante es la de estimular las políticas de información pública y comunicación social. Estas políticas, enfocadas hacia la salud y la calidad de vida, han tenido muy poco desarrollo desde el sector público y se han dejado en manos del sector privado. Es necesario que se empiecen a formular políticas públicas que contemplen el manejo ético de la información y de la comunicación incluyendo el mercadeo social. Esto tiene repercusiones en la formación de recursos humanos especializados y competentes en el campo específico de la comunicación de salud. No se debe seguir improvisando en este campo y permitiendo que los medios masivos manipulen a la población sin que medie un control del estado y un manejo ético.
- 5) La construcción de solidaridad es una de las grandes esperanzas para lograr superar las crisis del mundo moderno, tal como lo señala B. De Sousa Santos¹⁴. Esta sería otra proyección para un trabajo político que

¹⁴ Sousa Santos de B. *A crítica da razão indolente*. Cortez Editores. 2001.

incentive mecanismos de movilización ciudadana, participación comunitaria y democratización. Los MS ofrecen un ámbito privilegiado para el desarrollo de este tipo de políticas. La solidaridad no es espontánea, hay que construirla y para ello es urgente diseñar estrategias de convivencia pacífica, de formación de redes de soporte social y de apoyo a las organizaciones voluntarias y de base.

- 6) El capítulo llama la atención sobre la calidad de la educación y capacitación y se refiere a la inusitada frecuencia que han adquirido programas de capacitación o "paquetes educativos" que responden más a intereses particulares que a planes serios de desarrollo de recursos humanos. Este punto es crítico en la actualidad por la invasión de las leyes de mercado en los campos sociales de la educación y la salud. Hay una verdadera proliferación de cursos cortos diseñados a la medida de las empresas privadas y cuyos egresados entran a competir en el mercado de trabajo sin tener la preparación y competencia que asegure un trabajo con calidad y compromiso en los asuntos de interés público. Se requieren políticas que replanteen los programas educativos en función de la salud pública y la promoción de la salud.

Bibliografía consultada

- Ausubel, D. P. y Novak, J. D. *Psicología Educativa. Un punto de vista cognitivo*. México, Trillas, 1983.
- Davini, M. C. "Bases Metodológicas para promover el aprendizaje en el trabajo, en procesos educativos permanentes", en OPS/OMS. *Educación permanente de Personal de Salud en la región de las Américas*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 83, Fascículo VI: Capacitación de los responsables del proceso educativo.
- Davini, M. C. *Educación Permanente en Salud*. OPS/OMS, Washington. 1995. Serie PALTEX. N°. 38.
- Dewey, J. *Democracia y educación*. Madrid, Morata, 1998.
- Elliott, J. *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid, Morata, 1996.
- Jabonero M., Nieves M.R., Ruano M. *Educación de Personas Adultas: Un modelo de futuro*. Madrid, La muralla, 1997.
- Morgan, G. *Imágenes de las Organizaciones*. México D.F., Alfaomega, 1997.
- OPS/OMS. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington, 1994. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°.100.



- OPS/OMS. *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*. Washington, Años 1989- 1992. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Fascículos I al X.
- OPS/OMS-PASCAP. *Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud: Compromiso para un proceso estratégico*. Volumen I. Costa Rica, 1994.
- OPS/OMS. *Municipios Saludables. Una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina*. Buenos Aires, 2002.
- OPS/OMS. *Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., 1999. Serie PALTEX.
- Ortun Rubio, V. Innovaciones Organizativas en Sanidad, en Meneu, R. y Ortún Rubio, V. (eds) *Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita*. Barcelona, Asociación de Economía de la Salud, 1996.
- Roschke, M. A. "Aprendizaje y conocimiento significativo en los servicios de salud", en OPS/OMS, *Educación Permanente de Personal de Salud: La gestión del trabajo-aprendizaje en los Servicios de Salud*, Honduras, 1997. Serie publicaciones científico-técnicas N° 17.
- UNESCO. *Aprender a Ser. La Educación del futuro*. Alianza Universidad, Madrid, 1987.

Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura para el tema de la formación de actores y gestión de equipos promotores de salud.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la educación permanente*, le sugerimos los siguientes títulos:

Davini, M. C. *Educación Permanente en Salud*. Serie PALTEX. N° 38. OPS/OMS, Washington. 1995.

Este libro ofrece algunas herramientas metodológicas que ayudan a diseñar programas de Educación Permanente en Salud, dentro de una perspectiva integral de análisis del contexto y de las prácticas de trabajo, tomando como base de discusión el diagnóstico de situación, los problemas de salud identificados por el colectivo de los participantes, la definición de prioridades y los objetivos que definirán la elaboración de alternativas de solución.



OPS/OMS. *Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., 1999.

Este libro constituye una excelente guía para orientar la planificación y el enfoque estratégico de la participación local para la construcción del movimiento de Municipios Saludables. En él se presentan metodologías de apoyo a la gestión local, con herramientas útiles para la formulación de proyectos como el marco lógico, la dimensión de la investigación acción participativa y los distintos momentos de planificación y programación participativa, así como los pasos básicos de la ejecución y evaluación de los proyectos.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas referidas a la *gestión de organizaciones solidarias*, le sugerimos los siguientes títulos:

Fernández Pardo, C.; Tobar, F. *Organizaciones Solidarias. Gestión en Innovación en el Tercer Sector*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2001.

Este libro constituye un aporte para observar los cambios en las organizaciones que poseen un modelo de gestión más participativo y solidario, como son los Municipios Saludables. Los Municipios Saludables tienen que trabajar aprovechando externalidades positivas y canalizando una enorme energía social que libera la sociedad. Este trabajo sostiene que los modelos apropiados para la gestión social pueden ser desarrollados por el nivel local y contagiar su lógica a las organizaciones del mercado. El libro asume el desafío en la gestión de instituciones con fines sociales, deteniéndose en los aspectos de la innovación que en ellas se registran. Propone conceptos y herramientas de análisis y gestión para las organizaciones solidarias que bien pueden ser de utilidad para las iniciativas de Municipios Saludables.

Tobar, S. *Análisis del Modelo de Gestión y la Participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el Marco de la Política Implementada por la Provincia de Buenos Aires*. Tesis de disertación de Maestrado presentada en la Escola Nacional de Saúde Pública. Fundacao Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, 1999.

En el marco teórico de la referida tesis, se presenta una revisión de la conceptualización sobre la salud y las formas institucionales que asume la misma. En el capítulo IV, se utiliza el concepto de modelo de gestión para analizar la participación en salud planteando que la misma puede aumentar el control de las decisiones de las organizaciones de salud, así como mejorar la calidad y oportunidad de las mismas. El trabajo afirma que la participación de la comunidad solo es posible si surgen sujetos que es-

tán dispuestos a aprender y que en este proceso se convierten en actores capaces de construir proyectos en común para la comunidad. La dinámica participativa implica interacción de actores y en la misma surgen reglas y procedimientos construidos democráticamente que estructuran el comportamiento de los mismos, moldeando su identidad y dando forma a la estrategia. El trabajo plantea que la información es el insumo básico para la participación, por tal motivo es importante la actitud que tengan las autoridades, quienes son en muchos casos quienes deben suministrarlas. La participación de la comunidad es funcional para el rescate de la calidad de vida degradada, si la misma tiene suficiente acceso a la información y está interiorizada de los problemas de salud de la comunidad. En este sentido, la participación tiene una función pedagógica ayudando a que las personas se sensibilicen y sean conscientes de sus derechos y de la posibilidad de tomar algún curso de acción. La participación convierte a la comunidad en actores, en el sentido de sujetos que poseen algún grado de poder para satisfacer sus necesidades. La participación de la comunidad se presenta como una oportunidad para la planificación, promocionando la circulación de información entre los diversos actores, asegurando un nivel de consistencia entre las diversas iniciativas públicas y formulando objetivos, proceso que necesita ser flexible para movilizar energías alrededor de la promoción de la salud de la comunidad.

Anigstein, C. Gestión Participativa y Salud: Evaluación del Municipio de General Rodríguez. Tesis presentada a la Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social. Fundación ISALUD, Buenos Aires, 2003.

El autor propone instrumentos de gestión para evaluar la gestión del Municipio de General Rodríguez que se basa en la estrategia de Municipio Saludable (MS) y el Subprograma de atención de la salud en la estrategia de Sistemas Locales de Salud (SILOS) y Atención Primaria de la Salud (APS). Está focalizado en la incorporación de cambios en el modelo de gestión por medio de la ampliación de la participación de la comunidad y de los trabajadores de la Dirección de Salud a través de la estrategia de MS y en la transformación del modelo de atención por medio del desarrollo de la estrategia de SILOS y los criterios de la APS. Uno de los supuestos que guía el referido trabajo es que sólo se logra eficacia en la implementación de una estrategia de Atención Primaria de la Salud si la misma se impulsa a través de modelos de gestión que impliquen la ampliación del poder decisorio, incorporando las distintas racionalidades de los trabajadores y de la comunidad. Esto supone un proceso participativo, que si bien no es mágico, es virtuoso para el rescate y mejoramiento del estado

de salud de la comunidad. El trabajo propone que es preciso evaluar los resultados y avances obtenidos en la implementación de estas iniciativas como parte de la gestión, para la retroalimentación permanentemente.

Datos útiles

Organización Mundial de la Salud (OMS)	http://www.who.int
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	http://www.paho.org
Organización Internacional del Trabajo (OIT)	http://www.ilo.org



El ambiente y el estilo de vida tanto como la situación política, social y económica son determinantes de la situación sanitaria y la sensación de bienestar de cada persona: un ambiente sano en cada hogar y en cada comunidad es una necesidad básica e inherente a la dignidad humana.

La salud ambiental implica el desarrollo de actividades de investigación, normatización, capacitación, vigilancia, control y minimización de causales de las condiciones medioambientales que afectan negativamente la calidad de vida de la población, en el marco de la promoción y la protección de la salud.

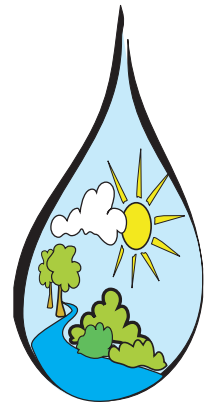
Según la Organización Panamericana de la Salud:

“La salud ambiental refiere a un concepto general que incorpora aquellos planeamientos o actividades que tienen que ver con los problemas de salud asociados con el ambiente, teniendo en cuenta que el ambiente humano abarca un contexto complejo de factores y elementos de variada naturaleza que actúan favorable o desfavorablemente sobre el individuo”.

En este marco, tal como lo expresa la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sustentable, “la participación comunitaria debe plasmarse en estrategias para el desarrollo sostenible, incluyendo la atención primaria del ambiente y la salud y la educación de los niños y adultos”.

Comprender el problema

Ocuparse de la salud ambiental implica buscar una significativa disminución de patologías asociadas a las deficiencias de las condiciones medioambientales y de los servicios básicos a través de tareas que minimicen estos factores de riesgo para la salud de la población. Esto supone implementar políticas y planes de ordenamiento territorial que incorporen instrumentos para la gestión del riesgo; promover y vigilar la calidad del agua de consumo humano a los efectos de lo-



* Ing. Ricardo Benítez, Ing. Jorge Álvarez, Arq. Silvia Rivero, Dirección de Promoción y Protección de la Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

grar una sensible disminución de la incidencia de las enfermedades de origen hídrico; impulsar la extensión de redes de distribución de agua potable; fomentar la extensión de redes cloacales y el tratamiento de las aguas servidas y excretas; contribuir a la aplicación de políticas saludables en relación con escuelas públicas y áreas carenciadas; propender al manejo sanitario integral mediante una adecuada gestión de los residuos sólidos y en particular de los patogénicos; promover la instrumentación de estrategias para la reducción de superficies sometidas a la erosión; incentivar medidas para la gestión y mitigación de los efectos de desastres.

A la vez, será necesario promover el fortalecimiento de la incorporación del componente sanitario ambiental en la educación formal y no formal y la instalación de emprendimientos productivos limpios que hagan énfasis en el uso racional de la energía y en el empleo de energía renovable; controlar la proliferación de vectores, roedores y otras plagas que se constituyan en un eje de riesgo para la salud de la población; identificar áreas de riesgo mediante técnicas de monitoreo y análisis ambiental debido a deficiencias de la calidad de aire (interior y exterior), el agua, los suelos, la vivienda y los alimentos; incorporar los principios de la Epidemiología Ambiental para el mapeo de las áreas de riesgo y, por último, contribuir y colaborar con el diseño, funcionamiento y control de las instalaciones de los servicios sanitarios de las Unidades de Atención Salud.

Una de las estrategias con las que se puede abordar la problemática de la salud ambiental es la *Atención Primaria Ambiental (APA)*. En efecto, una de las áreas que en los últimos años ha recibido mayor atención es la relacionada con el impacto del medio ambiente sobre la salud. La demanda por el mejoramiento del medio ambiente se explica por razones básicas de justicia y necesidad y por la íntima relación que existe entre su estado y el mantenimiento de la vida y la salud humana. Salud y medio ambiente constituyen un concepto binario, inclusivo y no excluyente.

El estado de salud de las personas es una consecuencia rápidamente perceptible del deterioro del medio ambiente y no es por eso extraño que las primeras manifestaciones de los problemas ambientales se vean reflejados en la salud de la población, tanto los originados por los déficits de los servicios sanitarios como por la contaminación del aire, el agua y el suelo o por las condiciones de los lugares de trabajo. Tener un medio ambiente sano y agradable, en armonía con la naturaleza, es un derecho básico del ser humano, indispensable para poder realizarse en la sociedad.

Para encarar esta doble problemática, la OPS ha desarrollado un instrumento de gestión: la Atención Primaria Ambiental (APA), que se basa en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) y del Desarrollo Rural Integrado. La APS es, en los términos acordados en la Conferencia Internacional reunida en Alma Ata, 1978, "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnolo-

Ambiente saludable



- Tener un medio ambiente sano y agradable, en armonía con la naturaleza, es un derecho básico del ser humano, indispensable para poder realizarse en la sociedad.

gías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias 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 un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". En otras palabras, representa el primer contacto de los individuos con el sistema de salud, llevando la atención al lugar donde residen y trabajan las personas.

Sobre la base de esta propuesta de la OPS, y reforzando sus componentes sanitarios, en la Argentina se está promoviendo la Atención Primaria Ambiental (APA), filosóficamente indistinguible de aquella. Su objetivo fundamental es la protección y el mejoramiento de la salud y el ambiente para la obtención de entornos saludables a través de la promoción y la realización de acciones preventivas a nivel local, con participación comunitaria. La APA postula un cambio de conducta individual en la relación que el hombre ha tenido tradicionalmente con su entorno y la necesidad de promover y participar en la protección de la salud ambiental.

Los municipios, por su inserción social en la comunidad, deben ser el eje articulador de la APA, que constituye al mismo tiempo una estrategia y una metodología. Por lo tanto, sus objetivos inmediatos, la adopción de políticas y sus contenidos, están condicionados por la realidad política, institucional y económica de cada comuna en la que se desarrolle.

En este marco, el Ministerio de Salud y Ambiente ha definido como objetivo general de esta iniciativa promover mecanismos de articulación entre los gobiernos locales que implementen la estrategia de APA, para la socialización de las experiencias. A la vez, ha propuesto como objetivos específicos: promover la constitución de mecanismos de difusión e intercambio de información y registros de recursos de los gobiernos locales y de las comunidades; generar indicadores que permitan la evaluación comparativa de los avances y resultados alcanzados; dar apoyo técnico, *per se* o gestionándolo si escapa a su competencia, a los programas operativos comunales; y gestionar la búsqueda de recursos para facilitar la difusión de experiencias exitosas. Por otro lado, ha definido las condiciones para integrar la red de municipios reconocidos como activamente adheridos a la concepción de APA: el gobierno local debe adherir explícitamente a la concepción de APA y elaborar una planificación de sus actividades en ella y sólo se considerará su incorporación al programa una vez que demuestre haber iniciado como mínimo una actividad reconocible en el tema y dado señales claras de haber realizado provisiones presupuestarias para su implementación.

Una herramienta que ha resultado útil para promover localmente los principios y la ejecución de iniciativas de atención a la salud ambiental son los *Centros de Atención Primaria Ambiental (CAPA)*. Los CAPAS son unidades operativas de nivel municipal conformadas por representantes del gobierno local y de organi-



zaciones y grupos no gubernamentales que desarrollan y coordinan actividades relacionadas con la protección o recuperación de la salud ambiental. Cada CAPA define sus prioridades, que obviamente están relacionadas con la realidad local, y las acciones a desarrollar (diagnósticos, capacitación, educación, etc.). Los objetivos de los CAPAs son: establecer un nivel de gestión local que incluya a todos los actores locales y facilite la interacción entre el sector público y la sociedad civil; fortalecer la capacidad de gestión ambiental de los gobiernos locales; empoderar a las comunidades para lograr sustentabilidad local; contribuir a la construcción de comunidades saludables; facilitar al Estado la identificación de iniciativas prioritarias para orientar la inversión pública y privada en proyectos sustentables que contemplen la protección de la salud humana y el ambiente.

Algunas de las acciones que los CAPAs realizan, o pueden realizar, son el fortalecimiento de la capacidad organizativa de la comunidad, el desarrollo de centros de información y orientación; la sensibilización, educación y capacitación; la formación de líderes; el monitoreo ambiental; el incentivo del desarrollo de proyectos gestionados localmente; la realización de diagnósticos participativos; la identificación y seguimiento de conflictos ambientales locales y la recepción de demandas y denuncias. En resumen, los CAPAs han demostrado ser instrumentos hábiles para liderar procesos de construcción de comunidades saludables, en el marco del sustrato conceptual que se ha desarrollado previamente para presentar la estrategia de atención primaria de la salud ambiental. Bajo esta denominación, o la que se escoja, cada comunidad se brinda la posibilidad de construir un ámbito organizacional que en la práctica reemplaza al modelo de Estado paternalista y/o autoritario que no ha logrado ocupar satisfactoriamente el liderazgo participativo necesario para un desarrollo equitativo y sustentable.

Con respecto a los riesgos para la salud, en los últimos años se ha profundizado el conocimiento sobre los factores que inciden en los procesos de salud/enfermedad de una población. Se los vincula con aspectos centrales de la estructura y de la organización social, como son el nivel de riqueza y las características de su distribución, las condiciones de la vivienda y del medio ambiente, la alimentación, la educación y el empleo, las modalidades de consumo, los estilos de vida, la producción y utilización de energía, el crecimiento demográfico, los procesos de urbanización, el transporte y las comunicaciones, entre otros.

El creciente desarrollo tecnológico y su diseminación a escala planetaria aumentaron la exposición de las comunidades a riesgos para los cuales no siempre se encontró preparada, y dificultó a los niveles de decisión la comprensión de los variados efectos locales de ciertos fenómenos. Las poblaciones y las autoridades de los países menos desarrollados tienen, por ahora, sólo débil conciencia de ciertos riesgos para la salud, los cuáles no han sido extensamente mensurados bajo condiciones locales.

Acciones de los Centros de Atención Primaria Ambiental

- Fortalecimiento de la capacidad organizativa de la comunidad.
- Desarrollo de centros de información y orientación.
- Sensibilización, educación y capacitación.
- Formación de líderes.
- Monitoreo ambiental.
- Incentivo del desarrollo de proyectos gestionados localmente.
- Realización de diagnósticos participativos.
- Identificación y seguimiento de conflictos ambientales locales.
- Recepción de demandas y denuncias.

El concepto de salud pública ecológica ha evolucionado como respuesta a la naturaleza cambiante de los problemas sanitarios y su conexión con los problemas ambientales mundiales emergentes. Estos nuevos problemas incluyen riesgos ecológicos como la destrucción de la capa de ozono, la contaminación incontrolada e incontrolable del aire y del agua, y el calentamiento de la tierra. Estos hechos ejercen un impacto considerable sobre la salud, que escapa a menudo de los modelos simples de causalidad e intervención.

Para revertir la amenaza que esos riesgos implican es necesario considerar:

- la intensificación y expansión de la investigación multidisciplinaria con el objetivo de mejorar el conocimiento y desarrollar técnicas (metodologías) para la previsión y la identificación de los peligros (amenazas) para la salud, de la vulnerabilidad de las poblaciones y de la infraestructura económica y social a los riesgos, generando indicadores para su estimación cuantitativa;
- la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica de los riesgos (entre ellos los ambientales) que complementen los sistemas de vigilancia de patologías;
- la elaboración de tecnologías adecuadas de lucha contra las amenazas, y de reducción de la vulnerabilidad de las poblaciones;
- la estimulación de definiciones locales de riesgos y de las estrategias para enfrentarlos, ya que sólo en ese nivel se dispone de la debida percepción y sensibilidad a las particularidades del espacio y de una adecuada capacidad de respuesta a sus problemas;
- el incremento de las capacidades para identificar las amenazas para la salud en las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo y los hogares;
- la determinación del grado aceptable de los riesgos para la salud, considerando que tal decisión corresponderá a la sociedad en general, a la administración o al individuo, según sea apropiado; el desarrollo de estrategias que aseguren la libertad de acceso de la comunidad a información veraz, transparente, íntegra y oportuna, sobre los riesgos para la salud que se presentan en su vida cotidiana, que permita a las personas expuestas protegerse a sí mismas y a sus familias de los riesgos;
- la educación y creación de conciencia, a fin de incorporar a la comunidad a la participación responsable en la toma de decisiones, asegurar la retransmisión de los conceptos en el nivel de complejidad adecuado al destinatario, por ejemplo, incluyendo la temática de los riesgos para la salud en los programas de estudios de las escuelas;
- la estimulación del desarrollo de modelos de comunicación de riesgos a nivel local que asegure la comprensión de la población sobre la interac-



ción entre los diferentes riesgos para la salud, donde quiera que vivan, y cualesquiera sean sus circunstancias;

- la constitución de redes de municipios y escuelas saludables, entornos en los que las personas puedan elegir estar sanas y poner en práctica sus elecciones en la vida diaria desarrollando iniciativas orientadas a la reducción de los riesgos para la salud;
- la inserción de las estrategias de evaluación y gestión de riesgos en las políticas de Promoción de la Salud. Caber recordar que: "Promover la salud significa reducir los riesgos que la amenazan y modificar los comportamientos que la afectan";
- la incorporación del principio de precaución, cuando la información resulta insuficiente para alcanzar una definición en materia de evaluación de riesgo.

Comprender el problema en la localidad



Abordar el problema de la salud ambiental en el municipio es una ocasión para hablar de "lo que nos está pasando". **Habilitar la escucha** es estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la salud ambiental en la propia localidad, valorarla y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la salud ambiental. Expliquen para cada caso:

- ¿Por qué consideran que cada una de las situaciones constituye un problema de salud ambiental?
- ¿Cuáles son los efectos de cada uno de esos problemas ambientales sobre la salud de las personas?
- ¿Qué alternativas hay en la localidad para enfrentar los problemas ambientales planteados?



Sugerencias y propuestas para intervenir

Para intervenir en la localidad, habrá que identificar el eje de riesgo, esto es, el riesgo ambiental. Se sugiere como metodología para lograr tal propósito seguir estos pasos: detectar el riesgo, evaluar la situación, hacer un diagnóstico, formular una propuesta de proyecto de solución técnica y económicamente viable (sustentable), aprobar e implementar el proyecto propuesto, poner en marcha el proyecto y, por último, evaluar los resultados y realizar correcciones de ajuste.

Para ilustrar proponemos un caso. Imaginen una población conformada a partir de la base de un asentamiento humano de pequeño a mediano en sus orígenes y que luego, con un control muy pobre, comienza un crecimiento errático y desordenado, sin planificación. Si bien en un principio, los pobladores originales no poseen servicios sanitarios centralizados, esta situación por alguna razón se mantiene en el presente. Sorpresivamente se presenta en la comunidad un brote de diarrea. Entonces, se identifica el eje de riesgo. La baja calidad de la infraestructura de servicios sanitarios y los resultados de un estudio epidemiológico realizado han permitido arribar a la conclusión de que el eje de riesgo al que está expuesta la población es ambiental y es éste el que ha hecho posible la aparición de diarrea en la población. El paso siguiente es la identificación y caracterización del riesgo propiamente dicho. Esto se logra a través de la realización de análisis de aguas (de bebida) y alimentos, llegándose a la conclusión de que el agua, por sus características de contaminación microbiológica, sería la causa más probable de infección de la población; descartándose por idénticas razones a los alimentos, cuyos exámenes de laboratorio no arrojaron resultados indeseables. Luego se evalúa la situación: el cuadro presentado indica la necesidad, de llevar a cabo una visita en el terreno, (esto es: una inspección técnica ocular), con el propósito de evaluar *in situ* el estado de las cosas, entrevistar a los pobladores, y verificar el estado, funcionamiento, conservación y limpieza de las instalaciones individuales. De la visita de evaluación surge, en primer lugar, la conclusión de que el asentamiento poblacional carece de servicios sanitarios centralizados, en especial para la provisión de agua potable. Por todo lo dicho, se establece que el brote diarreico obedece a la ausencia de servicios sanitarios confiables para la provisión de agua potable y disposición de excretas.

Para formular una propuesta de proyecto de solución técnica sustentable a cualquier riesgo relacionado con la salud ambiental, conviene tener en cuenta que éste resulte accesible en lo económico-financiero a quienes harán uso de él o del servicio que presta; que la población cuente a lo largo de su explotación, con fondos genuinos para llevar a cabo un mantenimiento regular permanente; que sea correctamente operable, o sea que el proyecto presente un contenido tecnológico de complejidad acorde con la formación técnica y capacitación de



quien o quienes operarán las unidades de, en este caso, provisión de agua potable a la población, sean éstas colectivas (abasto centralizado) o individuales (abastos domiciliarios) o la combinación de ambas posibilidades. En todos los casos se deberá contar con insumos y/o repuestos de costo accesible y consecución garantizada y, además, calidad óptima a lo largo del tiempo. Asimismo, se sugiere contar con un programa de vigilancia y control de la calidad de la prestación del servicio que estará a cargo de la autoridad sanitaria y de los prestadores del servicio.

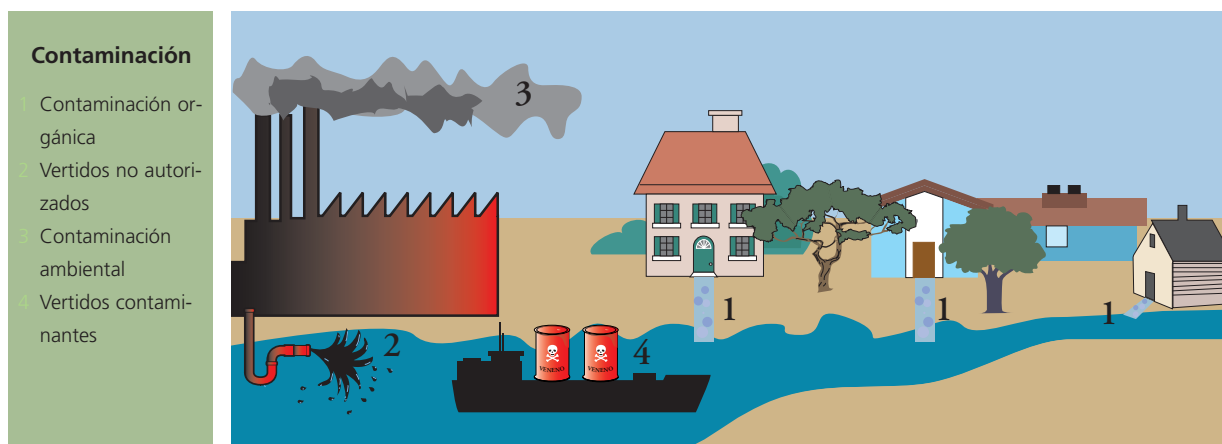
Tras su presentación, el proyecto deberá ser aprobado por la comunidad, la autoridad municipal o la autoridad sanitaria de jurisdicción.

Habrà que tener en cuenta que, ante la imposibilidad de poder llevar a cabo obras de abastecimiento de agua, el proyecto podrá versar sobre una campaña de medidas para mejorar la calidad del agua de las fuentes existentes. O sea: medidas conducentes a la clarificación (filtros), desinfección (cloración), hervido y almacenamiento del agua destinada a la bebida (ingesta).

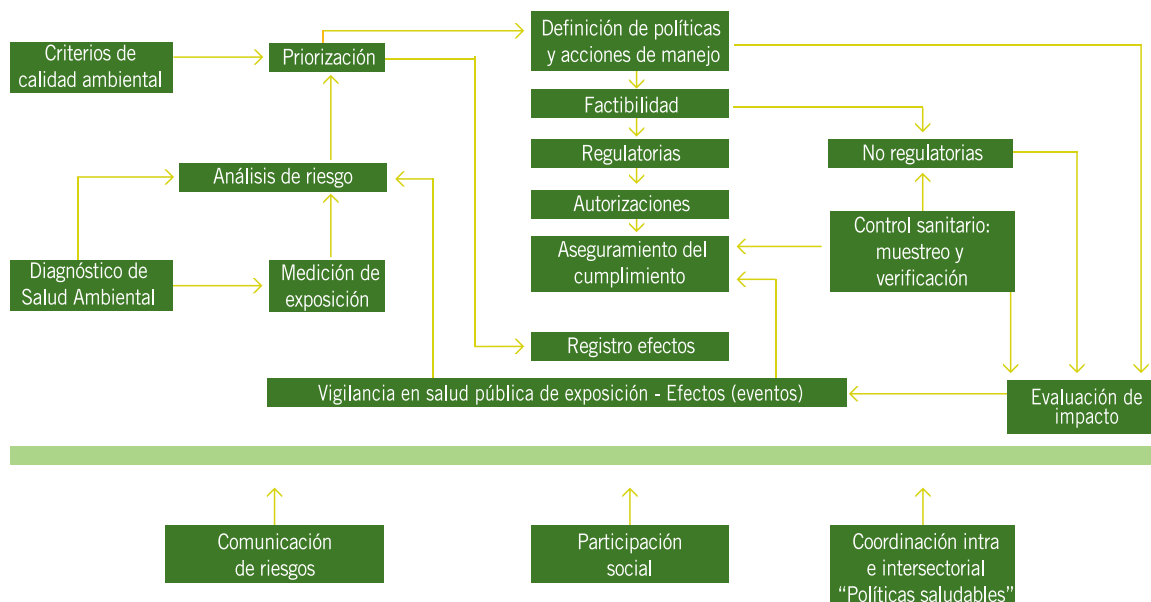
Aprobada la presentación, para la ejecución y puesta en marcha se requerirá, invariablemente, aunque mínima de una financiación (total o parcial) del proyecto presupuestado.

Durante el funcionamiento del proyecto, éste requerirá un seguimiento de su marcha y resultados, lo que permitirá registrar posibles desvíos de su cometido previsto y, de existir aquellos, practicar en el momento oportuno adecuadas correcciones de ajuste.

Las acciones de atención médica y de prevención específica al complementarse con actividades de protección contra los riesgos ambientales conforman un servicio integral de salud. A modo de ejemplo y con el propósito de impulsar el enfoque integrador de la salud y el ambiente, el gráfico muestra un modelo de atención a la Salud Ambiental con el que se logran organizar metodológicamente las distintas actividades aplicables en el nivel local.



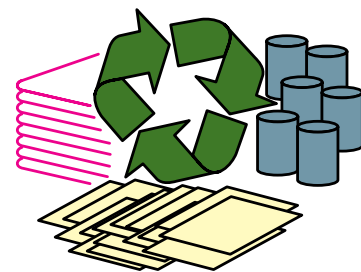
Modelo de Atención a la Salud Ambiental



El modelo permite abordar cualquier riesgo ambiental y contempla cuatro componentes de proceso: *medición de exposición*, *análisis de riesgo*, *definición de políticas y acciones de manejo*, así como *evaluación de impacto*. Incorpora además tres componentes transversales que son la *comunicación de riesgos*, la *participación social* y la *coordinación intra e intersectorial* y se complementa con un diagnóstico de salud ambiental, que es lo que permite identificar riesgos y poblaciones susceptibles.

La *medición y evaluación de la exposición* permite identificar las principales rutas y vías de exposición de la población a los agentes químicos, físicos y biológicos, información esta que constituye el insumo para el *análisis de riesgos* que permitirá definir *criterios de calidad ambiental* sobre la base del conocimiento que aportan estos componentes sobre la dimensión del problema de Salud Ambiental a enfrentar y dar sustento a medidas de intervención.

Mediante el análisis comparativo de riesgos se priorizan los mismos, a partir de lo cual se definen *políticas y acciones regulatorias y no regulatorias*, cuyo efecto se valora mediante la *evaluación de impacto*. Durante el transcurso de todos estos procesos, llevados adelante mediante una *aceitada coordinación intra e intersectorial* en la búsqueda consensuada de políticas saludables,



debe ejercitarse la *comunicación del riesgo* a los grupos correspondientes, además de promoverse la indispensable *participación de la comunidad*.

Intervenir en la localidad



Para generar proyectos sobre la salud ambiental se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos, acerca del encuadre que se le dará al tema. Se podrá organizar un proyecto de prevención, como por ejemplo una campaña de cuidado de la salud ambiental en la comunidad, a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, etc. Si se ha planteado armar redes con la comunidad, hasta los niños y adolescentes pueden elaborar mensajes para difundir, instituyéndose en agentes de prevención. Siempre que se plantee el objetivo de realizar una campaña de prevención, es importante que previamente se analicen los mensajes de prevención que circulan: cuáles nos impactan y en qué sentido, cuáles nos permiten actuar y cuáles no, a quiénes están dirigidos, etc. Si no se le puede dar cabida a esta tarea, no es conveniente embarcarse en una campaña, porque la tendencia será a reproducir, tal vez con más crudeza, los mensajes que tratan de infundir miedo y angustia.

Se podrá organizar un proyecto de prevención a partir de la indagación acerca de qué situaciones afectan a la salud ambiental, pudiendo abrirse a los chicos y a los adultos. También se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar con un ambiente crecientemente saludable. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.



Implicaciones para políticas públicas*

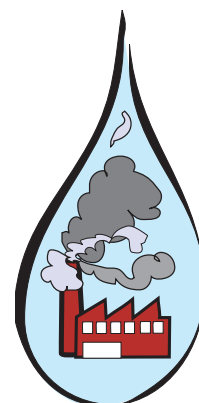
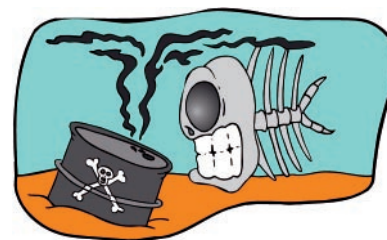
El tema de la salud ambiental abarca un campo muy prolífico para políticas públicas, todas ellas mencionadas en el texto del capítulo. Desde que se acuñó el término de “desarrollo sustentable”, la importancia para los gobiernos y la preocupación de la humanidad por el cuidado del ambiente ha crecido cada día

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

más; sin embargo, todavía estas preocupaciones e intereses no siempre se concretan en políticas viables, estrategias exitosas y actividades efectivas. La estrategia de la Atención Primaria Ambiental (APA), descrita en el capítulo es una nueva esperanza para avanzar a nivel operativo en salud del ambiente.

A continuación resumimos algunas de las implicaciones para políticas públicas en este campo:

- 1) La importancia del *agua* en el mundo es un tema trascendental. Las políticas encaminadas a proteger las fuentes de agua como son la conservación y defensa de los bosques, el cuidado de las cuencas de ríos y quebradas, son áreas específicas para un trabajo a nivel local.
- 2) Las políticas de defensa del agua como bien público necesitan ser más definidas. El comercio del agua potable ha invadido todos nuestros países; es necesario, por consiguiente, defender el derecho a disponer de agua potable provista por el sector público.
- 3) Dentro de una política comprensiva referente al agua, se incorpora el aspecto de la vigilancia de la calidad del agua, la cual también es de responsabilidad específica del nivel municipal .
- 4) Es reconocida ampliamente que la educación ambiental es definitiva para conseguir que se valore, se aprecie y se actúe para mejorar la salud ambiental. Este hecho implica el desarrollo de una verdadera política integral de información, educación y comunicación social aplicada al campo ambiental. Esta política deberá abarcar muchos ámbitos desde las instituciones educativas hasta la población general.
- 5) En concordancia con la anterior, de nuevo los estímulos a la participación comunitaria son imprescindibles en una política ambiental amplia.
- 6) Si hay un área donde se necesita una política de desarrollo de tecnología apropiada, es la de la salud ambiental. En América Latina, ha habido una gran creatividad para innovaciones tecnológicas en el manejo de basuras, residuos sólidos, provisión de servicios de saneamiento básico, etc. Las políticas deberán seguir incentivando y protegiendo las invenciones en este campo.
- 7) El capítulo menciona la importancia que adquieren en la actualidad las políticas de ordenamiento territorial. Este aspecto es muy pertinente para el buen planeamiento urbano y por ende tiene mucho que ver con el mejoramiento ambiental y la adecuación institucional de los espacios y áreas físicas.
- 8) Las regulaciones específicas de carácter ambiental son fundamentales para la formulación e implementación de políticas públicas. Dentro de ellas podemos citar las normas sobre contaminación atmosférica por industrias; la defensa del aire libre de humo de tabaco; las regulaciones





para que las empresas e industrias no contaminen fuentes de agua; las medidas contra el ruido y la contaminación visual.

Bibliografía consultada

- Alessandro, L. *Municipios Saludables*. Buenos Aires, OPS, 2002.
- Cerda, R. y Cuneo, C. *Atención Primaria Ambiental*, Washington D.C., OPS, 1998.
- De Titto, E. y colaboradores *La promoción y protección de la salud en la Argentina actual*. Argentina, Ministerio de Salud, 2002. (Documento Interno)
- Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de Salud y Medio Ambiente*. Ginebra, OMS, 1993.

Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre la salud ambiental.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la salud ambiental*, le sugerimos los siguientes títulos:

Corey, G. Vigilancia en Epidemiología Ambiental. México. Centro Panamericano de Ecología y Salud, OPS, 1988.

Este manual contiene elementos básicos para la vigilancia relacionada con la contaminación ambiental y los aspectos sobre la salud humana. Es un material concebido como apoyo para la capacitación en actividades de evaluación y control de agentes contaminantes basadas en la epidemiología, toxicología, evaluación de riesgo y la evaluación del impacto ambiental.

Organización Panamericana de la Salud. Programa Marco de Atención al Medio. Washington D.C., 1992.

Esta obra se presenta como una herramienta básica en la se propone una metodología para evaluar la calidad ambiental en el nivel local. Diseñado para ser manejado por distintos profesionales y técnicos, este programa contribuye a suplir las carencias de datos de calidad ambiental, facilitando además las acciones y las responsabilidades intersectoriales y la participación social como una metodología para mejorar la salud y el medio ambiente.

Organización Panamericana de la Salud. *Acercándonos a la Atención Primaria Ambiental*. Nicaragua, 2000.

Este material es una cartilla adaptada para ser usada en capacitación. Ofrece un panorama sobre el proceso de la Atención Primaria Ambiental, como estrategia de acción ambiental preventiva y participativa, que tiene por objetivos construir municipios saludables, fortalecer los gobiernos locales, empoderar las comunidades y facilitar la interacción entre el sector público y la comunidad.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de *intervenir ante el problema de la salud ambiental*, le recomendamos:

Aidis Argentina. "Ambientes saludables para la vida", en *Ingeniería Sanitaria y Ambiental N° 69*, Buenos Aires, 2003.

Este artículo expresa el compromiso de la Asociación Argentina de Ingeniería Sanitaria y Ambiental para con la comunidad de los países de las Américas que tienen sectores con mayores carencias económicas y sociales mediante el aporte técnico para la solución de los problemas ambientales y el mejoramiento de la calidad de vida.

Castillo Sanchez, M. *Aplicación e implementación de la Atención Primaria Ambiental*, OPS, Santiago, 1995.

Este documento conceptualiza la atención primaria ambiental, define las atribuciones municipales para la gestión ambiental y permite sacar conclusiones a partir de un caso concreto de aplicación de esta estrategia en la comuna de Providencia en Santiago de Chile.

Tortajada Martínez, R. y otros. *Proyecto Regional de Actuaciones Ambientales Integradas-Programa Marco de Atención al Medio en cinco escenarios*. Navarra, Fundación Miguel Servet, 1994.

Este ensayo relaciona la Salud/Medio Ambiente en el ámbito local con la aplicación del Programa Marco de Atención al Medio. Los seleccionados (uno de ellos Posadas-Argentina) han sido cinco escenarios con características ambientales netamente diferenciadas. El propósito fue homologar la metodología mencionada como manual de procedimientos adaptable a las situaciones locales, para obtener datos de calidad ambiental ordenados de acuerdo con su impacto en salud.



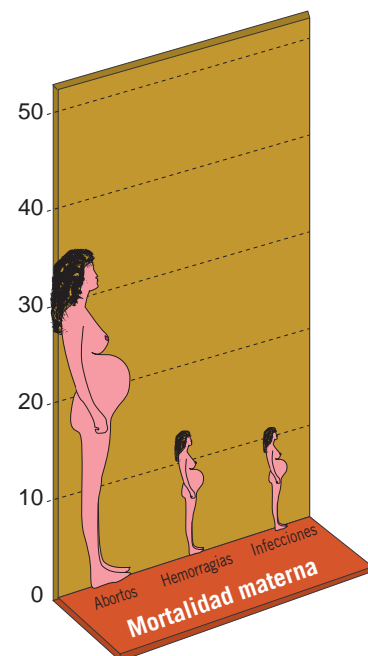
Datos útiles

CEPIS	http://www.cepis.ops-oms.org.pe
Ecoclubes	http://www.ecoclubes.org
CAPAs	http://www.redcapa.org.ar
Organización Panamericana de la Salud	http://www.paho.org
AIDIS	http://www.aidisar.org
Centro Nacional de Salud Ambiental	http://www.cdc.gov/nceh/spanish/kids
Salud Ambiental – eListas.net	http://www.elistas.net/listas/salud_ambiental
Centro Nacional de Salud Ambiental	http://www.cdc.gov/nceh/spanish.htm
Dirección General de Salud Ambiental	http://www.digesa.sld.pe
Dirección General de Salud Ambiental	http://www.salud.gob.mx/unidades/dirgsa

Cada año mueren en el mundo medio millón de mujeres por causas relacionadas al embarazo. En nuestro país mueren por la misma causa alrededor de 300 mujeres por año y 5.800 recién nacidos¹. Las principales causas de muerte materna son: el aborto (33%), las hemorragias (14%), las infecciones (12%) y la hipertensión. Estas mismas causas pueden producir la muerte de los recién nacidos, junto con otras, como la prematurez. La Mortalidad Neonatal (de 0 a 28 días de vida) es la responsable de más del 60% de la Mortalidad Infantil (0 a 1 año de vida)². Más de la mitad de todas estas muertes son evitables.

La mortalidad materna, fetal y neonatal es un trágico síntoma de una grave injusticia social, que sólo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema. Hay causas que dificultan la llegada de las mujeres a los servicios de salud, lo cual impide detectar situaciones de riesgo durante el embarazo y el parto, o en el recién nacido. Las más comunes son: la distancia hasta el centro de salud, los limitados horarios de atención o necesidad de sacar número muy temprano, los problemas con el cuidado de sus otros hijos mientras va al Centro de Salud, la escasa información sobre la necesidad de los controles, la limitada educación escolar. Todo esto puede hacer que las mujeres no tengan control preconcepcional, que no se hagan ver durante el embarazo ni después del parto, que no lleven a sus hijos periódicamente al Centro de Salud y que no recurran a los servicios de salud sexual y procreación responsable para planificar futuros embarazos.

Cabe pensar que el aumento de la capacidad de las comunidades para reconocer y defender los derechos de la mujer en general y la protección especial que requiere la embarazada, contribuiría a evitar las complicaciones derivadas del embarazo, favoreciendo el acceso a servicios de salud. Por eso, se



* Dra. Celia Lomuto, Lic. Obst. Analía Stassi, Dra. Mariela Rossen y Lic. María del Carmen Mosteiro. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹ Programa Nacional de Estadísticas de Salud. *Estadísticas Vitales, año 2001*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

² Nuffield Institute for Health. *Mother and Child Health*. UK, University of Leeds, 1998.

sugiere que un equipo interdisciplinario promotor de salud se aproxime a la comunidad a través de una adecuada comprensión de sus prácticas, sus creencias y sus recursos, y favorezca una amplia participación comunitaria de todos en las cuestiones relacionadas con la salud.

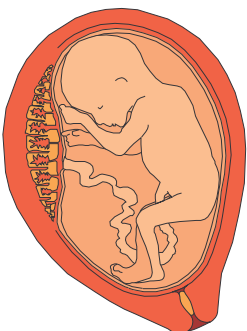
Comprender el problema

La adolescencia es la mejor etapa para iniciar actividades de promoción y prevención que tiendan a mejorar la salud de la mujer y su futuro hijo. Tales actividades deben ser incorporadas dentro de programas de escuelas, comunidad o salud integral de la mujer, dirigidos a todos los adolescentes, en especial a las mujeres en edad fértil. Por eso, se recomienda trabajar en forma intersectorial e interdisciplinaria con escuelas, clubes y otras instituciones relacionadas con los adolescentes, los jóvenes y las mujeres en edad fértil.

La experiencia ha demostrado que los jóvenes mejor informados demoran la iniciación de su vida sexual y/o incorporan conductas sexuales más seguras. Asimismo, la comunicación y la educación ayudan a evitar los embarazos no deseados en las edades extremas del período fértil (mamá niñas/adolescentes o añosas), y los intervalos intergenésicos demasiado cortos (hijos “muy seguidos”), lo cual aumenta el riesgo de madres y niños.

La Organización Mundial de la Salud estima que un alto porcentaje de las enfermedades y muertes de mamás y bebés pueden reducirse con un adecuado control prenatal y algunas intervenciones en la comunidad. En otras palabras, fortaleciendo lo que se llama el *primer nivel de atención*. Es muy importante identificar a las embarazadas en la comunidad. Para eso resulta muy conveniente contar con promotores comunitarios que visiten a las familias casa por casa —pueden ser agentes sanitarios, integrantes del programa Jefas y Jefes de Hogar para la Salud, voluntarios, etc.— con una capacitación sencilla que puede organizar el Equipo de Salud.

El control preconcepcional incluye prevención de infecciones —Infecciones de Transmisión Sexual/VIH, Hepatitis B, Rubéola, Toxoplasmosis, Tétanos, Sífilis, Chagas— infecciones bucodentales; control de enfermedades crónicas —Hipertensión, Diabetes, Anemia, Desnutrición— prevención de defectos del cierre de tubo neural —suplementación con ácido fólico— y educación sobre hábitos y estilos de vida saludables —nutrición, lactancia materna, tabaquismo, adicciones, enfermedades laborales y ambientales—³.



³ Ministerio de Salud de la Nación. *El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*. Argentina, 2001.

El control del embarazo supone⁴ que toda mujer reciba el carnet perinatal, en donde se registran los datos de la consulta, vacunas y medicaciones recibidas. El carnet le permitirá saber en qué mes del embarazo está y cuándo nacerá el bebé, además de conocer cómo están su presión arterial y su peso. Al mismo tiempo, en la consulta recibirá orientaciones sobre cómo alimentarse mejor e información sobre las señales de alarma en el embarazo; le examinarán los pechos y le darán orientaciones para amamantar. En esa consulta también podrá conocer cuál es la posición del niño en su vientre, si está creciendo bien y cómo late su corazón; le harán análisis de sangre para saber si tiene Anemia, Diabetes, Sífilis, Hepatitis, Chagas, Infecciones de Transmisión Sexual/sida y conocer cuál es su tipo de sangre y análisis de orina para saber si tiene alguna infección o si está perdiendo proteínas por la orina. Se le hará, asimismo, un examen ginecológico para prevenir el cáncer de cuello de útero, le pondrán la vacuna antitetánica y se cuidará su salud bucal⁵. Se le informará también acerca de la institución donde se atenderá el parto y se la preparará para ese momento por medio de un Curso de Preparación Integral para la Maternidad (PIM)⁶.

El control prenatal puede requerir un mayor número de consultas, especialmente si las mamás tienen alguna enfermedad como Sida, presión alta, Diabetes, Anemia, etc., si son mayores de 40 años o menores de 18, si están sin compañero o están pasando por momentos difíciles y si tuvieron complicaciones en un embarazo anterior.

En cuanto al parto, éste comienza con un trabajo de contracciones uterinas regulares en duración y frecuencia, que tienden a iniciar la dilatación del cuello uterino y el descenso de la cabeza del bebé. Algunas señales marcan el inicio del trabajo de parto: la pérdida del tapón mucoso —esto puede perderse unos 15 días antes del inicio del trabajo de parto— dolor que empieza en la espalda y va hacia la porción inferior del abdomen; la rotura de la bolsa y las contracciones uterinas regulares, cada 5 minutos.

Carnet perinatal



- El carnet perinatal le permitirá saber en qué mes de embarazo está y cuándo nacerá el bebé.
- Le permitirá conocer su presión arterial y su peso.
- En él se registran datos de la consulta, vacunas y medicaciones recibidas.

⁴ Sobre los derechos de la embarazada en el control prenatal, veáse Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil, *Pastoral da criança*, Brasil, 1998.

⁵ Ministerio de Salud de la Nación. *El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado pre-concepcional y del control prenatal*. Argentina, 2001.

⁶ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Preparación integral para la maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*. Argentina. (En preparación).

Comprender el problema en la localidad



Abordar el problema de la salud perinatal en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre el cuidado de madres y bebés durante el período que rodea el nacimiento en la propia localidad, valorarlos y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la salud perinatal. Expliquen para cada caso:

- ¿Cuáles son los problemas y por qué?
- ¿Cuáles son los pro y los contra de cada caso?
- ¿Qué otras alternativas hay en la localidad para la salud perinatal?

Sugerencias y propuestas para intervenir

En los casos en los que resulte necesario, el promotor comunitario tendría que hacer conocer los síntomas del embarazo: falta de menstruación, pechos doloridos y agrandados, ganas frecuentes de orinar, cambios de humor: la mujer tan pronto está contenta como triste. El primer paso es contener a la mujer y su pareja o familia, y escuchar lo que ellos quieran decirle sobre el embarazo. Es importante que las mujeres que están sin un compañero se sientan apoyadas por el promotor y la comunidad. También es preciso que la mujer que cree estar embarazada concorra enseguida al Centro de Salud para iniciar allí sus controles. La embarazada habrá de controlarse al menos cinco veces, comenzando en el primer trimestre.

Se sugiere que toda embarazada sepa que le conviene: evitar el tabaco y el alcohol, alimentarse adecuadamente, preparar sus pechos para la lactancia, conocer los beneficios de la lactancia materna y la manera de ponerla en práctica, así como disminuir el estrés físico y psíquico, especialmente al final del embarazo.

Es importante también que toda embarazada reconozca como signos de alarma: la pérdida de líquido o sangre por genitales; la hinchazón marcada de piernas, manos, cara o pies; el ardor al orinar; el dejar de sentir movimientos del bebé o percibir que se mueve menos que lo habitual; las contracciones frecuentes; la fiebre; un persistente dolor de cabeza, visión borrosa o vómitos

persistentes. Es necesario conversar con las madres sobre cuáles son las posibilidades de concurrir al establecimiento de derivación y pensar junto a ella las distintas formas de acceso en caso de que el centro de salud no pudiera hacerse cargo del traslado.

Se recomienda que el Promotor de Salud revise el carnet perinatal de las embarazadas y, en caso de que no estuviera completo, averigüe por qué motivo los profesionales no lo han registrado o si la embarazada no ha asistido al control y por qué. También es bueno que incentive a todas las embarazadas a controlar su embarazo que, si bien no es una enfermedad sino una etapa de la vida de la mujer, debe ser controlado aunque no se trata del primer hijo de esa madre. Asimismo, es recomendable que busque a las embarazadas que no concurran al control prenatal, las escuche y las oriente.

Al iniciarse el trabajo de parto, la mujer debe dirigirse inmediatamente a la maternidad. La mamá debe recibir siempre un trato respetuoso. Es importante que, si la mamá lo desea, alguien de su afecto la acompañe durante el parto. El recién nacido debe recibir la vacuna anti Hepatitis B al nacer y la vacuna BCG (contra la tuberculosis) antes de irse de alta, y se le debe realizar el análisis para la detección de hipotiroidismo y fenilcetonuria.

Es muy importante que se coloque al bebé boca arriba para dormir, no se lo abrigue en exceso y que no se fume en el ambiente donde se encuentre el niño; que se controle al recién nacido por primera vez a los 7 a 10 días de vida y luego una vez por mes, para vigilar su crecimiento y desarrollo y recibir las vacunas correspondientes; que se consulte inmediatamente si el niño presenta dificultad para alimentarse, coloración amarilla de piel, fiebre o hipotermia, dificultad para respirar, etc. y que se actualice la libreta sanitaria o material similar de registro.

Luego del parto, toda mamá debe saber que debe recibir la vacuna Doble Viral —Anti-rubéola y anti-sarampionosa— antes del alta hospitalaria; que tiene que controlarse, por lo menos una vez, alrededor de los 7 a 10 días del parto; que es urgente consultar si presenta hemorragias, fiebre alta, pérdidas con mal olor, aparición de enrojecimiento, hinchazón y dolor en el pecho; que tiene que solicitar información sobre los distintos métodos de planificación familiar, ya que es ideal que pasen al menos dos años antes del inicio del siguiente embarazo y que, si tiene dificultades o dudas relacionadas con la lactancia, consulte rápidamente, sin solicitar turno.

Por último, es necesario recordar a las madres que el DNI —Documento Nacional de Identidad— es gratuito para todos los recién nacidos y hasta los seis meses de vida y que es su derecho inscribir a los hijos.



Intervenir en la localidad



Para generar proyectos sobre salud perinatal se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos, acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar un proyecto de prevención específica como por ejemplo una campaña de cuidado preconcepcional y cuidado del embarazo en la comunidad, a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, etc. También se pueden organizar actividades comunitarias como teatralizaciones, obras con títeres o marionetas para adultos, juegos en el marco de fiestas o reuniones populares, murgas, caravanas por los barrios detrás de un móvil con altavoces, etc.

Si se ha planteado armar redes con la comunidad, sus integrantes pueden elaborar mensajes para difundir, actuando como agentes de prevención. Siempre que se plantee el objetivo de realizar una campaña de prevención, es importante que previamente se analicen los mensajes que ya están circulando: cuáles impactan y en qué sentido, cuáles permiten actuar y cuáles no, a quiénes están dirigidos, etc. Si no se le puede dar cabida a esta tarea, no es conveniente embarcarse en una campaña, porque la tendencia será a reproducir, tal vez con más crudeza, mensajes que tratan de infundir miedo y angustia.

Se podrá organizar un proyecto de prevención a partir de la indagación acerca de qué situaciones son saludables para las madres y los recién nacidos, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende. También se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar cada vez más saludable para ellos. Luego se orientará la evaluación de estas alternativas, considerando su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.

Implicaciones para políticas públicas*

Los problemas de salud perinatal (madre, feto y recién-nacido) no se pueden considerar aislados de los de salud sexual y reproductiva. Las implicaciones para políticas públicas de hecho cruzan grandes grupos de derechos como son los de la mujer y del niño. Vale la pena por lo tanto revisar la inmensa producción existente en la literatura sobre salud de la mujer y de los niños, mu-

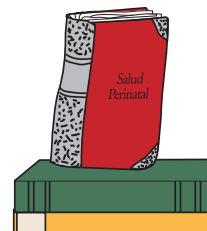
* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

cha de la cual ha sido producto de conferencias internacionales de gran relevancia y en las cuales los gobiernos han adquirido compromisos serios para abatir los problemas en esta esfera de la vida de las mujeres y sus hijos. Desafortunadamente, muchos de esos compromisos se quedan en el papel. Una mayor responsabilidad en los niveles locales abre perspectivas y esperanzas para lograr mejoras sustanciales. La claridad en el enfoque político facilitará el diseño de estrategias y planes factibles y efectivos.

- 1) El capítulo señala dentro de las causas más frecuentes e importantes de muerte materna, al aborto, entidad de difícil abordaje para decisiones políticas en muchos de los países por las implicaciones de índole religiosa y ética. El debate se deberá dar, por lo tanto, en el contexto de cada sociedad. Por lo menos, hay que señalar que las políticas de educación sexual que incluyan aspectos de anticoncepción deben ser una prioridad. Este aspecto se ampliará en capítulos subsiguientes.
- 2) La lactancia materna debe abordarse en forma integral para fines de políticas. La promoción de ella no puede limitarse a recomendaciones y normas emanadas solamente de las instituciones del sector salud. Es necesario tener un enfoque más amplio que incluya políticas de otros sectores que tienen que ver con condiciones de trabajo de las mujeres, con las legislaciones que aseguren el derecho de madres y niños a acceder a la lactancia, como la obligación de las empresas y organizaciones para crear sala-cunas y con otras políticas de beneficios sociales para que las mujeres tengan derecho a períodos de tiempo remunerados durante las primeras etapas de vida del recién nacido. Por ejemplo, en algunos países europeos la legislación es clave para que las madres puedan dedicarse a la crianza de sus hijos en los primeros meses. En nuestros países, muchas veces la madre tiene que iniciar su trabajo fuera del hogar inmediatamente después del parto porque pelagra la supervivencia de ella y sus hijos si no lo hace.

Bibliografía consultada

- Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil. *Pastoral da criança*, Brasil, 1998.
- Ministerio de Salud de la Nación. *El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del Control Prenatal*. Argentina, 2002.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo*. Argentina, 2002.



- Ministerio de Salud de la Nación. *Propuesta normativa perinatal. Tomo II. Atención de las patologías perinatales prevalentes*. Argentina, 1993.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Propuesta normativa perinatal. Tomo III. Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna*. Argentina, 1993.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Propuesta normativa perinatal. Tomo IV. Atención del parto de riesgo*. Argentina, 1993.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Guía para equipos de salud*. Argentina, 2000.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Manual metodológico de capacitación del Equipo de Salud en crecimiento y nutrición de madres y niños*. Argentina, 2003.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Preparación integral para la maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*. Argentina. (En preparación)
- Textbook for Midwives*. Reino Unido, 1995.
- UNICEF / Ministerio de Salud. *Prevención de la anemia por deficiencia de hierro en niños y embarazadas*. Argentina, 2000.


 lectura

Itinerarios de lectura

Les proponemos dos itinerarios de lectura sobre la salud de las madres, los niños y las niñas:

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la salud perinatal*, le sugerimos los siguientes títulos:

UNICEF. *¿Por qué mueren los niños?*, Argentina, 1998.

Este texto es una propuesta para el análisis de las muertes infantiles, con el fin de mejorar el cuidado de la salud de la niñez. Incluye una "Guía práctica para el análisis de la calidad de atención en casos de muertes infantiles". La obra contiene una segunda parte titulada *¿Por qué mueren los niños? Tres experiencias*, en la que se incluyen los resultados de la propuesta para el análisis de las muertes infantiles.

Ministerio de Salud de la Nación / UNICEF. *Mortalidad materna. Un problema de salud pública y derechos humanos*. Argentina, 2003.

El texto analiza la cuestión de la mortalidad materna en términos de las estrategias sanitarias para evitarla. Describe políticas públicas e iniciativas de la sociedad civil al respecto. Detecta los actores políticos involucrados y propone estrategias de acción.

Ministerio de Salud de la Nación. *Análisis de la situación materno-infantil de la República Argentina*. Argentina, 2002. En [http// www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

En el sitio web de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil se presentan las estadísticas vitales del año 2002 referidas a mortalidad infantil y materna, tanto tasas como estructura, para todo el país y por provincia. Consiste en información procesada a partir de datos suministrados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de *intervenir ante al problema de la salud perinatal*, le recomendamos:

Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil. *Pastoral da criança*. Brasil, 1998. En [http// www.pastoraldacrianca.org.br/espanol/presentacion](http://www.pastoraldacrianca.org.br/espanol/presentacion)

El proyecto "Pastoral del niño" —como se lo conoce en castellano— es una iniciativa de acción social de la Conferencia Nacional de los Obispos del Brasil y constituye un programa completo de intervención comunitaria en apoyo de la mujer embarazada y de los niños y las niñas. El texto completo del programa puede ser solicitado por correo electrónico a la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (info@ucmisalud.gov.ar).

Baúl de los recursos para la comunicación local. Santiago de Chile, ECO Educación y Comunicaciones, 1995.

Se trata de una recopilación sencilla, amena y gratamente ilustrada sobre los recursos disponibles para hacer comunicación a escala comunitaria, sobre temas de interés social. Incluye descripción, objetivos, técnicas, recomendaciones y ejemplos. En un anexo propone cómo hacer un diagnóstico de comunicación, paso imprescindible a la planificación de cualquier estrategia comunicacional.



Datos útiles

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación	http://www.msal.gov.ar http://www.msal.gov.ar/hm/site/red_mun_sal_pres.asp http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_mental.asp
Programa Vigi+A	http://www.direpi.vigia.org.ar http://www.direpi.vigia.org.ar/no_transm/index.htm
Organización Panamericana de la Salud	http://www.ops.org.ar
Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires	http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/
Centro de Estudios de Estado y Sociedad	http://www.cedes.org

El municipio es el lugar ideal para implementar acciones orientadas a la promoción de la salud integral de los niños y las niñas con la participación de todos los actores locales involucrados, en especial la población a quien van dirigidas las acciones. Al igual que en otros campos, las claves son la participación social y comunitaria, la planificación de las acciones y de la asignación de recursos (humanos, financieros, etc.), y la evaluación de los resultados obtenidos para confirmar o corregir el rumbo

Cuando hablamos de “salud integral” nos referimos a un equilibrio dinámico dentro del proceso salud-enfermedad del que participan, junto con los niños y las niñas, sus familias, el equipo de salud y la sociedad toda, en sus diferentes niveles de organización. Aludimos, además, a un conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales en continuo desarrollo, que le permiten a cada niño y niña realizar plenamente todas sus capacidades y posibilidades.

De este concepto amplio de “salud” se desprende el hecho de que supervisarla, conservarla y desarrollarla no se reduce a una serie de actos médicos curativos. Se trata de un proceso que acompaña la vida desde antes, inclusive, del momento de nacer, del que participan junto al equipo de salud, la familia, también la escuela y la comunidad.

Cuidar la salud integral de nuestros niños supone atender permanentemente aquellas capacidades y el modo en que se van desarrollando. Supone también considerar el entorno en que los niños se desarrollan y crear de a poco, entre los adultos que están a cargo de ellos, una red de relaciones de confianza, respeto mutuo y cooperación. Implica también crear las mejores condiciones ambientales y humanas para su desarrollo, detectar y cuidar especialmente a las familias en riesgo, y garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, para lo cual es necesario que los chicos sean llevados a la consulta y atendidos correctamente.



* Dr. Enrique Abeyá Gilardón, Dra. Rosa María Durante, Dra. Lucrecia Manfredi, Dra. Virginia Orazi, Lic. Clarisa Label, Dra. Mariela Rossen y Lic. María del Carmen Mosteiro, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Comprender el problema

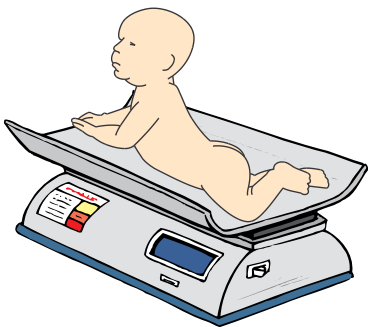
La salud de los niños y las niñas no sólo tiene un gran impacto sobre la salud de ese grupo, sino que influye también considerablemente en el nivel de salud de todo un país. De manera que siempre prevenir resulta mejor (y más barato) que curar. Y es en la prevención y la promoción de la salud donde son mayores las oportunidades de articulación entre los distintos actores sociales.

Es importante controlar el crecimiento y acompañar el desarrollo. En efecto, el Equipo de Salud controla periódicamente a los niños y las niñas aunque estén sanos, para asegurarse de que están creciendo bien. En los controles se evalúa su estado nutricional para lo cual se miden su peso y talla, entre otros parámetros, se indican y aplican vacunas; se aconseja a la familia sobre la alimentación adecuada. También se vigila el desarrollo (la manera en que el niño se mueve, juega, se comunica, etc.); se acompaña a la familia en la crianza a través de orientaciones y de la resolución de dudas, y detectan situaciones de riesgo. Los controles del niño sano se realizan a los 15 días de nacer; hasta que cumpla 6 meses, una vez por mes; entre los 6 meses y el año, cada dos meses; durante el segundo año de vida, cada tres meses; entre los 2 y los 3 años, cada seis meses; a partir de los 3 años, una vez por año.

Las vacunas también son importantes porque son una manera sencilla de evitar que los niños se contagien algunas enfermedades que pueden tener, en algunos casos, complicaciones graves (tétanos, poliomielitis, sarampión, etc.). Para lograr una protección suficiente y prolongada es necesario aplicar todas las dosis de vacunas que recomienda el calendario de vacunación vigente, que aparece en la página siguiente.

Además, habrá que considerar la prevención de accidentes. Los accidentes son, en nuestro país, la primera causa de muerte en los niños de entre 1 y 5 años. Teniendo en cuenta esa importante incidencia, se impone la necesidad de vigilar los lugares públicos que presentan riesgos y alertar a las familias en forma permanente sobre los frecuentes accidentes caseros.

Toda la comunidad cuida y protege a sus niños cuando: organiza un sistema adecuado de disposición final de la basura, excretas y aguas servidas, lo respeta y lo hace respetar; trabaja eficazmente por reducir o eliminar la contaminación del aire y del agua, especialmente en los lugares frecuentados por niños; evita la proliferación de animales sueltos y organiza campañas de vacunación antirrábica; promueve activamente el respeto por las normas de tránsito; cuida la seguridad e higiene de los espacios públicos destinados a los niños



Calendario de vacunación

EDAD	BCG (1)	Hepatitis B (2)	Cuádruple bacteriana (DPT+Hib) (3)	Sabin (4)	Triple bacteriana (DPT) (5)	Triple Viral (SRP) (6)	Doble Viral (SR) (7)	Doble bacteriana (DTa) (8)
Recién nacido	1ª dosis *	1ª dosis **						
2 meses		2ª dosis	1ª dosis	1ª dosis				
4 meses			2ª dosis	2ª dosis				
6 meses		3ª dosis	3ª dosis	3ª dosis				
12 meses						1ª dosis		
18 meses			4ª dosis	4ª dosis				
6 años	Refuerzo			Refuerzo	Refuerzo	2ª dosis		
11 años		Iniciar o completar esquema (3 dosis)***				Refuerzo****		
16 años								Refuerzo
Cada 10 años								Refuerzo
Embarazo	Aplicar vacuna DTa, a partir del 2º trimestre del embarazo; 1ª, 2ª dosis o refuerzo según corresponda y, luego, cada 10 años							
Puerperio o post-aborto inmediato							1 dosis****	

Referencias

- * Antes del egreso de la maternidad.
- **En las primeras 12 horas de vida. El recién nacido prematuro con peso menor a 2000 g., debe recibir la dosis neonatal (dentro de las 12 hs. de vida) y 3 dosis más a los 2, 4 y 6 meses.
- *** Si no recibió el esquema en la infancia, se aplicará 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y la 3ª dosis a los 6 meses de la primera.
- **** Si no recibió previamente dos dosis de triple viral o bien 1 dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral.

- (1) BCG: Tuberculosis
- (2) HEPATITIS B: Hepatitis B
- (3) DPT + Hib: Difteria/Coqueluche/Tétanos + Haemophilus influenzae tipo b
- (4) Sabin (VPO): Vacuna Poliomiélica Oral
- (5) DPT: Difteria/Coqueluche/Tétanos
- (6) SRP: Sarampión/Rubéola/Parotiditis
- (7) SR: Sarampión/Rubéola

(por ejemplo, impidiendo mediante cercos el acceso de perros y gatos a los areneros y otras áreas de juego).

Por otra parte, las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) constituyen un serio problema de salud pública porque son el principal responsable del círculo vicioso de infección/desnutrición. Se dice que un niño tiene diarrea cuando las deposiciones son blandas o líquidas y su frecuencia es de 3 ó más veces en 12 horas, o cuando son menos pero están asociadas con moco o sangre. Los niños con desnutrición —aun en grados leves— presentan mayor riesgo de muerte por diarrea que los niños bien nutridos.

Otro problema son las infecciones respiratorias bajas en los menores de 5 años. Las infecciones respiratorias más frecuentes que se relacionan a la mortalidad infantil son la bronquiolitis y la neumonía. Se las llama “bajas” porque afectan los bronquios y los pulmones. Suelen presentarse con decaimiento, fiebre alta, tos, respiración agitada o con silbidos. Si un niño —sobre todo si es menor de 1 año— presenta estos síntomas, debe ser llevado con toda urgencia al Centro de Salud. Las Infecciones Respiratorias Agudas están entre las cinco primeras causas de muerte de niños menores de 5 años. Son, para los niños de esas edades, la primera causa de consulta y están fuertemente relacionadas con las condiciones de pobreza.

Teniendo en cuenta los fracasos y fallas de la atención, se ha desarrollado en América Latina una nueva estrategia de asistencia a los niños con infecciones respiratorias bajas menores de 5 años: la Hospitalización Abreviada. Concebida originalmente en Chile, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha promovido su implementación, que ya fue puesta en práctica por varias provincias. De acuerdo con los signos clínicos presentados por el niño, se construye un puntaje de gravedad que permite evaluar la respuesta al tratamiento con broncodilatadores y definir el tratamiento ambulatorio, la derivación o la internación. Este programa aumenta la capacidad resolutoria de los centros de atención primaria, disminuye las consultas en las emergencias de los hospitales y las internaciones por Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO). Es posible consultar sobre esta estrategia en <http://www.msal.gov.ar> y solicitar información en la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (011) 4379-9030, o bien en el Programa Materno Infantil de cada provincia.

Es necesario recordar que entre las causas más frecuentes de niños menores de un año, se encuentra la muerte súbita (la muerte repentina e inexplicable de bebés menores de 3 meses). UNICEF, la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación han producido varios materiales gráficos (un cartel, un tarjetón para la cuna) para recordar a los adultos cómo deben acostar al bebé para prevenir la muerte súbita del lactante. El Municipio interesado en difundirlos puede solicitarlos a esas institucio-

Acostar al bebé boca arriba.
Sus brazos y manos deben quedar por encima de la ropa de cama.
Su cabeza debe estar descubierta.
Que pueda apoyar los pies en el borde inferior de la cuna o moisés.
Usar un colchón firme, sin almohada.
No usar muñecos de peluche dentro de la cuna.
Mantenerlo a una temperatura adecuada (cálida), sin abrigo excesivo.
Mantener el ambiente libre de humo.
Alimentarlo con leche materna.

nes. La Atención Integrada en las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia pensada y difundida por la Organización Panamericana de la Salud y UNICEF, que ha comenzado a implementarse en nuestro país. Concentra esfuerzos y recursos sobre las principales causas de mortalidad y morbilidad (proporción de individuos que enferman) entre los niños, a fin de hacer descender estas tasas. Los municipios interesados en conocerla o aplicarla, pueden solicitar información a la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil: (011) 4379-9030 o a la dirección: info@ucmisalud.gov.ar

Por último, resulta necesario considerar el desarrollo infantil. Los cuidados físicos y una alimentación apropiada, aunque son factores necesarios, resultan insuficientes para que los niños alcancen un desarrollo adecuado. Todo niño que nace biológicamente sano cuenta con determinadas posibilidades. Sólo gracias a la interacción con el medio ambiente físico y social, éstas se transforman progresivamente en capacidades cada vez más complejas, que le permiten organizar su vida psíquica, comprender la realidad y desenvolverse en ella.

En este proceso, la familia es la principal responsable de asegurar el adecuado desarrollo emocional y social del niño que es, sobre todo cuando es muy pequeño, absolutamente dependiente de los adultos para su supervivencia. No obstante la comunidad y sus instituciones —los equipos de salud, los docentes, los promotores sociales del municipio— pueden y deben desempeñar un importante papel en la tarea de orientar, fortalecer y acompañar a las familias en este proceso, alentando sus logros y ayudándolos a modificar o reencauzar las acciones perjudiciales.

Comprender el problema de la salud y desarrollo infantil en la localidad

Abordar el problema de la salud y desarrollo infantil en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto a lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la salud y desarrollo infantil en la propia localidad, valorarlos y proponer alternativas saludables para los niños.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la salud y desarrollo infantil. Expliquen para cada caso:

- ¿Cuáles son los problemas que expresa cada caso y por qué?
- ¿Cuáles son los pro y los contra en cada situación?
- ¿Qué otras alternativas hay en la localidad para el desarrollo de la salud y el desarrollo infantil?



Sugerencias y propuestas para intervenir

Varios son los caminos para promover la salud y el desarrollo infantil. Con respecto a las vacunas, es importante anotarlas, ya que el Carnet de Vacunación es un documento que permite llevar el control de las que recibió cada niño.

Se sugiere además trabajar por la creación de un ambiente sano y la prevención de accidentes. De hecho, a veces el peligro está en casa y puede afectar la salud de los niños y las niñas. Por eso, se recomienda que los tóxicos, medicamentos y productos de limpieza estén fuera de su alcance; que se cocine en las hornallas posteriores, con los mangos de las sartenes apuntando hacia atrás; que no estén disponibles bolsas plásticas u objetos pequeños para los juegos de los niños; que no se deje nunca a los niños solos en la bañera o cerca de reservorios de agua.

En cuanto a la prevención de las enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años, hay que tener en cuenta que se pueden evitar con medidas de higiene. Por eso es importante trabajar con las madres sobre las siguientes acciones preventivas: darle el pecho al bebé; si el niño toma leche en polvo, hervir el agua para su preparación, y la mamadera durante un minuto antes de cada uso; lavarse las manos luego de ir al baño y antes de cocinar; mantener los baños limpios y la basura lejos de los alimentos y de los niños; utilizar, para beber y cocinar, agua hervida o agregarle dos gotas de lavandina por litro de agua y esperar 30 minutos antes de usarla; preparar y ofrecer alimentos frescos, limpios y bien cocidos. En el caso de que el bebé tenga diarrea, hay que llevarlo sin demora al Centro de Salud. También se sugiere dar a conocer una guía sobre el manejo de la diarrea en el primer nivel de atención mediante la estrategia de "Postas de Rehidratación Oral" elaborada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Es posible consultarla en www.msal.gov.ar o solicitarla a la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (011) 4379-9030, o bien al Programa Materno Infantil de su provincia.

Para prevenir la muerte súbita —la muerte inesperada de un niño o de una niña que se presentan aparentemente sanos hasta el momento de acostarlos en la cuna— la experiencia demuestra que algunas medidas simples permiten reducirla: acostar al bebé boca arriba, durante el sueño y también mientras están despiertos; hacerlo de manera que sus brazos y manos queden por encima de la ropa de cama, y su cabeza descubierta; acostarlo de modo que pueda apoyar los pies en el borde inferior de la cuna o moisés; usar un colchón firme y sin almohada; no poner muñecos de peluche dentro de la cuna; mantenerlo a una temperatura adecuada (cálida), sin abrigo excesivo; mantener el ambiente donde está el bebé libre de humo, de cigarrillos o braseros; alimentarlo con leche materna. Estas medidas deben ser difundidas por medio de campañas dirigidas a las familias, y también en la capacitación del personal que cuida a los bebés en maternidades y clínicas.

Finalmente, durante la consulta de salud, se puede promover el desarrollo in-



fantil integral incluyendo la observación del niño y el diálogo con los adultos sobre estos temas. La posibilidad de brindar a la familia un espacio para ser escuchados, para preguntar y aclarar dudas sobre la crianza, le permitirá participar activamente en el seguimiento y la promoción del desarrollo y la salud de sus hijos. Una institución de cuidado de niños puede promover el desarrollo infantil convocando a los padres y a las madres a reuniones de intercambio y orientación sobre temas de crianza. Un comedor promueve el desarrollo infantil cuando hace de la hora de la comida de los chicos un momento de intercambio placentero entre pares y con los adultos a cargo, donde los niños son recibidos, atendidos y cuidados cariñosamente. En estos espacios, recibir a los chicos con un abrazo, compartir una canción o escuchar un cuento, son acciones que permiten un trabajo diferente.

Intervenir

en la localidad

Para generar proyectos sobre la salud de los niños y las niñas se requiere un mínimo de intercambios y de acuerdos previos sobre el encuadre que se le dará al tema. Se podrá organizar un proyecto de prevención —como por ejemplo una campaña de cuidado de la salud de los niños y las niñas, o de promoción del desarrollo infantil en la comunidad— a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffitis, etc. También se pueden organizar actividades comunitarias como teatralizaciones, producción comunitaria de carteleros o diarios murales, juegos en el marco de reuniones populares, murgas, marchas, etc.

Si se ha planteado armar redes con la comunidad, las mismas madres —o, en algunos casos, los niños y niñas— pueden elaborar mensajes para difundir, actuando como agentes de prevención. Siempre que se plantee el objetivo de realizar una campaña de prevención, es importante que analizar los mensajes que ya están circulando: cuáles impactan y en qué sentido, cuáles permiten actuar y cuáles no, a quiénes están dirigidos, etc. Si no se le puede realizar esta tarea, no es conveniente embarcarse en una campaña, porque el resultado puede ser contraproducente.

Asimismo, se podrá organizar un proyecto de prevención a partir de la indagación acerca de qué situaciones son saludables, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende. Se solicitará que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar crecientemente saludable para los niños. Luego se orientará la evaluación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra, y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo. Es interesante que este listado de propuestas se oriente hacia la valoración de la de los niños y niñas y a la posibilidad de aprender más y mejor. También se pueden proponer actividades que colaboren con su autoestima.



Implicaciones para políticas públicas*

El tema de este capítulo es quizás el de mayor potencial para movilizar una sociedad. No hay objeto de interés mayor para la gente en general, que el del bienestar de la niñez. No hay política de salud de ningún país que no contemple prioridades en salud infantil. No hay gobierno que no se haya comprometido internacionalmente en mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas. Aparentemente la destinación de recursos financieros para programas infantiles es prioritaria. Hay derechos de los niños internacionalmente aprobados. Se han realizado conferencias y cumbres internacionales sobre la infancia con el más alto nivel de participación mundial. Sin embargo, en el mundo entero y en las sociedades más diversas, persisten graves problemas de la más amplia gama en los grupos infantiles. Cabe preguntarse entonces, por qué grandes sectores de nuestros *niños* siguen sufriendo intensamente por la más increíble diversidad de problemas de toda índole, entre los cuales, los de salud persisten en forma obscena.

La explicación, si es que es admisible hablar de explicaciones para el sufrimiento infantil, está en la reflexión de que si no se cuenta con políticas sociales y económicas, para incrementar las condiciones de bienestar de la sociedad, los determinantes relacionados con los problemas estructurales y coyunturales, seguirán presentes. Las cadenas de factores determinantes de la salud y los círculos viciosos de enfermedad biológica y de patología social siguen presentes. De ahí que podemos afirmar que todas las implicaciones de políticas públicas que se han planteado en este libro, son aplicables al objeto de este capítulo. No obstante, a continuación se resaltan algunas políticas públicas que en el nivel municipal pueden significar avances para el logro de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la niñez:

- 1) La pobreza golpea en forma inclemente a los niños y niñas; son los grupos más tristemente víctimas de la subcultura de la pobreza. Las políticas públicas que se dirijan a mitigar la pobreza son de gran relevancia para la salud y bienestar infantil.
- 2) Políticas de preparación de las futuras madres y padres para que proporcionen una vida feliz para el ser que va a llegar. Hay experiencias en municipios saludables de propuestas de cambio en la atención prenatal que, además de lo rutinario médico, incluya debates y discusiones de grupos sobre la vida que se merece el ser que espera una pareja.

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

- 3) Políticas encaminadas a prevenir embarazos no deseados, causa importante de sufrimiento infantil.
- 4) Políticas de estímulo y fortalecimiento de las redes de apoyo social para mujeres madres y embarazadas en condiciones de vulnerabilidad social.
- 5) Un hecho fundamental que debe ser diseminado a todo nivel y en especial entre los que deciden las políticas de alimentación y seguridad alimentaria, es el de que el desarrollo del cerebro ocurre en las primeras etapas de la vida. Las políticas deberán priorizar esta etapa. El futuro de una sociedad dependerá en gran parte del desarrollo de los cerebros infantiles. Es el mejor argumento para la promoción de la lactancia materna.
- 6) Promoción e implementación de políticas que faciliten la lactancia materna, incluyendo todos los aspectos educativos, informativos, de legislación, de comercio de leches artificiales, etc.
- 7) Todas las demás políticas de alimentación y nutrición de madres y niños.
- 8) Políticas que promuevan la convivencia pacífica y la construcción de sociedades no violentas. El maltrato infantil es una de las manifestaciones más críticas de la violencia social.
- 9) Políticas de mejoramiento del medio ambiente físico. Como lo enfatiza el capítulo, las condiciones sanitarias son básicas para una buena salud infantil. La construcción de un acueducto es la intervención más efectiva contra las diarreas infantiles.
- 10) Políticas de educación obligatoria para niñas. Se ha probado en el mundo subdesarrollado que las mujeres con educación básica son el factor más potente para reducir la mortalidad infantil.¹
- 11) Políticas que eleven el nivel académico de las instituciones educacionales. En este sentido la búsqueda de intervenciones conjuntas de los sectores de Educación y de Salud, son necesarias.
- 12) Políticas sobre información pública, educación y comunicación social que se dirijan a valorar la población infantil y a concientizar a la sociedad sobre los derechos de los niños y niñas.
- 13) Políticas de reorientación de los servicios de salud para el manejo adecuado de las patologías más frecuentes y que privilegien la prevención de riesgos en la población infantil.
- 14) Políticas de defensa de la infancia: control y prohibición de la explotación laboral de niños y niñas; políticas contra la prostitución y la pornografía infantil.

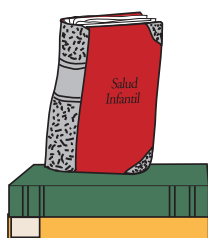
¹ Banco Mundial. *Informe Invertir en Salud*, 1993.

- 15) Políticas de salud mental para promover sanas relaciones intrafamiliares y atención de crisis en los adultos y niños.

Se podría seguir enumerando un gran cúmulo de políticas que beneficiarían a la niñez, lo importante en este sentido, es que los municipios que están en una posición privilegiada para aprovechar el potencial movilizador que tiene en la sociedad el trabajo en favor de la niñez, lo utilicen al máximo en forma creativa y eficaz.

Bibliografía consultada

- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de programación local. Actividades de salud materno infantil en el Primer Nivel de Atención. Argentina, 2000.
- Ministerio de Salud de la Nación. Cuidando al bebé. Acompañando a la familia en el desarrollo infantil. Guía para el equipo de salud./ Guía para la familia. Argentina, 2002.
- Ministerio de Salud de la Nación. Violencia hacia niñas, niños y adolescentes. Maltrato y abuso sexual. Elementos básicos para su atención en el sector salud. Argentina. Argentina, 2000.
- Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Guía para equipos de salud. Argentina, 2000.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Salud del Niño. Subprograma de atención del niño con diarrea. Argentina, 2003.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Salud del Niño. Hospitalización abreviada para la atención del Síndrome Bronquial Obstructivo. Argentina, 2003.
- UNICEF / Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de la anemia por deficiencia de hierro en niños y embarazadas. Argentina, 2000.
- UNICEF / Ministerio de Salud de la Nación. La estrategia AIEPI en la comunidad. Rotafolio./cuadros de Procedimientos./Lecturas recomendadas. Argentina, 2000.



Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre la salud de los niños y las niñas.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a comprender el problema de la salud de los niños y las niñas, le sugerimos los siguientes títulos:

UNICEF. *¿Por qué mueren los niños?* Argentina, 2000.

Se trata de una propuesta para el análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de la salud de la niñez.

Sociedad Argentina de Pediatría *Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes.* Buenos Aires, 2002.

Consiste en un manual que repasa los contenidos de las consultas pediátricas de rutina para cada edad, incluyendo criterios de evaluación de salud y desarrollo, temas para la entrevista con los adultos cuidadores y recomendaciones orientadas a la prevención. En los Anexos se desarrollan temas específicos de crecimiento, desarrollo y salud.

OPS/OMS *Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes. Módulos de aprendizaje,* 1999.

Es un manual técnico que ofrece criterios y herramientas para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños y las niñas.

Ministerio de Salud de la Nación. *Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Guía para equipos de salud.* Argentina, 2000. En: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/ucmisalud/publicaciones/anemia.htm>

El propósito de esta obra es brindar elementos para reconocer la importancia de la anemia como problema de salud pública, proponer acciones para su resolución y lograr, a través de la capacitación, la incorporación de la prevención de la anemia en las prácticas cotidianas de los equipos de salud.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de intervenir ante al problema de la salud de los niños y las niñas, le recomendamos:

Ministerio de Salud de la Nación. *Cuidando al bebé. Acompañando a la familia en el desarrollo infantil. Guía para el equipo de salud./ Guía para la familia.* Argentina, 2002.

Esta obra introduce el tema del desarrollo infantil en la práctica del equipo de salud, en particular respecto de los controles del niño sano. Ofrece al equipo pautas para observar al niño y para aconsejar a la familia, y ofrece a ésta herramientas para apreciar el progreso del niño y favorecerlo en la vida cotidiana.

OPS/OMS-UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación. La estrategia AIEPI en la comunidad. Lecturas para el agente sanitario. Argentina, 2002.

Consiste en una propuesta integradora para completar la formación de los agentes sanitarios. Ofrece amplia información sobre la estrategia AIEPI, enseñando a observar-evaluar signos de enfermedad y decidir qué acciones llevar a cabo. Describe, además, factores protectores y medidas preventivas para favorecer el desarrollo saludable de niños y niñas.

Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil. Pastoral da criança. Brasil, 1998.

El proyecto “Pastoral del niño” —como se lo conoce en castellano— es una iniciativa de acción social de la Conferencia Nacional de los Obispos del Brasil y constituye un programa completo de intervención comunitaria en apoyo de la mujer embarazada y de los niños y las niñas. Tiene un portal propio en Internet, que puede ser consultado en castellano en la siguiente dirección: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/espanol/presentacion>. El texto completo del programa puede ser solicitado por correo electrónico a la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil <mailto:info@ucmisalud.gov.ar>

Datos útiles

Organización Mundial de la Salud	http://www.who.int/health_topics/es/index.html
Organización Panamericana de la Salud	http://www.paho.org
Sociedad Argentina de Pediatría	http://www.sap.org.ar/comunidad/info/index.htm
Institutos de Salud. USA	http://www.medlineplus.gov/spanish/
UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia):	http://www.unicef.org/spanish
The Consultive Group on Early Childhood Care and Development (ECCD GROUP)	http://www.ecdgroup.com
Instituto Interamericano del Niño	http://www.iin.oea.org
Early Child Development, at the World Bank Group	http://www.worldbank.org/children/topics.html



Salud Integral de los Adolescentes

7

El adolescente, concebido como la persona que está en transición de la niñez a la vida adulta, ha existido siempre. Sin embargo, la adolescencia entendida como un proceso psico-social con entidad propia y, en consecuencia, con características, necesidades y problemas específicos, es una realidad que apenas ha comenzado a tenerse en cuenta recientemente. Las personas y las comunidades suelen ocuparse de los problemas relacionados con lo que identifican y aprecian. Por eso, la preocupación y el trabajo en favor de los adolescentes será un signo del reconocimiento y la valoración de cada comunidad por todos y cada uno de ellos.

Comprender el problema

Aunque actualmente la sociedad parece valorar el ser joven, paradójicamente son escasos los datos, indicadores, programas y actividades sobre este grupo, también en el campo de la salud. Por ejemplo, el VIH no suele ser detectado y el Sida, como enfermedad, aparece en la tercera década de la vida. Los efectos de la mala nutrición se observan con posterioridad —salvo en los trastornos graves de la conducta alimentaria—. Los efectos del tabaco y de otras adicciones se evidencian muchos años más tarde, cuando el problema ya se ha establecido como tal. Los embarazos no deseados, los accidentes y la violencia son tal vez los indicadores más claros de la incidencia de todas estas patologías psico-sociales sobre los adolescentes. Sin embargo, aunque todos estos factores estén presentes, el trabajo dirigido a este grupo dentro del equipo de salud es escaso.

Es importante que las autoridades municipales, los equipos de salud, los docentes y todas aquellas personas que trabajan en relación con adolescentes y jóvenes cuenten con herramientas adecuadas para detectar precozmente indicadores de riesgo, fomentando aquellos otros que actúan como *factores protectores*.



* Dr. Gustavo Girard, Dra. Mariela Rossen y Lic. María del Carmen Mosteiro. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En cuanto a las relaciones familiares se sugiere dar lugar a que, cuando se le pregunta al adolescente por ellas, tenga oportunidad de sincerarse y explicar el significado de un “bien” o, sobre todo, de un “más o menos” o de un “mal”. Por otra parte, son los adultos quienes deben estar atentos a situaciones o síntomas preocupantes, tales como: tristeza persistente, dormir mucho, conductas antisociales, actitudes violentas, etc.

Es bueno que las personas e instituciones que están en contacto con los adolescentes sepan observar o indagar si viven con un adulto que los cuida, si en su casa les pegan o hay abuso sexual, si va a la escuela y recibe apoyo hogareño para eso, si se alimenta bien, si tiene amigos, si se estima, se valora, etc. También puede ocurrir que sean los mismos chicos los que comparten sentimientos de desaliento, miedos y preocupaciones. Es bueno que puedan encontrar orientación en organismos de acción social, centros de salud, instituciones religiosas, instituciones deportivas, etc. Los líderes positivos o referentes barriales deberían estar al tanto de estos recursos.

La prevención de accidentes en los adolescentes tiene varios aspectos. Uno de ellos tiene que ver con la tendencia a repetir conductas de riesgo —como no respetar los semáforos; conducir vehículos de manera peligrosa; andar en bicicleta o patines en lugares inadecuados, sin equipo protector o tras haber tomado alcohol o drogas; andar con navajas, cuchillos o armas de fuego, etc.—. Sin embargo, hay otros aspectos de la prevención de accidentes sobre los cuales el municipio tiene posibilidades de incidir. Uno de ellos es la realización permanente de actividades de educación y comunicación social para favorecer la toma de conciencia y la aplicación de conductas de prevención y cuidado. Otro factor que incide potencialmente en la reducción de accidentes es la vigilancia del medioambiente y los espacios públicos, con especial atención a los lugares y situaciones donde los adolescentes podrían accidentarse —caminos y cruces, ríos o espejos de agua, estadios, locales de baile, etc.—.

En cuanto a los hábitos alimentarios, conviene recordar que un punto clave para la salud adolescente es la promoción de hábitos alimentarios saludables, especialmente en escuelas, clubes y otras instituciones vinculadas a los jóvenes. Es conveniente prestar atención a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria como la *anorexia* y la *bulimia*. Entre muchos factores individuales de riesgo, la falta de talles amplios de ropa en el comercio puede favorecer estas conductas. Siempre que se trabajen estos temas con los adolescentes hay que evitar generar enfermedad o insistir en las patologías. Muy por el contrario, hay que trabajar desde un enfoque preventivo, insistiendo en el concepto de salud.

La oferta de drogas legales e ilegales, por otro lado, es amplia, con el consiguiente incremento de problemas sanitarios asociados como la violencia, los accidentes, el Sida. Los *factores protectores* para éste y otros problemas relaciona-



dos con la salud mental son los mismos. Y en relación con muchos de ellos el municipio puede y debe tomar un papel activo.

Por último, en relación con el campo de la salud sexual los adolescentes suelen estar, al mismo tiempo, muy expuestos y muy “solos”. Será bueno trabajar para que se generen espacios colectivos de información y reflexión sobre el tema, espacios individuales de consulta y consejería en centros de salud y Servicios de Adolescencia de los hospitales, así como garantizarles la provisión gratuita de métodos anticonceptivos y de protección contra las infecciones de transmisión sexual.

Comprender el problema en la localidad

Abordar el problema de la adolescencia en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la adolescencia en la propia localidad, valorarla y proponer alternativas saludables para ella.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la adolescencia. Expliquen para cada caso:

- ¿Cuáles son los problemas que ponen de manifiesto cada situación y por qué?
- ¿Cuáles son lo pro y los contra en cada caso?
- ¿Qué otras alternativas hay en la localidad para los jóvenes?



Sugerencias y propuestas para intervenir

En primer lugar, se sugiere profundizar y promover el concepto de salud Integral de adolescentes y jóvenes; propender a una activa participación de la escuela en los programas de promoción de la Salud —en este sentido pueden ser de utilidad las experiencias Escuelas Promotoras de Salud del Programa de Educación para la Salud que llevan adelante el Ministerio de Salud y Ambiente y el Ministerio de Educación de la Nación—. Asimismo, se recomienda promover una adecuada articulación entre la escuela y los equipos de salud, tanto de los centros barriales como de los hospitales; detectar los principales problemas de salud en la población adolescente del municipio; promover la instalación de factores



protectores de la salud adolescente; encarar acciones que tengan a los adolescentes como principales protagonistas, buscando su formación como ciudadanos; articular con la comunidad las acciones a emprender aprovechando todos los recursos, no sólo para ejecutar las acciones sino también para planificarlas; trabajar en forma coordinada con comunidades religiosas, clubes y otras organizaciones no gubernamentales; promover el dictado y el cumplimiento de disposiciones que impidan la venta de alcohol y cigarrillos a menores de 18 años; vigilar las condiciones de habilitación y funcionamiento de instalaciones y lugares públicos frecuentados por adolescentes —condiciones de seguridad, salidas de emergencia, primeros auxilios, etc.—.

En segundo lugar, si se detectan problemas, se sugiere que cualquier persona adulta, responsable y solidaria dé contención al adolescente, en otras palabras, lo escuche, lo comprenda, lo acompañe y lo encamine a la solución. Otras veces se requerirá la participación de equipos profesionales interdisciplinarios. Será importante no abrir juicio sobre lo que el adolescente relate o haga y tratar más bien de que los chicos intenten explicar o explicarse lo que les pasa. Se recomienda conversar con él o con ella sobre las fortalezas con que cuenta; por ejemplo, si son buenos alumnos, buenos hermanos, buenos compañeros. En efecto, es necesario apoyar al adolescente con elogios, mostrándole que tiene condiciones para superar las dificultades por las que pueda estar atravesando y refiriéndolo a grupos —educativos, deportivos, barriales— para que encuentre pertenencia y contención. Habrá que entrevistarlo periódicamente para ver cómo está, cómo sigue y destacar cada uno de los logros y cambios obtenidos, acompañándolo hasta que se sienta fuerte y pueda continuar por sí mismo. Los problemas de salud mental necesitan de ayuda especializada, por lo tanto, quienes trabajan con adolescentes deben tener en claro los recursos que existen en la comunidad para atender los diferentes problemas, a fin de poder derivar a los muchachos y muchachas hacia las personas e instituciones más adecuadas cuando sea necesario.

En tercer lugar, será necesario considerar la presencia de violencia ante ausencias reiteradas de los adolescentes a clase; dificultades en la concentración; presencia de somatizaciones —quejas o dolores— con mucha frecuencia; depresión, reflejada a través del aislamiento, la dificultad para la integración, el insomnio, auto-agresión o ideas suicidas; docilidad excesiva, y actitud evasiva y/o defensiva frente a los adultos; búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente en los niños más pequeños; actitudes y juegos sexualizados persistentes e inadecuados para la edad; accidentes frecuentes y presentación permanente de lesiones. En conclusión, los niños y adolescentes nos muestran a través de sus comportamientos, pedidos de ayuda. Escucharlos con atención y creerles nos da la posibilidad de convertirnos en personas confiables para ellos.

Si nos encontráramos ante un joven adicto es importante no juzgarlo ni presionarlo. Será necesario acompañarlo, construir un vínculo afectivo confiable y mostrarle que hay personas dispuestas a ayudarlo. Habrá que recordar que no es posible dialogar ni intentar hacerlo razonar cuando está bajo los efectos del consumo; el diálogo sólo debe establecerse después de 48 a 72 horas de abstinencia. Por otra parte, si el joven minimiza el daño —“la dejo cuando quiero”, “no pasa nada”, etc.— habrá que reflexionar con ayuda de información aclaratoria o de profesionales especializados, acompañarlo en todo momento hasta que esté en tratamiento, apoyarlo durante su desarrollo e inducirlo a pedir ayuda y a confiar en la familia o en un referente adulto aceptado por el paciente.

Por último, se sugiere considerar los factores protectores de la salud y el bienestar de los adolescentes formulando algunos interrogantes. Así, con respecto a la posibilidad de los adolescentes de vivir en una familia de vínculos sanos, que cuente con las condiciones mínimas de vivienda e ingreso como para ofrecerle alimentación, educación y salud, habrá que preguntarse cuáles son las condiciones de vida de las familias en esta comunidad y si se identifica y apoya a las más necesitadas. Con respecto a la posibilidad de ir a la escuela, habrá que preguntarse qué porcentaje de los adolescentes en edad escolar van a la escuela en el municipio, si los que no van, no se inscribieron, abandonaron o fracasaron y, en esos casos, qué se podría hacer para evitarlo. En relación con la escolaridad obligatoria y con el acceso al trabajo o a la capacitación para encontrarlo, habrá que preguntarse si hay en el municipio jóvenes que no estudian ni trabajan, si hay algún programa dirigido a ellos y si tienen dónde capacitarse. Respecto de la posibilidad de practicar un deporte, habrá que preguntarse por las oportunidades que ofrece la comunidad para que los jóvenes —especialmente los de más bajos recursos— puedan hacerlo. En cuanto a la posibilidad de los adolescentes de ocupar el tiempo libre en actividades de sano esparcimiento, artísticas, creativas, solidarias habrá que preguntarse si el municipio les ofrece a los adolescentes la posibilidad de realizar actividades como estas en forma gratuita, si las difunde y cómo. En relación con la posibilidad de los jóvenes de disponer de espacios seguros para esparcimiento y encuentro con sus pares —parques y espacios verdes limpios, iluminados y seguros; canchas de fútbol, básquet u otros deportes; piletas de natación limpias y vigiladas— habrá que preguntarse si existen esos espacios o hay proyecto de crearlos y, en caso de que existan, si se ha pensado en incluir a los destinatarios en las tareas de mejoramiento. Con respecto a la posibilidad de disponer de atención médica y tener acceso a un equipo de salud de confianza, que atienda a los adolescentes, habrá que preguntarse si existe dentro del sistema de salud en el municipio un Servicio de Adolescencia, si su existencia es conocida por la población y si es adecuadamente promovida.

Políticas integrales dirigidas a los jóvenes

- Condiciones del grupo familiar.
- Escolaridad.
- Programas de capacitación.
- Deportes.
- Actividades de esparcimiento.
- Espacios seguros de encuentro.
- Acceso a un equipo de salud.

Intervenir en la localidad

Para generar proyectos sobre la salud en la adolescencia se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos, acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar en la comunidad un proyecto de prevención específica, por ejemplo, una campaña de cuidado de la salud adolescente, a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, etc. También se pueden organizar actividades comunitarias en el marco de lugares u ocasiones en que los jóvenes se reúnen —fiestas, recitales, etc.—.

Si se ha planteado armar redes con la comunidad, las mismas adolescentes y jóvenes pueden elaborar mensajes para difundir, actuando como agentes de prevención. Siempre que se plantee el objetivo de realizar una campaña de prevención, es importante que previamente se analicen los mensajes que ya están circulando: cuáles impactan y en qué sentido, cuáles permiten actuar y cuáles no, a quiénes están dirigidos, etc. Si no se le puede dar cabida a esta tarea, no es conveniente embarcarse en una campaña, porque puede generarse rechazo o pueden desperdiciarse los recursos en acciones ineficaces.

Para organizar un proyecto se puede comenzar por indagar acerca de qué situaciones son saludables para los adolescentes, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende. También se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar cada vez más saludable para los adolescentes, pudiéndose incluir a los jóvenes en esta tarea. Luego se orientará la evaluación de las alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo. Es interesante que este listado de propuestas se oriente hacia la valoración de la dedicación, a la posibilidad de aprender más y mejor, y a fomentar la autoestima de los adolescente. Será bueno que sirvan como disparadores para que los adolescentes puedan expresar cómo se sienten y ser escuchados.



Implicaciones para políticas públicas*

El título del capítulo ya señala que este grupo de población tiene características tan especiales que tiene que abordarse dentro de un enfoque muy integral multisectorial y de corresponsabilidad. Los adolescentes y jóvenes con-

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

stituyen en la actualidad una prioridad para todos los sectores sociales y económicos así como para las agencias internacionales que trabajan por el desarrollo de los pueblos. El potencial de un país se refleja en gran medida en las políticas, actividades y recursos dedicados a los grupos de adolescentes y jóvenes.

- 1) La primera implicación para política pública es contemplar una política juvenil integral que articule aspectos de salud, educación, trabajo, recreación, arte, deporte, construcción de nuevas identidades masculinas y femeninas (género), y construcción de ciudadanía.
- 2) Este tipo de desarrollo juvenil integral necesariamente implica miradas desde diferentes perspectivas a los problemas que afectan al grupo específico que nos ocupa:
 - 2.1. Bajo la mirada de salud, implica pensar y tomar decisiones sobre servicios especialmente diseñados para que adolescentes y jóvenes tengan acceso con privacidad, confianza y respeto por su identidad. Ello incluye la creación de servicios de consejería para atender necesidades de salud en especial en salud mental tales como trastornos emocionales y psicoafectivos; prevención, control y rehabilitación de adicciones; educación sexual y reproductiva; alimentación y nutrición, y violencia. Además de servicios adecuados, las estrategias educativas y de comunicación de salud deberán ser diseñadas bajo una política integral de desarrollo de adolescentes y jóvenes.
 - 2.2. Bajo la mirada de la educación, implica adecuar los programas educativos para hacerlos más participativos, que propicien la creatividad, el liderazgo y el desarrollo de capacidades y habilidades para la vida.
 - 2.3. Bajo la mirada de la cultura, implica pensar en la formación artística de los jóvenes así como en estímulos para que realicen actividades creativas. Las políticas relacionadas con la adecuación de espacios públicos para la recreación, deportes y toda clase de manifestaciones culturales son cruciales para estos grupos.
 - 2.4. Bajo la mirada de la producción económica, debe mirarse las oportunidades de un trabajo digno para el/la que lo necesite y que le permita seguir con su educación. Debe evitarse la explotación en todos los niveles. La perspectiva de género es crucial para esta esfera del trabajo (prostitución, trabajos físicos extremos, servilismo, etc. deberán ser cuidadosamente evitados).
 - 2.5. Bajo la mirada política, debe favorecerse la construcción de nuevos ciudadanos y ciudadanas para el ejercicio democrático. Los/as

Factores a considerar para promover la salud entre los adolescentes

Aspectos a tener en cuenta

- Salud.
- Educación.
- Trabajo.
- Recreación.
- Deporte.
- Construcción de identidades.
- Construcción de ciudadanía.

adolescentes y jóvenes están ávidos de participar y ser protagonistas en su entorno social, por lo tanto hay que ofrecerles oportunidades para ello. Del mismo modo la construcción de ciudadanía implica respetar sus derechos pero exigirles también el cumplimiento de sus deberes.

- 3) Las políticas de apoyo a las organizaciones juveniles de cualquier índole deben impulsarse y son muy pertinentes en el nivel municipal donde es más fácil identificarlas y apoyarlas en sus objetivos.



Bibliografía consultada

Ministerio de Salud de la Nación. *¿Todo bien...? Programa Nacional de Salud en la Adolescencia*. Argentina, 2002.

Ministerio de Salud de la Nación. *Violencia hacia niñas, niños y adolescentes. Maltrato y abuso sexual. Elementos básicos para su atención en el sector salud*. Argentina, 2000.

Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (SASIA). *Usted puede ayudar*. Buenos Aires, 1999.

Bibliografía recomendada

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre la salud en la adolescencia.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la salud adolescente*, le sugerimos los siguientes títulos:

Dulanto, E. *El adolescente*. México, McGraw Hill, 1999.

En esta obra, diversos autores de América Latina profundizan la problemática adolescente con un enfoque interdisciplinario.

Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. *Manual de Ginecología Infanto Juvenil*. Buenos Aires, Ascune, 2003.

En esta nueva edición del Manual se profundizan y actualizan temas referidos a la salud, no sólo desde un aspecto ginecológico sino integral.

Girard, G. y col. *El adolescente varón*. Buenos Aires, Lumen, 2001.

En este texto, desde una perspectiva de género, se analizan aspectos propios de la adolescencia masculina.



- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de *intervenir ante al problema de la salud adolescente*, le recomendamos:

Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (SASIA). *Usted puede ayudar. Detección de riesgos y propuestas de acción*. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, PROMIN, 2002.

Esta guía, dirigida a los equipos de salud y las personas que trabajan con adolescentes y jóvenes, ofrece herramientas para detectar precozmente indicadores de riesgo y protectores e incluye orientaciones para el adulto que desea ayudar a los jóvenes.

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. *¿Todo bien...? Programa Nacional de Salud en la Adolescencia*. Buenos Aires, 2002.

Este documento, elaborado con un importante aporte intersectorial y de las sociedades científicas vinculadas al tema, plantea cómo es posible programar actividades en favor de la salud de los adolescentes desde diversos sectores.

OPS/OMS. *Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicancias en programas y políticas*. Washington D.C., 2003.

Este documento propone un cambio de paradigma para los planificadores de programas, con una visión nueva y positiva sobre la juventud.

Datos útiles

Sitio dedicado a los adolescentes que requieren información sobre salud sexual y a los equipos de profesionales dedicados a suministrarla. Depende de Planned Parenthood Federation of America, organización no gubernamental que trabaja en temas de salud reproductiva.

<http://www.teenwire.com>.

En inglés. Ofrece un sector dirigido a los propios adolescentes y otro a los profesionales que los atienden.

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

Biblioteca Virtual en Salud. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente OPS/ OMS

<http://www.adolec.org>



UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia): (En el extremo derecho de la barra inferior del menú de apertura, se puede optar entre idioma español, francés e inglés.) <http://www.unicef.org>

Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. <http://www.rednacadol.org.ar>

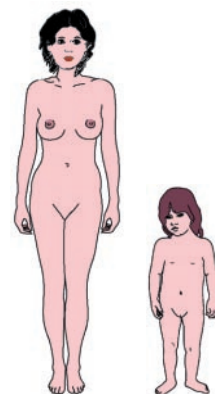
Una tercera parte de las muertes maternas producidas en la Argentina en el año 2001 ocurrieron a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados. Y se estima que existe subregistro. En el mismo año, una sexta parte de las mujeres que fueron madres tenían entre 10 y 19 años. Los niños nacidos de madres adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir que los niños hijos de madres mayores de 20 años. En el año 2001, en la Argentina, dos tercios de los casos de Sida notificados se contagiaron por relaciones sexuales sin protección¹.

Es por eso que el concepto de "ejercicio responsable de la sexualidad" se incorpora en el proyecto de Municipios Saludables con el objetivo de prevenir problemas en salud de la población como el embarazo no deseado –particularmente en adolescentes–, el aborto provocado y sus consecuencias, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el HIV/SIDA, las enfermedades ginecológicas prevalentes, y los problemas psicológicos y sociales como la violencia y el abuso sexual.

La Salud Sexual, en los varones y las mujeres, consiste en el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de su vida. Cuando hablamos de procreación responsable nos referimos a un aspecto de la Salud Sexual que consiste en la posibilidad de decidir el número de hijos que cada pareja desea tener. La procreación responsable es un derecho cuyo ejercicio permite: elegir el número de hijos que cada pareja estima responsablemente que puede tener; respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro; disminuir la mortalidad materna, entre otras causas, por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías y evitar los embarazos no deseados. Supone la posibilidad de tomar decisiones luego de haber recibido una amplia información, respetando las convicciones y deseos de cada persona.

* Lic. Obst. Inés Martínez, Dra. Mariela Rossen y Lic. María del Carmen Mosteiro, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹ Ministerio de Salud de la Nación. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales, 2001*. Argentina.



Consejería

Es necesario promover espacios individuales de diálogo, de modo que exista privacidad, confidencialidad, respeto y escucha.

Comprender el problema

La sexualidad es un tema íntimo de las personas, frecuentemente vinculado a costumbres, hábitos, mitos, creencias y represiones transmitidos de generación en generación. Todo esto conforma nuestra conducta cotidiana, y también puede dar lugar a prácticas y situaciones que ponen en riesgo o lesionan la salud sexual y reproductiva.

La complejidad del tema puede hacer que los cambios necesarios resulten difíciles de lograr. Por eso es importante que, además de las actividades grupales de comunicación, información o educación se promuevan espacios individuales de diálogo (“Consejería”) para atender las necesidades particulares de cada integrante de la comunidad. Allí los temas deben tratarse con la mayor privacidad posible, asegurando confidencialidad, y con una actitud de respeto y de escucha hacia todas las inquietudes y temores de los varones, mujeres o parejas. El papel del consejero, en este sentido, resulta muy importante².

Si estas necesidades particulares no son atendidas, pueden causar angustia, frustraciones, sentimientos de culpa y, en ocasiones, respuestas violentas que afectan directamente la calidad de vida e influyen negativamente en el desarrollo humano. Se genera así un círculo vicioso que impide la participación positiva de esa persona en los distintos grupos —familiar, social o de trabajo—.

Si bien las acciones estarán destinadas a toda la población, es importante focalizar y/o priorizar los diferentes grupos según sus características o vulnerabilidad específica —enfoque de riesgo—: niños y adolescentes, mujeres en el período post parto y post aborto, mujeres discapacitadas, trabajadoras sexuales, víctimas de violencia física y/o abuso sexual, etc.

En el campo de la salud sexual y la procreación responsable, la prevención es una herramienta fundamental para trabajar con la comunidad. Por otra parte, los problemas detectados sólo se podrán prevenir por medio del compromiso de esa misma sociedad organizada. Las autoridades locales, en conjunto con la sociedad y sus organizaciones e instituciones, actúan como elemento de apoyo y orientación, acompañando a las familias en el desempeño de su papel educativo.

El primer paso es la creación de una red comunitaria de prevención, compuesta por actores institucionales y civiles de la comunidad. Esta red propiciará actividades de sensibilización. En otras palabras, intentará atraer la atención

² Ministerio de Salud de la Nación. *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Argentina, 2002.

de los integrantes de la comunidad para fines determinados: prevenir enfermedades ginecológicas e infecciones de transmisión sexual (ITS/HIV/SIDA), promover la procreación responsable y promover la salud sexual en su sentido más amplio teniendo en cuenta la perspectiva de género.³

A menudo, en familias y comunidades, se considera a las mujeres como seres débiles, dependientes, dóciles, sacrificados; en consecuencia, se les asignan papeles y funciones que se suponen acordes con *esos atributos femeninos*. Por su parte, los *atributos masculinos* suelen tener rasgos opuestos y, por eso, con frecuencia se asigna a los varones papeles y funciones de mayor jerarquía, tanto en el ámbito hogareño como en el ámbito laboral. *Esto tiene consecuencias negativas, entre otras cosas, sobre la sexualidad y la salud.*

Muchas veces los varones se ven expuestos a demostrar su masculinidad por medio de conductas de riesgo. Por ejemplo: adquieren hábitos de consumo de alcohol, se exponen a situaciones violentas, sufren accidentes evitables, inician precozmente las relaciones sexuales, no usan preservativo. No se permiten expresar su malestar o sus sentimientos, no lloran, no controlan su salud, etc.

Muchas veces, las mujeres también se exponen a situaciones peligrosas o perjudiciales. Por ejemplo, no vuelven al médico, no van a controlar su embarazo; frente a la aparición de malestares no se atienden por ocuparse de su familia, o por el poco tiempo que les deja la “doble jornada” —el empleo más las tareas domésticas—. A menudo postergan ganas, ilusiones o proyectos.

Respecto de las relaciones entre varones y mujeres, se establecen desigualdades que resienten la convivencia, tanto en la vida hogareña como en otros ámbitos —social, político, cultural—. Por ejemplo, en muchas parejas se establecen relaciones de dominación/subordinación: el varón manda, la mujer obedece. Esta situación va deteriorando el sentimiento amoroso que alimentó el deseo de estar juntos y afecta la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad. Por otra parte, incidirá en la crianza de los hijos, pudiendo influir en el futuro sobre la sexualidad de éstos.⁴

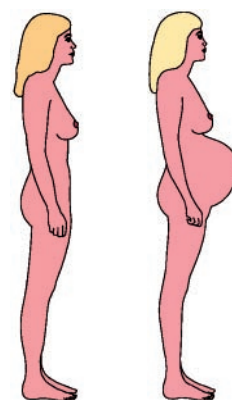
Red comunitaria de prevención

Prevenir:

- Enfermedades ginecológicas.
- Infecciones de transmisión sexual.

Promover:

- Procreación responsable.
- Salud sexual.



³ OPS/OMS. *Municipios Saludables*. Argentina, 1997; OPS/OMS. *Acciones Integradas en los Sistemas Locales de Salud*. 1990 .

⁴ Ministerio de Salud de la Nación *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. *Manual de Apoyo para el Trabajo de los Agentes de Salud*. Argentina, 2003.

Comprender el problema en la localidad



Abordar el problema de la salud sexual y la procreación responsable en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la salud sexual y la procreación responsable en la propia localidad, valorarlas y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la salud sexual y la procreación responsable. Expliquen para cada caso:

- ¿Cuál es el problema en cada caso y qué factores intervienen en él?
- ¿Cuáles son los pro y los contra de cada situación?
- ¿Qué otras alternativas hay en la localidad para promover la salud sexual y la procreación responsable?

Sugerencias y propuestas para intervenir

A la hora de pensar en líneas concretas de trabajo sobre esta cuestión, conviene asegurar previamente la posibilidad de contar con líderes o referentes comunitarios para la detección de dificultades y para trabajar con la comunidad, así como la existencia de servicios asistenciales que puedan atender las demandas especiales que se detecten.

También es recomendable la constitución de un *grupo de trabajo comunitario* —heterogéneo, interdisciplinario e intersectorial— que coordine y articule las acciones y esté conformado por autoridades gubernamentales, representantes del sector salud, del sector educación, de organizaciones no gubernamentales y participantes elegidos por la comunidad. Este grupo de trabajo puede ser un espacio donde reflexionar en común, acordar líneas de trabajo, y proponer tanto estrategias como alternativas de implementación.

Es conveniente que cualquier plan de trabajo comience por un *diagnóstico de la situación de la comunidad* respecto de estos temas. Un diagnóstico como este tendrá en cuenta, entre otros aspectos, los siguientes: población destinataria y población incluida en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable —si es que está funcionando en la localidad— tasa de embarazo por grupo etáreo; tasa de aborto; prevalencia de ITS/HIV/SIDA, de cáncer y otras enfermedades ginecológicas; edad promedio de inicio de la actividad sexual; disponibi-

dad de servicios de atención e información en salud reproductiva —cantidad y distribución de lugares, horarios de atención, equipamiento, insumos y métodos anticonceptivos— y relevamiento de actores gubernamentales y no gubernamentales que se ocupan o realizan actividades sobre el tema.

En adelante, las acciones deberán orientarse a la resolución de los problemas detectados. El diagnóstico inicial también servirá para evaluar el efecto o impacto logrado. Los objetivos y metas de cualquier plan de acción deben tender a poner al alcance de todos los ciudadanos por igual —en particular a aquellos que están en situación de mayor riesgo social— los siguientes recursos:

- a) Oferta regular y permanente de *información y actividades educativas* sobre salud sexual y procreación responsable.
- b) Disponibilidad de *espacios de consejería individual*, que ayuden a las personas a elegir cuándo y cuántos hijos tener, y a optar por un método anticonceptivo con conocimiento de los beneficios y contraindicaciones de cada uno, y respeto por la propia situación y convicciones.
- c) *Entrega gratuita del método anticonceptivo* elegido por el usuario.
- d) *Acceso gratuito a la atención médica y la realización de análisis* para diagnosticar Infecciones de Transmisión Sexual/SIDA y al *tratamiento* necesario en caso de que se detecte enfermedad.
- e) *Oferta de educación sexual en las escuelas*. Si bien es cierto que la educación sexual forma parte de la vida y contexto familiar de cada persona, la escuela desempeña una importante función. La definición curricular con un contenido integral, adecuado a la edad y al desarrollo cognitivo-afectivo —desde la etapa preescolar hasta la finalización de la enseñanza media— debería ser una tarea a emprender con las autoridades locales. La experiencia demuestra que los jóvenes que han recibido información correcta y adecuada sobre su sexualidad y cuidados relacionados con ella, postergan el inicio de las relaciones sexuales, son más propensos a utilizar métodos de barrera para su protección y métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.
- f) *Creación de una red de instituciones vinculadas a los destinatarios del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable* —mujeres, niños, adolescentes, jóvenes, etc.— que desarrolle actividades relacionadas en forma regular y permanente.
- g) *Contar con una estrategia y actividades de comunicación social* sobre el tema, dirigidas a la población en general o a grupos particulares de destinatarios.
- h) *Favorecer la comunicación fluida entre el equipo de salud y la comunidad*: cuando ambos colaboran desde el inicio del proceso, tienen claro

Diagnóstico de situación



Debe tener en cuenta

- Población destinataria.
- Tasa de embarazo por grupo étnico.
- Tasa de aborto.
- ITC/HIV/SIDA/cáncer, enfermedades ginecológicas.
- Edad promedio de iniciación sexual.
- Disponibilidad de servicios de atención e información sobre salud reproductiva.

las dificultades y necesidades más urgentes, sus visiones se complementan y sus respuestas resultan más adecuadas, efectivas y viables. El equipo de salud, por su parte, se asegurará de contar con el recurso humano, los insumos y el equipamiento necesarios para atender la demanda.

Intervenir en la localidad

Para generar proyectos sobre salud sexual y procreación responsable se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos, acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar en la comunidad un proyecto de prevención específica — por ejemplo, una campaña de promoción del uso de preservativos— elaborando materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, etc. También se pueden organizar actividades comunitarias como teatralizaciones, montaje de un stand atendido por una persona capacitada en lugares y ocasiones de reunión de jóvenes, etc.

Si se ha planteado armar redes con la comunidad, los mismos adolescentes y jóvenes pueden elaborar mensajes para difundir, actuando como agentes de prevención. Siempre que se plantee el objetivo de realizar una campaña de prevención, es importante que previamente se analicen los mensajes que ya están circulando: cuáles impactan y en qué sentido, cuáles permiten actuar y cuáles no, a quiénes están dirigidos, etc. Si no se le puede dar cabida a esta tarea, no es conveniente embarcarse en una campaña, porque los resultados pueden ser contraproducentes y podrían aparecer resistencias y contra-mensajes de parte de algunos grupos.

Se podrá organizar un proyecto de prevención y cuidado de la salud sexual y de procreación responsable a partir de la indagación acerca de qué situaciones son saludables, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende. También se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar crecientemente saludable en lo que respecta a la sexualidad y la procreación. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y los contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo⁵.



⁵ Paisa Joven / GTZ *Juntos es mejor. Módulos de Metodología Participativa para la gestión de Organizaciones Sociales*. Medellín, 1999.

Implicaciones para políticas públicas*

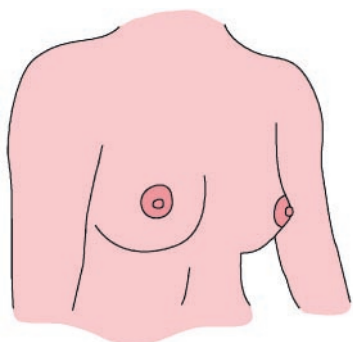
Este capítulo toca temas comunes a otros capítulos del presente documento, de tal modo que, necesariamente se encontrarán abordajes de políticas comunes. Por ejemplo, surgen inquietudes similares a las del capítulo de salud de los adolescentes, con relación a la información, educación y comunicación social en el tema del ejercicio de una sexualidad responsable. Los enfoques de género ya mencionados también, son fundamentales para que pueda tener resultados positivos la formulación e implementación de políticas de salud sexual y reproductiva. De igual modo, lo anotado con relación al grave problema del aborto, se aplica en este capítulo. Este serio problema tiene que ser considerado como un problema de salud pública y obtener atención muy particular, incluyendo la organización de la información confiable y válida que caracterice mejor el problema.

En el tema de este capítulo es necesario definir grandes prioridades para la política. Nos atrevemos a enumerar esas prioridades a continuación pero lógicamente, éstas deberán evaluarse en cada contexto:

- 1) La mortalidad materna deberá continuar como un tema prioritario para políticas públicas mientras subsistan las causas prevenibles de ella y siga teniéndose tasas altas en sectores de población menos favorecidos. En los municipios se facilita montar un sistema de vigilancia epidemiológica de tipo comunitario para analizar cada una de las muertes maternas que ocurran; para este propósito se necesitaría capacitar a agentes comunitarios de epidemiología, ojalá mujeres que buscarían la información y la presentarían para que se discutan las muertes y se puedan tomar medidas preventivas.
- 2) Dentro del vasto campo de la salud sexual, el complejo problema de VIH/SIDA tiene que abordarse con una visión transdisciplinaria que conduzca a intervenciones precisas, en las cuales la responsabilidad del estado sea claramente establecida. En el nivel local es fundamental documentar el problema y estudiarlo con un marco de referencia antropológico cultural.
- 3) La educación sexual y las medidas para favorecer una procreación responsable son prioritarias y deben involucrar a mujeres y hombres desde la adolescencia. En las adolescentes, situaciones como el embarazo "no deseado o no buscado" configuran una situación a tener muy en cuenta dados los riesgos a que se expone una madre que no ha deseado conscientemente tener un embarazo y las consecuencias que posi-



* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.



blemente afectarán la futura vida del niño/a, independientemente de que cuando nazca ese niño/a sea recibido con amor.

- 4) La violencia sexual ⁶, diferente a la violencia intrafamiliar, deberá ser estudiada y documentada. Se requiere definir el problema bien y buscar las fuentes de información en las diferentes instituciones de sectores diversos (justicia, medicina legal, policía, salud). Dentro de la violencia intrafamiliar y la violencia social general, deberá también discriminarse si una mujer embarazada es víctima de ellas.
- 5) La mortalidad por cáncer de cuello uterino no se justifica hoy en día con las tecnologías y los conocimientos con que se cuenta desde hace más de 50 años para controlarlo. Si esa mortalidad es importante en un determinado municipio, deberá ser objeto de una política clara con enfoque de salud pública que asegure una cobertura grande (80% mínimo) de detección por citología acompañada de calidad y cobertura de pruebas diagnósticas y sobretodo de tratamientos efectivos y oportunos.
- 6) El cáncer de mama, cada vez más frecuente, es un complejo problema para definir políticas dado el hecho que existen controversias en el campo científico con respecto a intervenciones preventivas aplicables a nivel poblacional. No obstante debe ser considerado como prioridad para definir algunas estrategias de intervención preventiva (examen de mamas por personal adiestrado, mamografía después de los 50 años) y sobretodo para el tratamiento efectivo y oportuno y ofrecer apoyo psicológico a las pacientes.
- 7) El apoyo a organizaciones de mujeres y algunas ONGs que trabajen el tema de mujer, salud y desarrollo, debe considerarse en una política de salud sexual y reproductiva. Las alianzas y coordinaciones con este tipo de organizaciones son muy positivas pero la responsabilidad de los programas deberá continuar en el sector público.
- 8) Dentro de políticas de salud sexual y procreación responsable con un enfoque de género no debe haber negligencia con respecto a los hombres. En este sentido, desde la adolescencia hasta la adultez el hombre debe ser tenido en cuenta para políticas educativas y para provisión de servicios adecuados que respeten su privacidad y sus derechos.
- 9) Dentro del mismo enfoque, la detección y tratamiento de problemas de órganos genitales masculinos como el de cáncer de próstata, son también importantes.

⁶ En esta categoría se incluyen los eventos violentos relacionados con el comportamiento sexual no necesariamente dentro del seno familiar.

- 10) Los problemas de infertilidad de mujeres y de hombres podrán ser o no objeto de consideraciones políticas específicas dependiendo de la prioridad que se asigne a ellos en cada localidad.

Bibliografía consultada

Ministerio de Salud de la Nación. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales*, Argentina, 2001.

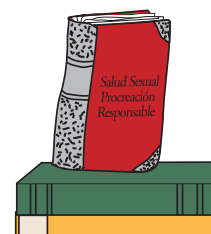
Ministerio de Salud de la Nación. *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Argentina, 2002.

Ministerio de Salud de la Nación. *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Manual de Apoyo para el Trabajo de los Agentes de Salud*. Argentina, 2003.

OPS/OMS. *Municipios Saludables*, Washington D.C., 1997.

OPS/OMS, *Acciones Integradas en los Sistemas Locales de Salud*, 1990.

PAISA JOVEN / GTZ. *Juntos es mejor. Módulos de Metodología Participativa para la gestión de Organizaciones Sociales*. Medellín, 1999.



Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre la salud sexual y la procreación responsable.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la salud sexual y la procreación responsable*, le sugerimos los siguientes títulos:

OPS/OMS. *Salud Sexual y Reproductiva*, 1995.

El texto define y aclara conceptos sobre la salud sexual y procreación responsable y describe las situaciones de riesgo que enfrentan las poblaciones de Latinoamérica y Caribe.

OPS/OMS. *Calidad de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva*, 2000.

Explica la necesaria interacción entre prestadores y usuarios y plantea los ejes fundamentales para el logro de una buena atención en Salud Sexual y Reproductiva.



Ministerio de Salud de la Nación. *Violencia hacia las Mujeres. Violencia en la pareja*. Argentina, 2000.

Este texto brinda a quienes trabajan en el sector salud los elementos básicos referidos a la atención de las víctimas de la violencia en la pareja.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de *intervenir ante al problema de la salud sexual y la procreación responsable*, le recomendamos:

OPS/OMS. *Análisis gerencial de los Sistemas de Salud*.

Lectura ideal para niveles de conducción locales, ya que manifiesta caminos posibles para concretar estrategias de trabajo y formas de lograr buenos resultados. También presenta experiencias de distintos países de Latinoamérica.

OPS/OMS. *Planificación estratégica para el mejoramiento y la práctica de la Salud Sexual y Reproductiva*. Washington DC, 2001.

Guía metodológica para mejorar las prestaciones del sector salud y comunitario con relación al tema.

ACDMY FORD. *Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación para la Salud*. Washington DC, Johns Hopkins University, 1995.

Obra que brinda conocimientos generales para el desarrollo y la práctica de actividades educacionales y sociales. Aporta ejemplos y actividades para la planificación estratégica en salud.

Datos útiles



Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales. Integrado por organizaciones no Gubernamentales de Argentina.	http:// www.conders.org.ar
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe	http://www.reddesalud.org
Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer	http://www.feim.org.ar
Consejo Nacional de la Mujer	http://www.cnm.gov.ar



La *alimentación* es una de las necesidades básicas para la vida y un derecho inalienable de todas las personas. Es también, un aprendizaje que se desarrolla desde los primeros momentos en la vida del ser humano. El acto de comer es mucho más que alimentarse: es un momento de comunicación, de transmisión de tradiciones y cultura y, muchas veces, de transmisión de afecto y enriquecimiento de los vínculos.

Las posibilidades alimentarias de una persona, de una familia o de una comunidad no se limitan a la disponibilidad de dinero o de mercaderías. Se relacionan con el modo en que se aprovechan y utilizan los propios recursos y capacidades.

Es importante considerar y atender estos aspectos en conjunto al analizar si la comunidad satisface adecuadamente sus necesidades alimentarias o si se desea organizar algún tipo de apoyo en ese sentido.

Comprender el problema

Alimentarse no es lo mismo que comer. Cuando hablamos de alimentación, nos referimos a ciertos elementos, necesarios para vivir y mantener la salud, que ingresan al cuerpo. La nutrición es el proceso mediante el cual el cuerpo aprovecha y utiliza los alimentos ingeridos. Para estar bien nutridos no sólo es necesario comer, sino recibir una alimentación adecuada, equilibrada y completa. Por eso, la desnutrición aguda no es la única forma de deficiencia nutricional —ni la más común en nuestro país—. Más frecuente resulta la malnutrición. Por ejemplo, un niño puede no verse flaco y tener problemas serios de nutrición por falta de algunos elementos esenciales para el cuerpo, como el hierro.

¿Qué sucede si un niño come mal?¹ Se retrasa en el crecimiento: su peso y talla son menores a los normales para su edad. Disminuyen las defensas del or-

¿Qué sucede si un niño come mal?

- Se retrasa en el crecimiento.
- Su peso y talla son menores a los normales para su edad.
- Disminuyen las defensas del organismo.
- Se enferma con frecuencia y tarda más tiempo en reponerse.
- Tiene bajo rendimiento escolar y baja productividad laboral en el futuro.
- Aprende con dificultad y presenta problemas de atención y concentración, así como poca retención en la memoria.

* Lic. Elsa Longo, Dra. Mariela Rossen y Lic. María del Carmen Mosteiro. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹ Ministerio de Salud de la Nación. Manual metodológico para capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños. Argentina, 2003.

¿Qué sucede si un adulto come mal?

- Su productividad es baja en el estudio y en el trabajo, lo cual influye en su situación laboral y en sus remuneraciones.
- También padece mayor riesgo de enfermedad.

organismo: se enferma con frecuencia y tarda más tiempo en reponerse. Tiene bajo rendimiento escolar y baja productividad laboral en el futuro. Aprende con dificultad y presenta problemas de atención y concentración, así como poca retención en la memoria. Con el paso del tiempo, este hecho puede influir en su capacidad para trabajar cuando alcance la vida adulta.

¿Qué sucede si un adulto come mal? Su productividad es baja en el estudio y en el trabajo, lo cual influye en su situación laboral y en sus remuneraciones. Esto puede generar un círculo vicioso de *subalimentación*. También padece mayor riesgo de enfermedad y esto puede afectar sus ingresos: serán mayores los gastos en tratamientos médicos para él y para el sistema de salud, ya sea privado o público.

La Educación Alimentaria Nutricional (EAN) es entonces, un componente esencial cuando se plantean acciones orientadas a mejorar la nutrición y la salud de una población. Esta educación se concibe como un accionar dinámico y participativo con las personas, para desarrollar su capacidad de identificar los propios problemas, sus posibles causas y soluciones, y actuar en consecuencia de acuerdo con sus pautas culturales, necesidades individuales y disponibilidad de recursos de cada lugar. El fin último es mejorar el estado nutricional personal, familiar y de la comunidad, con un espíritu de autorresponsabilidad, autocuidado y autonomía.

Gráfico de la Alimentación Saludable²



² Longo, E. Lema, S., Lopresit, A. Guías alimentarias para la población argentina. Manual de Multiplicadores. Buenos Aires, Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-dietistas, 2002.

En el gráfico, los alimentos se encuentran agrupados de acuerdo con las sustancias nutritivas que poseen, es decir, de acuerdo con el *grupo de alimentos* del que forman parte. Estos grupos son: cereales y legumbres (pan, arroz, fideos, polenta, lentejas, garbanzos); frutas y verduras; lácteos y sus derivados (quesos, yogurt, etc.); carnes y huevos; grasas y dulces. De abajo hacia arriba —es decir, de mayor a menor— se refleja la proporción de cada grupo de alimentos que es conveniente comer. Por ejemplo, a lo largo del día, conviene consumir mayor proporción de cereales que de carnes. Así se garantiza un aporte adecuado y equilibrado de la energía de los cereales y de las proteínas y del hierro de las carnes. Del mismo modo, es necesario que las hortalizas y las frutas estén presentes en mayor cantidad que los azúcares y dulces, pues estos últimos favorecen el desarrollo de sobrepeso y caries dentales. En cambio, las frutas y hortalizas contienen fibras, vitaminas y minerales, todos indispensables para el buen funcionamiento del organismo.

Comprender el problema en la localidad

Abordar el problema de la alimentación en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto a lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la importancia de la alimentación en la propia localidad, valorarla y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la alimentación. Expliquen para cada caso:

- ¿Cómo es la alimentación y por qué?
- ¿Cuáles son los *pro* y los *contra* de esa alimentación?
- ¿Qué otras alternativas hay en la localidad para alimentarse de un modo saludable?



Sugerencias y propuestas para intervenir

Los nutricionistas argentinos han diseñado una serie de recomendaciones para que la población conozca las bases de una alimentación saludable³. Están

³ Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas dietistas. Guías alimentarias para la población argentina. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos. Buenos Aires, 2000.



contenidas en las *Guías Alimentarias para la Población Argentina* y se acompañan de la *Gráfica de la Alimentación Saludable*, diseñada especialmente para nuestro país. Estas guías indican cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en la alimentación cotidiana: consumir una amplia variedad de alimentos; incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día, eligiendo diferentes alimentos dentro de cada grupo; consumir una proporción adecuada de cada grupo de alimentos y elegir agua potable para beber y preparar los alimentos.

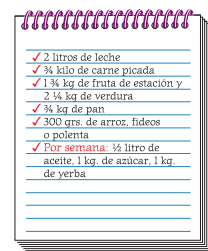
Para vivir con salud se recomienda, entonces: comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida; consumir todos los días leche, yogures o quesos (en todas las edades); comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color; comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible; preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar; disminuir el consumo de azúcar y sal; consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres; disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes, embarazadas, y madres lactantes.

Los alimentos son un capital que conviene aprender a administrar. Para optimizar la elección y la compra de alimentos, se sugiere: no sólo tener en cuenta su costo sino su valor nutritivo; considerar cuánto alimenta, es decir, qué contiene de bueno y sus desechos —las partes que se tiran, que no se pueden comer—. Como muestra la *Gráfica de la Alimentación Saludable*, hay seis grupos de alimentos básicos por su aporte nutritivo. Muchos otros productos alimenticios no se incluyen en estos grupos por ejemplo: las infusiones, los polvos para preparar postres, caldos y sopas concentrados, etc., productos que no son indispensables y en los que no vale la pena gastar el dinero. Lo ideal entonces es elegir los alimentos que figuran entre los alimentos básicos, los de menor costo en cada grupo y los que tengan menor cantidad de desechos.

Para aprovechar el presupuesto se sugiere:

- a) confeccionar con tiempo una lista de compras, pensando en los platos que se van a cocinar y la cantidad de raciones a preparar. De esta manera, se pueden calcular mejor los alimentos necesarios, revisar los precios y las marcas y organizar el circuito de la compra;
- b) reunirse con otras personas o grupos de la zona para realizar compras en conjunto; comprar al por mayor ayuda a ahorrar dinero;
- c) calcular el costo del menú teniendo en cuenta no sólo el gasto de los alimentos, sino también el gasto del combustible utilizado para cocinar, que aumenta a mayor tiempo de cocción;
- d) revisar las fechas de elaboración y vencimiento de los alimentos, así como el buen estado de conservación de latas y envases;

- e) informarse sobre las ofertas que ofrecen los mercados donde compra habitualmente y planificar comidas con esos alimentos;
- f) averiguar en la Municipalidad de la localidad si hay terrenos disponibles pero que no se usan, para contactarse con el *programa Pro-Huerta* y organizar una huerta escolar o comunitaria; un espacio de 70 por 10 metros permitiría una producción de verduras frescas suficiente para diez familias;
- g) elegir, siempre que sea posible, productos con envases y envoltorios simples y reciclables y reutilizar cajones o bolsas de compras haciendo un uso responsable de los materiales;
- h) elegir las verduras y frutas de estación y las propias de la región que son más baratas; por ejemplo, en invierno, los precios de naranjas, mandarinas y limones son convenientes y, al mismo tiempo, pueden ser una buena opción para hacer jugos y postres con vitamina C natural;
- i) adquirir la leche común fluida; por ejemplo, en sachet, ya que es el producto lácteo más barato y conserva todas las sustancias nutritivas de su grupo. Una pequeña cantidad de leche puede enriquecer y darle gusto a preparaciones como los purés o la polenta;
- j) guiar la elección de los cortes de carne por su rendimiento ya que todos tienen el mismo valor nutritivo: las más convenientes son carne picada, paleta, carnaza, azotillo, palomita, tortuguita, cuadrada, nalga, y las vísceras como el hígado, mondongo, riñón, lengua; del pollo se desecha cerca de la mitad de su peso; a veces conviene comprar las partes por separado; pechugas, muslos, etc.;
- k) recordar que sólo se necesita una pequeña cantidad de carne—50 gr. por porción— para enriquecer guisos y otros platos;
- l) atender a las ofertas de pescados enlatados; atún, sardinas, caballa, etc.; si los precios son buenos, es importante considerar que son tan nutritivos como el pescado fresco y muy prácticos;
- m) incorporar legumbres como las lentejas, porotos, soja que son buenos alimentos, sobre todo si se combinan con cereales como el arroz, los fideos o la polenta; tres partes de cereales y una de legumbres;
- n) tener en cuenta que los guisos, locros, pucheros y carbonadas son preparaciones muy sabrosas, económicas, rendidoras y completas, ya que incluyen alimentos de distintos grupos.



Intervenir en la localidad⁴



Para generar proyectos de intervención se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar una campaña de prevención para una alimentación saludable en la comunidad a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, entre otras posibilidades.

También se podrá organizar un proyecto de prevención a partir de la indagación acerca de qué alimentos son saludables, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende su disponibilidad. Se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar crecientemente saludable en términos de alimentación. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los *pro* y *contra* y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.

Implicaciones para políticas públicas*

El capítulo hace énfasis en la alimentación como una de las necesidades básicas para la vida y al mismo tiempo como un derecho humano inalienable. Se refiere primordialmente a las estrategias educativas nutricionales, sin embargo, las políticas de alimentación y nutrición son complejas y deben involucrar a muchos sectores para que den cuenta de todos los aspectos que tienen que ver con ella, tal como lo explica Nancy Milio⁵. De ahí que las consideraciones sobre implicaciones para políticas tienen un marco de referencia internacional, nacional, provincial y local. En todos estos niveles se toman decisiones que competen al tema. Si tomamos por ejemplo el de la producción de alimentos, vemos que las leyes del mercado globalizado están influyendo tremendamente en ella; las reglas que rigen la importación y exportación de alimentos están condicionando la producción agropecuaria en muchos países.

⁴ Olivares, S. "Intervenciones educativas en alimentación y nutrición. Un enfoque municipal", en FAO, Guía para la gestión municipal de programas de seguridad alimentaria y nutrición, 2001, en <http://www.rlc.fao.org/prior/segalim/accalim/guamuni/pdf/indice.pdf>.

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

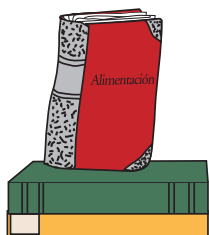
⁵ Milio, N. *Promoting health through public policy*. Canadian Health Association, 1986.

Dada la amplitud del tema, por excelencia muy intersectorial, limitaremos las implicaciones para políticas públicas a algunos aspectos que tienen mayor importancia en el nivel local:

- 1) Adecuación de políticas nacionales incluyendo la adaptación de guías alimentarias a la realidad local.
- 2) Impulso a la educación nutricional pero siempre teniendo en cuenta las barreras económicas y culturales para la elaboración de los contenidos educativos.
- 3) Focalización de intervenciones y de políticas de subsidios nutricionales en los grupos más vulnerables como son los estratos más pobres, y los grupos especiales de excluidos por diferentes razones. Por ejemplo, las madres cabezas de familia son un grupo prioritario porque usualmente ellas y sus hijos están en condiciones desventajosas.
- 4) La vigilancia de la seguridad alimentaria deberá ser implementada .
- 5) Las políticas sobre exigencia de las etiquetas de contenidos de nutrientes a la industria alimenticia deberán ser de carácter nacional pero en el nivel local deberá vigilarse que se cumplan y se debe ejercer presión al nivel nacional para que las instauren en caso de que no existan. De igual modo las etiquetas con fechas de vencimiento de productos alimenticios deben ser obligatorias.
- 6) Los manipuladores de alimentos tienen un papel importante en la seguridad alimentaria, por lo tanto deberán organizarse programas de capacitación y de vigilancia de sus funciones.
- 7) La promoción de mercados saludables ha sido una de las estrategias que algunos países han utilizado para elevar la conciencia sobre alimentos de buena calidad, así como sobre las normas para la manipulación y distribución de ellos.
- 8) En comunidades locales la promoción y apoyo a las huertas y granjas comunitarias han sido exitosas para el mejoramiento de la situación nutricional. Citamos como ejemplos el municipio saludable de Versalles en Colombia que ha probado que las huertas escolares y la granja comunitaria han contribuido en gran medida al bienestar de la población. Y más recientemente, en California han comunicado una experiencia muy exitosa de huertas comunitarias (community gardens) que no sólo han mostrado su beneficio en el fortalecimiento de procesos participativos y solidarios sino también en el consumo de alimentos nutritivos.⁶



⁶ Twiss, J. et al. Community Gardens: Lessons Learned From California Healthy Cities and Communities. *American Journal of Public Health*, September 2003, Vol 93, No. 9, pp. 1435-1438, 2003.



Bibliografía consultada

- Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-dietistas. *Guías alimentarias para la población argentina. Manual metodológico. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos y Manual de multiplicadores*. Buenos Aires, 2000.
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil *Manual metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños*. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2003.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Guía para equipos de salud*. Argentina, 2000.
- Olivares, S. "Intervenciones educativas en alimentación y nutrición. Un enfoque municipal", en FAO, *Guía para la gestión municipal de programas de seguridad alimentaria y nutrición*, 2001.
En <http://www.rlc.fao.org/prior/segalim/accalim/guamuni/pdf/indice.pdf>

Itinerarios de lectura

Les proponemos dos itinerarios de lectura sobre la importancia de la alimentación.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la alimentación*, le sugerimos los siguientes títulos:

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. *Manual metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños*. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2003.

Este manual desarrolla módulos educativos sobre temas como crecimiento y nutrición del niño menor de 6 años y de la embarazada, rehabilitación nutricional ambulatoria de ambos, educación alimentario-nutricional y un sistema de información y análisis de datos.

Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-dietistas. *Guías alimentarias para la población argentina. Manual metodológico. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos y Manual de multiplicadores*. Buenos Aires, 2000.

Las guías alimentarias constituyen una propuesta educativa para la población, formulada sobre la base de la situación de la salud, la disponibilidad de alimentos y las pautas de consumo. Se propone alentar el con-



sumo de alimentos variados, corregir los hábitos alimentarios perjudiciales y reforzar aquellos adecuados para mantener la salud. Orientan al consumidor en la elección de alimentos sanos, propios de su cultura y en el mejor aprovechamiento del presupuesto familiar.

Ministerio de Salud de la Nación *Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Guía para equipos de salud*. Buenos Aires, 2000, en <http://www.msal.gov.ar/html/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/anemia.htm>

El propósito de esta obra es brindar elementos para reconocer la importancia de la anemia como problema de salud pública, proponer acciones para su resolución y lograr, a través de la capacitación, la incorporación de la prevención de la anemia en las prácticas cotidianas de los equipos de salud.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de *intervenir ante el problema de la alimentación*, le recomendamos:

FAO. *Guía metodológica de comunicación social en nutrición*. 1996. Capítulo I., en <http://www.fao.org/DOCREP/003/X6957S/X6957S01.htm>

Una guía para identificar los problemas nutricionales de la comunidad, planificar la intervención, diseñar mensajes, elegir medios y producir materiales.

Olivares, S. "Intervenciones educativas en alimentación y nutrición. Un enfoque municipal", en FAO, *Guía para la gestión municipal de programas de seguridad alimentaria y nutrición*, 2001.

En <http://www.rlc.fao.org/prior/segalim/accalim/guamuni/pdf/indice.pdf>.

Esta guía explora la relación del municipio con la seguridad alimentaria de sus habitantes; propone las bases para el diseño y operación de un sistema municipal de vigilancia alimentaria; y describe la acción del municipio respecto del abastecimiento de alimentos y el manejo de programas de asistencia alimentaria. El capítulo 6 se refiere a la planificación y formulación de intervenciones educativas en materia alimentaria.

FAO *Guía didáctica FAO. Manejo de proyectos de alimentación y nutrición en comunidades*. 1995.

En <http://www.rlc.fao.org/prior/segalim/accalim/manejo/faodef1.html>

Esta guía está destinada principalmente a la capacitación de personal de instituciones públicas, privadas y de organizaciones no gubernamentales

que trabajan con la población rural y urbana de bajos recursos. Proporciona las herramientas para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de programas de alimentación y nutrición, enfatizando la necesidad de planificar adecuadamente las actividades con el fin de optimizar la utilización de los escasos recursos disponibles.

FAO Guía didáctica para la capacitación de vendedores callejeros de alimentos., Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Dirección de Alimentación y Nutrición. Santiago de Chile, 2000.

En <http://www.rlc.fao.org/prior/segalim/accalim/Guias/faoguias.html>

Material didáctico para desarrollar un curso corto de capacitación destinado a manipuladores y vendedores de alimentos, basado en el enfoque metodológico de “aprender haciendo”. Su finalidad es proteger al consumidor, mejorar la inocuidad de los alimentos y las condiciones de venta callejera.

Consejo Nacional de Políticas Sociales Manual para comedores comunitarios. Presidencia de la Nación, Argentina, 2002.

En <http://www.politicassociales.gov.ar>.

Contiene información sobre la importancia de la nutrición, principios básicos para una alimentación saludable, sugerencias para la organización del comedor —desde la compra de alimentos hasta la elaboración de menús— y consejos para el momento de servir la comida. Tiene como anexo un plan de menús para cinco semanas.



Datos útiles

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación	http:// www.msal.gov.ar
Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	http://www.fao.org
Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Oficina Regional para América Latina y el Caribe	http://www.rlc.fao.org
Consejo Nacional de Políticas Sociales	http://www.politicassociales.gov.ar

Salud de los Mayores

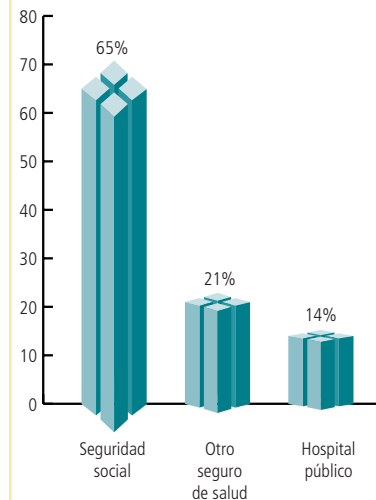
10

Los países en desarrollo están envejeciendo aceleradamente y este proceso lejos de revertirse se incrementará. Argentina no escapa a esta situación; actualmente la población mayor de 60 años alcanza a 4.871.957, esto es, el 13.4 % de la población total y, por lo tanto, también se ubica entre los países con poblaciones envejecidas.

Según datos del último censo, el 65% de esta población tiene cobertura de seguridad social y el 86%, cobertura de algún seguro de salud, en tanto que el 14% restante se atiende en el hospital público. Vale la pena alertar que estas cifras sufrirán negativas variaciones, ya que, por ejemplo, en el año 1999 sólo el 42% de la población activa realizaba aportes personales. Esto, sin duda, repercutirá en una merma de la población con jubilación y/o pensión y, también, por las características de nuestro sistema de cobertura de salud, en una disminución de la población con este beneficio.

El 34,6% de los mayores es pobre por ingresos y el 7,6% tiene las necesidades básicas insatisfechas. Además, es sabido que la diversidad es uno de los aspectos que se destacan entre las personas mayores, ya que su historia de vida laboral y familiar y su acceso a la educación y a la salud hacen que los integrantes de este grupo sean sumamente diferentes unos de otros. Al referirnos a la salud de los adultos mayores, debemos tener en cuenta este hecho que expresa sabiamente el viejo adagio: “No hay nada más diferente que un adulto mayor a otro adulto mayor”. Las diferentes oportunidades y obstáculos a lo largo de muchos años de vida hacen que las formas de envejecer, enfermar y morir sean diversas.

Desde la visión que entiende el envejecimiento de las poblaciones como un éxito social y no como un fracaso, se entiende que el problema no es ser viejo sino ser pobre. La mayor dificultad está dada por las condiciones en las que se nace, se crece y se muere. Cada vez más adultos mayores en nuestro país deberán enfrentar el doble desafío de envejecer en contextos de pobre-



* Prof. Silvia Gascón y Lic. María Cristina Lombardi, Maestría en Servicios de Gerontología. Instituto Universitario ISALUD.

za y restricción de recursos. El desafío es aún mayor entre las mujeres que ven cristalizada en esta etapa el mapa de la desigualdad de oportunidades que atravesó todo su ciclo de vida.

Para que el envejecimiento sea un logro y no un problema en nuestra sociedad, será necesario tomar medidas urgentes. Por eso, las recomendaciones efectuadas por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid son prioritarias en nuestra Región. Para que sea posible envejecer con seguridad y dignidad “las personas de edad deben ser participantes plenas en el proceso de desarrollo y compartir también los beneficios que reporte”.¹

Esto requiere evitar miradas ingenuas y reconocer que los problemas estructurales de América Latina no se resuelven sólo con políticas sociales. Es necesario modificar las situaciones de profunda inequidad que están enquistadas en sus sistemas económicos y sociales. Implica construir estados cada vez más orientados a la equidad, que garanticen el desarrollo humano para todas las edades en sus respectivas sociedades, lo que requiere, a la vez, sociedades activas organizadas, con ciudadanos conscientes de sus derechos y dispuestos a conquistarlos de nuevo cada día.

Desde esta perspectiva, examinaremos los distintos paradigmas referidos a la vejez y a la salud en Argentina y definiremos algunas estrategias que puedan ayudar a mejorar su calidad de vida.

Comprender el problema

La concepción de envejecimiento activo y saludable

Un cambio fundamental en la conceptualización del envejecimiento tiene que ver con visualizar esta etapa como una más del ciclo de vida. Es una etapa en la que las personas pueden seguir contribuyendo, desarrollando su potencial y ejerciendo sus derechos, entre los cuales el derecho a decidir sobre sus vidas es esencial.

Esta mirada implica dejar de ver a los mayores como frágiles, vulnerables y beneficiarios, para reconocerlos como ciudadanos activos, que siguen contribuyendo al crecimiento económico, que producen y consumen bienes y servicios, que realizan tangibles aportes a la familia y a la sociedad, que tienen derechos y responsabilidades.

Dependiendo de la concepción de envejecimiento y de salud que dispongamos, resultará el modo de percibir a los adultos mayores, las modalidades de

Envejecimiento

Es una etapa más del ciclo de vida. En esta etapa las personas siguen contribuyendo, desarrollando su potencial, ejerciendo sus derechos, son ciudadanos activos que producen y consumen, que realizan aportes a la familia y a la sociedad y que tienen derechos y responsabilidades.

¹ Naciones Unidas 2002. Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento. Recomendaciones. Orientación Prioritaria I. Art. 16.

atención, de organización de los servicios y la distribución de los recursos. Por ello resulta esencial comenzar compartiendo la visión de *envejecimiento activo, productivo y saludable*.

El término *envejecimiento activo* fue presentado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS – OPS, 2002) como ampliatorio del envejecimiento saludable, ya que el mismo no sólo valoriza los aspectos sanitarios sino que incluye factores sociales, educativos, laborales que afectan al envejecimiento de individuos y poblaciones. El concepto de *activo* conlleva en el imaginario social actividades socialmente productivas y gratificantes.

Este concepto integral de bienestar referido a las personas mayores está siendo defendido y promovido por organizaciones internacionales de reconocido trabajo en el campo gerontológico. En este sentido, podemos identificar en algunas de ellas las siguientes líneas:

- Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud: envejecimiento activo.
- Banco Interamericano de Desarrollo: envejecimiento exitoso.
- *Help Age International*: envejecimiento con derechos.

El envejecimiento *activo* es un concepto utilizado por la OMS para definir “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.² El envejecimiento *activo* refiere a la participación continua y diferenciada del simple hecho de “estar”, “acompañar” o “pasar”. Implica reconocer las capacidades de las personas, aún cuando vayan perdiendo algunas habilidades, de seguir “formando parte” de sus comunidades, “teniendo parte” de los beneficios que esto implica y “tomando parte”, diciendo su voz, influyendo y decidiendo.

El envejecimiento *exitoso* supone vivir con “dignidad y autonomía, capacidad funcional y salud, participación social y económica, entre otras cosas”.³

El envejecimiento *con derechos* reconoce que los derechos humanos son universales y, por lo tanto, independientes de raza, religión, sexo o edad. Implica que las personas mayores deben tener la certeza de que los derechos no se pierden con los años, no se pierden con la pobreza, ni se pierden con la enfermedad. Esta concepción, que propone como estrategia el empoderamiento de los mayores, anima a construir actores sociales capaces de exigir más que pedir o solicitar.

² OMS-OPS. *Envejecimiento Activo: Un marco político*. Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS. Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid, 2002.

³ Engler, T. A. y Peláez, M. B. *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, 2002.

Distintos conceptos de envejecimiento

Envejecimiento activo implica actividades socialmente productivas y gratificantes.

Envejecimiento exitoso implica vivir con dignidad y autonomía, tener capacidad funcional y salud, participar social y económicamente.

Envejecimiento con derechos alude a que los derechos no se pierden con la edad, con la pobreza ni con la enfermedad.

Envejecimiento activo

Inserción productiva en la economía.
 Participación activa en ámbitos sociales, culturales y políticos.
 Trabajos en la vida doméstica.
 Desempeño de roles de cuidado en la vida familiar.

Los argumentos en pos de un *envejecimiento activo* guardan, además, razones económicas, ya que de lograr este objetivo disminuirán el porcentaje de discapacidades, enfermedades crónicas, costosos servicios sanitarios y tratamientos complejos. Por el contrario, reconocerán en los mayores un importante capital social que involucra:

- Inserción productiva en la economía.
- Participación activa en ámbitos sociales, culturales y políticos.
- Trabajos en la vida doméstica.
- Desempeño de roles de cuidado en la vida familiar.

En definitiva, lo que se persigue es que las propias personas se identifiquen como ciudadanos activos con plenos derechos y que sean reconocidos por la sociedad en su conjunto. Desde esta valoración, el derecho a la salud adquiere un protagonismo especial.

Principales orientaciones

En el mes de abril del año 2002, tuvo lugar en la ciudad de Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento convocada por las Naciones Unidas. Durante la misma, 180 países de todo el mundo debatieron y acordaron líneas de acción a implementar con relación a las cuestiones de las poblaciones envejecidas y al desarrollo de una sociedad para todas las edades.

El *Plan de Acción Mundial sobre Envejecimiento* que surgió de esa Asamblea es el instrumento guía para que los estados, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, los voluntarios, las propias personas mayores, las organizaciones en las que participan, sus familias y las comunidades puedan avanzar en acciones, programas y actividades tendientes al logro de una mejor calidad de vida para las personas de edad avanzada y, en consecuencia, para la sociedad en su conjunto. En esta línea de pensamiento, propone medidas en el ámbito internacional, nacional, regional y local, estableciendo tres direcciones prioritarias:

- *Las personas de edad y el desarrollo.*
- El fomento de la salud y el bienestar en la vejez.
- La creación de un entorno propicio y favorable.

Uno de los reconocimientos que conlleva el mencionado *Plan* es el de considerar que las personas, en el proceso de envejecimiento, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades. En consecuencia, y persiguiendo que las ventajas del desarrollo social y económico lleguen a todos los países sin excepción, impulsan la inclusión del tema del envejecimiento en los programas de desarrollo que instrumentan estrategias para la erradicación de la pobreza.

La Declaración política que antecede a la presentación del *Plan de Acción* en su artículo 14, hace referencia al tema que nos ocupa:

“Reconocemos la necesidad de conseguir progresivamente la plena realización del derecho de todas las personas a disfrutar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr. Reafirmamos que alcanzar el grado más posible de salud es un objetivo social de suma importancia en el mundo entero, y para que se haga realidad es preciso adoptar medidas en muchos sectores sociales y económicos aparte del sector de la salud (...) y reconocemos que van en aumento las necesidades de una población que está envejeciendo, por lo que es preciso adoptar nuevas políticas, en particular en materia de atención y tratamiento, promover medios de vida saludables y entornos propicios (...)”.⁴

El *fomento de la salud y el bienestar en la vejez* plantea las siguientes cuestiones a atender:

- *El fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida.* Requiere reducir el riesgo de enfermedades y dependencias en la vejez e impulsar políticas para prevenir la mala salud de las personas mayores como el acceso a una nutrición adecuada.
- *El acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud.* Persigue eliminar desigualdades sociales y económicas como trabas para el acceso a la salud, impulsa el desarrollo de los servicios de atención primaria y promueve la participación de las personas mayores en los mismos.
- *Las necesidades de las personas de edad y el VIH/SIDA.* Tiene una mirada de protección y atención no sólo para las personas mayores infectadas, sino también para aquellas que atienden a familiares infectados. Muchas de las medidas propuestas se basan en proporcionar la información adecuada y capacitar para la prestación de cuidados y, expresamente, promueve un reconocimiento a la contribución de las personas de edad en su tarea permanente de cuidados hacia otros grupos de la sociedad.
- *La capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud.* Desarrolla medidas para mejorar la información respecto a las necesidades de las personas mayores y promueve acciones de capacitación para los profesionales de la salud involucrados en este campo.
- *Las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad.* Expresa la importancia del desarrollo de servicios de atención y prevención.
- *La atención de las personas de edad y sus discapacidades.* Fortalece acciones tendientes al envejecimiento saludable y promueve la participación de las personas de edad con capacidades diferentes.

Salud y bienestar en la vejez

Se debe atender a:

Reducir el riesgo de enfermedades y dependencias en la vejez.

Acceso universal y equitativo a los servicios de salud.

Vejez y VIH/SIDA, atención a los mayores infectados e información y capacitación para aquellos mayores que cumplen roles de cuidado respecto de otros grupos en la sociedad.

Capacitación de proveedores de servicios de salud y profesionales mejorando la información respecto de las necesidades de los mayores.

Salud mental de los mayores.

Atención de personas de edad y sus discapacidades.

⁴ Naciones Unidas. *Plan de Acción. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*. Madrid, 2002.



La concepción de la salud como bienestar libre de discapacidades

Partimos de la concepción del envejecimiento como parte del ciclo de vida, como una etapa más del desarrollo normal de una persona. En el año 1974, la OMS lo definía como un proceso fisiológico que se inicia al nacer y que va sufriendo cambios durante todo el ciclo de vida.⁵ Se afirmaba que este proceso que afecta a todos los individuos sin distinción es progresivo, se presenta de diferentes formas en las personas y, también, a distintos ritmos dentro del propio organismo.

Unos años después, la OPS se refería al envejecimiento desde una perspectiva más amplia, aludiendo al proceso de integración entre el individuo y un contexto cambiante, donde la persona lucha por conservar el equilibrio. La salud sería desde esta perspectiva, funcional: la capacidad de enfrentar el proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y satisfacción personal.

Es desde esta visión, que reconoce que a medida que se envejece es probable que se instalen enfermedades crónicas, que se habla de *salud práctica habitual para la edad cronológica* si las enfermedades no tienen impacto en la capacidad funcional cotidiana.

Esto se evidencia en nuestro país, ante un grupo cada vez más amplio de adultos mayores (entre los 60 y los 75 años) que transita lo que se llama envejecimiento exitoso o productivo. Si bien se observan pérdidas de ciertas funciones o disminución sensorial, estas personas no presentan enfermedades ni discapacidades, conservan su nivel funcional o cognitivo, participan de actividades productivas y se integran a redes sociales.

Incluso más allá de los 80 años, nos encontramos con personas que mantienen importantes grados de autonomía e independencia. Entonces, ¿cuándo se es viejo? O mejor podemos preguntarnos, ¿cuándo un adulto mayor pierde la salud? La mayoría de los autores coinciden hoy en afirmar que cuando se pierde la funcionalidad. Y la pérdida de la funcionalidad tiene que ver con la reducción de la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. Ésta es la señal de alerta que debemos escuchar, es el riesgo que debemos prevenir.⁶ ¿Cómo hacerlo?

- Conociendo más sobre el adulto mayor sano, para distinguir el envejecimiento normal del patológico.
- Aceptando que más del 80% de las personas envejecen saludablemente.

⁵ OMS-OPS. *Envejecimiento Activo: Un marco político. Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS. Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento*. Madrid, 2002.

⁶ Proyecto FONDEF. *Evaluación Funcional del Adulto mayor. Manual de Aplicación, desarrollo de un instrumento para detección de riesgo de pérdida de funcionalidad en el adulto mayor*. Chile, EFAM, 2003.

- Reconociendo tempranamente los signos de alerta y realizando acciones de detección precoz.
- Desarrollando y aplicando instrumentos que nos permitan reconocer riesgos y tomar medidas oportunamente.
- Aplicando medidas preventivas, actuando antes que se produzcan las discapacidades.
- Compartiendo una mirada integral, que surge de reconocer que son varios los factores que intervienen en la salud de los mayores. La biología y la historia personal, la nutrición, la educación, el entorno, los estilos de vida, las redes sociales.
- Reflexionando más sobre la relación entre estos factores y la salud.

La nueva información

El cambio de enfoque en la mirada sobre la salud de los mayores, sin duda, provocará cambios en los sistemas de información y de medición de la salud y la enfermedad. Si hasta hoy las respuestas habituales se refieren a indicadores de mortalidad y morbilidad, esperamos en un futuro conocer más sobre cómo proteger, cómo evitar y cómo retrasar la aparición de enfermedades o las tan temidas discapacidades.

El Estudio *Salud, Bienestar y Envejecimiento* (SABE), que realizaron en colaboración la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)⁷, es un buen ejemplo que indaga sobre algunos factores que ayudan a lograr un envejecimiento activo y saludable. La información sobre comportamientos de los mayores con relación al ejercicio físico, las actividades dentro y fuera del hogar, la participación en la vida familiar y social, el poder disfrutar del tiempo libre y la buena salud, y la capacidad funcional está acompañada de pautas concretas sobre las cuales desarrollar actividades y programas en el ámbito local.

También interroga sobre la forma como los adultos mayores perciben su situación de salud. En Buenos Aires, por ejemplo, el 63% de las personas mayores afirman que su salud es buena o excelente, el 81.5% igual o mejor que el año anterior y el 74.4 % igual o mejor que el de otras personas. Uno podría preguntarse si es real esta percepción cuando la misma encuesta da cuenta que el 81.2% tiene una enfermedad crónica. La explicación surge claramente al demostrar que apenas un 10% de los mayores sufren discapacidades que les impiden realizar las actividades de la vida diaria. Volvemos entonces a la tesis prin-

¿Cuándo se es viejo?

Cuando la autonomía para realizar quehaceres diarios se ve reducida.



⁷ *Salud, Bienestar y Envejecimiento* (SABE). Encuesta que realizaron en colaboración la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). OPS-BID, 1999.

Salud (de los mayores)



ausencia de discapacidades

cial, la salud en los mayores no implica ausencia de enfermedades, sino ausencia o limitación de discapacidades. Quizás éste sea el principal desafío para Argentina y otros países de Latinoamérica.

Trabajar sobre medidas simples, menos vinculadas a hospitales y servicios y más relacionadas a hábitos de vida saludables: menos alcohol y tabaco y más dietas ricas en frutas y verduras, menos sedentarismo y más actividad física adecuada y regular, menos soledad y más redes familiares y sociales, menos trabajo sectorial aislado y más actividades articuladas con otros sectores sociales.

Novedosos estudios realizados en nuestro país que investigan sobre percepción, utilización, satisfacción, redes de apoyo, etc. dan cuenta de la relación entre la percepción de salud de los mayores y diversos factores protectores y de riesgo. Es el caso de la *Encuesta de Condiciones de Vida* realizada por el SIEMPRO, en el año 2001, y la realizada por la Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, en el 2000. A modo de ejemplo es interesante observar las relaciones que se establecen entre la percepción de problemas de salud y el tipo de hogar en el cual viven las personas mayores. La mitad de los adultos mayores que viven solos manifiestan tener problemas de soledad, y sólo el 18% problemas de salud. El 66% de los que viven con familiares dicen tener problemas de salud, lo que refuerza el concepto de la familia como primera cuidadora de las personas de edad, ya que acuden a ellas cuando se sienten enfermos. A pesar de ello, no dejan de tener problemas de soledad o de entorno.

También, en lo referente a la percepción de problemas de salud por sexo se observan diferencias significativas. En general, son las mujeres las que manifiestan tener mayores problemas; sólo tres de cada diez mujeres dicen gozar de buena salud contra cuatro de cada diez varones.

Otra información interesante, proveniente del mismo estudio, refiere que el 12% de la población de personas mayores tiene problemas de salud relacionados con discapacidades, principalmente motoras y sensoriales, y que respecto del resto de problemas físicos, los relacionados con la vista y con la movilidad son los de mayor incidencia. Cabe advertir que la mayoría de ellos son prevenibles o controlables mediante acciones de muy baja complejidad y costo.

Esta nueva información que nos enseña sobre factores protectores y factores de riesgo es de suma utilidad a la hora de reconocer a la salud como un proceso que cambia a lo largo de la vida y que tiene como característica principal el mantenimiento de la autonomía.

La revisión de las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores de todo el mundo —enfermedad cardiovascular (cardiopatía coronaria), hipertensión, accidente cerebro vascular, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad músculo esquelética (artritis y osteoporosis), enfermedad mental (principalmente demencia y depresión) y ceguera y

alteración visual— nos reafirma la importancia de trabajar sobre los factores protectores y de riesgo.

La mayoría de ellas se relacionan muy directamente con estilos y condiciones de vida tales como el hábito de fumar, el sedentarismo, el estrés, los hábitos alimentarios. En cambio, tienen poca relación con los sistemas de atención médica o con la información que el propio sistema produce. Por eso, cabe recordar al Dr. Ramón Carrillo que ya en los años 50 afirmaba que “los gérmenes y las bacterias son simples causas de muerte al lado de la pobreza”.

Comprender el problema en la localidad

Abordar el problema de la salud de los mayores en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la salud de los mayores en la propia localidad, valorarla y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la salud de los mayores. Expliquen para cada caso:

- ¿Cómo se relaciona con la salud y por qué?
- ¿Cuáles son los pro y los contra de cada situación?
- ¿Qué otras alternativas hay en la localidad para promover la salud de los mayores?



Intervenir en la localidad

De acuerdo con el enfoque que venimos desarrollando la *participación* y la *prevención* surgen como dos aspectos claves al momento de pensar en intervenir frente al problema de la salud de los mayores.

La participación es un elemento básico para el desarrollo social. Si reconocemos el valor productivo y los aportes constantes que realizan las personas mayores, es necesario estimular la actividad de las mismas en el entorno o comunidades donde se encuentren. La inclusión social, la seguridad económica y la atención de la salud son reclamos válidos de los mayores.

Es necesario reconocer a las personas mayores no sólo como beneficiarias del desarrollo, sino como contribuyentes al mismo. Sus destrezas y conocimientos constituyen un capital social, que ninguna comunidad puede ignorar. Para ello

es necesario construir o desarrollar sistemas y estructuras de apoyo que promuevan su participación.

Las personas mayores integradas en la sociedad podrán participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que los afecten y compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes; podrán a su vez prestar servicios a la comunidad y realizar acciones de voluntariado apropiadas a sus intereses y capacidades y participar en movimientos o asociaciones de personas mayores.

Para que estos fines se logren y que las personas de edad, en ejercicio pleno de sus derechos, puedan alcanzar una real participación en todos los campos se deben desarrollar acciones dirigidas a minimizar los obstáculos que lo impiden o dificultan. La idea es compensar desventajas para igualar derechos. Sólo con estos logros estaremos hablando de una verdadera participación.

La posibilidad de participar está ligada a dos aspectos. La propia percepción sobre las capacidades existentes —donde los valores que la sociedad le asigna juegan un rol fundamental— y la información a la que tengan acceso para concretar esta participación. Una sociedad para todas las edades debe facilitar estas condiciones.

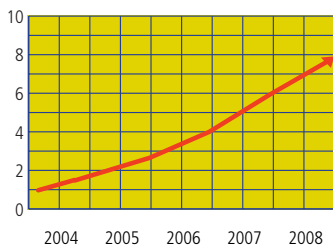
La prevención es otro de los elementos básicos para el desarrollo social. La oferta de servicios de salud presenta en nuestro país un matiz altamente asistencialista. Los esfuerzos están dirigidos a tratar la enfermedad más que a prevenirla y mucho menos a promover la salud. Son escasos los programas desarrollados en el campo de la prevención en pos de un envejecimiento activo y saludable.

Las acciones de prevención que se desarrollen sobre las futuras poblaciones envejecientes deben ser consideradas como una inversión en salud, teniendo en cuenta que un gran porcentaje de población mayor carecerá de cobertura alguna y estará a cargo del estado su atención. En este sentido, si se trabaja para el mejoramiento de las condiciones de vida y/o para evitar o demorar enfermedades y patologías específicas, especialmente en la población mayor de 80 años, se estaría pensando en asignar con mayor eficiencia los recursos del mañana. Teniendo en cuenta el porcentaje de mayores sin cobertura que aumentará significativamente en los próximos años, todas las acciones de prevención que se inicien en el presente van a tener un impacto económico importante en el futuro. En síntesis, las estrategias de prevención deben considerar el aumento progresivo de las personas mayores para evitar el quiebre de los sistemas de salud.

Cómo enfocar los posibles problemas de la salud individual y comunitaria

El establecimiento de un sistema integral de protección fundado en una visión de envejecimiento activo, que identifique roles y responsabilidades individuales y comunes y que involucre a todos los actores sociales, es la base para el

Mayores sin cobertura



desarrollo de estrategias y medidas tendientes a enfocar los problemas de salud individual y comunitaria. Los representantes en los niveles locales, regionales y nacional del sector público, el sector privado, las ONG, las Organizaciones de Mayores y la comunidad en su conjunto deben trabajar coordinadamente en pos de este objetivo común.

Se desarrollan a continuación las principales orientaciones estratégicas que se enmarcan en dos enfoques de intervención: *la disminución de riesgos a través de acciones preventivas* y *la prolongación de una vida sana*. Para ello se priorizarán algunas acciones en las siguientes líneas:

Atención Primaria de la Salud

- Aumentar la conciencia pública respecto de los beneficios reales para la sociedad de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo.
- Promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la comunidad, sobre la base de los principios del *Envejecimiento activo*
- Reconocer la capacidad de los mayores para decidir por sí y organizarse en la defensa de sus inquietudes e intereses.
- Organizar campañas y desarrollar programas sobre prevención primaria de la enfermedad, prevención de accidentes, prevención del tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.
- Promocionar hábitos saludables.
- Promocionar el ejercicio físico y deporte.
- Brindar apoyo legal y normativo para consolidar un sistema adecuado de seguridad vial que contenga medidas especiales para las personas mayores como peatones y como conductores.
- Impulsar programas que informen a las mujeres mayores sobre temas puntuales de salud.
- Impulsar la formación de recursos humanos en el área.
- Capacitar a proveedores de servicios de salud y profesionales de la salud.
- Promocionar un foro de debate anual sobre cuestiones ético-legales que surgen en la práctica socio-sanitaria con las personas mayores y publicar las conclusiones de los foros para difundir orientaciones en la materia.

Desarrollo de servicios comunitarios

- Promocionar el trabajo realizado por redes de apoyo.
- Brindar apoyo institucional a los esfuerzos realizados por Organizaciones no Gubernamentales.
- Impulsar y capacitar a las Organizaciones no Gubernamentales en el desarrollo de oferta de bienes y servicios.



Enfoques de intervención

1

Disminución
de riesgos
a través de acciones
preventivas

2

Prolongación
de una vida sana

Áreas en que deben priorizarse acciones

Atención primaria de la salud.
Desarrollo de los servicios comunitarios.
Cuidados domiciliarios.
Cuidados institucionales.
Salud mental.
Dependencia por discapacidad.

- Avanzar hacia una atención coordinada entre los servicios sociales y sanitarios
- Suprimir barreras arquitectónicas para facilitar el cuidado

Cuidados domiciliarios

- Impulsar medidas de prevención y de promoción de la salud fomentando el autocuidado y la prevención de las dependencias. Las personas mayores deben recibir información y asistencia para su propio cuidado
- Fomentar programas de atención domiciliaria que establezca las medidas necesarias de fomento para el cuidado de personas mayores dependientes en su hogar.
- Promocionar programas integrales de intervención, programas de respiro, programas de soporte psicológico.
- Proporcionar apoyo para que las organizaciones de personas mayores, grupos de cuidadores o grupos comunitarios puedan actuar como defensores de los derechos de las personas mayores.

Cuidados institucionales

- Introducir temas legales y éticos en los Planes de Formación, para incidir en la formación de profesionales, a fin de que ejerzan en todas las áreas del sector, los contenidos éticos y humanistas adquiridos.
- Promocionar Comités asistenciales de Bioética en los Centros residenciales gerontológicos de mayor entidad.
- Establecer mecanismos para la evaluación continua de la responsabilidad pública por la calidad, eficiencia y costo y efectividad de los servicios.

Necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad

- Promover la atención especializada a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, así como aquellas otras patologías que requieran una atención especializada.
- Priorizar estudios e investigaciones sobre prevención y atención, dentro de los Planes de las Administraciones Públicas, a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Brindar apoyo a programas e iniciativas que tengan por objeto la detección precoz y prevención de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Las personas de edad y las discapacidades

- Establecer medidas de apoyo a las personas mayores en situación de dependencia, con los programas existentes.
- Garantizar el acceso a los servicios de acuerdo con la necesidad.

La presente propuesta se incrementará con los aportes de los actores locales quienes conocen las dificultades y recursos de cada una de sus comunidades.

Recomendaciones generales y metodológicas

En consecuencia, a partir de los ejes de intervención propuestos, se consideran necesarias las siguientes características del proceso de intervención frente a los problemas de salud de los mayores:

- *Organización.* Implica asignar responsabilidades específicas y velar por la ejecución de las acciones, lo que supone cumplir con dos funciones, coordinación y administración.
- *Cooperación.* Implica la posibilidad de mejorar la eficacia de las acciones con la participación activa de todos los sectores y actores sociales.
- *Corresponsabilidad.* Sin ella, la responsabilidad quedaría centralizada, quedando difuso el grado de compromiso de los otros actores involucrados o interesados en la temática.
- *Comunicación.* Su carácter deficitario limita las acciones de sensibilización, difusión, transferencia, intercambio, capacitación, investigación. Es imprescindible reconocer las diferencias culturales que muchas veces se expresan en la relación médico paciente. También, la influencia de los medios masivos de comunicación.
- *Participación.* La participación verdaderamente activa es la que trasciende a la consulta y es capaz de generar consensos en el proceso de toma de decisiones que va desde el momento del diagnóstico hasta el de ejecución de las acciones.
- *Decisión.* Es el nexo entre el proyecto y la acción. Sin ella, los diseños, los modelos, las propuestas no pasan de ser meras producciones académicas.
- *Acción.* Es el resultado de algún tipo de decisión. Si la decisión tiende a la transformación de la realidad, la acción ha de ser coherente con ella. Para transformar la realidad es necesario cambiar las formas de hacer las cosas, cambiar las prácticas sociales.
- *Racionalidad.* Es una condición de la planificación estratégica. Sin ella, la acción es pura intuición.
- *Impacto.* Son los cambios o variaciones deseados en la población destinataria, necesarios de evaluar para saber si las acciones produjeron los resultados esperados.

A la luz de los nuevos enfoques sobre envejecimiento activo y saludable, será necesario que todos los actores sociales asuman nuevos roles y *viejas* responsabilidades. El Estado debe ejercer sus funciones indelegables en materia de protección social, a través de programas de ingreso universal y garantizar adecuados servicios de salud. La sociedad debe respetar sus derechos, valorizando la contribución que

Recomendaciones generales y metodológicas

Organización.
Cooperación.
Corresponsabilidad.
Comunicación.
Participación.
Decisión.
Acción.
Racionalidad.
Impacto.

han hecho en el desarrollo del país y el que pueden y siguen haciendo. Las familias deben seguir aportando sus cuotas de afecto y contención, reconociendo a la vez el invaluable aporte que los mayores siguen haciendo, particularmente en el cuidado de hijos y nietos. Y los propios mayores deben mantenerse informados para elegir y decidir mejor, en lo referido al autocuidado de su salud como en al participar de organizaciones basadas en la edad, ya que podrán incidir con más fuerza en los programas y políticas que los afectan, ingresos, salud, educación permanente, empleo, seguridad, transporte y vivienda. Con el compromiso de todos será posible avanzar hacia una sociedad para todas las edades.

Intervenir en la localidad

Para generar proyectos de intervención se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar una campaña de prevención de la salud de los mayores a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, entre otras posibilidades.

También se podrá organizar un proyecto de prevención a partir de la indagación acerca de qué factores son saludables, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende su disponibilidad. Se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar crecientemente saludable para los mayores. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.



Implicaciones para políticas públicas*

El grupo de adultos mayores es objeto hoy en día de innumerables discusiones en el plano económico y social de la mayor parte de los países occidentales. El proceso de envejecimiento acelerado de la población es una preocupación para los que toman decisiones de políticas que permitan enfrentar el problema que acarrea una población, que a medida que envejece, se transforma en una carga para el sector productivo. Los sectores sociales, en especial el de salud, es uno de los más afectados por el fenómeno demográfico de la ve-

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

jez. En eventos de carácter internacional y regional de las Américas se ha abordado con profundidad la situación de los adultos mayores y se han hecho recomendaciones muy amplias e integrales a los gobiernos, por lo cual se recomienda revisar este tipo de materiales, algunos citados en el capítulo que nos ocupa.

A pesar de que Argentina es uno de los países con mayor trayectoria histórica de políticas de beneficio social para los pensionados, debido a las recientes crisis económicas, en la actualidad, se impone la necesidad de analizar el problema profundamente. Como muy bien lo señala este capítulo, la pobreza es más notoria en el grupo de envejecientes y por lo consiguiente es un determinante mayor de salud en este grupo.

El nivel municipal no escapa a la necesidad de discutir a fondo las implicaciones que para las políticas públicas tiene la atención de los adultos mayores en sus territorios. Algunas de las implicaciones son las siguientes:

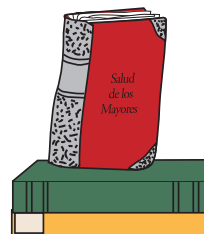
- 1) Las políticas públicas de atención a la vejez son definitivamente políticas de protección social integrales que contemplen lineamientos claros sobre acciones en la provisión de servicios de salud y otros servicios sociales. No hay que olvidar que el principal problema de la vejez es la soledad.
- 2) El Estado debe asumir la responsabilidad de la atención de los problemas urgentes de los adultos mayores, ya sea en la esfera de la enfermedad, como también en las de otras carencias sociales. Las políticas nacionales deberán ser analizadas y adaptadas a las realidades locales vigilando que los beneficios sociales cubran con equidad a los grupos de mayores más vulnerables.
- 3) Las políticas de género son prioritarias para ser aplicadas en este grupo de población, puesto que, como está también señalado en el capítulo, las mujeres superan en número y en desprotección de beneficios a los varones.
- 4) Las áreas específicas que ameritan discusiones y recomendaciones en el tema de los mayores son diversas y abarcan múltiples sectores. Como ilustración, enumeramos algunas de las más relevantes:
 - 4.1. Vivienda. Las necesidades no sólo se limitan a disponer de una vivienda digna sino también a la adecuación de las viviendas para evitar accidentes, como es el estudio de barreras arquitectónicas.
 - 4.2. Alimentación y nutrición. Los mayores con mucha frecuencia se desnutren por las carencias de alimentos, pero también por la ausencia de quien les prepare los alimentos. En Israel, por ejemplo, una de las políticas es la de asegurar que todo anciano reciba una comida caliente al menos una vez al día, la cual les es distribuida en los sitios de concentración de trabajo, casa-día o en el domicilio.

- 4.3. Transporte. No sólo son deseables los descuentos y o gratuidad en estos servicios sino también la adecuación de horarios y de facilidades mecánicas.
 - 4.4. Discapacidad. Las políticas para discapacitados en general, de cualquier grupo de edad deben ser adaptadas al grupo de mayores.
 - 4.5. Medicamentos. La provisión de medicamentos gratuitos o a bajo costo es esencial en los adultos mayores que con mayor frecuencia requieren de tratamientos permanentes para enfermedades crónicas.
 - 4.6. Servicios de salud. Deben ser accesibles y con cobertura total. La ubicación de los servicios es importante, para lo cual deben hacerse estudios de la ciudad para identificar los lugares donde viven la mayoría. En el Distrito Federal de México, por ejemplo, un estudio mostró que los ancianos vivían más en los barrios centrales más antiguos y los servicios de salud se ubicaban más en las áreas suburbanas y periféricas de difícil acceso para ellos.
 - 4.7. La atención a la salud oral es prioritaria en adultos mayores. Los problemas de la falta de dientes es otra de las causas de malnutrición en este grupo.
 - 4.8. La salud mental requiere también de especial interés en este grupo de población. Los problemas depresivos y psico-afectivos con los consiguientes peligros de suicidio, deben tener la más alta prioridad.
 - 4.9. Las políticas de desarrollo urbano deben tener en cuenta las necesidades especiales de los adultos mayores, idealmente deberían participar en la discusión de planes locales. Esto incluye la utilización de espacios públicos, parques, etc.
 - 4.10. Violencia. Es un grupo altamente vulnerable al abuso y la violencia. Las políticas en esta área deben considerarlos con especial atención. La discusión involucra los sectores de justicia y salud.
- 5) El empoderamiento como “proceso de acción social” de carácter político es especialmente importante en el grupo de adultos mayores. Del trabajo que se ha realizado en muchos países en este campo, se ha enriquecido mucho el proceso y las prácticas que empoderan. Las políticas que estimulen la participación y el empoderamiento son relevantes.
 - 6) La búsqueda de la relación intergeneracional es muy enriquecedora para los grupos de mayores y de jóvenes. Las actividades que los unan, especialmente a adolescente y adultos mayores, enriquecen ambos grupos.

- 7) Una implicación de política es definitivamente el abordaje ético del problema de la dependencia de los adultos mayores. Es recomendable iniciar una nueva área de bioética del envejecimiento.

Bibliografía consultada

- Engler, T. A. y Peláez, M. B. *Más vale por viejo: Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- FLACSO/GAO. Proyecto *La Casa de la Ciudadanía y de los Vecinos*. Buenos Aires, 1995
- IMRSO. *Revista sesenta y más*. Publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2002. Número 204.
- IMRSO. Plan de acción para las personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría general de asuntos sociales. Instituto de migraciones y servicios sociales. Madrid. 2003-2007
- Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Tercera Edad y Acción Social. *Informe sobre la Tercera Edad en Argentina*. Buenos Aires, 2001.
- Naciones Unidas. *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Mejoramiento de la salud y el bienestar en la vejez: en defensa del envejecimiento activo*. Madrid, 2002.
- Naciones Unidas. *Plan de Acción. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, Madrid, 2002.
- OMS-OPS. *Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS. Envejecimiento Activo: Un marco político". Aporte a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento*. Madrid, 2002.
- Poggiese, H. *Metodología FLACSO de Planificación gestión*. Buenos Aires, FLACSO, 1994. Serie de Documentos e Informes de Investigación N° 163.
- Poggiese, H. "Planeamiento y Participación". Buenos Aires, 1991.
- Proyecto FONDEF. *Evaluación Funcional del Adulto mayor. Manual de Aplicación, desarrollo de un instrumento para detección de riesgo de pérdida de funcionalidad en el adulto mayor*. Chile, EFAM, 2003.
- SIEMPRO. *Procesamientos especiales. Encuesta de Condiciones de Vida 2001*. Buenos Aires, 2003.





Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre salud de los mayores.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la salud de los mayores*, le sugerimos los siguientes títulos:

Engler, T. y Peláez, M. *Más vale por viejo*. Washington DC, BID-OPS, 2002.

El libro desarrolla las temáticas fundamentales de las personas mayores incluyendo los aspectos de salud, política social, condiciones de vida, y tendencias demográficas.

El marco conceptual se inscribe en el envejecimiento exitoso y se desarrollan especialmente los casos de Argentina, Chile y Uruguay.

Monk, A. *Actualización en Gerontología*. Buenos Aires, Asociación Gerontológica Argentina, 1997.

Luego de pasar revista por las teorías gerontológicas y las tendencias de estudio actuales sobre la temática, el Dr. Monk desarrolla las cuestiones que para él son más significativas en la problemática gerontológica. La segunda parte del libro aporta elementos que instrumentan al lector para intervenir frente al problema de la salud de los mayores.

Bazo, M.T. (coordinadora), *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 1998.

Este volumen colectivo incluye tres capítulos de especial importancia sobre la vejez: Demografía, Sociología, y Política sociosanitaria.

Si bien hace referencia a la Unión Europea y, muy especialmente, a España, el contenido conceptual justifica su lectura. Es de especial interés la bibliografía comentada, anexa al final del mismo.

VVAA. *Informe sobre la Tercera Edad*. Buenos Aires, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, 2001.

Volumen colectivo que desarrolla las cuestiones más significativas sobre la vejez en Argentina. Los autores —Julietta Oddone, Leopoldo Salvarezza, Roberto Barca, Jorge Paola, Zulma R. de Lattes, Carlos Vasallo, entre otros— son expertos de reconocido prestigio y trayectoria en el tema.

CEPAL, *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo N° 28*. Santiago de Chile, José Miguel Guzmán, 2002.

El documento da cuenta del envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe. Describe la situación de los mayores en el actual contexto de pobreza, inequidad y baja cobertura de los sistemas de seguridad social. Analiza las transferencias hacia los adultos mayores de los sistemas de seguridad social, en particular, los procesos de reformas de la salud. Dedicar un capítulo a la familia como estructura de apoyo a los adultos mayores.

Diálogos 2020. *El futuro del Envejecimiento*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.

Esta publicación recoge las intervenciones y conclusiones de cada una de las mesas que han integrado los Diálogos 2020 sobre el futuro del envejecimiento en la última Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid.

El reconocimiento del envejecimiento en los países emergentes, la necesidad de adecuar las políticas públicas y el entendimiento de que la prolongación de la vida es un éxito de nuestra sociedad son conceptos comunes en las reflexiones y debates.

La necesidad de asignar más recursos a los mayores, de incrementar la protección social y de las políticas articuladas entre Estado, Sector Privado y Sociedad Civil son recomendaciones presentes en este documento.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que permitan *intervenir frente al problema de la salud de los mayores*, le recomendamos:

Monk, A. *Actualización en Gerontología*. Buenos Aires, Asociación Gerontológica Argentina, 1997.

En la segunda parte, el libro se centra en un análisis crítico de los servicios disponibles para personas mayores. Se destaca una visión prospectiva con relación a lo que en el futuro pudiese ocurrir.

Lombardi, M.C. (compiladora), *Manual de Cuidadores Domiciliarios*. Buenos Aires, Secretaría de Tercera Edad, Ministerio de Desarrollo Social, 2003.

Este manual contiene artículos sobre todas las temáticas de interés en los servicios de atención domiciliaria. Distintos autores tratan temas vincula-

dos a la gestión de servicios, aspectos sociales, biológicos, psicológicos y los propios de la atención y cuidados a las personas mayores.

Salvarezza, L. (compilador). *La Vejez*. Buenos Aires, Paidós, 1998.

Esta compilación de artículos contiene una miscelánea de cuestiones fundamentales de los estudios sobre la vejez. Cada uno de los temas ha sido desarrollado por un especialista de reconocido prestigio en la temática. Este libro puede ser leído como una introducción global a la temática gerontológica o puede recurrirse a cada uno de los artículos como una actualización experta.

Heumann, J. F. y Boldy, D. P. (editores). *Envejecer dignamente en la comunidad*. Soluciones internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes. Madrid, Fundación Caja de Madrid, 1995.

El texto define y analiza una serie de programas internacionales destinados a ofrecer ayuda a las personas mayores frágiles o de recursos económicos limitados. Se centra en la población mayor que busca alternativas a la institucionalización y desea envejecer en su entorno con adecuada prestación de servicios.

Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. *Gestión de Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor*. Gobierno de Chile, OPS-OMS, Comité Nacional para el Adulto Mayor.

Este manual está orientado a capacitar al personal para que pueda desarrollar la funcionalidad a lo largo del todo el ciclo vital. Está especialmente dedicado al personal de enfermería, pero es de utilidad para todo el equipo interdisciplinario. Los principales temas abordados son: impacto social y económico de los cuidados del adulto mayor, factores protectores del envejecimiento saludable y gestión de cuidados del adulto mayor en domicilio, hospitalizado y en instituciones de larga estadía.

Naciones Unidas. *Plan de Acción*. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid, 2002.

Este documento reseña lo acordado en la 2da. Asamblea Mundial del Envejecimiento organizada en Madrid en el año 2002. Su estilo conciso y operativo lo convierte en un material de consulta obligatorio para todo desarrollo de políticas vinculadas a las personas mayores.

Datos útiles

Organización Panamericana de la Salud (OPS)	http://www.paho.org
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	http://www.iadb.org
Help Age International	http://www.helppage.org
Red Tiempos	http://www.redtiempos.org
Información de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento – Madrid-2002.	http://www.foroenvejecimiento.org
Instituto Internacional sobre el Envejecimiento	http://www.inia.org.mt
Red Latinoamericana de Gerontología	http://www.gerontologia.org
IMSERSO – España	http://www.seg-social.es
Dirección General de la Tercera Edad. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA).	http://www.delosgrandes.com.ar
Información sobre Envejecimiento. Naciones Unidas.	http://www.un.org/esa/socdev/ageing
Información sobre Abuso y Maltrato a las Personas Mayores	http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/oldrep1.htm



Atención socio-sanitaria a personas mayores.	http://www.matiaf.net
Web de los mayores de España	http://www.clubestrella.com
Web con información de mayores	http://www.generations-canconnet.ic.gc.ca
Temas referidos a salud. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe.	http://www.americas.health-sector-reform.org
Información gerontológica y geriátrica. Listado de Instituciones Geriátricas.	http://www.portalgeriatrico.net
Environmental Alliance for Senior Involvement. (EASI) Referido a la participación de los mayores en el cuidado del medio ambiente.	http://www.easi.org
Red para el desarrollo de los Adultos Mayores.	http://www.redadultosmayores.com.ar
Dedicado a la Tercera Edad. Servicios. Información.	http://www.portaltercera.com.ar

Enfermedades Crónicas
no Transmisibles

Enfermedades Crónicas no Transmisibles*

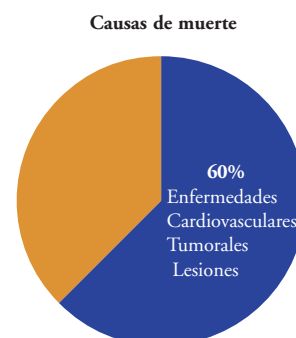
Aún cuando las enfermedades transmisibles y, específicamente, las emergentes o re-emergentes como el dengue, la tuberculosis, las hepatitis, el síndrome urémico hemolítico, las infecciones nosocomiales o la infección por VIH continúan siendo un problema, las enfermedades crónicas ganan posición en las estadísticas de la muerte en la Argentina.

En la segunda mitad del siglo pasado hemos ingresado en el proceso conocido como *transición epidemiológica*, con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como principales causas de muerte¹. La transición epidemiológica es un concepto que se acuñó hace más de 30 años y que sirve para entender la dinámica de la salud de las poblaciones. Este término se refiere a un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte.

Las características principales de este proceso son el desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad más avanzada y un cambio en las causas de muerte con un predominio de las enfermedades no transmisibles. Los mecanismos son, principalmente, la aparición de factores de riesgo relacionados con el proceso de desarrollo y urbanización, la disminución de la fecundidad y el mejoramiento de las tasas de letalidad.

Esta situación exige políticas y normas pero, sobre todo, acciones rápidas y efectivas con participación de la comunidad dirigidas a controlar estos eventos y sus factores de riesgo. Las enfermedades cardiovasculares, tumorales y las causadas por lesiones conforman el 60% de las causas de muertes de nuestro país ocurridas en un año; sin embargo, hay muchas otras como depresión, tabaquismo, diabetes u obesidad que no son codificadas en el certificado de defunción pero que coexisten con las anteriores.

Este material pretende constituirse en una guía para el abordaje de la vigilancia y prevención de las ENT en los niveles locales, específicamente para



* Dra. Zulma Ortiz. Academia Nacional de Medicina.

¹ Brownson R, Smith C, Jorge N, Dean C, Deprima L. *Controlling cardiovascular disease: the role of the local health department*. Am J Public Health, 1992. Ministerio de Salud/OPS/OMS. *Indicadores Básicos Argentina 2002*, en <http://www.ops.org.ar/>

aquellos que han adoptado la estrategia de Municipio Saludable. El contenido describe algunos antecedentes sobre la falta de información estructurada como un sistema de vigilancia para las ENT y factores de riesgo. Plantea algunas estrategias para abordar la problemática y sugiere algunas fuentes de información y evidencia científica que pueden ser consultadas al momento de implementar un sistema de vigilancia o intervenciones para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.

Comprender el problema

Vigilancia de la salud

En las últimas décadas hubo un aumento en la evidencia científica sobre la efectividad de las medidas de prevención en el ámbito comunitario. Sin embargo, sólo con la disponibilidad de ese tipo de evidencia no se pueden implementar medidas de prevención, ya que es necesario poseer datos e información local, válida y confiable que permita seleccionar la intervención apropiada y monitorear los resultados que se obtienen a partir de la misma. La conformación, bajo criterios claramente establecidos, de sistemas de información como sistemas de vigilancia de la salud es una estrategia coherente para solucionar los vacíos de información existentes.²

La *vigilancia* se define como la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión, en forma sistemática y continua para el planeamiento, implementación y evaluación de las prácticas de salud pública. Otras maneras de definir la vigilancia son: “actitud de alerta responsable” o “información para la acción”. Estas definiciones implican que las actividades de vigilancia deben estar íntimamente relacionadas con intervenciones o prácticas de salud pública que incluyen las actitudes o comportamientos de la población frente a un problema. Por otro lado, estos sistemas deben ser dinámicos y adaptarse continuamente a las necesidades de la comunidad.

En los años cincuenta, la vigilancia comenzó a utilizarse para describir las tendencias de ciertas enfermedades infecciosas en la población. A partir de los años setenta, las técnicas de vigilancia se comenzaron a aplicar a aspectos más amplios de las enfermedades, incluyendo algunas ENT, que no eran incluidas

Vigilancia

Vigilancia se define como:

- Recolección de datos.
- Análisis.
- Interpretación.
- Difusión.

Propósito

- Planeamiento.
- Implementación.
- Evaluación.

² Ministerio de Salud de la Nación, CEDES. *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Versión Argentina*, en http://www.direpi.vigia.org.ar/no_transm/encuesta.pdf Organización Panamericana de la Salud. *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones 2001*.

En <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCNVIO/guidelines.htm>

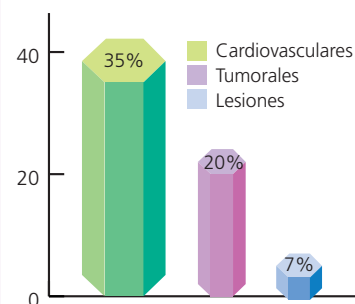
hasta ese momento, como cáncer, enfermedades cardiovasculares o malformaciones congénitas. En la Argentina, al igual que en muchos países de Latinoamérica, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha sido diseñado teniendo en cuenta, sobre todo, las enfermedades transmisibles; no habiéndose consolidado aún el de las ENT.

Actualmente, la única fuente que tenemos para conocer los principales problemas en relación con las ENT es a través de las defunciones. Las enfermedades cardiovasculares representan el 35% de las muertes totales, los tumores ocupan el segundo lugar en frecuencia, con un 20%, y las lesiones representan el 7% del total de las muertes.

Las *enfermedades cardiovasculares* se refieren a una variedad de enfermedades que afectan el corazón y el árbol vascular. Dentro de ellas, las que tienen mayor impacto en la mortalidad son la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebro vascular y la insuficiencia cardíaca. En el año 2000, representaron la primera causa de mortalidad (35% del total), con una tasa bruta de 247,07 x 100.000 habitantes. Al comparar las tasas ajustadas, según distribución geográfica, se observa que en la década 1990-2000, la ciudad de Buenos Aires, la provincia de Buenos Aires y la de Córdoba fueron las jurisdicciones con mayor riesgo de muerte por insuficiencia cardíaca. Por otro lado, Corrientes, Chaco y Santa Fe fueron las que presentaron mayor riesgo de muerte por accidente cerebro vascular y, finalmente, Córdoba, Mendoza y La Pampa presentaron las mayores tasas de mortalidad ajustadas por enfermedad coronaria.

Los *tumores* constituyeron la segunda causa de muerte con una tasa bruta de 149,85 x 100.000 habitantes, para el año 2000. Las tasas son mayores en hombres que en mujeres y se han mantenido estables en la última década. En lo que se refiere a las distintas localizaciones, pulmón y mama ocupan los dos primeros lugares. En el sexo masculino, las que predominan son pulmón y próstata; en el sexo femenino las más frecuentes son mama y colon. En las mujeres, aunque no ocupa los primeros lugares, se observa una tendencia creciente de los tumores de pulmón y páncreas, probablemente relacionado con el creciente hábito de fumar en este grupo. Las provincias de la región del sur, que en el año 2000 presentaron las mayores tasas ajustadas de mortalidad por cáncer fueron Santa Cruz, Chubut y La Pampa.

Las *lesiones* son el daño físico producido en el cuerpo, por desprendimiento súbito de energía —mecánica, eléctrica, química, térmica o radioactiva— o la falta de elementos esenciales tales como oxígeno o calor³. Se producen



³ Teutsch S.M. and Churchill R.E. *Principles and practice of public health surveillance*. Nueva York, Oxford University Press, 2000.

cuando las capacidades de respuesta del individuo resultan inadecuadas frente a las demandas de un medio determinado — como el trabajo, los transportes o las actividades cotidianas— esto es, cuando se crea un desequilibrio entre el potencial del organismo y las exigencias del medio. No se trata de un acontecimiento al azar, sino de un hecho con determinantes definidos. Por todas estas razones, lesiones es un término que ha reemplazado al término accidente. Se las clasifica como *lesiones no intencionales* o *intencionales*. Las primeras incluyen los previamente conocidos como accidentes —de transporte y otros— y las lesiones intencionales refieren a los homicidios y suicidios. Los suicidios están entre las primeras 10 causas de muerte en los grupos de 10 a 74 años y los homicidios, en los de 1 a 44 años. En el año 2000, las muertes por lesiones representaron el 7% de las causas de muerte en toda la población, con una tasa de mortalidad 51,37 x100.000 habitantes. Por otro lado, al afectar primordialmente a grupos de edad más jóvenes, tuvieron un gran impacto en la mortalidad prematura. Con respecto al tipo de lesiones, casi el 60% de las muertes fueron por lesiones no intencionales y, de éstas, el 40% por accidentes de transportes. En todos los tipos de lesiones, las tasas fueron mayores en el sexo masculino.

Si bien estas tres enfermedades tienen un peso estadístico confirmado por el certificado de defunción, son consecuencia de una compleja red de determinantes biológicos, estilos de vida, conductas no saludables y situaciones políticas-económicas-sociales que se consideran factores de riesgo. Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento de la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido. En tanto pueden caracterizar al individuo, la familia, la comunidad o el medioambiente, cabe preguntarse *qué y cómo vigilar*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un modelo progresivo de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que considera tres momentos⁴:

- vigilancia del pasado, a través del análisis de la mortalidad,
- vigilancia del presente, que registra enfermedades,
- vigilancia del futuro, que se concentra en los factores de riesgo.

Actualmente, vigilar los factores de riesgo es considerada la prioridad en lo que se refiere a vigilancia de ENT. Los factores de riesgo son frecuentes, tienen múltiples consecuencias en la salud, son vulnerables y poseen un potencial impacto en la salud de la población cuando son intervenidos precozmente.

⁴ World Health Organization. WHO *Global NCD Risk Factor Surveillance Strategy*, en <http://www.who.int/ncd/surveillance/>

Vigilancia progresivo de vigilanciade ENT propuesto por la OMS

Del pasado

Análisis de la mortalidad

Del presente

Registro de las enfermedades

Del futuro

Análisis de los factores de riesgo

En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*⁵ publicado por la OMS, se menciona que diez factores de riesgo son responsables de la tercera parte de la mortalidad mundial. Estos factores de riesgo son diferentes según la región. En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, los principales son el alcohol, la hipertensión arterial, el tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la dieta inadecuada. Habitualmente ocurre que existe interacción entre varios factores de riesgo y eso aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos, por ejemplo, la inactividad física junto con la dieta inapropiada y el tabaco pueden explicar el 75% de las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, un mismo factor, como el tabaco, puede aumentar la posibilidad de varios tipos de enfermedades, tal es el caso de las cardiovasculares, tumores o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).



Relación entre factores de riesgo y principales enfermedades crónicas no transmisibles

Factor de Riesgo	Condición			
	Enfermedad cardiovascular	Diabetes	Cáncer	EPOC
Tabaco	X	X	X	X
Alcohol			X	
Nutrición	X	X	X	X
Inactividad física	X	X	X	X
Obesidad	X	X	X	X
Presión arterial alta	X	X		
Glucemia elevada	X	X	X	
Colesterol elevado	X	X	X	

Fuente: World Health Organization. WHO Global NCD Risk Factor Surveillance Strategy

⁵ World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana, en <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>

Modelos de vigilancia

Las fuentes de datos pueden ser primarias o secundarias. Las estadísticas vitales —certificado de nacimiento, de defunción, egresos hospitalarios, información de aseguradoras de los centros de salud, entre otros— son ejemplos de fuentes secundarias generadas con un fin distinto de la vigilancia pero que pueden ser utilizadas a tal efecto. Las fuentes primarias, en cambio, tienen propósitos específicos para la vigilancia, por ejemplo, los registros, las unidades o sitios centinelas, las encuestas y las investigaciones. A continuación se describen algunos de ellos:

- *Registros.* Se definen como el reporte individual de todos los sujetos afectados por una condición o enfermedad. Su objetivo es disponer de información detallada sobre el evento. La aplicación más frecuente es para los tumores.
- *Unidades centinela.* Éstas se describen como una actividad intensiva de vigilancia de una patología, desde una o más unidades de atención de la salud, por ejemplo, un hospital o centro de salud. Su principal objetivo consiste en obtener, de manera eficiente, información detallada y de calidad sobre la patología seleccionada. Su mayor utilidad se ve en patologías como la hipertensión arterial, lesiones intencionales y no intencionales, epilepsia, etc.
- *Encuestas periódicas.* En este tipo de estrategia, la información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, con una periodicidad preestablecida. Son de gran utilidad para conocer la prevalencia y tendencia en el tiempo de factores de riesgo y ENT.

Comprender el problema en la localidad

Abordar el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando” en términos de la salud de la comunidad. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre el problema de estas enfermedades en la propia localidad, dimensionarlo y proponer alternativas.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones que se puedan vincular con el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles. Expliquen para cada caso:

- ¿Por qué son un problema para la comunidad?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo en cada caso?
- ¿Qué alternativas hay para encarar el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles en la localidad?



Intervenir en la localidad

Prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo

Dos son las estrategias básicas de la prevención: la *estrategia poblacional* y la *estrategia de alto riesgo*. La estrategia poblacional busca realizar intervenciones en la población general pretendiendo que toda ella se desplace hacia una situación más favorable. La estrategia de alto riesgo, en cambio, busca identificar grupos con riesgo elevado y realizar en ellos acciones más intensivas.

Por ejemplo, un programa para disminuir ligeramente el consumo de grasas en la dieta dirigido a la población general —estrategia poblacional— desplazaría los niveles séricos de colesterol de la población hacia valores inferiores, pudiendo lograr menores índices de obesidad, menores niveles séricos promedio de colesterol y un importante impacto en la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y metabólicas.

La utilización de la estrategia de alto riesgo buscaría, en cambio, identificar a los obesos, diabéticos, dislipémicos o con enfermedad vascular incipiente tratando de lograr en ellos una disminución importante del consumo de grasas, y, de esta forma, lograr que este grupo de individuos se desplace hacia una posición de menor riesgo. Al utilizar la estrategia poblacional no sólo se beneficiarían los de mayor riesgo, porque aquellos por debajo del límite de riesgo —siempre arbitrario— también se alejarán de este límite hacia una posición más segura.

Los programas de prevención sustentados en estrategias poblacionales tendrán su mayor soporte en actividades y acciones realizadas fuera de los servicios de salud o en etapas prehospitalarias de los sistemas de salud. Los servicios de salud deberán, entonces, acompañar y apoyar estos programas con contenidos técnico-científicos y con una oferta adecuada a estas actividades de prevención.

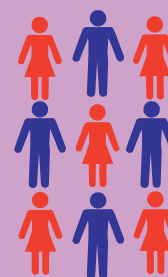
Ambas estrategias no son antagónicas y, de hecho, se complementan. Un adecuado estudio de cada situación ayudará a determinar la o las estrategias a utilizar en cada caso. Contar con una base informativa sobre el rol de los diferentes factores de riesgo, la distribución de estos factores en la población, las condiciones del contexto, los posibles impactos poblacionales a los diferentes cambios viables y la construcción de escenarios prospectivos resultará decisivo para el éxito de los programas de prevención. En esta etapa, el rol de la epidemiología como cuerpo de métodos de apoyo a la salud pública y utilización en todos los niveles —nacional, provincial o local— es trascendental.

Estrategias metodológicas

La vigilancia en salud pública de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere la participación de diferentes sectores de la administración públi-

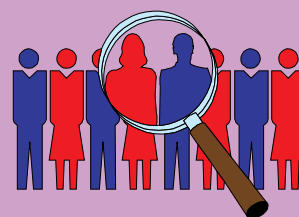
Estrategias básicas de prevención

Estrategia poblacional



Interviene en la población en general en busca de una situación más favorable.

Estrategia de alto riesgo



Identifica grupos con riesgo elevado para realizar acciones más intensivas.

ca, del sector privado y de la sociedad civil en la solución de los problemas que afronta. Debe constituirse en un mecanismo que oriente la gestión de todos los sectores decisorios y movilice las respuestas institucionales y sociales. En la región de las Américas, Estados Unidos cuenta con un sistema de vigilancia para factores de riesgo totalmente desarrollado, mientras otros países, con distintos grados de avance, están intentando un camino similar. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) encabezó un esfuerzo continental por definir un modelo que fuera útil para la región, científicamente riguroso y apto para brindar información confiable y oportuna sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, conciente del desafío pero también del beneficio que significa contar con información, adoptó la decisión de implementar un sistema de vigilancia que sea complementario a la actual notificación obligatoria de enfermedades predominantemente infecciosas. Designó al Programa VIGI+A como coordinador de esta iniciativa y convocó a varias instituciones para lograr sensibilizar a la población respecto de los factores de riesgo, los hábitos saludables y la necesidad de una actitud de alerta responsable sobre su salud y la de su comunidad. Un conjunto de actores representantes de organizaciones no gubernamentales tales como sociedades científicas, asociaciones civiles, instituciones académicas y del propio Ministerio, bajo la denominación de *Comisión de Enfermedades No Transmisibles*, definieron un plan estratégico para hacer frente a la situación.

La Dirección de Epidemiología desarrolla los procesos de vigilancia en salud pública, coordinando en el ámbito nacional las estrategias de vigilancia, esto es, recoge, procesa, analiza y difunde la información recolectada. Asimismo, participa en las actividades de orientación y retroalimentación del sistema. Además, presta asistencia técnica a las entidades departamentales para el adecuado funcionamiento de la vigilancia en salud pública.

A nivel departamental se recoge y consolida la información de los municipios del departamento, se analiza el comportamiento de los diferentes eventos y se envía la información al nivel inmediato superior. Los municipios deben registrar los eventos de salud pública bajo vigilancia, dependiendo de su capacidad el procesamiento y análisis de la información local.

Todo lo anterior se aplica para las enfermedades transmisibles, ya que salvo por algunas excepciones se puede decir que no existe un sistema de vigilancia para ENT para ninguno de los niveles —nacional, provincial o local—. Frente a esta situación y si se decidiera implementar un sistema de recolección sistemática de información, antes se debería completar esta guía de elementos que deben tenerse en cuenta al momento de implementar una estrategia de vigilancia para ENT y/o factores de riesgo.

Elementos que deben tenerse en cuenta al momento de implementar una estrategia de vigilancia para ENT y/o factores de riesgo

- Magnitud del daño a la salud.
- Gravedad o severidad del daño.
- Vulnerabilidad del daño ante las acciones de prevención.
- Asociación con factores de riesgo modificables, factores condicionantes y factores protectores.
- Grupos de alto riesgo.
- Impacto potencial de las intervenciones sobre los factores de riesgo, factores condicionantes y factores protectores.
- Compatibilidad de intervención sobre factores de riesgo, factores condicionantes y factores protectores, comunes para varios eventos.
- Costos y la factibilidad de las intervenciones.

También sería conveniente consultar con los diferentes niveles para consensuar estrategias, aprovechar recursos y evitar la duplicación de esfuerzos.

Los tres últimos puntos de la guía necesariamente deben tener una perspectiva local, ya que no es suficiente la disponibilidad de información o evidencia científica que sustente la efectividad de la intervención. A esto hay que agregarle una discusión que busque consenso sobre aspectos éticos, culturales y económicos y que defina la realización o no de la intervención.

En las últimas décadas ha habido una explosión de información que hizo difícil muchas veces la selección e implementación de intervenciones. Para contrarrestar esta dificultad, existen organizaciones que pueden facilitar el acceso, el análisis e interpretación de los resultados de evidencia científica y su aplicación en el ámbito local. El Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires es un nodo de la Red Iberoamericana de la Colaboración Cochrane. Esta última es una organización sin fines de lucro que se dedica a producir revisiones sistemáticas, es decir, una síntesis de todo lo publicado sobre un tópico determinado. Por ejemplo, si se está interesado en saber cuál es la evidencia científica sobre las intervenciones que reducen el consumo de tabaco, se podrá elegir entre consejos para dejar de fumar, sustitución nicotínica, acupuntura, ejercicio físico o tratamiento antidepresivo y ansiolítico. Cada una de estas intervenciones está apoyada en investigaciones que pueden o no ser concluyentes y para definirlo necesitará de *expertos* en el área que lo ayuden a interpretar esos resultados para saber si son aplicables o no en el ámbito local. Lo importante, más allá de la consulta con expertos, es la conciencia de que no todo lo que se publica es aplicable a la

Consulta con expertos

No todo lo que se publica es aplicable a la comunidad, entre toda la información disponible se debe seleccionar la más conveniente y solicitar que expertos en el área correspondiente asesoren al respecto.

comunidad y, además, que se debe seleccionar la información más conveniente entre la gran cantidad disponible.

¿Cuáles serían los actores claves para los municipios? En diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se podrá encontrar información útil al momento de implementar un sistema de vigilancia o intervenciones para la prevención de ENT y sus factores de riesgo. Si se está interesado en las enfermedades cardiovasculares se puede consultar dentro de la actual Dirección de Programas Sanitarios, el área de Promoción y su equivalente en el Programa VIGI+A. Si la preocupación son los tumores, también en esta dirección se encontrará información sobre los diez registros provinciales con base poblacional que están funcionando en nuestro país, apoyados por organismos internacionales como la Asociación Internacional de Registros de Cáncer, organización que determina y aconseja pautas básicas para la conformación y validación de registros de tumores.⁶

Si se necesita información y/o recursos para vigilar las lesiones, el Programa VIGI+A cuenta con ambas para apoyar emprendimientos que deseen abordar la problemática. En el último año se ha desarrollado un plan para la vigilancia de lesiones en coordinación con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), que incluye un instrumento que se está validando en varias provincias de nuestro país. Es de esperar que por ser el VIGI+A un programa con financiamiento externo con una finitud de tiempo y recursos, las capacidades queden instaladas en la Dirección Nacional de Epidemiología.

Otro interés puede ser el de realizar una encuesta de factores de riesgo que incluya diferentes aspectos y enfermedades de las que obtener información. El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en colaboración con la Secretaría de Salud Pública de Tierra del Fuego, la Dirección de Estadística provincial, el Instituto Nacional de Censos y Estadísticas (INDEC) y bajo la coordinación del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) se unieron para validar y adaptar la encuesta de factores de riesgo desarrollada por la OPS. El objetivo fue contar con una herramienta útil para el diagnóstico y monitoreo de los factores de riesgo a los cuales se les atribuye el 50% de la mortalidad. La adaptación de este modelo fue el resultado de un proceso de consulta y construcción de consenso con sociedades científicas, entidades académicas y expertos. La encuesta incluye catorce módulos temáticos y releva información sobre aspectos de la salud general, consumo de tabaco, presión arterial, actividad física, peso corporal, alimentación, colesterol, consumo de alcohol, diabetes, ser-

⁶ World Health Organization. *National cancer control programmes report*. En <http://www.who.int/cancer/publications/en/>

vicios preventivos, acceso a la atención médica, prevención de accidentes y datos sociodemográficos y de condiciones de vida. La encuesta tiene alrededor de ochenta preguntas cerradas. Las preguntas son formuladas personalmente a cada encuestado en un tiempo aproximado de veinticinco minutos.

Finalmente, la salud mental es un problema que requiere de atención y, en este sentido, el Ministerio establece que una política de salud mental debe fomentar el acercamiento del sistema de salud a la gente, la familia, la comunidad, de modo de transmitir y ser receptora de aquellas vías que la comunidad encuentre para vivir mejor. Los problemas son globales, pero las soluciones deben ser locales. La propuesta se enmarca en las recomendaciones generales realizadas por la OMS en el Informe sobre Salud en el Mundo 2001: "Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas".

Intervenir en la localidad

Para generar proyectos de intervención se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar, en la comunidad, una campaña de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, megafichas con imágenes y consignas, una producción de graffiti, entre otras posibilidades.

Es recomendable organizar un proyecto de prevención, a partir de la indagación acerca de cuáles son las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor alcance, cuáles no, por qué y de qué factores de riesgo dependen. Se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar crecientemente saludable en términos de vigilancia y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.



Implicaciones para políticas públicas*

Este grupo de enfermedades constituye la mayor causa de mortalidad de adultos a nivel mundial. A pesar de que, como grupo, están ligadas a factores de riesgo comunes que actúan sinérgicamente, las políticas, estrategias e intervenciones de tipo integrado que se han recomendado desde la década del 70, no han tenido el impacto esperado en muchos países. De nuevo, el capítulo se refiere a la necesidad de impulsar este tipo de enfoque con estrategias quizás más esperanzadoras, como son la estrategia poblacional y la de alto riesgo. Además hoy se cuenta con el valioso aporte de la teoría y práctica de la Promoción de la Salud (PS) o Nueva Salud Pública (NSP), a partir de la Carta de Ottawa en 1986. La PS retomó la necesidad de trascender el sector de la atención médica e involucrar a diversos actores y sectores para conseguir poblaciones más sanas. Desde el punto de vista de políticas públicas saludables, los avances que ha proporcionado la doctrina de la PS son notables. De ahí que desde el punto de vista de implicaciones para políticas públicas señalemos las siguientes:

- 1) Las políticas y estrategias que se dirijan a la construcción de estilos de vida saludables y de promoción de la salud en general, forman parte de los abordajes que a largo plazo dan resultados exitosos para prevenir este grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).
- 2) En el mismo sentido que el anterior, la creación de entornos saludables también contribuyen a la prevención de factores de riesgo para ECNT. Por ejemplo, la política de conseguir ambientes libres de humo de tabaco redundará en el control del tabaquismo, uno de los factores de riesgo más potentes de estas enfermedades. Las políticas de utilización de espacios públicos y áreas recreativas incidirá en el factor de riesgo de sedentarismo.
- 3) Las políticas de alimentación y nutrición obviamente están muy ligadas al logro de poblaciones más saludables a través de dietas más sanas. Esto es especialmente pertinente en las enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer.
- 4) Las políticas de prevención y control de adicciones de tabaco y alcohol son prioritarias para prevenir trastornos cardíacos y cerebro-vasculares así como algunos tipos de cáncer.
- 5) Por último, las políticas de reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son de gran importancia para el manejo adecuado de las ECNT y sus factores de riesgo.

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

- 6) Todas las políticas enunciadas implican involucrar a diversos sectores y a la gente.

Bibliografía Consultada

Brownson R, Smith C, Jorge N, Dean C, Deprima L. *Controlling cardiovascular disease: the role of the local health department*. Am J Public Health, 1992.

Ministerio de Salud/OPS/OMS. *Indicadores Básicos Argentina 2002*.

En <http://www.ops.org.ar/>

Ministerio de Salud de la Nación, CEDES. *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Versión Argentina*.

En http://www.direpi.vigia.org.ar/no_transm/encuesta.pdf

Organización Panamericana de la Salud. *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones 2001*, en <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCNVIO/guidelines.htm>

Teutsch S.M. and Churchill R.E. *Principles and practice of public health surveillance*. Nueva York, Oxford University Press, 2000.

World Health Organization. *WHO Global NCD Risk Factor Surveillance Strategy*, en <http://www.who.int/ncd/surveillance/>.

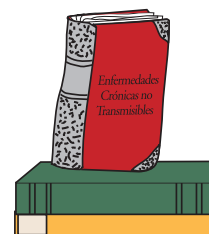
World Health Organization. *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*.

En <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>

World Health Organization. *National cancer control programmes report*, en <http://www.who.int/cancer/publications/en/>

World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope*.

En www.who.int/whr2001/2001/main/en/



Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles*, le sugerimos los siguientes títulos:



Organización Mundial de la Salud. *Vigilancia de las enfermedades no transmisibles (ENT)*, en http://www.who.int/ncd_surveillance/es/index.html

Se trata de la estrategia de la OMS para la vigilancia de las ENT, que aborda la vigilancia en el marco de una estrategia mundial para prevenir y controlar las ENT y los principales factores de riesgo que las provocan. El método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo relativos a las ENT se basa en un instrumento de encuesta normalizado, así como en una metodología que puede adaptarse a la disponibilidad de recursos de cada país y contribuye a desarrollar la capacidad nacional.

Restrepo H. y Malaga H. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, Editorial Panamericana, 2001.

Es un libro que describe y profundiza sobre los conceptos teóricos y prácticos de la Promoción de la Salud como meta para avanzar en la búsqueda de equidad, en los niveles comunitarios locales. Presenta algunas reflexiones sobre el futuro del movimiento de Municipios Saludables en América y presenta experiencias sobre vigilancia y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Navarro F.M., Antó J.M., Castellanos P.L., Gili M., Marset P., Navarro V. *Salud Pública*. Madrid, Mc Graw Hill Interamericana, 1998.

Un libro que trata sobre aspectos relacionados con la salud pública. Una herramienta indispensable en la biblioteca de profesionales abocados a tratar temas relacionados con la salud pública. Incluye capítulos generales de epidemiología, pero específicamente trata sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y su prevención.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que *sugieran diversos modos de actuar para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles*, le recomendamos:

Programa VIGI+A, Ministerio de Salud de la Nación. *Plan para la Vigilancia de ENT y factores de riesgo 2002*.

En http://www.direpi.vigia.org.ar/no_transm/index.htm

Documento que describe el plan del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en relación con las ENT. Si bien el mismo fue confeccionado en el año 2002, fue revisado en el 2003. Contempla un marco general en el que se describe un diagnóstico de situación de las ENT en Argentina, la necesidad de desarrollar un sistema de vigilancia y las activida-

des específicas que el Ministerio realizó y planea realizar para lograr una línea de base con información a nivel nacional sobre los eventos registrados en la encuesta de la OPS.

Ministerio de Salud de la Nación/OPS OMS. *Situación de Salud en Argentina*, Buenos Aires, 2003.

En <http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/vigilancia-sp.htm>

Documento que describe la situación de salud de la Argentina. Trabajo realizado por un conjunto de actores pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación y OPS. Además de presentar un análisis de la situación en materia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como los programas con los que cuenta el ministerio para hacer frente a las mismas, el trabajo describe una estratificación en cuatro grupos que permiten diferenciar regiones y provincias en peores condiciones de vida que otras y cómo se comportan respecto de los indicadores de acceso a los servicios, tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, entre otros.

Thorogood M., Hillsdon M., Summerbell C. *Cambio de hábitos de vida. Evidencia clínica. Trastornos cardiovasculares*. Bogotá, Grupo Editorial Legis, 2003.

Es una publicación que deriva de la original en inglés *Clinical Evidence*, editada por *British Medical Journal*, una de las revistas más prestigiosas en medicina. Tanto la original como su traducción al español buscan facilitar el acceso a la mejor evidencia disponible para una práctica clínica y sanitaria efectiva. En general, se trata de revisiones sistemáticas que responden a una pregunta que se origina en la práctica. Entre los capítulos incluye uno sobre cambios de hábitos de vida, enfermedad cardiovascular en diabetes, obesidad, prevención de accidentes cerebrovasculares, etc.



Datos útiles

Si se trata de conocer la mejor evidencia científica disponible a escala internacional para una práctica clínica y sanitaria efectiva se debería consultar:

Biblioteca virtual de salud	http://www.bvs.org.ar
Biblioteca de Academia Nacional de Medicina	http://www.acamedbai.org.ar/biblio/buscador.htm
Biblioteca de la Colaboración Cochrane, Cochrane Library Plus (en español)	http://www.bireme.br
Evidencia clínica	http://www.evidenci clinica.com
Centros para el Control y Prevención de enfermedades	http://www.cdc.gov/spanish/
Organización Mundial de la Salud	http://www.who.int/es/index.html

Si desea consultar instituciones nacionales que están desarrollando acciones en relación con las ENT y factores de riesgo, con enfoque diferente a las sociedades científicas por cuanto no profundizan en una especialidad o enfermedad puede hacerlo en:

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación	http://www.msal.gov.ar http://www.msal.gov.ar/hm/site/red_mun_sal_pres.asp http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_mental.asp
Programa Vigi+A	http://www.direpi.vigia.org.ar http://www.direpi.vigia.org.ar/no_transm/index.htm
Organización Panamericana de la Salud	http://www.ops.org.ar
Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires	http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/
Centro de Estudios de Estado y Sociedad	http://www.cedes.org

La presencia de adicciones en la sociedad argentina constituye hoy un problema de creciente envergadura. Se percibe en la preocupación de padres, docentes y profesionales, no sólo por la salud de los jóvenes, sino por la repercusión negativa que estas conductas tienen en sus posibilidades de aprender y construir una vida propia en el futuro.

Al tiempo que se reconoce el problema, se considera que los espacios comunitarios son muy potentes para las tareas de prevención, tanto por lograr una llegada directa a la población en el marco de lo local, como por el hecho de contener en diversos espacios —escuelas, clubes, plazas, entre otros— a pequeños y jóvenes en etapas tempranas de la vida, óptimas para intervenir efectivamente.

La prevención es concebida como una tarea eminentemente educativa, pero esta función social no es exclusiva responsabilidad de la escuela. Por eso, es importante que los adultos construyan una posición y determinen el rol que juegan frente al difícil tema de las adicciones: tanto frente a su manifestación concreta como, más específicamente, en la generación de alternativas de prevención de conductas adictivas.

El propósito de este material es, lejos de intentar proporcionar verdades últimas y definitivas, presentar elementos simples y, al mismo tiempo, potentes para recrear instancias de reflexión y de toma de decisiones para la prevención de las adicciones, todas ellas inscriptas en una búsqueda de mejores condiciones de salud.

Comprender el problema

¿Qué son las drogas?

Según define la OMS, las *drogas* son aquellas sustancias que, introducidas en el organismo por cualquier vía de administración, producen una modificación de su natural funcionamiento.

* Lic. Mario Virgolini, Dra. Mirta Molinari y Lic. Mariana Specogna. Programa VIGI+A. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.



También se suele hablar de *sustancias psicoactivas*. Las sustancias psicoactivas, si bien responden a la definición de droga antes mencionada, su efecto principal se ejerce en el Sistema Nervioso Central.

Existen muchos tipos de sustancias que contienen drogas o lo son en sí mismas. Por ejemplo, hay sustancias de libre consumo y socialmente aceptadas que son drogas, como las bebidas alcohólicas —contienen alcohol— el tabaco —contiene nicotina y otras sustancias— el café, el mate y el té —contienen xantinas—. Los fármacos recetados o no por médicos también son drogas. Éstas son culturalmente aceptadas y, por lo tanto, su venta no está penada por la ley.

Además, existen otras sustancias cuya venta o distribución en la Argentina están penadas por la ley. Son las *drogas ilegales*: la marihuana, la cocaína, el LSD, el éxtasis, etc. Su consumo es considerado muy peligroso por las consecuencias que acarrea para quien las usa.

Las drogas legales de mayor riesgo para la salud son, entonces, el tabaco, el alcohol y los psicofármacos. Entre las drogas ilegales, las de mayor riesgo son la cannabis (o marihuana), la cocaína, la heroína, el éxtasis, el LSD y los solventes.

Las drogas legales

Las drogas socialmente aceptadas no son inofensivas; depende de cuánto y cómo se las consume. Se puede ser dependiente tanto de drogas legales como de ilegales.

a) El tabaco

El tabaco mata más gente que el SIDA y los accidentes; es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Las enfermedades vinculadas con el tabaquismo representan el 54% de la carga total de enfermedad en América¹. Sólo en Argentina, 39.000 personas mueren todos los años por el tabaco.²

El humo del tabaco libera más de 4.000 sustancias peligrosas para la salud, entre ellas, un poderoso alcaloide llamado *nicotina*, que es el principal responsable de la dependencia física y psicológica que provoca el cigarrillo. Otro componente es el *alquitrán*, principal responsable de las distintas formas de cáncer que se le atribuyen al tabaquismo. El *monóxido de carbono* es un gas incoloro muy tóxico que penetra en el torrente sanguíneo

Enfermedades

- Enfermedad vascular periférica.
- Neumotórax espontáneo.
- Úlcera péptica.
- Enfermedad periodontal.
- Estomatitis crónica.
- Laringitis crónica



54% enfermedades vinculadas al tabaquismo

¹ Banco Mundial. *La Epidemia del Tabaco. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, 2000.

² Ministerio de Salud de la Nación. *Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo*. Argentina, 2003.

y se distribuye por todo el organismo, provocando la disminución de la oxigenación de los tejidos.

Además de los fumadores, el tabaco afecta a quienes no fuman. El humo ambiental de tabaco o *HAT*, también llamado humo de segunda mano, está constituido por la mezcla del humo del cigarrillo encendido y del humo exhalado por el fumador. La exposición de los no fumadores a este humo es lo que llamamos *tabaquismo pasivo*. El HAT está catalogado por la Agencia Ambiental de los Estados Unidos como un cancerígeno clase A, es decir, como uno de los más peligrosos tanto para los niños como para los adultos.

Algunos estudios muestran que el consumo de cigarrillos está relacionado con el 25% de las muertes por incendios, el 30 a 40% de las muertes por enfermedad coronaria, el 80 a 85% de las muertes por cáncer pulmonar y el 80 a 90% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La relación entre el consumo de cigarrillos y varias formas de cáncer, no sólo el pulmonar, está claramente establecida, incluyendo el cáncer de boca, laringe, faringe, esófago, vejiga urinaria, páncreas, riñón y, posiblemente, estómago y cuello uterino.

El consumo de cigarrillos también incrementa el riesgo de enfermedad vascular periférica, neumotórax espontáneo, úlcera péptica, enfermedad periodontal, estomatitis crónica y laringitis crónica. También se encuentra un incremento en la incidencia de infecciones del tracto respiratorio y oído, especialmente en niños cuyos padres fuman, y una exacerbación de los síntomas de asma e hipertensión. Es significativa la cantidad de estudios que demuestran una relación estadística entre las complicaciones médicas y el consumo de cigarrillos.

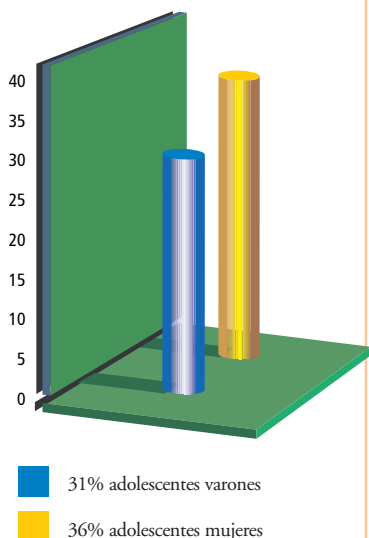
Las mujeres que fuman durante el embarazo no sólo incrementan su propio riesgo, con una incidencia mayor de placenta previa —desprendimiento prematuro de placenta y parto prematuro— sino que además ponen en peligro al bebé, con estas complicaciones. El consumo de cigarrillos durante el embarazo está directamente relacionado con altas tasas de abortos espontáneos, muerte fetal y muerte neonatal; más aún, los niños nacidos de madres fumadoras pueden tener impedimentos de desarrollo intelectual y tienden a ser pequeños para su edad gestacional.

El riesgo que corre una persona de desarrollar cáncer de pulmón depende más de la duración de su hábito de fumar que del número de cigarrillos diarios consumidos. Entonces, las personas que corren mayores riesgos son las que comienzan a fumar durante la adolescencia y continúan fumando después.

Consumo de cigarrillos durante el embarazo



Consumo de cigarrillos en la adolescencia



Actualmente vemos que el inicio en el consumo de tabaco comienza cada vez más precozmente. Un 60% de los adolescentes entre 13 y 15 años ha probado el cigarrillo y el 30% ha comenzado a hacerlo antes de los 11 años.³ Un reciente estudio del Ministerio de Salud y Ambiente, realizado en 239 escuelas de 5 provincias, muestra que fuman el 31% de los adolescentes varones y el 36% de las mujeres. Desagregados por curso, la prevalencia es la siguiente: 28% de los alumnos de 8° año de EGB —13 años promedio— y 39% de los estudiantes de 2° año Polimodal —16 años promedio⁴— este último dato se aproxima a la prevalencia en población adulta.

A los adolescentes se destina gran parte de la publicidad del tabaco, un mercado que sólo en Argentina mueve 4 mil millones de pesos al año y al cual ingresan como consumidores 500 jóvenes por día. Las estrategias de la industria enfatizan la asociación del consumo con la iniciación en el mundo de los adultos, la práctica de deportes de riesgo, la fuerza, el éxito y la diversión, la idea de vivir al máximo el presente y la estética femenina ligada a la delgadez.

El alto riesgo que ocasiona el tabaco requiere, sin duda, de una legislación en los niveles nacional, provincial, municipal e internacional. Esta legislación puede cubrir aspectos tan variados como publicidad, promoción y patrocinio directo e indirecto; etiquetado y empaquetado de los productos del tabaco; regulación de los contenidos de los productos del tabaco; prohibición de venta de tabaco a menores de edad; protección contra la exposición al humo de tabaco ambiental; aplicación de impuestos y control del comercio ilícito de los productos del tabaco.

La tendencia en la actualidad es la de una legislación amplia que abarque estas cuestiones en una sola pieza legislativa. Esta estrategia permite que la aplicación de una medida refuerce y estimule las otras.⁵ Cuando no es posible utilizar este método, se regulan por separado ciertos temas, por ejemplo, ambientes libres de humo, mientras se va construyendo apoyo político y comunitario para otros.

En el orden nacional, la ley 23.344/86 restringe la publicidad y la promoción del tabaco en ciertos horarios y con determinadas características y exige la colocación de una advertencia fija en los paquetes de cigarrillos. En el orden

³ Míguez, H. *Global Youth Tobacco Survey Argentina 2000*. OMS - Oficina sobre Tabaco y Salud (OSH). Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.

⁴ Ministerio de Salud de la Nación. *Programa VIGI+A, Encuesta de tabaquismo en adolescentes*. Argentina, 2002.

⁵ Molinari, Mirta. *Desarrollando legislación para el control del tabaquismo*. Washington D. C., Organización Panamericana de la Salud, 2002.

provincial y municipal, el 80% de las provincias tiene una legislación referida a la protección del fumador pasivo en oficinas públicas, centros educativos, de salud, locales públicos cerrados, medios de transporte, etc. y a la prohibición de venta de cigarrillos a menores de edad. Sin embargo, en muchos casos esta legislación no se encuentra reglamentada, no contiene sanciones o no se ha contemplado la designación de una autoridad de aplicación, lo que dificulta su cumplimiento.

En el orden internacional y ante la necesidad de enfocar a escala global un problema que trasciende las fronteras nacionales de los países, la Organización Mundial de la Salud y sus estados miembros acordaron el primer Tratado Internacional de Salud Pública denominado *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* (CMCT). El texto fue adoptado por unanimidad en la 56° Asamblea Mundial de la Salud y entrará en vigor cuando cuarenta estados signatarios lo hayan ratificado. Hasta el presente ha sido firmado por la UE y más de 80 países, incluidos la Argentina y demás países integrantes del Mercosur.

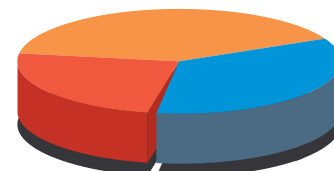
El CMCT proporciona un marco para las medidas de control del tabaco en los niveles nacional, regional e internacional con el propósito de reducir de manera continua la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. Regula todos los aspectos descriptos con anterioridad, estableciendo compromisos mínimos que las partes deberán implementar a través de su legislación nacional y de sus políticas públicas.⁶

b) El alcohol

En la última década, el consumo de alcohol en nuestro país, especialmente entre los adolescentes, ha crecido en forma sorprendente. La edad de inicio es cada vez más temprana, ya que los varones comienzan a beber a los 13 años y las mujeres, a los 14.⁷

Según datos de un estudio en hogares, en el conurbano bonaerense abusan del alcohol el 23% de los menores de 15 a 17 años, mientras que el 44% hace un uso social del mismo. Esto significa que el 67% de ellos consume alcohol. Se entiende por *abuso* el consumo de más de 100 cc. de alcohol, lo que equivale aproximadamente a 2 litros de cerveza y 1 litro de vino⁸.

Consumo de alcohol en la adolescencia



⁶ Organización Mundial de la Salud. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Ginebra, 2003.

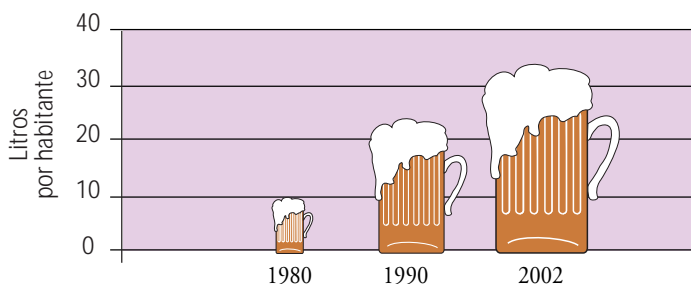
⁷ Sedronar (Secretaría de Programación de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico). Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media, Argentina, 2001, en <http://www.sedronar.gov.ar>

⁸ Secretaría de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires., en <http://www.sada.gba.gov.ar>

Entre los mayores, el porcentaje de abusadores se sitúa alrededor del 30% en la franja etaria de 18 a 40 y alrededor del 19% en la franja de las personas de 41 a 65 años. La dependencia afecta entonces al 7% de los jóvenes de entre 16 y 24 años.

Por otra parte, es importante ilustrar el crecimiento de algunos negocios, como el de la cerveza, que factura \$720 millones anuales. En la década del 80, el consumo de cerveza era de 8 litros por habitante por año; en los 90 pasó a 22 litros, y en la actualidad es de 34 litros; es decir, son más de 1200 millones de litros de cerveza los que se consumen anualmente.⁹

Consumo de cerveza por habitante



Por su parte, la industria del vino produce una cantidad similar: 12.8 millones de hl. anuales. De esa cantidad, los vinos fraccionados en envase *tetra brik* superan el 50% del total elaborado.¹⁰ Este tipo de vino es el más consumido por los jóvenes, tanto por su precio como por los rápidos efectos que produce —suelen decir que “pega más fuerte que la cerveza”—.

Habría que considerar que un 6% de los alcohólicos adultos ha comenzado a beber a los 10 años de edad y que, según los profesionales dedicados al tema, el alcohol se concibe como la puerta de entrada al consumo de otras drogas.

El problema más generalizado en nuestro país no es el alcoholismo como adicción, sino el abuso en el consumo. Por lo general, existe una relación causal entre el volumen medio de alcohol consumido y más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos. En la mayoría de los casos, esa relación de causa a efecto es perjudicial, pero el efecto puede ser beneficioso en el caso

⁹ Secretaría de Agricultura Ganadería y Pesca de la Nación. Argentina, 2003, en <http://www.sagpya.mecon.gov.ar>

¹⁰ Sedronar (Secretaría de Programación de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico). Encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media, Argentina, 2001, en <http://www.sedronar.gov.ar>

de las cardiopatías y la diabetes mellitus, con la condición de que el volumen medio consumido sea entre bajo y moderado.

Además de los efectos directos de la embriaguez y la adicción, se estima que el alcohol causa en el nivel mundial aproximadamente un 20% a 30% de los siguientes problemas: cáncer de esófago, cáncer de hígado, cirrosis hepática, epilepsia, homicidio y accidentes de tránsito. El abuso de alcohol, además, puede causar daño del cerebro —deterioro de la memoria, psicosis, alucinaciones, pérdida del equilibrio, pérdida de concentración— úlcera péptica, inflamación intestinal, diarreas, hepatitis alcohólica, entre otras enfermedades.

Si bien es cierto que el alcohol puede despertar el deseo sexual, también puede causar impotencia e interferir en la capacidad de cuidado en las relaciones, con consecuencias de exposición a riesgos como el SIDA y las ETS o de embarazos no deseados, etc., y es factor causal de una proporción elevada de lesiones intencionales o violentas y no intencionales.

La adicción al alcohol debilita los lazos familiares y los vínculos con la escuela, el trabajo y el entorno social general. A mayor cantidad de alcohol que consume el individuo, mayor riesgo de daños, accidentes de tránsito, problemas laborales, violencia doméstica, ahogamiento, suicidio y otros problemas sociales y legales.

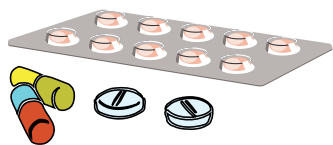
El alcohol está regulado a través de la ley nacional 24.788/97. Esta ley, que debe ser reglamentada, establece la prohibición en todo el territorio nacional del expendio de bebidas con graduación alcohólica a menores de 18 años de edad. La prohibición se extiende a la vía pública, al interior de los estadios y a otros sitios donde se realicen en forma masiva actividades deportivas, educativas, culturales o artísticas, con excepción de los lugares especialmente habilitados. Regula la comercialización y la publicidad de los productos, exigiendo la colocación de un mensaje de advertencia que determina la prohibición de su venta a menores de edad. Establece también acciones de prevención primaria y tratamiento de las enfermedades derivadas del consumo excesivo de alcohol. Las distintas jurisdicciones que componen nuestro país siguen los lineamientos fijados por la ley nacional y regulan a través de las normativas provincial y municipal diversas cuestiones que se refieren al control de la alcoholemia, a la prohibición de la venta a menores de edad, a la regulación, registro y control de los comercios minoristas, confiterías, discos, clubes y otros locales que expenden bebidas alcohólicas, a la limitación de los puestos de venta de alcohol, a la limitación de habilitación municipal por zonas de exposición a menores o por saturación de comercios, al control de la promoción del consumo en locales recreativos, a la prohibición de realizar concursos o competencias cuyo fin u objeto sea el consumo de bebidas alcohólicas. Estas legis-

Consumo de alcohol



Se estima que el alcohol causa a nivel mundial entre un 20 y un 30% de los siguientes problemas

- Cáncer de esófago,
- Cáncer de hígado
- Cirrosis hepática
- Epilepsia
- Accidentes de tránsito



laciones, en general, establecen sanciones y hacen recaer la responsabilidad de su cumplimiento en el encargado, el gerente, el organizador o responsable del local, comercio o establecimiento.

c) Los psicofármacos (tranquilizantes y estimulantes)

Los psicofármacos más populares son los llamados *tranquilizantes menores* —Valium, Lexotanil, Alplax, Trapax, Librium—. Este tipo de sustancias tranquiliza, ataca la ansiedad y produce muy baja sedación. Son depresores del sistema nervioso central —al igual que el alcohol— cuya acción consiste en disminuir la actividad del cerebro, pero no deprimen el ánimo. Una gran cantidad de gente los utiliza por cuenta propia y, en consecuencia, la automedicación es característica en relación con el consumo de tranquilizantes.

Algunos factores de índole cultural, como la no aprobación social del consumo de alcohol por parte de las mujeres, han determinado que estos medicamentos sean utilizados especialmente por las mujeres, ya que su uso pasa inadvertido —no provocan mayores manifestaciones sintomáticas— y es legal. Sin embargo, actualmente la mujer consume más alcohol y, por otra parte, el uso de psicofármacos está extendido en ambos sexos e, incluso, entre los jóvenes.

El promedio de edad de iniciación con sedantes es de 27 años, mientras que el de estimulantes es de 20 años, más consumidos por los hombres. Casi un 10% de jóvenes encuestados ¹¹ consumió alguna vez este tipo de sustancias sin receta médica —3,5% estimulantes y el 6,2% tranquilizantes—.

Entre los adolescentes, estas sustancias no son generalmente consumidas solas, sino que se las combina con el alcohol —vino en tetrabrik entre los más carenciados— para experimentar efectos más fuertes y duraderos.

Las drogas ilegales

En cuanto a las drogas ilegales, uso, abuso y adicción son las distintas vinculaciones que las personas que las consumen pueden entablar con ellas.

Nos referimos a *uso* cuando el compromiso con la droga es todavía bajo. Se consume en oportunidades casuales. No existe deterioro en los ámbitos laboral, social o familiar, ni tampoco se presentan episodios de intoxicación o sobredosis. El *abuso* indica que se comienza a consumir más regularmente. La

¹¹ Sedronar. Encuesta Nacional realizada a adolescentes de 12 a 15 años, Argentina, 2001, en www.sedronar.gov.ar

droga va dirigiendo progresivamente la vida de la persona y el deterioro de los vínculos es cada vez mayor. El estado de ánimo de la persona es cambiante y se pueden presentar episodios de intoxicación. La *adicción* provoca que las relaciones vinculares comiencen a romperse —en la familia, en el trabajo, en la escuela, etc.— y que el consumo se realice en forma obsesiva y compulsiva, sin posibilidad de alcanzar la abstinencia. El compromiso orgánico con la sustancia es fuerte, se corre con el riesgo de padecer alteraciones en el sistema inmunológico y se manifiestan *síndromes de abstinencia*.¹²

Por otra parte, la *dependencia* es el conjunto de comportamientos y de reacciones que comprenden el impulso y la necesidad imperiosa de tomar la sustancia en forma continua o regular, ya sea para sentir sus efectos —dependencia psicológica— o evitar el malestar que produce la privación de su consumo —dependencia física—. En cambio, la tolerancia a una droga aparece cuando, para conseguir los mismos efectos, el organismo necesita consumir mayor cantidad de sustancia.

Con las drogas que producen importante dependencia física, por ejemplo, la heroína y el alcohol, es fácil caer en el *consumo abusivo*, y la dependencia resulta difícil de tratar. Cuando una droga no provoca dependencia física, su supresión no produce síndrome de abstinencia. Sin embargo, la mayoría de las *drogas psicoactivas* dan lugar a la tolerancia y, en algunos casos, las consecuencias de la interrupción del consumo producen un síndrome de abstinencia, por ejemplo, la depresión y la agresión. Las drogas y fármacos de consumo más habitual difieren en su potencial para inducir distintos tipos de dependencia.

El mercado de las drogas ilícitas moviliza, según datos de la OPS, un total de U\$A 600.000 millones anuales solamente en América Latina y el Caribe. En la región hay alrededor de 45 millones de consumidores de marihuana, lo que la convierte en la sustancia ilegal más consumida seguida por la cocaína. Según los datos oficiales de la Sedronar, se pueden ver los siguientes resultados sobre el consumo de sustancias psicoactivas: unos 600.000 argentinos, el 2,9 por ciento de la población de entre 16 y 65 años, consumen drogas ilegales; la marihuana y la cocaína son las sustancias que más se utilizan y cuyos índices son más altos en la ciudad de Buenos Aires que en el Interior; un estudio reciente reveló que el 61 por ciento de los que toman drogas lo hace menos de cinco veces por mes, mientras que prácticamente la mitad de los que las consumen comenzó a hacerlo entre los 12 y los 15 años.

Sustancia ilegal más consumida en América Latina y el Caribe



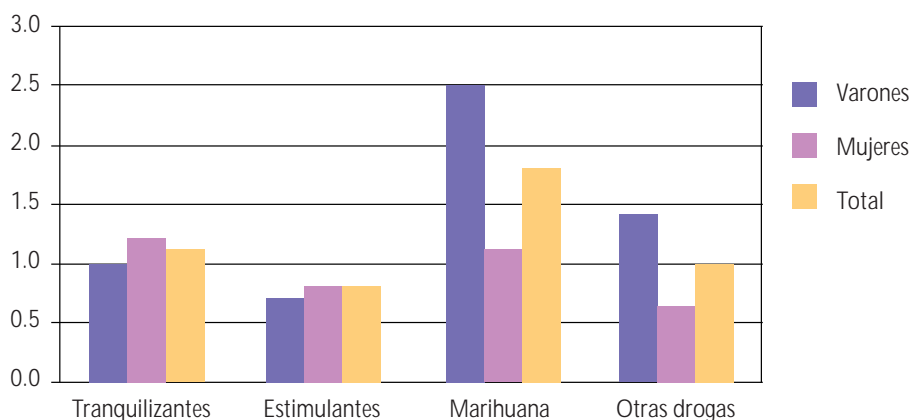
Marihuana: 45 millones de consumidores

¹² Ruiz, J. *Manual básico de Adicciones*. La Plata, La comuna ediciones, 2003.

Con respecto a los motivos que llevan al consumo de drogas, la búsqueda de nuevas experiencias —24,6 por ciento— y los conflictos familiares —21,4 por ciento— son los factores que indican los pacientes como detonantes. Pero no están muy alejados de otros: casi la mitad no sabe los motivos que lo llevaron al consumo, el 9,3 por ciento sostiene que fue para estimularse y el 7,4 por ciento por una presión de su grupo de amigos.

De las sustancias ilegales, la marihuana es la de uso más difundido: un 5 por ciento de los jóvenes la ha usado alguna vez, aproximadamente 50.000 lo han hecho recientemente y la edad de inicio en esa práctica se ubica alrededor de los 15 años. El consumo de otras sustancias ilícitas, continuadamente o en algún momento, alcanza al 3,6 por ciento de los estudiantes.

Consumo de drogas ilegales en los últimos 30 días



Teniendo en cuenta todas las sustancias ilegales, la proporción de jóvenes que las ha consumido en el último mes crece a medida que aumenta su edad: tanto el grupo de 15 a 16 años como el de 17 a 18 años exhiben un 1,3% de consumidores, el de 19 años y más un 2,3%. Las edades de inicio en el consumo varía según la droga. El comienzo más temprano se da con la heroína, el opio y los solventes —13 años y medio—. Los comienzos algo más tardíos corresponden al *hashish*, al *crack* y a los *alucinógenos*, cuyo consumo se inicia prácticamente a los 15 años.

En nuestro país, las últimas encuestas, además de marcar el crecimiento del consumo y el descenso en las edades de inicio, hacen una especial referencia al *policonsumo*. Esto significa que es muy difícil encontrar un adicto que sea consumidor de una sola sustancia.

La ley nacional 23.737/89 es el marco jurídico que regula la venta y consumo de drogas ilegales. Esta ley contiene un conjunto de normas penales que establecen medidas de seguridad curativas y educativas, disposiciones de procedimiento así como de control sobre las empresas dedicadas a determinadas actividades. La normativa sanciona conductas que van desde la fabricación hasta la tenencia y el suministro de estupefacientes. Este marco normativo nacional se complementa con legislación provincial, municipal y con disposiciones emanadas de diversos organismos competentes en la materia como por ejemplo, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico o SEDRONAR.

En el orden internacional, a través de la adopción de convenciones que nuestro país ha ratificado, la comunidad internacional establece compromisos de control del tráfico ilícito, uso indebido de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. En este sentido merecen destacarse: la *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, enmendada por el *Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, la *Convención sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971* y la *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas*, realizada en Viena en 1988.

La prevención

Para sufrir muchas de las consecuencias o trastornos que traen aparejadas las drogas, no es necesario ser un adicto o presentar un cuadro de dependencia.

Hablar meramente de *prevención de las adicciones* —y desconocer el uso y el abuso— y de *droga* —sin dar cuenta de las variedades— no resulta una aproximación correcta. La complejidad de esta problemática demanda hacer un abordaje más amplio. Se sugiere, entonces, prevenir el uso indebido de sustancias psicoactivas y promover hábitos saludables.

La tolerancia social, la falta de cumplimiento de las leyes, la ausencia de recursos económicos destinados a campañas de información, prevención y rehabilitación y la frecuente renuencia de los responsables a asumir el compromiso de resguardarlos colocan a los adolescentes en una evidente situación de riesgo. Por eso, resulta necesario tomar conciencia del problema y de sus consecuencias y actuar sin demoras ni vacilaciones.

La prevención basada en la mera presentación de información, transmitida por un “experto” en el tema —que habla de las *consecuencias* que producen las sustancias, los daños físicos, psíquicos y legales— ha probado ser poco efectiva. Hace falta desarrollar un modelo de prevención integral que apunte a *reparar las causas que predisponen y facilitan el consumo de sustancias psi-*

coactivas, teniendo en cuenta la totalidad de los factores intervinientes y, por lo tanto, condicionantes —socio-culturales, familiares e individuales—.

En este contexto es importante entender que las drogas legales —el tabaco, aunque más el alcohol— son, como ya se dijo, la puerta de entrada al consumo de las sustancias ilegales. Un joven que fuma marihuana a los 14 años, seguramente ha tomado alcohol en exceso a los 12, ha usado a lo mejor inhalantes antes y va a usar cocaína entre los 15 y los 16 años. Dejar esas adicciones es difícil; solamente *el 25 por ciento de los que consumen drogas en el mundo logra recuperarse*, y ese porcentaje disminuye aún más si se tienen en cuenta las recaídas.

Es por esto que no puede entenderse la droga como la causa de todos los males, sino que cobran un lugar central nuestra acción u omisión como actores sociales sobre estas cuestiones y nuestra forma de intentar resolverlas. La prevención y, más ampliamente, la promoción de la salud y de hábitos saludables, requiere de una actitud de reflexión crítica, de transformación, un compromiso de solidaridad, inclusión, participación y la reparación de las carencias y vulnerabilidades que predispongan al consumo de drogas.¹³

Comprender el problema en la localidad



Abordar el problema de las adicciones en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es considerar la realidad, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos la reflexión sobre los patrones de consumo de sustancias tóxicas en la propia localidad, y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con adicciones. Expliquen para cada caso:

- ¿Qué tipo de adicción es y por qué se desarrolla?
- ¿Cuáles son los perjuicios de esa adicción?
- ¿Qué otras alternativas hay para divertirse, sentirse bien o estar a gusto con otros?



¹³ Secretaría de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires., en <http://www.sada.gba.gov.ar>

Intervenir en la localidad

En primer lugar, la legislación es una herramienta que permite implementar políticas públicas de salud, reforzar las existentes y contribuir al cambio de conductas tendientes a modificar el comportamiento de aceptabilidad social frente al consumo de ciertas drogas permitidas hacia un comportamiento que intente alcanzar, en la medida de lo posible, una sociedad libre de estas sustancias. El mundo está acostumbrado a pensar en la ley como un instrumento de justicia, pero no como un instrumento de salud. El poder de la norma para regular estos aspectos es innegable y se ha convertido en un componente indispensable en las agendas globales de salud pública.

Cuando se sanciona una legislación o se modifica una existente se produce un impacto no sólo en el ordenamiento jurídico, sino en la sociedad destinataria. El éxito o el fracaso, así como la adecuada implementación de una norma dependerá en gran parte de los siguientes factores: a) una amplia difusión para comprender los fines y objetivos que se propuso el legislador al sancionarla y para tomar conocimiento del momento en que deberán cumplirla; b) una sanción adecuada y proporcionada, en el caso de incumplimiento de la legislación; c) recursos humanos y económicos adecuados que permitan su implementación; d) evaluación y monitoreo para conocer el impacto de la legislación en la sociedad, su cumplimiento o no y para modificar las estrategias planteadas.

La legislación por sí sola no modificará los comportamientos de las personas si no la reforzamos con acciones de prevención, educación e información desarrolladas de acuerdo con el contexto socio demográfico y económico del país.

En segundo lugar, los ambientes libres de humo son una propuesta que consiste en la reducción máxima de la exposición al humo de segunda mano de los no fumadores. En efecto, resulta una importante estrategia prohibir el consumo de tabaco en el interior de espacios públicos —oficinas de gobierno, bancos, bares, restaurantes, transportes, etc.— y en todos los ámbitos de trabajo en general. La efectividad de estas normas se sustenta si va acompañada por estrategias de comunicación, encuestas de opinión, formación de grupos de cesación de fumar, asignando al mismo tiempo, un espacio externo —especialmente patios, terrazas, u otros lugares abiertos— como único lugar para fumar.

En tercer lugar, la regulación de la venta de alcohol. Las ordenanzas municipales que restrinjan la venta de bebidas alcohólicas en horario nocturno y su prohibición absoluta para los menores son fundamentales para controlar no sólo los abusos, sino también para bajar los índices de accidentes de tránsito y violencia, entre otros. También puede regularse la habilitación de locales de venta, con limitaciones geográficas o de otro tipo.

Acciones de prevención
educación e información

- Legislar para implementar políticas públicas de salud en busca de una sociedad libre de “sustancias psicoactivas”.
- Promover “ambientes libres de humo”.
- Regular la venta de bebidas alcohólicas.
- Controlar los incentivos al consumo de alcohol y tabaco.
- Promover centros de estudios para hacer relevamientos sobre el uso de drogas, con el fin de utilizar esta información para hacer intervenciones ajustadas a la realidad.
- Promover centros preventivos asistenciales.
- Promover la participación del personal de salud.
- Elaborar proyectos educativos institucionales de salud.
- Proponer actividades de contención para los jóvenes.
- Promover firma de convenios, para espacios libres de humo con clubes, centros de fomento, asociaciones civiles, etc.
- Informar a la población sobre cómo actuar en caso de necesitar ayuda o tratamiento.

En cuarto lugar, el control de los incentivos al consumo de alcohol y tabaco. Controlar la prohibición de competencias que incentiven el consumo de bebidas alcohólicas, en locales de fiestas, bares, locales bailables y otros similares, así como también el uso de títulos o nombres que apelen al mismo fin —por ejemplo, “La Fiesta de la Cerveza”, “La Noche del Tequila”, “Fiesta Camel”, “Lucky Night”, etc.—. Se recomienda evitar, a la vez, la distribución gratuita por parte de promotores como estrategia de marketing de estos productos en cualquier circunstancia.

En quinto lugar, el funcionamiento de centros de estudios locales. La propuesta se basa en hacer relevamientos periódicos sobre la problemática del uso indebido de sustancias psicoactivas en una población determinada, especialmente entre los jóvenes. La metodología que se utiliza se denomina *venta-na epidemiológica*, porque permite hacer un diagnóstico de situación a través de sus representaciones, creencias y actitudes hacia aquellas sustancias. La idea es utilizar esta información para diseñar líneas de investigación y acción que apoyen intervenciones ajustadas a la realidad local.¹⁴

En sexto lugar, el funcionamiento de centros preventivos asistenciales. Desde la provincia de Buenos Aires, se han implementado estos centros cuya labor comprende dos aspectos. Por un lado, el asistencial, conformado por consultorios externos donde profesionales de la salud atienden gratuitamente a la población. Por otro lado, el preventivo, que consiste en brindar información sobre las sustancias psicoactivas a todas las personas e instituciones que la necesiten.

En séptimo lugar, la participación del personal de salud. Los recursos humanos en el primer nivel de atención pueden realizar importantes contribuciones orientadas a los distintos grupos de riesgo. Por ejemplo, en relación al consumo de alcohol, la OMS ha desarrollado un instrumento para localizar a los consumidores de alcohol en cuatro zonas de menor a mayor riesgo. Cada grupo demanda un abordaje particular desde la educación preventiva y el consejo simple, pasando por la terapia breve y una monitorización continuada, hasta la referencia al especialista.

En octavo lugar, la elaboración de proyectos educativos institucionales de salud. Es importante comprender que la escuela es un agente preventivo por excelencia. Se puede impulsar la capacitación de los docentes en la tarea preventiva para que se incluyan contenidos educativos específicos, trabajos de investigación en salud y de prevención dentro de los proyectos educativos institucionales (PEI).

¹⁴ Míguez, H. *Uso de sustancias psicoactivas: Investigación y prevención comunitaria*. Buenos Aires, Paidós, 1998.

En noveno lugar, la propuesta de actividades de contención de los jóvenes. En este sentido, se sugiere brindar alternativas para que los jóvenes encuentren incentivos para ocupar su tiempo libre en actividades que los ayuden a desarrollarse tanto personal como profesionalmente. Los ejemplos pueden ir desde cursos, talleres, facilitación de espacio para que ellos desarrollen sus propias ideas y proyectos, torneos deportivos, etc.

En décimo lugar, la firma de convenios con diversas entidades, como clubes, centros de fomento, asociaciones civiles, etc., para declararlos libres de humo y evitar la publicidad y el auspicio de productos que contengan alcohol y tabaco en los espectáculos deportivos, recreativos y culturales locales.

En décimo primer lugar, la realización de campañas y talleres educativos dirigidas especialmente a los niños y adolescentes, especialmente en ámbitos educativos y recreativos. La metodología de taller es la más adecuada para que el proceso de aprendizaje no sea pasivo y se integre a los jóvenes en un debate que los sensibilice y genere la toma de conciencia. El análisis de la publicidad constituye también un recurso didáctico adecuado para desarrollar capacidades críticas en relación a los modelos de conducta promovidos por la industria del tabaco y el alcohol.

Por último, se recomienda brindar información a la población sobre cómo actuar en caso de necesitar ayuda o tratamiento: cuáles son las alternativas según los diversos casos —grupos de autoayuda, tratamiento ambulatorio, internación, etc.—. Una opción es ofrecer una línea telefónica con una base de datos centralizada, donde se brinden los datos básicos para quien necesite o solicite tratamiento: dónde encontrarlo, modalidades, costo, responsables, etc.

En relación con esto último, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha abierto una línea telefónica gratuita (0800 222 1002), y una página web (www.dejohoydefumar.gov.ar) con el propósito de ofrecer consejos para el abandono del hábito y un listado de centros de tratamiento en todo el país.

Intervenir en la localidad



Para generar proyectos sobre adicciones se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar un proyecto de prevención específica como por ejemplo una campaña a través de la elaboración de materiales comunicables: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, entre otras posibilidades. Si se ha planteado armar redes con la comunidad, se pueden elaborar mensajes para difundir, convirtiendo a todos los participantes en agentes de prevención. Siempre que se plantee el objetivo de realizar una campaña de prevención, es importante que previamente se analicen los mensajes que circularán: cuáles impactan y en qué sentido, cuáles permiten actuar y cuáles no y a quiénes están dirigidos.

También se podrá organizar un proyecto de prevención inespecífica a partir de la indagación acerca de qué situaciones son saludables, cuáles no, por qué y de qué o quiénes depende. Se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar crecientemente saludable. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los *pro* y *contra* y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo. Es interesante que este listado de propuestas se oriente hacia la valoración de la dedicación o a la posibilidad de aprender más y mejor. También se pueden proponer actividades que colaboren con la autoestima, que sirvan como disparadores para decir y escuchar cómo nos sentimos y cómo creemos que se sienten los demás.

Otra propuesta puede ser el aprovechamiento de los espacios y la posibilidad de que diversas instituciones estén abiertas a desarrollar proyectos significativos para los chicos, para los jóvenes y para las familias —de recreación, artísticos, deportivos, de capacitación para pequeños emprendimientos, entre otras posibilidades—. La responsabilidad compartida con la comunidad en la gestión de estos espacios es también saludable porque fomenta la autonomía, en el marco de proyectos comunes.



Implicaciones para políticas públicas*

Este capítulo discute la complejidad de las adicciones y las legislaciones y medidas que han recomendado diversas organizaciones internacionales y nacionales para su prevención. También diferencia las drogas consideradas legales y las ilegales haciendo evidente que las leyes y medidas son muy diferentes para cada uno de estos grupos. Podríamos agregar que en el mundo actual existen posiciones muy divergentes con relación a las políticas recomendadas y hasta impuestas a nivel internacional para combatir las adicciones de carácter ilegal. Es un aspecto en el cual no se visualiza una solución de consenso internacional.

Las implicaciones para políticas en este problema necesariamente tienen que ser multisectoriales y tenemos que reconocer que la formulación de políticas en forma de legislaciones y normas no basta para obtener resultados. Muchas veces se quedan en palabras escritas muertas si no se cuenta con los aparatos que aseguren su implementación y permanencia en el tiempo. La legislación en contra del tabaquismo en algunos países es un ejemplo de lo que expresamos. Otro problema es la escasez de recursos económicos para financiar campañas efectivas. Un claro ejemplo es la sustitución de cultivos de tabaco, marihuana, coca o heroína. A nivel local los municipios pueden contribuir en gran medida a procurar una mejor gestión para el cumplimiento de políticas y para impulsar los enfoques participativos que se requieren para su implementación.

- 1) Este tema de adicciones implica impulsar las políticas de información, educación y comunicación social muy bien diseñadas y la elaboración de proyectos, programas y campañas con un alto nivel de experticia. Los mensajes mal elaborados son muy negativos.
- 2) El análisis de los marcos legislativos en el nivel local ayudarán a comprender cuales son las acciones que pueden realizarse en dicho nivel. De igual modo, en este nivel será más fácil lograr el compromiso de diversos actores gubernamentales y no gubernamentales.
- 3) Los grupos comunitarios pueden generar procesos más favorables de compromiso para la búsqueda de soluciones al problema.
- 4) Varias de las políticas mencionadas en capítulos precedentes son pertinentes a este capítulo, tal es el caso de las políticas integrales de desarrollo juvenil, las de tabaquismo y alcoholismo, las de estímulo a la participación social y empoderamiento de grupos. Por ejemplo, el empoderamiento de adolescentes y jóvenes para que resistan a las in-

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

fluencias de sus pares que incitan al consumo de tabaco, alcohol y otros psicofarmacos ha probado ser muy efectivo en Finlandia.

- 5) También se aplica aquí la necesidad de servicios de rehabilitación apropiados cuyo financiamiento debe procurarse.
- 6) El movimiento actual contra el tabaquismo con la decisión de la OMS que ha ideado un mecanismo internacional de compromiso gubernamental mediante un Convenio Marco, ofrece un modelo muy comprensivo para lograr los compromisos a todos los niveles de gobierno. El nivel local tiene allí un buen marco para sus políticas y acciones.

Bibliografía consultada

Banco Mundial. *La Epidemia del Tabaco. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, 2000.

Míguez, Hugo. *Global Youth Tobacco Survey Argentina 2000*. OMS - Oficina sobre Tabaco y Salud (OSH) - Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.

Ministerio de Salud de la Nación. *Programa VIGI+A. Encuesta de tabaquismo en adolescentes*. Argentina, 2002.

Ministerio de Salud de la Nación. *Encuesta de tabaquismo en adolescentes. Programa VIGI+A*. Argentina, 2002

SEDRONAR. *Programa de Prevención Comunitaria*, Argentina, 1999.

OPS. *Desarrollando legislación para el control del tabaquismo*. Washington D. C., 2002.

OPS. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Ginebra, 2003.

Ruiz, Jorge. *Manual Básico de Adicciones*. Buenos Aires, La Comuna Ediciones-Secretaría de Cultura de la Municipalidad de La Plata, 2003.

Itinerarios de lectura

Les proponemos dos itinerarios de lectura sobre las adicciones.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de las adicciones*, le sugerimos los siguientes títulos:

Míguez, H. y Grimson, W. R. *Los vidrios oscuros de la droga*. Ed. Universidad Nacional de Quilmes, Quilmes, 1999.

Aborda el consumo de drogas por vía intravenosa en la Argentina a través de sus protagonistas. Es un trabajo de campo donde los autores de-



linean las conductas habituales de este grupo. La investigación dinámica de las realidades humanas descritas, es un aporte para cerrar la brecha entre investigación y prevención. La metodología utilizada combina las entrevistas dentro de una narrativa secuencial con comentarios aclaratorios y opiniones de los investigadores.

Margulis M. y otros. *La cultura de la Noche*. Biblios, Buenos Aires, 1997. Este trabajo resulta interesante para conocer y comprender cuáles son las nuevas alternativas de diversión nocturna que tienen los adolescentes. Aborda distintos grupos desde los *bailanteros* hasta los *rockeros* describiendo sus usos y costumbres a la hora de salir a divertirse.

Ruiz, Jorge. *Manual Básico de Adicciones*, La Plata, La Comuna Ediciones-Secretaría de Cultura de la Municipalidad de La Plata, 2003.

Como su nombre lo ilustra, este trabajo presenta y explica de manera simple y sintética los principales conceptos que hay que conocer a la hora de trabajar en adicciones, desde conceptos médicos hasta la legislación vigente al respecto.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que sugieran diversos modos de *intervenir ante el problema de las adicciones*, le recomendamos:

Míguez, H. *Uso de sustancias psicoactivas: Investigación y prevención comunitaria*. Buenos Aires, Paidós, 1998.

La participación de los grupos afectados por el uso de sustancias psicoactivas resulta el elemento clave de todas las propuestas que se desarrollan en el libro.

El autor subraya la importancia de un papel activo de la comunidad en la creación del conocimiento, integrando investigación social y trabajo preventivo.

Babor, T. Y Higgins-Biddle, J. *Intervención Breve. Para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*. OMS, 2001.

Este manual está escrito para ayudar al personal de atención primaria, médicos, enfermeros y personas que cumplan esta tarea, en el manejo de aquellos cuyo consumo de alcohol haya llegado a ser de riesgo o perjudicial para su salud. Su objetivo es unir la investigación científica con la práctica clínica mediante la descripción de cómo llevar a cabo las intervenciones breves en pacientes con trastornos debidos al consumo de alcohol y en quienes tengan riesgo a desarrollarlos.



Datos útiles

Hugo Miguez	http:// www.geocities.com/hugomiguez
Organización Paranaericaana de la Salud	http:// www.paho.org 525 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037, U.S.A. Tel: (202)974-3000 Fax: (202)974-3663
Subsecretaría de Atención de las Adicciones	http:// www.sada.gba.gov.ar Calle 3 s/n y 527 .La Plata, Pcia. de Buenos Aires Tel: (0221) 427-1732/5
Secretaría para la Programación para la de la drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico	http:// www.sedronar.gov.ar Sarmiento 546 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - C1041AAL Tel.: (011) 4320-1211
Subsecretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos	http:// www.sagpya.mecon.gov.ar Paseo Colón 982 Piso 1º, Ciudad Autónoma de Buenos Aires Tel: (011) 4349-2500/01/02/05 comunica@sagpya.minproduccion.gov.ar
Ministerio de Salud y Ambiente-Dejo hoy de Fumar	http:// www.dejohoydefumar.gov.ar Av 9 de Julio 1925, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel: (011) 4379-9000

“La violencia es un fenómeno que no resulta sencillo encarar por parte de quienes estudian el tema y por quienes intentan enfrentarlo. Por un lado, reflexionar sobre los múltiples determinantes de la violencia implica adentrarse en un complejo campo donde coexisten cuestiones culturales, económicas, políticas, sociales e individuales interrelacionadas entre sí”.¹

Por otro, su presencia cotidiana a través de los medios de comunicación y quizás, nuestras propias experiencias cercanas a ella, convergen en prejuicios morales y temores que inhiben la decisión de afrontarlo, ya que el solo hecho de tratar el tema implica de por sí reconocer el estado de indefensión o desamparo en que nos hallamos.

La violencia aparece como respuesta a situaciones que reflejan la tensión en la que se desarrolla la vida en sociedad y es, la mayoría de las veces, el único modo aprendido para resolver los conflictos. En efecto, la violencia es producto de la cultura y la experiencia, y no de condiciones naturales. Reconocer su carácter permite pensar que es posible limitarla y atenuar sus efectos, ya que remite a construcciones sociales y no a hechos ajenos al obrar humano.

Por lo antedicho, la violencia debe ser considerada según una triple inscripción, como un problema de derechos humanos, como un problema de salud pública y como un problema de seguridad ciudadana. Desde el punto de vista de la salud pública, la violencia constituye un problema a atender porque:

“produce una fuerte carga de muertes evitables y de morbilidad, especialmente entre los niños, las mujeres y los jóvenes. Produce repercusiones negativas tanto económicas, como sociales y psicológicas de inmediato y largo plazo”².

En primera instancia, es al Estado a quien le compete la responsabilidad de diseñar estrategias para prevenir las ocasiones, asistir y proteger a las víctimas y sancionar las conductas violentas que forman hoy un modelo de vínculo en

* Dra. Patricia Silva. PROMIN, Provincia de Buenos Aires y Dra. Mabel Munist, consultora de OPS/OMS y profesora de la Universidad de Lanús.

¹ Silva, P.; Szpindel, C. y Borrell Bentz, R.M. Programa Nacional de Prevención de la Violencia y Promoción de la Salud, presentado al Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2003.

² Roses Periago, M., Directora de la OPS. Comunicado de prensa del 8 /10/2003, en www.ops-oms.org.

Violencia

- Es producto de la cultura y la experiencia, y no de condiciones naturales.

Constituye un problema de

- Derechos humanos.
- De salud.
- De seguridad ciudadana.

Grupos vulnerables

- Mujeres.
- Niños.
- Adolescentes.
- Adultos mayores.

Violencia en Argentina



Año 2002
30.000
denuncias
2.939
mujeres
recibieron
asistencia

nuestra sociedad. Sin embargo, las diversas organizaciones sociales no pueden quedar al margen de esta acción y es importante que cuenten con herramientas intelectuales para poder exigir, colaborar con el Estado, así como promover iniciativas acordes con las necesidades que supone enfrentar los problemas de violencia.

A los fines de esta propuesta, se trabajará la problemática de la violencia en los grupos más vulnerables: mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores.

Comprender el problema

Violencia en Argentina

En la Argentina, desde hace años, se han realizado muchos esfuerzos para afrontar el problema de la violencia, pero en su mayoría no han resultado exitosos. Ello se debe, en gran parte, a la dificultad de adoptar enfoques articulados y multisectoriales que incluyan la concientización de la comunidad, el desarrollo de investigaciones y el compromiso de las instituciones.

Con respecto a la información disponible sobre la violencia en la Argentina, el escaso registro con que se cuenta hace difícil establecer datos sobre la incidencia y predominio de los hechos de violencia en el país. Además, los datos con que se cuenta resultan sueltos e inconexos.

Según información periodística, en el 2002 se radicaron 30.000 denuncias por violencia familiar en las doce Comisarías de la Mujer de la provincia de Buenos Aires. Pero teniendo en cuenta que sólo una de cada cuatro mujeres que sufren maltrato lo denuncia, la violencia puertas adentro alcanzaría a 120.000 familias.³

En Capital Federal, creció más del doble la demanda de ayuda por violencia en los Centros de Atención Integral de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Durante el año 2002 recibieron allí atención psicológica, legal y social 2.939 mujeres. Sólo de enero a julio del año 2003, la cifra subió a 4.151 mujeres maltratadas, esto es, alrededor de 600 por mes.

En ocho años, sólo en la Ciudad de Buenos Aires, se triplicaron las denuncias por agresiones a chicos⁴. En los Tribunales de la Capital Federal se reciben en promedio 600 consultas mensuales de niños víctimas de agresiones. El 70 por ciento toma luego cuerpo de denuncia.

³ Clarín, "El flagelo de la violencia doméstica", Buenos Aires, 22 de agosto de 2003.

⁴ Clarín, "Infancia Ultrajada. La Justicia atiende cada vez más casos", Buenos Aires, 26 de octubre de 2003.

El Hospital de Niños Pedro de Elizalde de la Ciudad de Buenos Aires, pionero en la atención de los chicos maltratados, viene incrementando 220 historias clínicas nuevas por año.

En Capital Federal, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil tiene un registro en aumento de las denuncias de maltrato infantil, pasando de 199 en 1995 a 383 en el 2000, y su proyección para el 2003 se acerca al triple de lo registrado hace una década.

La Red de Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes del Gobierno porteño tuvo 1.021 pedidos de protección en el 2001 y casi el doble en el año 2002.

La tasa de Mortalidad por suicidios en la población de 15-24 años ha mostrado tendencia al incremento a valores más altos que los observados en la población general, llegando a 10.1 por 100.000 habitantes de 15-24 años, en el año 2001.

En el siguiente cuadro se puede observar cómo se distribuyen las muertes por causa externa en cada grupo etáreo, tomando como denominador un promedio de las muertes acaecidas entre 1995 y 2002.

Tasa de mortalidad por sexo, edad y grupos de causas seleccionadas por 100.000 habitantes. Argentina, 1995-2002

Causas	10-14		15-19		20-24	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Accidentes	13,3	5,9	35,7	11,2	46,6	9,9
Violencia	1,3	0,6	13,1	1,6	16,7	1,9
Suicidios	1,2	1,1	9,2	4,4	12,9	3

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y Dirección de Estadísticas Poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos, Argentina, 2002.

Violencia familiar

La Organización Panamericana de la Salud plantea la noción de violencia intra familiar:

“La violencia intra familiar es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia”⁵

⁵ OPS/OMS *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia intra familiar*, Protocolo de Investigación, 1998.

Violencia intra familiar



- La que ocurre en el ámbito del hogar
- Se utiliza entre adultos como forma de resolver conflictos.
- Como método educativo a implementar con los niños.

La *violencia intra familiar* se ha visualizado como la que ocurre en el ámbito del hogar por su *carácter naturalizado*⁶ y de *aprendizaje social cotidiano*. Esto conlleva a que muchas familias la sigan practicando como un método sistemático para resolver conflictos entre adultos y como método educativo a implementar con los niños.⁷

Las consecuencias del maltrato son profundas, van más allá de la salud y la felicidad de los individuos, para afectar al bienestar de toda la comunidad. Generalmente, el *victimario*, por temor a perder el dominio sobre el otro, reacciona negando a sus víctimas el derecho a discernir, a la libertad y a la seguridad implementando estrategias e instrumentos de variada peligrosidad con la intención de causar daño. Generalmente las víctimas son los miembros más “débiles” en función del sexo, la edad, la condición física, la condición socioeconómica y/o étnica.

Dentro de los componentes de violencia familiar analizaremos en profundidad el maltrato y descuido de los niños

Maltrato y descuido de los menores

En 1999, la Reunión de Consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores elaboró la siguiente definición sobre el maltrato infantil:

*“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial u otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”*⁸

Según la OPS-OMS⁹ se observan cuatro tipos de maltrato de niños por los cuidadores.

El *maltrato físico* de un niño, esto es, los actos infligidos por un cuidador que causa un daño físico real o tiene el potencial de provocarlo.

El *abuso sexual*, que supone actos en que una persona adulta usa a un niño para su gratificación sexual.

El *maltrato emocional*, que implica que los padres o cuidadores no brindan las condiciones apropiadas y propicias e incluyen actos que tienen efectos adver-

Tipos de maltrato infantil

- Maltrato físico.
- Abuso sexual.
- Emocional.
- Descuido o negligencia.



⁶ Es ineludible y salvo que produzca trastornos al desenvolvimiento normal de la vida, no requiere cuidados especiales

⁷ Garrido, S. *Algunas reflexiones sobre la violencia intra familiar*. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

⁸ WHO. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, Geneva, 1999. (Documento WHO/HSC/PVI/99.1)

⁹ Krug, e. G. Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo*. Washington, D.C., OPS-OMS, 2003. Publicación científica y técnica N° 588.

sos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño, por ejemplo, la ridiculización o las amenazas.

El *descuido o negligencia* que se produce cuando uno de los padres o adultos no toma medidas para promover el desarrollo del niño —estando en condiciones de hacerlo— en la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida segura. El descuido se distingue de la situación de pobreza en que puede ocurrir en los casos en que la familia u otras personas a cargo disponen de recursos razonables.

El *Síndrome de Munchausen por proxi*¹⁰, que implica que los padres someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de remedios o ingresos hospitalarios a partir de razones mentirosas.

El *maltrato institucional*, esto es, cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos que viole los derechos básicos del niño y la familia.

Las lesiones provocadas por una persona que cuida a un niño pueden adoptar muchas formas. Mencionaremos las más importantes.

El *daño grave o la muerte del niño* menor de dos años causado por malos tratos y como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico o de lesiones en los órganos internos.

Las *manifestaciones esqueléticas* que incluyen fracturas múltiples en diferentes etapas de restitución, fracturas de huesos que muy rara vez se rompen en circunstancias normales.

El *lactante zamarreado* que implica a niños menores de 9 meses y que puede producir hemorragias intracraneales, hemorragias retinianas y pequeñas fracturas “astilladas”, etc.

El *niño golpeado* que refiere a los niños que presentan lesiones repetidas y graves en la piel, el aparato esquelético o el sistema nervioso.

El *abuso sexual* que se aplica a los niños que pueden ser llevados a servicios profesionales debido a problemas físicos o de conducta que, cuando se investigan a fondo, resulta como consecuencia del abuso sexual. Pueden presentar: síntomas de infección, lesión genital, dolor abdominal, estreñimiento, infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias o problemas de conductas

El *descuido* que se expresa en muchas manifestaciones, entre ellas, en el incumplimiento de las recomendaciones de atención de la salud, la privación de alimentos, la exposición a las drogas o cigarrillo, la ausencia de protección contra los peligros ambientales, etc.

¹⁰ Clarín, “Infancia Ultrajada. La Justicia atiende cada vez más casos”. Buenos Aires, 26 de octubre de 2003.

Lesiones

Las lesiones provocadas a los niños pueden revestir diversas formas

- Daño grave o muerte.
- Manifestaciones esqueléticas.
- Lactante zamarreado.
- Niño golpeado.
- Abuso sexual.
- Descuido.

Factores que aumentan la vulnerabilidad del niño

- Edad.
- Género.
- Características especiales como discapacidades físicas o mentales.
- Estructura y recursos de la familia.
- Características de la personalidad y del comportamiento del cuidador-padre.
- Factores comunitarios.
- Factores sociales.

Varios son los factores que aumentan la vulnerabilidad del niño. Uno de ellos es la *edad*, ya que los lactantes pequeños corren riesgo de sufrir maltrato físico mortal, en tanto los niños pre-escolares riesgo de sufrir maltrato físico no mortal y los niños escolares o el inicio de la pubertad y la adolescencia riesgo de sufrir abuso sexual.

Otro de los factores que aumentan la vulnerabilidad del niño es el *género*, ya que tienen relevancia las amplias brechas culturales que existen entre las diferentes sociedades en lo que se refiere a la función de las mujeres y los valores asignados a cada género. También son factores que inciden en la vulnerabilidad las *características especiales* que puede tener un niño como las discapacidades físicas o mentales.

Por su parte, también inciden la vulnerabilidad del niño factores del entorno como *la estructura y los recursos de la familia* —padres jóvenes, solteros, desempleados, tamaño de la familia, por ejemplo— las *características de la personalidad y del comportamiento cuidador-padre*, los *factores comunitarios* —desempleo, hacinamiento, por ejemplo— y los *factores sociales* —como la función de los valores culturales y económicos—.

Para cerrar este apartado diremos que la mala salud causada por el maltrato de menores constituye una porción significativa de la carga mundial de morbilidad.

Violencia de género

La Organización de las Naciones Unidas definió, en 1993, la *violencia de género* como:

“todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.¹¹

Importa acotar que el “enfoque de género” interpreta que la violencia es un fenómeno histórico que se relaciona con construcciones sociales que definen las subjetividades de lo “masculino” y lo “femenino” y articulan roles, funciones y ámbitos de desempeño generando relaciones de poder, discriminación y subordinación.¹²

La OPS/OMS define la violencia contra la mujer por parte del cónyuge o pareja como:

“todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter y que resulta en daño a la integridad física, emocional, sexual o económica, utiliza-

¹¹ Garrido, S. *Algunas reflexiones sobre la violencia intra familiar*. 2002, Argentina, Ministerio de Salud de la Nación.

¹² Banco Interamericano de Desarrollo. *La mujer en las Américas. Como cerrar la brecha entre los géneros*, 1996.

do contra todas las mujeres adolescentes o adultas por su pareja actual o anterior".¹³

Vivir en una relación violenta afecta al sentido de autoestima de una mujer y a su capacidad de participar en la sociedad. Las mujeres maltratadas pueden tener restricciones en cuanto al acceso a la información, a los servicios y a la participación en la vida pública.

En el siguiente gráfico se pueden observar cuáles son los factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a una mujer.

Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja

Factores individuales	Factores de la relación	Factores comunitarios	Factores sociales
Edad joven	Conflicto matrimonial	Sanciones débiles de la comunidad contra la violencia doméstica	Normas tradicionales
Beber en exceso	Inestabilidad del matrimonio	Pobreza	Normas sociales que apoyan la violencia
Haber presenciado o sufrido violencia cuando niño	Dominio masculino en la familia	Escaso capital social	
Trastornos de la personalidad. Depresión	Presiones económicas		
Poca instrucción; ingresos bajos	Mal funcionamiento familiar		

Fuente: Krug, e. G. Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. OPS-OMS, 2003, Washington D.C. Publicación científica y técnica N° 588.

La violencia tiene efectos negativos diferentes, inmediatos, en el corto y en el largo plazo sobre la salud de la mujer, tal como puede observarse en el siguiente cuadro.

¹³ OPS/OMS. 18ª sesión del Consejo Directivo. Ginebra, 8-9 de febrero de 1999.

Consecuencias de la violencia masculina en la pareja sobre la salud de la mujer

Física	Lesiones abdominales y torácicas Síndromes de dolor crónico Discapacidad, Fibromialgia, Fracturas Trastorno del aparato digestivo, colon irritable Desgarros y abrasiones, Lesiones oculares Disminución de las funciones físicas
Sexuales y reproductivas	Enfermedad inflamatoria de la pelvis Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo Disfunción sexual, esterilidad Enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA) Aborto séptico, embarazo no deseado
Psíquicas y del comportamiento	Abuso de alcohol, drogas. Tabaquismo Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño Fobias, depresión, ansiedad, baja autoestima Trastornos psicósomáticos. Comportamiento suicida. Comportamiento sexual riesgoso
Consecuencias mortales	Mortalidad relacionada con el SIDA Mortalidad materna. Homicidio. Suicidio

Fuente: Krug, e. G. Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* OPS-OMS, 2003, Washington D.C. Publicación científica y técnica N° 588.

Violencia juvenil¹⁴

La *violencia juvenil*, motivo de preocupación de la sociedad en general, ha sido interpretada o definida desde diversos puntos de vista, pero el hecho trascendente es que es una violencia que no responde totalmente al encuadre de la violencia que manifiestan los adultos.

La violencia juvenil es multicausal y en ella se reconoce la existencia de factores estructurales, institucionales y directos o facilitadores.

Entre los *factores estructurales* se destacan: la desigualdad, la pobreza, el bajo nivel de desarrollo de la sociedad, la falta de oportunidades de educación y trabajo.

Entre los *factores institucionales* se parte de considerar a la familia, a cuyas carencias se une la impunidad y la desconfianza, pasando por la mala calidad de

¹⁴ Se ha seguido la estructura que presentó la Dra. Matilde Maddaleno, OPS/OMS *Violencia en Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica*, Santiago de Chile, C.P.U., 2001. Documento de Trabajo N° 22.

Causales de violencia juvenil

- Factores estructurales.
- Factores institucionales.
- Factores directos o facilitadores.

la educación y llegando al papel que históricamente han cumplido instituciones como la policía o la justicia en nuestra sociedad.

Entre los *factores directos o facilitadores* se pueden mencionar la disponibilidad de armas, el consumo de alcohol y drogas, la falta de recreación y de espacios para actividades físicas, entre otros.

La necesidad de incluir la perspectiva de género es fundamental como en todos los enfoques que estudian violencia. Sin embargo, en este grupo etéreo a la tradicional perspectiva, donde la mujer es en la mayoría de los casos la víctima de la violencia y el varón el victimario, se agregan creencias compartidas por numerosos grupos de adultos. Los varones son percibidos como más violentos que las mujeres. Y esta percepción se refleja tanto en el estigma social asociado a ser varón como en las expectativas sociales impuestas en los adolescentes varones. Por ejemplo, los adolescentes varones conforman las pandillas juveniles, los varones juegan video- juegos violentos, los varones tienden a tener mayor cantidad de peleas violentas como forma de solución de conflictos, etc.

La afirmación de que la violencia juvenil ha aumentado debe ser analizada en el contexto de la violencia en general y no aisladamente. Es mayor el número de adolescentes víctimas de la violencia que el de victimarios.

En el intento de explicar la violencia juvenil, en muchas ocasiones se tiende a globalizar algunas supuestas causas, generando mitos cuya validez es dudosa y que es necesario considerar en su real dimensión. Entre los mitos que circulan sobre la violencia juvenil se puede mencionar el que afirma que “la mayoría de los futuros ofensores pueden ser identificados desde la infancia”. Sin embargo, el caso de Tim Guénard en Francia muestra que no siempre es así. Este escritor vivió una infancia y adolescencia terroríficas, signadas por la violencia familiar y del contexto. Sin embargo, hoy ha formado un hogar feliz y en él acoge a personas con dificultades.¹⁵

Otro de los mitos es que “el maltrato infantil lleva a conductas violentas posteriormente en la vida”. Sin embargo, cada vez sorprende la determinación que tienen las víctimas de la violencia de no repetir el modelo con los hijos.

También circula como mito la idea de que “el tratamiento duro con los ofensores adolescentes disminuye la posibilidad de que cometan nuevos crímenes”. Sin embargo, no existe evidencia que lo demuestre.

Finalmente, también se escucha como mito que “nada funciona en la prevención de la violencia juvenil”. Sin embargo, existen programas o estrategias que dan cuenta de resultados positivos.

Por otra parte, la violencia está legitimada en el modelo machista de la masculinidad. Por ejemplo, se espera que los muchachos sean agresivos, que

Mitos acerca de la violencia juvenil

- La mayoría de los futuros ofensores pueden ser identificados desde la infancia.
- El maltrato infantil lleva a conductas violentas ulteriormente.
- El tratamiento duro con los ofensores adolescentes previene que estos cometan nuevos crímenes.
- Que nada funciona en prevención de violencia juvenil.

¹⁵ Guenard, T. *Más fuerte que el odio*. Barcelona, 2003, Gedisa.

actúen en forma violenta como una respuesta adecuada o aceptada frente a sentimientos de miedo o sensación de vulnerabilidad, que escondan sus sentimientos y que no lloren.

En el marco de un trabajo reciente de OPS¹⁶, Aguirre y Guell entrevistaron a grupos de adolescentes varones de nueve países de Latinoamérica y el Caribe, en los que se detectó como un denominador común a las diferentes edades de la adolescencia la tensión entre las expectativas y el estigma asociado a “hacerse hombre” y entre los sentimientos y las expectativas individuales de los entrevistados. Estas expectativas sociales de “ser macho” y el estigma de “ser hombre fuerte” son consideradas, en salud pública, como uno de los factores de riesgo más importantes asociado a la violencia. Para no ser considerados débiles o para demostrar poder, los hombres ejercen violencia interpersonal contra otros hombres, social a modo de pandillas y de género contra mujeres.

Suicidios juveniles

Al intentar comprender el suicidio se toma conciencia de su enorme complejidad. Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos.¹⁷

El suicidio de los adolescentes tiene algunas características que lo diferencian de los suicidios de los adultos. La más destacable es que generalmente se producen suicidios en continuidad dentro del grupo de amigos o familiares de las edades similares. Esta característica se ha dado en llamar *suicidio en racimo* (Cluster) y es importante tenerla presente porque, cuando se suicida un adolescente, es un *signo de alarma*, dada la posibilidad de que otro dentro de su grupo de amigos también lo intente o cometa. Cabe agregar, además, que este fenómeno se ha presentado en forma repetida en nuestro país.

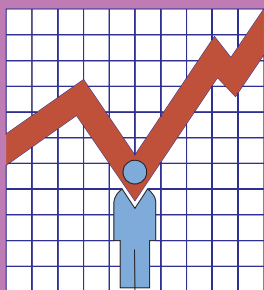
El abordaje del suicidio juvenil desde los medios de comunicación no está actualmente orientado a fines preventivos. Por el contrario, hace hincapié en el efecto sensacionalista y negativo.

Las muertes por suicidios en el grupo de adolescentes y jóvenes son un problema de salud en nuestro país, ya que en los últimos años la tasa de mortalidad específica en este grupo etéreo ha mostrado un aumento significativo. La situación de adversidad socioeconómica y el creciente desempleo juvenil nos permiten predecir que, de no realizarse intervenciones para su prevención, esta tendencia seguirá prevaleciendo.

¹⁶ Aguirre, R., Güell, P. *Hacerse Hombres. La construcción de la Masculinidad*. Washington.D.C., 2002, OPS/OMS.

¹⁷ Casullo M.M. y colab. *Comportamiento Suicidas en la Adolescencia Morir antes de la muerte*, Buenos Aires, 2000, Lugar Editorial.

Suicidio juvenil



Malos tratos en adultos mayores

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los no-desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad.

Hablamos de malos tratos ante cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente. Se observan en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico. Pueden ocurrir tanto en Instituciones —residencias públicas o privadas— como en el domicilio.

En el siguiente gráfico se pueden observar cuáles son los indicadores de maltrato a los mayores.

Indicadores de maltrato a las personas mayores

Indicadores relacionados con la persona de edad				Indicadores relacionados con el cuidador
Físicos	Conductuales y emocionales	Sexuales	Económicos	Económicos
Agresión física de cualquier tipo golpes, puñetazos, apalear, quemaduras.	Deterioro funcional del anciano.	Quejas de agresión sexual. Dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas.	Robos. Mal uso o abuso del dinero.	No acepta el papel de cuidador (indiferencia) o lo contrario parece muy preocupado o suele ser hostil, irritable y suspicaz.
Negligencia física: Deshidratación, malnutrición, higiene inadecuada.	Alteración de las funciones cognitivas.	Conducta sexual que no condice con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona.	Privación al anciano de sus bienes propios para aplicarles una finalidad inadecuada.	Presenta signos de estrés. Trata a la persona de edad como a un niño o de forma inhumana.
Administración incorrecta de medicamentos, pedido demasiado reiterado de los mismos.	Renuencias a conversar abiertamente.	Cambios no explicativos en la conducta, agresividad, el retraimiento o la automutilación.	Ocultar los bienes materiales. Cambio de un testamento a favor de "nuevos amigos" o "parientes".	Consumidor de fármacos, alcohol y drogas, alteraciones psicológicas.
Falta de cuidados médicos o búsqueda de atención sanitaria con varios médicos.	La persona mayor es dejada de lado por los demás.		El nivel de atención que recibe no está a la altura de sus ingresos o medios.	Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.

Fuente: Krug, E. G. Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington D.C., OPS-OMS, 2003. Publicación científica y técnica N° 588.

Comprender el problema en la localidad



Abordar el problema de la violencia en el municipio es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la violencia en la propia localidad, dimensionarla y proponer alternativas saludables.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones vinculadas con la violencia. Expliquen para cada caso:

- ¿A qué tipo de violencia corresponde? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son las causas y las consecuencias en cada caso?
- ¿Qué otras alternativas hay para afrontar el problema de la violencia en la localidad?

Sugerencias y propuestas para intervenir

Estrategias preventivas

La violencia es un problema de salud de alta prioridad. Una de las estrategias más eficaces para prevenirla es realizar intervenciones integrales en todos los niveles —provincial, municipal y/o local—. En esta estrategia, un aspecto fundamental a tener en cuenta es el *capital social*.

En sentido amplio, el *capital social*¹⁸ comprende las normas y redes que permiten a las personas coordinar la acción colectiva. Cuando las comunidades tienen fuertes vínculos de cohesión y las relaciones de asociación forman una parte importante de las mismas, se considera que disponen de un considerable capital social. La comunidad con mayor patrimonio de capital social tiene mayor capacidad de organizarse para actuar en forma colectiva.

La potenciación del capital social contribuirá por múltiples vías a la reducción de la violencia. El *modelo ecológico*¹⁹ explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como producto de la interacción entre *lo individual, lo familiar, la comunidad y lo social*. Cada uno de estos niveles representa un cierto grado de riesgo y es posible identificar puntos clave para la intervención.

¹⁸ Klisberg, B., “La participación tiene ventajas comparativas”, en Seis tesis no convencionales sobre participación, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Centro de Documentación en Políticas Sociales, 1999.

¹⁹ OPS/OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. 2003, Washington D.C.

La Atención Primaria de Salud suele ser la puerta de entrada más frecuente para la recepción de los hechos de violencia. Sin embargo, la complejidad del problema requiere del compromiso de todos los sectores de la sociedad. Es necesario que se reconozca la violencia como un factor de riesgo para la salud individual y para la salud comunitaria. Su abordaje exige claramente del desarrollo de estrategias preventivas y de promoción del bienestar y la salud mental.

La base fundamental de las estrategias preventivas es realizar intervenciones integrales en todos los niveles —provincial, municipal y/o local— tales como:

- Crear un espacio municipal de prevención de la violencia y promoción de la salud, basado en la participación comunitaria y el fortalecimiento de las acciones en el ámbito de prevención primaria, secundaria y terciaria.²⁰
- Lograr una articulación intersectorial y multisectorial entre las autoridades legislativas, judiciales, de educación y de salud, a través de la conformación y fortalecimiento de redes y refuerzo de los nodos en los que se lleve a cabo un trabajo compartido.
- Promover la articulación de programas de promoción de la salud para mejorar la calidad de vida.
- Promover la creación de equipos multidisciplinarios que adopten como enfoque el Modelo Ecológico.
- Promover los vínculos familiares saludables a fin de cortar la transmisión transgeneracional de la violencia, utilizando estrategias tales como grupos de reflexión.
- Fortalecer la integración escolar abriendo las escuelas a eventos comunitarios.
- Promover la conformación de grupos de autoayuda desde las redes locales de víctimas, victimarios y niños testigos de violencia intra-familiar.
- Sensibilizar a los distintos sectores de la comunidad para la detección precoz de situaciones de violencia familiar, escolar, institucional, etc.
- Desarrollar acciones de capacitación y de educación que promuevan estilos de vida saludables.
- Crear líneas de ayuda telefónica, brindando servicio de apoyo y orientación.
- Organizar campañas y jornadas específicas para prevención de violencia y promoción de la no violencia.
- Identificar y trabajar con las ONGs como centros alternativos de salud y de prevención de la violencia.

²⁰ Prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación).

En todas las acciones, ya sea de prevención o recuperación es fundamental mantener principios éticos de respeto a la dignidad de las personas involucradas, así como a la privacidad de ellas.

Prevención en el maltrato y el descuido de los menores

Cabe advertir que “los niños deben aprender a temprana edad que la violencia no es sólo inaceptable sino también innecesaria y contraproducente, que los conflictos puedan resolverse pacíficamente y que los resultados que se alcanzan a través de medios no violentos son más justos y duraderos”²¹

Las estrategias desarrolladas en la actualidad para la prevención del maltrato han sido poco evaluadas desde el punto de vista de la eficacia, sin embargo, los receptores de las mismas han tenido beneficios en aliviar sus problemas. Las tendencias generales de las estrategias se han concentrado en la víctima y poco se ha trabajado en la prevención del abuso.

El esquema ofrecido por el *Informe Mundial de la Violencia* es una buena aproximación para analizar las estrategias para la prevención y tratamiento del maltrato infantil.

Entre las estrategias de apoyo a la familia, se encuentran:

- Los programas de pautas de crianza que prestan apoyo a la familia y proporcionan educación y capacitación a todos los padres y futuros padres.
- El fortalecimiento de la capacidad resiliente de los niños.

Entre las estrategias de los servicios de salud se mencionan:

- El trabajo en conjunto con el sector de educación en comisiones mixtas para el mejoramiento de los ámbitos escolares.
- El aumento de la disponibilidad y la calidad de los centros de puericultura.

Entre las estrategias terapéuticas, se recomiendan:

- La creación de un espacio de intervención multidisciplinaria para la atención de las víctimas y de los niños que presencian actos de violencia.

Entre los recursos jurídicos, se sugiere:

- La aplicación y el mejoramiento de la legislación vigente.

En relación con los actos comunitarios, se proponen:

- La creación de grupos de apoyo domiciliario.
- La promoción de la recuperación de valores familiares y comunitarios.
- La realización de programas de apoyo escolar.
- La organización de campañas preventivas y educativas.

²¹ Werthein, J. “Una cultura de Paz para el siglo XXI”, en OPS/OMS, *Sociedad, Violencia y Salud* Washington D.C., 1994.

Prevención y tratamiento del maltrato y descuido de los menores

- Estrategias de apoyo a la familia.
- Estrategias de los servicios de salud.
- Estrategias terapéuticas.
- Estrategias jurídicas.
- Estrategias comunitarias.
- Estrategias del ámbito social.

En cuanto a las estrategias del ámbito social, se recomienda:

- La coordinación de estrategias para la prevención del maltrato en las distintas esferas sociales de la vida del niño, esto es, familia, los medios de comunicación, las escuelas, los pares y las organizaciones comunitarias.

Prevención de la violencia hacia la mujer y en la relación de pareja

La complejidad del problema de violencia hacia la mujer requiere del compromiso de todos los sectores de la sociedad, para que la consideren como un factor de riesgo para la salud individual y para la salud de la comunidad.

Un paso importante en el abordaje de la violencia es la creación y capacitación de un equipo multidisciplinario que trabaje desde los efectos en la salud con el modelo ecológico, con la responsabilidad de dar a la víctima, al victimario y a la comunidad una respuesta integral. Asimismo, es necesario trabajar en forma coordinada con la justicia y la policía, promoviendo espacios de respeto y comprensión hacia las víctimas y los menores en tanto testigos vulnerables.

La participación de la mujer es un recurso valioso y de alto rendimiento, que debe ser eje transversal de todas las actividades de prevención de la violencia. Para prevenir la violencia son múltiples los recursos de que se dispone:

- La creación de líneas de ayuda telefónica, que brinden servicio de apoyo y orientación.
- El asesoramiento sobre sus derechos.
- El funcionamiento de talleres de ayuda con método participativo integrado por hombres y mujeres.
- La creación de hogares transitorios para mujeres golpeadas, bolsas de trabajo y guarderías para sus hijos.
- La identificación conjunta de fuentes de apoyo ante la posibilidad de salida del domicilio conyugal (amigas/os, familiares, vecinas, etc.).
- El trabajo de extensión, que promueva la sensibilización de la comunidad y la identificación y el abordaje de los problemas en los servicios de salud.
- La organización de campañas de prevención de la violencia y programas escolares donde se aborde específicamente el problema de la violencia en las relaciones íntimas.
- La coordinación con los programas de salud reproductiva y sexual y la creación de redes de apoyo desde la comunidad.
- La prevención y el tratamiento oportuno de la violencia sexual.
- La creación de espacios de atención integral a las víctimas de agresiones sexuales.

Recursos para prevenir la violencia hacia la mujer

- Líneas de ayuda telefónica.
- Asesoramiento sobre sus derechos.
- Talleres de ayuda.
- Hogares transitorios para mujeres golpeadas.
- Apoyo ante la posibilidad de salida del domicilio conyugal.
- Trabajo de extensión, que promueva la sensibilización de la comunidad y la identificación y el abordaje de los problemas en los servicios de salud.
- Campañas de prevención.
- Coordinación con los programas de salud reproductiva y sexual.
- Prevención y tratamiento de la violencia sexual.
- Espacios de atención integral a las víctimas de agresiones sexuales.
- Fortalecimiento institucional de la atención a la víctima y el victimario.
- Capacitación integrada sobre género y la salud reproductiva.
- Convenios con la justicia y la policía.

- El fortalecimiento institucional de la atención a la víctima y el victimario.
- La capacitación integrada sobre el género y la salud reproductiva al equipo de salud (Prevención en HIV-SIDA).
- El establecimiento de convenios con la justicia y la policía para mejorar la accesibilidad a la información y la consulta oportuna.

Prevención del suicidio

El creciente problema del suicidio juvenil ha motivado la búsqueda de medidas de prevención. Desde este punto de vista, tenemos que destacar que se ha adelantado mucho en lo referente a las intervenciones a partir del primer suicidio entre un grupo de adolescentes y menos en la prevención de ese primer suicidio.

Por otro lado, las experiencias en la prevención de suicidios realizadas en algunos países son alentadoras para elaborar un proyecto cuyo propósito sea la prevención con un enfoque global de salud mental de los adolescentes, tal como se lleva a cabo en países como Noruega.

Existen experiencias en Canadá²² y Nueva Zelanda²³ donde el problema ha sido abordado con distintas estrategias. Una de ellas es la intervención de *gatekeepers* (guardabarreras). Las personas formadas como *gatekeepers* son voluntarios a quienes se los entrena en la detección de signos que pueden presentar los jóvenes que tienen ideas de suicidio. La mayoría de estas intervenciones se hacen en escuelas, pero también en las comunidades. Las dos ideas fuerza de estas experiencias son: la desmitificación del suicidio y la ayuda que puede brindar la persona no profesional, siempre que haya recibido entrenamiento adecuado. En la actualidad, varias experiencias coinciden en que es posible prevenir el suicidio.

El aumento de la incidencia de suicidios juveniles, patología que no ha sido abordada en la formación del personal de salud, requiere que los profesionales de la salud (enfermeras, médicos, psicólogos, etc.) reciban actualizaciones en este campo, para detectar en forma precoz las ideas suicidas.²⁴ La formación del personal de salud no siempre desarrolla una visión holística del suicidio, concentrándose en el tratamiento y apoyo (posvención²⁵) más que en la prevención, omitiendo la detección de los signos de alarma en la consulta. El suicidio nunca

Prevención del suicidio



Persona no profesional

- Entrenamiento adecuado.

Personal de salud

- Formación profesional.

²² Guo B, Harstall C. *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 2002.

²³ Hider P. *Youth suicide prevention by primary healthcare professionals*. New Zealand, Health Technology Assessment, 1998.

²⁴ Artículo publicado por el Comité de Adolescencia de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría), en American Academy of Pediatrics, Pediatrics. 2000.

²⁵ Posvención es una estrategia de intervención para asistir a los sobrevivientes de una experiencia de suicidio.

es un acto súbito, sino que va precedido de una serie de síntomas y signos que aparecen en los días previos.

En nuestro país, se han realizado algunas experiencias valiosas de prevención del suicidio. En su mayoría, la respuesta de las organizaciones estatales de salud está orientada a la asistencia parasuicidas²⁶ o de los familiares cuando lo solicitan, tratamiento posterior al acto que algunos autores designan como *posvención*. En cambio, algunas ONG's enuncian como objetivo principal la prevención del suicidio.

En la ciudad de Buenos Aires, la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio tiene como propósito la prevención y ha formado una red con otras dos instituciones dedicadas al mismo fin, una situada en el conurbano y la otra en la ciudad de La Plata. En estas instituciones, las intervenciones se concentran en aquellas entidades que las solicitan expresamente.

En el campo profesional, en la Argentina se han realizado actividades de difusión o de discusión del problema y de las estrategias para su prevención. De este modo se avanzó en las intervenciones realizadas *a posteriori* del segundo suicidio, desarrollándose actividades de *posvención* con el grupo de compañeros próximos.

Algunas intervenciones para la prevención del suicidio juvenil son :

- La capacitación de los equipos de salud para que identifiquen a los jóvenes en riesgo de violencia y les den la derivación adecuada.²⁷
- La capacitación de voluntarios para la detección y contención de personas en crisis.
- La realización de acciones de prevención en los ámbitos escolares.
- La formación de equipos comunitarios para la prevención específica.²⁸
- El trabajo en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria a través del consejo municipal o local de jóvenes para armar una red social con todos los actores involucrados de la comunidad.

Estrategias de abordaje de la violencia juvenil

La estrategia de promoción de la resiliencia en jóvenes ha mostrado ser un instrumento que colabora en la prevención de la violencia.²⁹ Los padres pueden

²⁶ Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos o intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida.

²⁷ OPS/OMS, *Municipios Saludables. Participación ciudadana para la Promoción de la Salud*. Argentina, 2002.

²⁸ Al respecto se puede mencionar la experiencia del Municipio de La Toma, Pcia. de San Luis.

²⁹ La resiliencia ha sido definida en el nivel individual como la capacidad que tienen los seres humanos de soportar la adversidad y salir fortalecido de ella. En el nivel comunitario, consiste en la condición colectiva para sobreponerse a desastres y situaciones masivas de adversidad y construir sobre ellas.

Intervenciones para la prevención del suicidio juvenil

- Capacitación de equipos de salud para que identifiquen a los jóvenes en riesgo y les den la derivación adecuada.
- Capacitación de voluntarios para la detección y contención de personas en crisis.
- Realización de acciones de prevención en ámbitos escolares.
- Formación de equipos comunitarios para la prevención.
- Trabajo multi e interdisciplinario para armar una red social.



hacer cosas por y para sus hijos desde el día que estos nacen, darles el apoyo que los hijos necesitan para desarrollar su fortaleza interna y para lidiar con los desafíos y adversidades en sus vidas. Las formas a través de las cuales los padres pueden tener un rol importante en la promoción de resiliencia en sus hijos son:

- El desarrollo de un vínculo afectivo sólido.
- La construcción de un modelo de conducta.
- La preocupación por tener información sobre las actividades de los hijos, quiénes son sus amigos, dónde van después de clases y por los límites en los horarios y los permisos para actividades fuera del hogar.
- La escuela es el lugar donde los niños y jóvenes desarrollan sus habilidades sociales y académicas, donde los jóvenes aprenden a ser miembros de la sociedad y a ser más independientes de su hogar. Sin embargo, los jóvenes necesitan examinar con sus padres las responsabilidades e incrementar su independencia en forma creciente hasta llegar a ser adultos responsables.

Para el abordaje y prevención de la violencia juvenil³⁰ se han establecido varios niveles —individual, familiar, escolar, comunitario y de políticas públicas— siendo los tres últimos las áreas de mayor posibilidad de intervención desde un Municipio Saludable.

Dentro de los programas que se han implementado para la prevención de la violencia juvenil no se han producido los resultados esperados en aquellos donde se aplican técnicas de miedo, de segregación, intervenciones cortas o identificación de pro violentos.

Las estrategias de prevención³¹ de la violencia juvenil pueden ser:

- La *prevención primaria*, que consiste en la formación de habilidades para la vida, desarrollo juvenil positivo a través de actividades solidarias, promoción de la resiliencia, organización de escuelas promotoras de salud.
- La *prevención secundaria* que supone capacitación de padres, educación compensatoria, resolución de problemas sociales, desarrollo de habilidades cognitivas.
- La *prevención terciaria* que incluye intervenciones transdisciplinarias, terapia familiar, capacitación para el trabajo, servicios integrales de salud.

Prevención de la violencia contra los adultos mayores

El municipio es un lugar muy apropiado para llevar a cabo proyectos locales de ayuda a las personas mayores, para planificar programas y crear sus propios

³⁰ Maddaleno, M., *Programas exitosos en Promoción y Prevención. Qué funciona y qué no funciona*. Santiago de Chil, CPU, 2001. Documento de Trabajo 23.

³¹ Maddaleno, M., *Programas exitosos en Promoción y Prevención. Qué funciona y qué no funciona*. Santiago de Chil, CPU, 2001. Documento de Trabajo 23.

servicios, así como organizar campañas que promuevan un cambio de conducta con respecto a los adultos mayores.³²

La prevención comienza con la sensibilización, mediante la educación y la capacitación. Algunas de las actividades efectuadas con éxito son:

- La propuesta de modificación de las actitudes negativas de las personas con respecto al trato de los ancianos.
- El aumento de los conocimientos sobre el problema y difusión de estrategias de prevención más eficaces.³³
- La organización de programas para prevenir el maltrato de los ancianos en su hogar, como por ejemplo grupos de apoyo para las víctimas o elaboración de planes de “autoayuda”.³⁴

Intervenir en la localidad

Para generar proyectos de intervención se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema.

Se podrá organizar una campaña de prevención de la violencia en la comunidad a través de la elaboración de materiales para la comunicación: un folleto, un video, un programa de radio, mega-afiches con imágenes y consignas, una producción de graffiti, entre otras posibilidades.

También se podrá organizar un proyecto de prevención a partir de la indagación acerca de qué factores inciden como causas de la violencia. A partir de ella, se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la comunidad un lugar crecientemente saludable en términos de su convivencia. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.



³² Krug, e. G. Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo*. Washington, D.C., OPS-OMS, 2003. Publicación científica y técnica N° 588.

³³ Krug, e. G. Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo*. Washington, D.C., OPS-OMS, 2003. Publicación científica y técnica N° 588.

³⁴ Por ejemplo, Guatemala. Véase al respecto Krug, e. G. Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo*. Washington, D.C., OPS-OMS, 2003. Publicación científica y técnica N° 588.

Implicaciones para políticas públicas*

Este capítulo discute ampliamente el carácter multifacético del fenómeno social de la violencia y la diversidad de enfoques que requiere el análisis de los diferentes tipos en que se presenta. Se puede afirmar que la violencia ha adquirido un carácter endémico en el mundo. La gravedad del problema es altísima. Todos los días nos enfrentamos a una avalancha de noticias que corroboran esta afirmación. Desafortunadamente, en América Latina contribuyen a la situación de violencia la falta de equidad y las desigualdades, por lo tanto todas las políticas dirigidas a mejorar estas condiciones también contribuirán a la reducción de la violencia.

El Dr. Carlyle Guerra de Macedo se refirió al tema de la violencia diciendo: *“un tema que se acrecienta día a día entre los temas que nos preocupan y que representa enormes obstáculos para la transformación social y para el desarrollo mismo de nuestras sociedades”*³⁵.

Siendo a su vez un problema de salud pública, ningún país puede abstenerse de considerar la prioridad que tiene para el sector salud. Sobre la base de un amplio criterio multidisciplinario, cada actor social y gubernamental debe preguntarse qué puede hacer para contribuir a construir sociedades menos violentas o idealmente NO violentas. Para identificar posibles líneas de política pública en el municipio, se impone un análisis muy completo del contexto social, económico, cultural y político. De igual modo es mandatorio elevar un inventario detallado de los recursos con que cuenta la comunidad para enfrentar cada tipo de violencia. Por ejemplo, será pertinente identificar qué grupos se interesan en el estudio de la violencia intrafamiliar como el maltrato infantil, la violencia contra la mujer, etc. Si existe un problema importante delincriminal juvenil habrá que identificar potenciales actores que se involucren en el estudio y solución de él. Lo importante es adquirir la conciencia y el compromiso de todos/as para contribuir a la reducción de la violencia en su comunidad. Algunas de las orientaciones de política local serían:

- 1) Desarrollar sistemas de información con todas las posibles fuentes disponibles para medir las diferentes violencias con metodología epidemiológica.
- 2) Asegurar el compromiso político del alcalde y su gabinete para dar prioridad y recursos para el trabajo en violencia.

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

³⁵ Carlyle Guerra de Macedo, director de la Organización Panamericana de la Salud en discurso de apertura de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. 16-17 noviembre de 1994. Washington, D.C.

- 3) Buscar la coordinación y negociación entre sectores: policía, justicia, educación, seguridad, salud, etc.
- 4) Construir alianzas estratégicas con diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de la sociedad civil, etc.
- 5) Definir líneas de política para cada grupo blanco y cada tipo de violencia. Por ejemplo, para el grupo de niños objeto de posible maltrato infantil se deberá fortalecer las políticas educativas sobre prevención de embarazos no deseados, de empleo para los padres, de combate a la pobreza, de hogares sustitutos, etc.
- 6) Las políticas de estímulo a la participación y de apoyo a las redes de soporte social son fundamentales.
- 7) Políticas de promoción de la salud mental que no se deben confundir con el manejo de enfermedades psiquiátricas. En este campo, además de las redes de soporte social, es muy importante la creación de consejerías psicológicas y el control de estrés.
- 8) Políticas de mediación a nivel de instituciones educativas para fomentar la convivencia pacífica y manejo de conflictos con técnicas de reconocida eficacia. Las comisarías de familia y otras instancias de conciliación para mediar en los conflictos son de probada utilidad.
- 9) Políticas de comunicación mediática para la formación de una cultura de la no violencia. A su vez, estas políticas deben ser también de control sobre los programas y horarios para las diferentes audiencias así como de manejo ético de la información de violencia.
- 10) Políticas que exalten los valores culturales históricos de cada localidad de tal manera que se fortalezca la solidaridad, y se rescaten sus tradiciones. A nivel municipal esto es muy importante para lograr la paz.
- 11) Políticas que mejoren el nivel de eficiencia de la justicia. La impunidad es un determinante de la violencia. Cuando la gente pierde la confianza en las instituciones de justicia y empieza a ejercerla privadamente, la violencia florece.
- 12) Políticas de seguridad y convivencia ciudadana. Este tipo de políticas públicas han dado resultados muy positivos para la reducción de eventos violentos en Bogotá, Colombia.³⁶
- 13) Finalmente las políticas de respeto a los derechos humanos y de ejercicio democrático son las que determinan que una sociedad no transite por los caminos violentos para poder expresarse y participar.

³⁶ Véase: Acero Velásquez, H. (2001) Violencia, Seguridad y Salud. En: Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. pp 232-252. Restrepo y Málaga editores. Editorial Médica Panamericana



Bibliografía consultada

- Aguirre, R., Güell, P., *Hacerse Hombres. La construcción de la Masculinidad* OPS/OMS, Washington.D.C., 2002
- Alessandro, L., *Municipios Saludables*. Argentina, OPS/OMS, 2002.
- Banco Interamericano de Desarrollo, *La mujer en las Américas. Cómo cerrar la brecha entre los géneros*. BID, 1996.
- Casullo M.M. y otros. *Comportamiento suicidas en la adolescencia morir antes de la muerte*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.
- Estamatti, M. "Programas en salud mental comunitaria", en Melillo, A. Suárez Ojeda, E.N. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Paidós. (En prensa)
- Garrido, S. *Algunas reflexiones sobre la violencia intra familiar*. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2002.
- Guo B., Harstall C. *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR), 2002.
- Guenard, T., *Más fuerte que el odio*. Barcelona, Gedisa, 2003.
- Grotberg, E. H. "Adolescentes contra la violencia: el poder de la resiliencia", en Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N., Rodríguez, D. *Resiliencia y Subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.
- Hider P. *Youth suicide prevention by primary healthcare professionals*. Christchurch: New Zealand, New Zealand Health Technology Assessment, 1998.
- Klisberg, B. "La participación tiene ventajas comparativas", en *Seis tesis no convencionales sobre participación*, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Centro de Documentación en Políticas Sociales, 1999.
- Maddaleno, M. *Violencia en Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica*, Documento de Trabajo N° 22. Santiago de Chile, C.P.U., 2001.
- Maddaleno, M., *Programas exitosos en Promoción y Prevención Qué funciona y qué no funciona*. Documento de Trabajo 23. Santiago de Chile, C.P.U., 2001.
- Shrader, E. Sagot, M. *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia intra familiar*. Protocolo de Investigación. Washington D.C., OPS/OMS, 1998.
- WHO, *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, Ginebra, 1999.
- Werthein, J. "Una cultura de Paz para el siglo XXI", en *Sociedad, Violencia y Salud*. OPS/OMS, Washington, D.C., 1994.

Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre la violencia.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender el problema de la violencia*, le sugerimos los siguientes títulos:

Krug, E.G., Dahlberg, L.L, Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano. R. *"Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud"*. Washington. D.C., OPS/OMS., 2003. (Se puede solicitar ejemplar al Área de Prevención de la violencia y las lesiones de OPS a través de www.paho.org.)

En el presente informe se estudian los tipos de violencia que existen en todo el mundo en la vida cotidiana de las personas y la carga sanitaria que ésta impone. Se recurre a un modelo ecológico para ayudar a comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Se explora la relación entre los factores individuales y contextuales y se considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento

Paggi, P. Viar, J. P. Laudano, C. Chejter, S. *"Violencia hacia las mujeres. Violencia en la Pareja"*, en Consejo Nacional de la Mujer. *Programa Regional Piloto de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar*. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, 2000.

El texto describe las distintas modalidades de la violencia conyugal. Las formas de expresión de la violencia y el impacto sobre la salud y el desarrollo. Considera las actividades del equipo de salud, así como los síntomas que sugieren maltrato. El proceso de intervención va acompañado de gráficos que facilitan su comprensión.

Garrido, S., Prieto Castillo, D. *"Reflexiones para la no violencia"*, en *Programa Regional Piloto para la no violencia*. Mendoza, Cooperación Técnico Financiera BID, 2000.

La primera parte se refiere a la discriminación, al concepto de violencia de género y a las consecuencias de la violencia intrafamiliar. La segunda parte está centrada en la búsqueda de alternativa para solucionar los problemas.

Consejo Nacional de la Mujer. *Políticas Públicas, Salud y Violencia Familiar*. Programa Regional Piloto de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Argentina, Ministerio de Salud, 2000

Es el informe del Seminario Nacional, donde presentaron distintos aspectos de la Violencia Intrafamiliar y la Experiencia Piloto realizada en Mendoza. En lo referente al abuso infantil, la exposición del Dr. Norberto Ga-



rrote presentó la experiencia realizada en la Casa Cuna de Buenos Aires, pionera en la Prevención y Tratamiento del niño maltratado. La experiencia de Mendoza, dirigida por la licenciada Stella Garrido, es un buen modelo para el trabajo a nivel municipal. Aporta una metodología innovadora donde la participación de la comunidad es prioritaria.

Mcalister, A. La violencia Juvenil en las Américas; estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención. Washington, OPS/OMS. Fundación W.K. Kellogg/ASCID, 1998.

Analiza distintas formas de violencia dirigidas a niños y mujeres: violencia juvenil, en las escuelas, del adulto joven, violencia colectiva y juventud, influencia del entorno. Presenta estrategia para su prevención con los jóvenes, los padres, las escuelas. El Modelo teórico desarrollado corresponde a una interpretación holística de la violencia en los jóvenes.

OPS/OMS. Taller sobre violencia de los adolescentes y las pandillas (maras) juveniles" El Salvador, OPS/OMS, ASDID y BID, 1987.

Se presenta la situación de la violencia juvenil en distintos países de América. Se analizan experiencias de prevención y control de la violencia en el ámbito escolar y entre pandillas (Homies Unidos) y en un suburbio de Los Ángeles. Se pueden solicitar ejemplares a Área de la Salud de la Familia y la Comunidad. Unidad de Salud del Niño y el Adolescente, OPS, en la página singlets@paho.org.

Pinheiro Da Silva Junqueira M.F., Ferreira Deslandes, S. Resiliência e maus-tratos à criança". Fundação Oswaldo Cruz, Brasil, 2003. Cad. Saúde Pública vol.19, no.1.

Después de una revisión crítica del concepto de resiliencia, analiza las contribuciones y limitaciones del mismo. Discute las posibilidades conceptuales y operativas de resiliencia frente al maltrato infantil y del adolescente, tomando como ejemplo el abuso sexual.

Datos útiles

Para prevenir la *violencia de género* se puede acudir a las siguientes instituciones:

Programa porteño de violencia contra la mujer	Línea gratuita las 24 horas: 0800-666-8537
Programa bonaerense de violencia familiar	Línea gratuita 0800-666-5065 de orientación las 24 horas.
Centros Integrales de la Mujer	Ofrecen asistencia gratuita e interdisciplinaria a las mujeres víctimas de violencia familiar en diversos puntos de la Ciudad de Buenos Aires: Humberto 1470, Tel. (011) 4300-7775; Salguero 765, Tel. (011) 4867-0163; Av. Brasil entre Lima Este y Lima Oeste; 24 de noviembre 113, Tel. (011) 4931-6296; F. Beiró 5229, Tel. (011) 4568-5142.



Para prevenir la *violencia infantil* se puede acudir a las siguientes instituciones:

Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescente	Línea gratuita 102 o Tel. (011) 4331-3232/3297, en Avenida Roque Sáenz Peña 547, 6° piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Dirección de la Mujer de la Ciudad de Buenos Aires (Servicio de Asistencia al Maltrato Infantil)	Línea "Te Ayudo" (011) 4393-6464.
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (Unidad maltrato infantil y violencia familiar)	TE. (011) 4962-9232/9229, en Sánchez de Bustamante 1330, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Hospital de Niños Pedro de Elizalde (Unidad de violencia familiar y maltrato infantil)	TE. (011) 4307-4788/5442, en Montes de Oca 40, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Oficina de Asistencia Integral a la Víctima(OFAVI)	En Perón 2455. Primer piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Centro de Atención a la Víctima de la Policía Federal Argentina	TE. (011) 4958-4291.

Para prevenir el *suicidio juvenil* se puede acudir a las siguientes instituciones:

Asociación Argentina de Prevención del Suicidio	http://www.publimatic.com/aaps-suicidio@sinectis.com.ar
Red Solidaria del Arzobispado	carlos-martinez@sinectis.com.ar
CAF (Centro de Ayuda al familiar del suicida)	Red de apoyo telefónico a las personas con ideación suicida, TE (011) 4394-6170 y (011) 1544045826. TE: (011) 4758-2554, comunicarse con el Lic. Roberto Urdinola.

Cada vez más las escuelas se conforman como un espacio de integración de diversas estrategias sectoriales y políticas públicas del nivel local, vinculándose así al desarrollo de *Municipios Saludables*. En la medida en que los cambios sociales, los procesos de descentralización y las herramientas de gestión educativa logran ir adecuándose unos a otros, las escuelas se fortalecen como un punto de encuentro entre las familias, sus necesidades y las redes de servicios y propuestas para el desarrollo local.

Es cierto que esta nueva realidad implica mayor complejidad en las escuelas y, a menudo, recarga el trabajo de los equipos directivos y docentes. Articular la tarea educativa con la implementación de programas alimentarios, de protección y promoción social o la gestión de emprendimientos comunitarios junto a las familias requiere, sin duda, de energías y recursos adicionales. Sin embargo, en la medida en que la escuela es capaz de integrar estas acciones a su proyecto educativo y acotar —en función de sus capacidades y objetivos específicos— los aportes que puede hacer al desarrollo de los niños, las niñas y la comunidad, aparecen herramientas y oportunidades nuevas que enriquecen el proceso de enseñanza-aprendizaje y aportan al trabajo de la escuela recursos colaborativos multisectoriales.

El concepto de *desarrollo integral del niño y de la niña* es el que mejor engloba los principios desde los cuales nos proponemos potenciar el desarrollo de puentes entre la estrategia de *Municipios Saludables* y las *Escuelas Promotoras de Salud*. Podemos decir que un programa de desarrollo integral del niño y la niña en edad escolar:

- considera la salud como fuente de bienestar y desarrollo de la persona y no como mera ausencia de enfermedad;
- utiliza todas las oportunidades disponibles —formales y no formales, institucionalizadas y espontáneas— para desarrollar procesos de aprendizaje y promover estilos de vida saludables;
- empodera a los niños y a las niñas para que tomen partido y participen en el control de los factores de riesgo y a favor de la salud;

* Lic. Sergio Meresman, Consultor de OPS/OMS.



Programa de desarrollo integral de niños y niñas

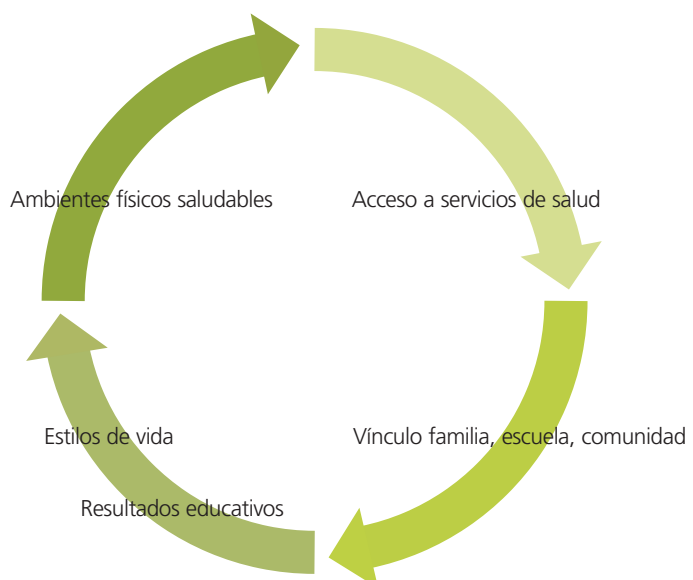
- Considera a la salud como una fuente de bienestar y desarrollo.
- El programa desarrolla procesos de aprendizaje y promueve estilos de vida saludable.
- Empodera a los niños/as para que participen en el control de factores de riesgo y actúen a favor de la salud.
- Promueve vínculos entre escuelas-comunidad-familias-servicios locales de salud y desarrollo social.
- Promueve el desarrollo y la protección de ambientes saludables.

- promueve el vínculo entre escuelas, comunidad, familias y servicios locales de salud y desarrollo social;
- promueve el desarrollo y la protección de ambientes saludables para los niños, niñas y sus familias.

Desde esta perspectiva, debe tenerse en cuenta que la edad escolar es clave en la historia de niños y niñas y que la escuela tiene un papel constitutivo en la elaboración de los saberes y las habilidades que permiten tomar decisiones saludables que cuidan de sí mismos y de los demás. Es en la infancia —y muy particularmente en la edad escolar— donde se moldean las preferencias, costumbres y estilos personales de cada persona. En la síntesis de las experiencias y vivencias de los años escolares, el niño y la niña adquirirán y construirán las capacidades subjetivas, cognitivas y motrices que determinarán en gran medida su capacidad futura para ser y estar en el mundo. Es por ello que cuanto más integrales y sostenidas sean las intervenciones para promover el desarrollo de pautas de autocuidado y estilos de vida saludables, más positivos y duraderos serán sus efectos.

A partir del concepto de desarrollo integral del niño y de la niña, los programas de promoción de salud en la escuela representan no solamente una oportunidad de coordinación intersectorial al servicio de una mayor eficacia en la prevención y detección temprana de las enfermedades infantiles, sino la oportunidad de crear entornos propicios al desarrollo de estilos de vida saludable, la promoción de ciudadanía y estímulo a los factores protectores de la vida y la salud.

Esquema de desarrollo integral del niño y de la niña



Comprender el problema

Aspectos demográficos, epidemiológicos, socio-económicos y educativos de los niños y las niñas en edad escolar

El 18,38% de la población total del país corresponde a niños/as en edad escolar. Se trata de más de 7 millones de niños y niñas de entre 5 y 14 años, comprendidos en el período de escolaridad obligatoria que contempla la Ley Federal de Educación y que concurren a la escuela desde la Educación Inicial hasta el 3er nivel de Educación General Básica.

Si bien el acceso a la educación es prácticamente universal, el porcentaje de sobreedad es alto: en el tercer ciclo asciende al 35,1%, lo que da cuenta del gran número de niños que irán quedando excluidos del circuito escolar.

El primer aspecto a destacar respecto de la situación epidemiológica de los escolares como grupo etáreo resulta positivo y nos indica que *la mayoría de ellos son más sanos y menos vulnerables que otros grupos poblacionales*. Esto lleva a menudo a que este grupo no sea considerado prioritario por los servicios de salud en comparación con los menores de cinco años. Sin embargo, es justamente la disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida lo que resalta la necesidad de abordar los problemas y riesgos a la salud de niños y adolescentes y prevenir el desarrollo de factores que incidirán en la morbi-mortalidad adulta —enfermedades crónicas—.

La problemática socio-económica de los escolares es aún más compleja, ya que el fenómeno de la pobreza se magnifica en esta edad: su incidencia es el doble que en el resto de la población. Una de las consecuencias más directas de esto es que más de la mitad (55%) de los niños en edad escolar carece de cobertura sanitaria y depende de servicios públicos, cuya capacidad de atención es limitada.

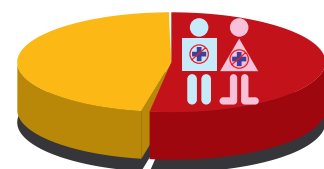
Las cinco primeras causas de muerte para la edad escolar son: las causas externas, los tumores, las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Del total de muertes, el 42,1% corresponde a causas externas que incluyen lesiones no intencionales —accidentes de tránsito y transporte, ahogamientos y sumersiones— y las lesiones intencionales —suicidios y homicidios—, destacándose que fallece casi el doble de los varones con respecto a las mujeres —527 varones, 275 mujeres en el año 2000—.

Las estadísticas de morbilidad reflejan un cuadro heterogéneo en el que aparecen con frecuencia:

- problemas sensoriales, fundamentalmente disminución de la agudeza visual;
- malnutrición, que incluye a la vez déficit nutricionales (desnutrición) obesidad y sobrepeso;



18,38% niños/as en edad escolar



55% niños/as sin cobertura médica

- enfermedades parasitarias e infecciosas;
- problemas respiratorios;
- accidentes y lesiones;
- mala salud bucal;
- exposición al consumo de sustancias adictivas.

Estos aspectos demográficos, epidemiológicos, socio-económicos y educativos nos imponen pensar en nuevos modos de encarar la salud de los niños y niñas en edad escolar.

De la salud escolar a las Escuelas Promotoras de Salud

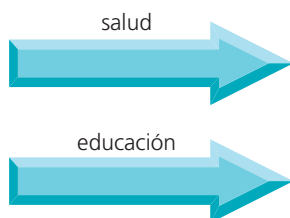
En nuestro país existe una larga historia de cooperación entre las escuelas y los programas de salud. Se trata de una colaboración sustentada en una realidad evidente: solo un niño sano está en condiciones adecuadas para aprender y aprovechar plenamente de la escuela. No solamente la salud es necesaria para aprender, sino que existe además una relación recíprocamente beneficiosa, ya que está comprobado que las personas con más años de escolaridad tienen mejores herramientas para proteger su salud y alcanzar una mayor calidad de vida.

Esta interdependencia entre salud y educación ha sido demostrada en investigaciones nacionales e internacionales y existe ya una abundante evidencia científica y empírica que permite observar relaciones y correlaciones mutuamente constructivas entre salud y educación.

Sin embargo, la lógica que se desprende de este análisis no ha evitado que a menudo se establezca una relación asistencialista entre las escuelas y los profesionales de salud, en la que se privilegia un enfoque restringido de la salud escolar y se promueve un rol pasivo y receptivo de las escuelas con campañas e iniciativas que provienen del sector sanitario. Esto sucede cuando los programas de salud escolar priorizan exclusivamente las necesidades puntuales del sector salud y dejan de lado la posibilidad de una integración oportuna y eficiente de sus acciones con los objetivos y las actividades que la escuela tiene previstos en su propio plan educativo.

Se deriva así en actividades esporádicas —charlas, campañas, controles de salud— que no toman en cuenta las lógicas escolares, los tiempos institucionales y las prioridades/oportunidades que, sin duda, existen en la cotidianidad de la escuela. Se pierde así la posibilidad de *agregar valor* educativo a estas acciones, utilizándolas como espacio para la participación activa de los niños en la identificación de factores de riesgo y la promoción de comportamientos saludables que son determinantes en el largo plazo.

La superación del modelo tradicional de la *salud escolar* por una estrategia de *Escuelas Promotoras de Salud y Municipios Saludables* implica articular las



dimensiones curativas, preventivas, y promocionales que son necesarias para el desarrollo integral y saludable de niños y niñas.

Requisitos para integrar un proyecto de promoción de la salud

Es necesario señalar de forma categórica que la responsabilidad de la escuela por la salud es importante, pero que la promoción de salud en la escuela debe contribuir siempre a su rol específico que es la enseñanza. Para ello, es fundamental que las actividades de promoción de salud no compitan con la planificación escolar, sino que se integren a ella, aportando al mejoramiento de la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje y contribuyendo a mejorar variables educativas directas e indirectas, tales como la asistencia a clase, la participación de las familias, el rendimiento y la motivación de los niños y niñas o el compromiso del equipo docente.

Cuando la promoción de la salud en la escuela se integra al proyecto educativo institucional (PEI) y procura resolver situaciones prácticas y relevantes de la vida cotidiana, contribuye a cumplir el rol esencial de una institución educativa: formar integralmente a los niños y niñas, transmitiendo saberes socialmente significativos.

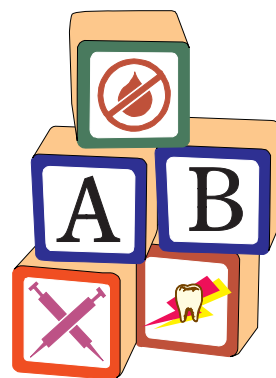
Abordada de una manera creativa e innovadora, la planificación de estrategias de protección y promoción de la salud en la escuela permite re-significar el vínculo existente entre las instituciones educativas, los niños, sus familias y la comunidad toda.

Puertas de entrada para el desarrollo de proyectos de salud en la escuela

La salud es un bien social que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. Esto resulta especialmente cierto en el caso de la salud de los niños y las niñas en edad escolar: la amplia mayoría de ellos disfrutan en su cotidianidad de numerosas experiencias vinculadas a la salud. Por lo tanto, una educación orientada a sostener y motivar el desarrollo de estilos de vida sanos, debe abordarse no como algo abstracto, sino en relación directa con esta cotidianidad.

La vida escolar, tanto como la vida cotidiana en los hogares y comunidad, ofrece diariamente oportunidades para informarse y aprender sobre los temas de salud. No pasa un solo día sin que algún tema vinculado con la salud aparezca entre las noticias nacionales o locales. Investigar acerca de estos problemas y sus “determinantes”, construir una “visión” acerca de cómo sería una escuela o comunidad más saludable y establecer los pasos a dar por cada uno de los actores involucrados son los componentes de un plan de trabajo, a partir del cual empieza a gestarse un proceso de promoción de salud.

La puerta de entrada a un proyecto de promoción de salud en la escuela comienza entonces identificando un problema —o aspecto vinculado con la cali-



dad de vida— que resulte significativo para la escuela y que se desee modificar. Es importante que el tema y la propuesta de cambio resulten atractivos para los niños y viables en función del contexto donde se va a trabajar.

A partir del análisis de los factores que con mayor intensidad influyen en la salud de los niños y jóvenes de nuestro país, algunas áreas que pueden señalarse claramente como prioritarias de la educación para la salud son:

- *Desarrollo de hábitos de higiene personal:* es necesario atender especialmente los riesgos vinculados con la posible emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles, principalmente en los grupos sociales más vulnerables. La promoción de hábitos de higiene personal debe, naturalmente, ir acompañada de la provisión de servicios básicos de agua y saneamiento en las escuelas. Su importancia se relaciona con la necesidad de prevenir enfermedades infecciosas y parasitarias que han aumentado en su frecuencia —enfermedades de la piel, pediculosis— así como con la de proteger la salud oral. Se trata de abordar estos problemas desde un enfoque de promoción de salud, enfatizando aspectos de índole subjetivo determinantes como la autoestima e involucrando a padres y madres en el cuidado activo de la higiene del niño y de la niña.
- *Impulso de vida activa y promoción de nutrición saludable:* es necesario contrarrestar la creciente prevalencia del sedentarismo y sobrepeso entre los niños. Se trata de factores de riesgo determinantes en el desarrollo de enfermedades crónicas que representan una de las principales amenazas a la salud en Argentina.
- *Desarrollo de “habilidades para la vida”:* promover las habilidades sociales, emocionales y cognitivas que protegerán al niño y a la niña de problemáticas emergentes como el abuso de sustancias adictivas —alcohol, tabaco y drogas—, respaldarán decisiones responsables respecto de la afectividad y la sexualidad y facilitarán comportamientos prudentes en relación con accidentes y violencias.
- *Promoción de ambientes saludables:* en nuestro país, los niños y niñas viven hoy en un ambiente que es radicalmente distinto de aquél en el que se han desarrollado las generaciones anteriores. Mientras que el desarrollo económico y un mejor comportamiento sanitario han conducido a una reducción de la morbi-mortalidad infantil, para millones de niños y niñas el deterioro ambiental y el aumento de la pobreza implica condiciones de vida cada vez más hostiles y desprotegidas. La salud de los más pequeños es, además, más susceptible que la de los adultos a los efectos del deterioro ambiental y puede considerarse un sensible “indicador ambiental” en la medida en que refleja rápidamente —a través de problemas respiratorios, de piel, irritación de los ojos, etc.— los niveles de riesgo y deterioro. Todos



Áreas prioritarias en educación

- Desarrollo de hábitos de higiene personal.
- Impulso de vida activa y promoción de nutrición saludable.
- Desarrollo de habilidades para la vida.
- Promoción de ambientes saludables.

estos argumentos justifican largamente el desarrollo de proyectos que promuevan el compromiso de escuelas, maestros, niños y niñas para fortalecer ambientes sanos y seguros.

El rol de los maestros

Es necesario encontrar estrategias sostenibles y adecuadas para que el equipo docente pueda involucrarse en el proyecto de promoción de salud sin que esto implique un esfuerzo o tarea adicional. Resulta importante evitar las actividades puntuales o aisladas, sosteniendo y reforzando en todo momento el “para qué” —los objetivos— del proyecto. En las *Escuelas Promotoras de Salud*, se busca que el proyecto permee en todo lo posible el plan de trabajo de los maestros, tanto en el nivel del currículum explícito como en el del currículum oculto.

Preparar a los maestros para el desarrollo de programas de promoción de salud en la escuela implica algo más que brindarles una capacitación adecuada o los materiales educativos necesarios. Significa también reflexionar y discutir acerca de su propia relación con la salud, sus conocimientos y representaciones previas y los propios “sentidos” —personales o profesionales— que cada uno pueda encontrar en el proyecto.

Los componentes de la propuesta Escuelas Promotoras de Salud

El enfoque de *Escuelas Promotoras de Salud* procura combinar elementos como la información y el desarrollo de conocimientos y habilidades, junto a otros tales como el desarrollo de ciudadanía activa y la participación en programas que busquen el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, la escuela y su comunidad.

El desarrollo de una *Escuela Promotora de Salud* tiene en cuenta cuatro componentes esenciales:

- *Educación para la salud.* Basada en las necesidades y los intereses de los alumnos en cada etapa de su desarrollo y acorde con las características individuales, culturales y de género, esta educación procura integrarse de manera permanente y transversal al currículum y seguir una lógica secuencial y progresiva. Utiliza metodologías participativas y constructivas, busca ir más allá de la mera información y fortalecer el desarrollo de las “competencias” —saber hacer— que se requiere para tomar decisiones favorables a la salud. Involucra, además del desarrollo curricular, la preparación de materiales didácticos, la formación, actualización e intercambio entre los docentes.
- *Desarrollo de ambientes y entornos saludables.* Esto refiere tanto a los espacios físicos —que deben estar limpios y ser estructuralmente adecuados— como al entorno institucional —que debe ser emocional y psi-



Componentes de la EPS

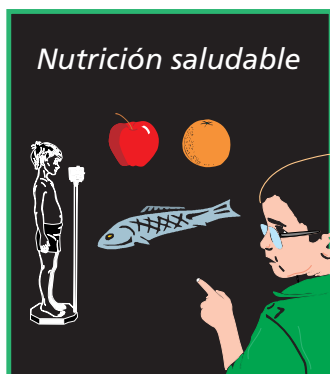
- Educación para la salud.
- Desarrollo de ambientes y entornos saludables.
- Enlace de redes de servicios colaborativos de salud y protección social.
- Participación.

co-socialmente sano, seguro, libre de agresión y violencia verbal, emocional o física—. El ambiente institucional y físico de la escuela es un factor esencial: debe reflejar los comportamientos que se intenta promover, a través de entornos físicos e institucionales que los valoren e incentiven. Las *Escuelas Promotoras de Salud* procuran los medios para crear y mantener ambientes y entornos que refuercen la salud de quienes aprenden, enseñan y trabajan en la escuela, incluyendo acciones de promoción de la salud para el personal docente y los trabajadores administrativos y de mantenimiento, así como actividades de promoción de la salud con las asociaciones de padres y con organizaciones de la comunidad.

- *Enlace a redes de servicios colaborativos de salud y protección social.* El propósito es detectar y prevenir integral y tempranamente los problemas de salud y las necesidades de asistencia, garantizando una adecuada alimentación y controlando los principales factores de riesgo. Se pretende que mejorando el vínculo de la escuela con servicios municipales ya existentes, se fortalezca la capacidad de escuelas para dar respuesta a las necesidades alimentarias, de asesoría y consejería psicológica, de prevención de la violencia y el maltrato, de acceso a deportes y recreación, etc. En muchos casos, la integración a estas redes permite el desarrollo de pequeños emprendimientos productivos, tales como huertos escolares, en el marco del proyecto escolar de salud y como forma de hacer más sustentables y significativas las acciones de la escuela.
- *Participación.* Las *Escuelas Promotoras de Salud* procuran “empoderar” a todos los que participan del proceso y facilitar su involucramiento en la toma de decisiones, fomentando así la construcción de ciudadanía y democracia solidaria. El de participación no es sólo un componente esencial del enfoque de *Escuela Promotora de Salud*, sino un elemento transversal que recorre los tres anteriores y al que debe prestársele especial atención.

En las *Escuelas Promotoras de Salud* se evita fomentar tanto los enfoques “asignaturistas” como las “charlas aisladas” sobre enfermedades o temas puntuales de salud. Se procura, además, trascender la mera transmisión de conocimientos, incidiendo sobre los valores, las actitudes y los comportamientos de niños y niñas.

La importancia de esta visión radica en que los *saberes* y *habilidades* referidos a la salud se construyen a partir del conocimiento de hechos y fenómenos específicos, pero su significado proviene en gran medida de su relación con otros conceptos. La presentación de contenidos en una trama o red de conceptos y significados ayudará al alumno a establecer relaciones y *aprehender lo aprendido*.



Por ejemplo, para entender el concepto de “nutrición saludable” no es suficiente haber aprendido la ya clásica “pirámide nutricional” y la definición de una dieta equilibrada. Es necesario haber logrado establecer relaciones entre los alimentos, el crecimiento humano y el uso de energía. También es importante haber entendido cómo se relaciona el sedentarismo con la obesidad y la importancia no sólo de una dieta sana, sino de una vida activa.

Pasos para construir una Escuela Promotora de Salud

Estos son los pasos sugeridos para construir una Escuela Promotora de Salud:

- *Movilizar, sensibilizar, involucrar a niñas, niños, docentes, padres y madres de familia. Todos pueden contribuir al desarrollo de una escuela promotora de salud.*
- *Conformar un equipo gestor/coordinador, en el que estén representados todos los estamentos de la comunidad educativa y las personas o instituciones que vayan a colaborar con el proyecto.*
- *Elaborar del diagnóstico escolar de salud a través de un proceso de investigación y consulta activa para la “construcción del problema”. Mediante entrevistas, discusión de materiales informativos, encuestas, etc. se escogen los temas más significativos, a la vez que se establecen prioridades y metas.*
- *Elaborar un plan operativo. Detectados y priorizados los aspectos que se desea modificar, se establecen objetivos, estrategias, actividades, responsables, tiempos de ejecución, recursos, indicadores y “socios” que se procurará comprometer en la gestión de soluciones. El plan de trabajo podrá estar formulado como un Proyecto Educativo Institucional y es importante que incluya la previsión de resultados tangibles, así como los indicadores que darán cuenta de su logro.*
- *Desarrollar redes. Es enriquecedor para el trabajo de las escuelas poder intercambiar sus experiencias con otras instituciones en el municipio. El desarrollo de Redes Municipales de Escuelas Promotoras de Salud permitirá compartir recursos, sumar motivaciones y encontrar objetivos conjuntos en los que las escuelas contribuyan al desarrollo de un Municipio Saludable.*
- *Monitorear y evaluar. El equipo gestor/coordinador deberá organizar periódicamente el seguimiento de las acciones planificadas determinando problemas, dificultades, adelantos y logros.*

Pasos para construir una EPS

- *Movilizar, sensibilizar, educar.*
- *Conformar un equipo gestor-coordinador.*
- *Elaborar un diagnóstico escolar de salud.*
- *Elaborar un plan operativo.*
- *Desarrollar redes.*
- *Monitorear y evaluar.*

Comprender el problema en la localidad



Abordar la propuesta de las *Escuelas Promotoras de Salud* es una ocasión para hablar de “lo que nos está pasando”. Habilitar la escucha significa estar dispuesto a respetar aquello que va más allá de lo que se espera oír. Es aceptar lo que es, aunque sea distinto de lo que conocemos o elegimos. En esta actividad proponemos promover la reflexión sobre la responsabilidad de la escuela en relación con la salud.

En grupo, describan por lo menos cinco situaciones que planteen la relación entre salud y educación. Expliquen para cada caso:

- ¿Por qué consideran que cada una de las situaciones constituye un problema educativo relacionado con la salud?
- ¿Cuáles son los efectos de cada uno de esos problemas sobre la salud de alumnos?
- ¿Qué alternativas hay en la localidad para asumir desde la escuela esos problemas educativos vinculados con la salud?



Intervenir en la localidad

La iniciativa de las Escuelas Promotoras de Salud

Si bien todas las escuelas dedican un tiempo a atender las cuestiones de salud, esto es, procuran enseñar y proveer las bases y recursos necesarios para la salud, muchas encuentran que la salud no es fácil de enseñar y que es necesario vivirla. Este es el principal compromiso que asumen las *Escuelas Promotoras de Salud*: no se proponen enseñar la salud, sino facilitar oportunidades para experimentar y aprehenderla.¹

Las *Escuelas Promotoras de Salud* conforman un movimiento internacional por la salud y la educación, surgido en el compromiso formulado por la Organización Mundial de la Salud y sus países miembros en 1995 para “impulsar acciones de promoción y protección de la salud en el ámbito escolar a través de una agenda básica que incluya la educación para la salud, la promoción de ambientes escolares saludables y la provisión de servicios preventivos y curativos básicos a la población escolar”.²

¹ Véase al respecto, Tonucci, F. *La ciudad de los niños*. Buenos Aires, Losada, 1996.

² World Health Organization, *Promoting Health Through Schools*. Technical Report Series 870. Geneva, 1997.

En América Latina, las *Escuelas Promotoras de Salud* han sido impulsadas por la Organización Panamericana para la Salud (OPS/OMS) como una respuesta multisectorial a la necesidad de integrar y coordinar políticas públicas en favor de la infancia y la adolescencia. Su fin ha sido definido como el de “formar futuras generaciones que dispongan del conocimiento, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y comunidad, así como de crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables”.

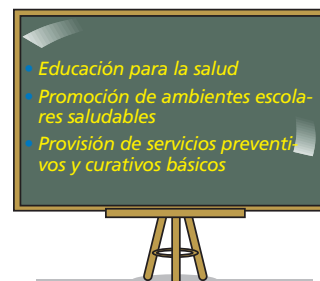
Desde el lanzamiento formal de la iniciativa en 1995, se ha comprobado el potencial de las escuelas para transformarse en *comunidades saludables*. Más recientemente, se ha conformado en una *Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud*, llevándose a cabo tres reuniones regionales desde entonces. Este proceso de construcción y consolidación de la Red busca ganar un espacio para el intercambio de ideas, de recursos, de experiencias, a la vez que alimentar la mística y el entusiasmo de las escuelas participantes.

En la Argentina, la iniciativa de *Escuelas Promotoras de Salud* se instala desde principios de los años 90 y ha procurado su desarrollo en todos los niveles educativos —escuelas iniciales, EGB1, 2 y 3, polimodal y universidades—. El desarrollo de las escuelas promotoras de salud en nuestro país está en consonancia con numerosos compromisos asumidos internacionalmente en favor de la infancia. En efecto, la Argentina ratifica en 1990 la Convención Internacional sobre los derechos del niño y en 1994 la incluyen en su texto constitucional (Art. 75, inciso 22). También a partir de iniciativas del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, se elaboraron las “Metas a Favor de la Madre y el Niño” y en 1999 un Plan Nacional de Salud Escolar motivó la I Reunión Nacional de Salud Escolar con la participación de Equipos Interministeriales de Educación y Salud de todas las provincias.

El reconocimiento como Escuela Promotora de Salud

Muchas veces nos cuesta definir cuándo, por qué y cómo una escuela se convierte en *Promotora de Salud*. De alguna manera, todas las escuelas que son sanas, son un poco “promotoras de salud”. La diferencia es quizás que sólo algunas de estas escuelas alcanzan a explotar plenamente ese enorme potencial, a través de un programa sistemático y sostenido. A las instituciones les pasa lo mismo que a las personas: a veces están trabadas ante sí mismas, dormidas en sus rutinas y necesitan que la posibilidad de soñar e imaginar una vida diferente sea despertada desde afuera. Cuando una escuela descubre y se dice a sí misma que tiene ese potencial, empieza a generar cosas maravillosas, inesperadas, que sorprenden a todos, y permiten comenzar a crear, recrear y transformar la propia realidad.

En términos generales, puede decirse que las escuelas que cuentan con un edificio seguro y confortable y con agua potable e instalaciones sanitarias ade-



Escuelas promotoras de salud



Puede decirse que son escuelas promotoras de salud aquellas que:

- Cuentan con un edificio seguro y confortable.
- Cuentan con agua potable e instalaciones sanitarias adecuadas.
- Las que crean una atmósfera positiva para el aprendizaje.
- Las que fomentan el desarrollo saludable de los niños/as.
- Las que promueven aptitudes y actitudes positivas hacia la salud.

cuadas, que crean una atmósfera positiva para el aprendizaje, que fomentan el desarrollo saludable de los niños y que promueven aptitudes y actitudes positivas hacia la salud, se consideran *Escuelas promotoras de la salud*. Sin embargo, se ha desarrollado y adaptado un sistema de *indicadores* que puede resultar de utilidad a las escuelas y municipios para contar con parámetros y formular metas a cumplir.

A partir de la experiencia recogida por la Red Latinoamericana, se han establecido pautas que permiten fijar metas y *acreditar* a una escuela como “promotora de salud”. El proceso de acreditación de las escuelas propone requerimientos mínimos y flexibles, que deberán ser validados en cada caso en el ámbito local y, oportunamente, certificados por un ente neutral, por ejemplo la Junta Intersectorial del *Municipio Saludable*.

Para acreditar como una *Escuela Promotora de Salud* se deberán atender criterios referidos al proceso de planificación, a las actividades de promoción de la salud y a la participación.

Con respecto al *proceso de planificación* la escuela debe reunir por lo menos tres de los siguientes elementos:

- Documento de compromiso con el desarrollo de la iniciativa.
- Grupo de trabajo de gestión y coordinación hacia dentro y fuera de la escuela conformado y en el que estén representados todos los sectores de la comunidad educativa.
- Evaluación de las necesidades o documento con plan de acción por al menos un año.
- Inclusión del programa de salud escolar en el plan de acción de la comunidad, el proyecto educativo institucional o el plan anual de clase.

Con respecto a las *actividades de promoción de salud*, la escuela debe reunir por lo menos tres de los siguientes elementos:

- Alimentación sana —a nivel del kiosco escolar, los refrigerios y el comedor escolar—.
- Actividad física —énfasis en la carga horaria de la educación física, recreación y deportes—. Adecuación de los espacios físicos destinados al juego y al deporte de niños y niñas.
- Estímulo a factores psicosociales protectores de la salud —afectividad, desarrollo de habilidades para la vida, relaciones interpersonales—.
- Prevención del uso de tabaco, alcohol y drogas a través del compromiso por espacios libres de humo, desarrollo de actividades recreativas, etc.
- Promoción de la salud bucal —instalación de cepilleros, actividades educativas—.

- Ambiente escolar sano —cuidado y mejoramiento del espacio físico, participación en proyectos de mejoramiento ambiental, desarrollo de eco-clubes—.

Con respecto a la *participación*, la escuela debe lograr la participación activa de al menos tres de los siguientes grupos involucrados:

- Personal administrativo
- Maestros
- Niñas y niños
- Padres y madres de familia
- Representantes de la comunidad
- Instituciones vecinas
- Instituciones vinculadas con el proyecto de Municipio Saludable.

En relación con la participación, *La vía de la imaginación*³ presenta una interesante experiencia:

“Empezamos reuniéndonos con los maestros cada semana. Para esos maestros, acostumbrados a pasar toda la jornada encerrados en un aula a cargo de 30 o más chicos, era útil tener una hora para sentarse juntos a conversar, a pensar, a imaginar, a leer y discutir materiales sobre “promoción de salud”. La posibilidad de reflexionar y discutir acerca de la salud en la escuela y la comunidad, no era muy frecuente y la mayoría de los maestros participaban con entusiasmo de este espacio.

Después de varias reuniones, en una vieja aula que estaba medio abandonada por problemas de infraestructura, las cuestiones relacionadas con un concepto amplio de salud en la escuela empezaban a redescubrirse, a resignificarse y vincularse con los contenidos curriculares y los proyectos áulicos. Lo percibido hasta ese momento como cotidiano, natural, mecánico comenzó a ser cuestionado. Empezó a imaginarse otras maneras de trabajar y movilizar a los niños y niñas en relación con estos temas.

Una de esas mañanas, le preguntamos a las maestras cómo podría imaginarse una escuela más saludable. El resultado fue una extensa lista de sueños e imaginaciones y las maestras pensaron que era una buena pregunta para compartir con sus alumnos. Nosotros propusimos también llevar esa pregunta a la directora, a los padres y a los otros maestros que no participaban de las reuniones. Alguien dijo que tal vez si hiciéramos algo para cumplir esos sueños y realizar esas imaginaciones, los chicos se inte-



³ Adaptado de Cimmino, K. y Meresman, S. “La vía de la imaginación”, en *Salud Mundial*, Ginebra, OMS, 1996.

Escuelas promotoras de salud

¿Cómo imaginar, soñar y construir una escuela y un barrio más saludable?

resarían más por venir a la escuela. Que tal vez preguntándoles a los padres por sus sueños pudieran decir otras cosas que una queja. Casi nunca se le pregunta en la escuela a los chicos lo que imaginan, ni a los padres lo que sueñan.

Así, organizamos una primer reunión con los padres y una primer asamblea de los chicos, y pusimos a circular un cuaderno entre los maestros, para que pudieran contarse, escribirse, imaginarse los sueños que habitaban en silencio aquella escuela.

Alguien le dijo a la Directora que si en esa escuela se habían vuelto todos locos y ella se rió y dijo que al revés, que parecía que ahora habría en la escuela mejor salud mental.

De esta idea inicial, florecieron muchas más, vinculadas con la pregunta de cómo imaginar, soñar y construir una escuela y un barrio más saludable. Como la salud es mucho más contagiosa que la enfermedad, no tardaron mucho en contagiarse los vecinos del barrio, una médica de la Salita de Atención Primaria, gente del merendero comunitario y del club de jubilados. Los maestros, los chicos, la directora y algunos padres organizaron una reunión con toda la gente de la comunidad. Mientras llegaba el día de la reunión, los chicos empezaron a recolectar las opiniones de todos en la escuela, la casa y en el barrio, por medio de entrevistas, buzones de sugerencias, dibujos —para los más pequeños, que no sabían escribir—.

En la reunión comunitaria, decidimos presentarle a todos cuáles eran los sueños e imaginaciones que aparecían en nuestras encuestas, para que entre todos se resolviera cuáles eran los tres más representativos y se comenzara a planificar cómo se podría hacer para cumplirlos. Los tres sueños e imaginaciones que resultaron «votados» fueron:

- «tener una escuela nueva»
- «que halla menos violencia en el barrio y en la escuela»
- «tener más espacios donde jugar»

Después se armaron comisiones en las que todos se mezclaron para trabajar y se mezclaban así las responsabilidades y se mezclaban, también, las ideas e imaginaciones. Esos tres primeros sueños se convirtieron en tres ejes de trabajo, alrededor de los cuales se desarrollaron proyectos educativos en todos los grados de la escuela. Articulándose con esos proyectos, aprender matemáticas, ciencias sociales, ciencias naturales tenía más significado y emoción, ya que se convertían en la herramienta para hacer realidad un deseo.

Así fue como en esta escuela empezaron a obtenerse resultados hasta ese momento inimaginables. Pudo pensarse “otra” escuela en la que se escucharan los sueños, en la que se dieran oportunidades para la comunicación

con los padres y se buscó el intercambio con otras instituciones de la comunidad. Esos tres primeros sueños generaron otros y tuvieron efectos sobre cosas que hasta ese momento nunca se habían pensado. Las comisiones tuvieron que buscar el contacto con autoridades municipales, porque algunas de las propuestas no podían conseguirse sin ayuda, pero ahora era diferente porque eran muchos los que querían ayudar. Todo el mundo estaba sorprendido de ver la cantidad de recursos que estaban dormidos en la escuela, como si un yacimiento de oro hubiera aparecido excavando en el patio. Alguien dijo que ése era «oro social»: el oro de la participación comunitaria.”

Promoviendo alianzas entre escuelas y municipios saludables

La estrategia regional de *Escuelas Promotoras de Salud* y los Municipios Saludables comparten el interés en promover alianzas multisectoriales que involucren a la sociedad en su conjunto: las agencias internacionales, organizaciones gremiales y profesionales, los medios de comunicación, los niveles de decisión política, los niños y niñas, los maestros y maestras y las familias en la movilización de los recursos humanos, técnicos y financieros que se requieren para promover la salud de todos.

El trabajo colaborativo tiene una larga tradición en nuestro país y aparece con frecuencia vinculado con el espacio municipal. Numerosos dichos populares expresan el valor que se le asigna a la solidaridad y al trabajo colaborativo, en el entendimiento que “la unión hace la fuerza”. Esta sabiduría popular carga de un significado profundo el término *colaboración* y remarca una perspectiva de la participación social según la cual “el todo es más que la mera suma de las partes”.

Para esta tradición, cultivada en nuestros municipios a través de la participación social y los emprendimientos comunitarios, el trabajo *colectivo* es capaz de generar una dinámica que a la vez incluye y supera la suma de capacidades y voluntades individuales.

En el caso de las *Escuelas Promotoras de Salud*, se ha fomentado el establecimiento de Comisiones Mixtas integradas por representantes de los diferentes estamentos que integran la comunidad educativa, el sector salud y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales relacionados con el desarrollo social, sanitario y educativo.

El rol de estas Comisiones Mixtas es de gran importancia por su capacidad para la gestión de consensos y articulación de redes de servicios y oportunidades para la salud en la escuela y la comunidad. Muchas veces el éxito de una estrategia para desarrollar *Escuelas Promotoras de Salud* en el marco de los *Municipios Saludables*, depende del compromiso y liderazgo de estas Comisio-



nes Mixtas y su capacidad de participar e incidir en la construcción de una ciudad saludable y segura para los niños y las niñas.

Intervenir en la localidad



Para generar proyectos que estimulen la iniciativa de las *Escuelas Promotoras de Salud* se requiere de un mínimo de intercambios y de acuerdos previos acerca del encuadre que se le dará al tema. Se podrá organizar un proyecto a partir de la indagación acerca de qué situaciones afectan a la salud en la escuela, pudiendo abrirse a los chicos, a los maestros y a familias. También se puede solicitar que todos propongan alternativas para hacer de la escuela un lugar con un ambiente crecientemente saludable. Luego se orientará la ponderación de estas alternativas, invitando a considerar su pertinencia, los pro y contra y la posibilidad de que las mismas sean sostenidas en el tiempo.

Implicaciones para políticas públicas*

Las Escuelas Promotoras de Salud (EPS) son una de las estrategias más exitosas de promoción de la salud porque involucra a un segmento muy definido de la sociedad, en general muy comprometido con el progreso de una comunidad como son los grupos de docentes, estudiantes y padres de familia. Las implicaciones para políticas se refieren a las políticas sectoriales de educación y de salud y a cómo se logra la compatibilidad y coherencia de ellas entre sí.

- 1) Una recomendación muy válida para EPS es la negociación política entre Educación y Salud que busque igualdad de condiciones y evite las imposiciones de uno u otro sector. Los créditos por los resultados alcanzados deben ser reconocidos por ambos sectores.
- 2) Este capítulo hace énfasis en la importancia de las escuelas promotoras de salud para mitigar la pobreza y trabajar por los grupos más excluidos socialmente. A este respecto, las implicaciones son vastas y excederían los sectores de salud y educación. Tendrían que ver con políticas amplias de bienestar social.

* Comentarios de la Dra. Helena Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

- 3) Las políticas públicas con respecto a la niñez basadas en los derechos del niño están íntimamente ligadas a las EPS.
- 4) Si bien el capítulo que comentamos está restringido a la población escolarizada, desde el punto de vista político no se puede dejar de considerar el sector de niños que ni siquiera llegan a una institución escolar. En los países de América Latina, en ocasiones, la dimensión de estos grupos no escolarizados es muy grande. En este sentido, unas políticas dirigidas a toda la población infantil y de adolescentes son prioritarias. Las estrategias educativas y de comunicación son muy importantes.
- 5) Las políticas de salud ambiental ya mencionadas en el capítulo respectivo tienen aplicación decisiva en el desarrollo de EPS. Las condiciones sanitarias de las instituciones escolares a veces son deplorables, de ahí que el mejoramiento del entorno físico y sanitario de ellas sea una de las principales metas de las EPS.
- 6) Las políticas de incentivos para maestros/as que se involucren en la estrategia son cruciales para lograr su participación. Ellas abarcan las políticas de capacitación, las oportunidades de ascenso en el escalafón docente y los reconocimientos a su labor.
- 7) El impulso a la participación social también es un elemento de política importante para EPS con el fin de obtener el compromiso y participación de los padres de familia y la comunidad en general.

Bibliografía consultada

- OPS/OMS. *Escuelas Promotoras de Salud: fortalecimiento de la Iniciativa Regional*, Serie Promoción de la Salud N° 14. Washington D.C., 2003.
- OPS/OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Educación para la Salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral*. HSS-/SILOS N° 37. Washington D.C., OPS, 1995
- Tonucci, F. *La ciudad de los niños*. Buenos Aires, Losada, 1996.
- World Health Organization. *Promoting Health Through Schools*. Technical Report Series 870. Geneva, 1997.





Itinerarios de lectura

Le proponemos dos itinerarios de lectura sobre las *Escuelas Promotoras de Salud*.

- 1) Si su interés es profundizar en lecturas que ayuden a *comprender la relación salud-educación*, le sugerimos los siguientes títulos:

Ellichiry, N. (comp.) *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1987.

Un trabajo de reflexión acerca de las múltiples interfaces entre salud y educación, interrogando lo obvio para potenciar lo creativo e innovador.

Filmus, D. (compilador). *¿Para qué sirve la escuela?* Buenos Aires, Tesis-Norma 1993.

Una colección de ensayos que muestran las complejas relaciones que integran la salud física y mental del niño y de la niña entre los principales determinantes y condiciones de educabilidad. Una original reflexión acerca de la escuela como espacio transversal para la promoción integral del desarrollo humano.

Rosbaco, I. *El desnutrido escolar*. Rosario, Homo Sapiens, 2000.

Un texto que desarrolla el tema de la función del docente en el cuidado y la promoción del desarrollo de niños y niñas en contextos de pobreza.

- 2) Si su interés es profundizar en lecturas que permitan conocer la propuesta de *Escuelas Promotoras de Salud*, le recomendamos:

OPS/OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Educación para la Salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral*. HSS/SILOS N° 37. Washington D.C., OPS, 1995

Un texto clásico que explicita el marco conceptual, referencial y operativo para desarrollar Escuelas Promotoras de Salud.

OPS/OMS. *Escuelas Promotoras de Salud: fortalecimiento de la Iniciativa Regional*, Serie Promoción de la Salud N°14. Washington D.C., 2003.

Un texto que desarrolla el marco conceptual y brinda una síntesis de los antecedentes más importantes del trabajo en la Red de Escuelas Promotoras de Salud en la región.

Restrepo, H. y Málaga, H. *Promoción de la Salud: cómo construir una vida saludable*. Colombia, Panamericana, 2001.

Un manual que enfoca la práctica de la promoción de salud y el desarrollo de espacios saludables, haciendo énfasis en los aspectos prácticos, metodológicos y participativos del proceso.

Datos útiles

Si desea consultar materiales sobre promoción de salud mental en la escuela, recomendamos:

Red Nacional de Apoyo al Estudiante, Gobierno de Chile <http://www.junaeb.cl>

OPS *Bibliografía comentada: promoción de salud mental y enseñanza de habilidades para la vida en las escuelas*. http://165.158.1.110/spanish/hpp/downloads/hs_sp_promocion_de_salud_mental_y_res_pub_lifebiblio.doc

OPS, Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica Adolescencia <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf>

Si desea consultar sobre redes de escuelas, recomendamos:

Red TELAR (Todos en la Red). <http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-3538.html>

Si desea consultar sobre participación, recomendamos:

La Iniciativa de Comunicación "Guías para involucrar a los niños en el desarrollo de Planes Nacionales de Acción". <http://www.comminit.com/la/lamaterials/sld-3538.html>



Si desea consultar sobre salud y ambiente, recomendamos:

El Portal de la Educación Ambiental en América Latina. <http://www.ecoeduca.cl>

Red Internacional de Ecoclubes. <http://www.ecoclubes.org>

OPS-OMS. Página sobre Ambientes saludables para los niños. http://www.paho.org/Spanish/DPI/whd03_main.htm

Implicaciones para Políticas Públicas
en Municipios Saludables

Implicaciones para Políticas Públicas en Municipios Saludables*

Resumen de Implicaciones para Políticas Públicas en Municipios Saludables

Quería que las ciudades fueran espléndidas, ventiladas, regadas por aguas límpidas, pobladas por seres humanos cuyo cuerpo no se viera estropeado por las marcas de la miseria o la servidumbre, ni por la hinchazón de una riqueza grosera; quería que los colegiales recitaran con voz justa las lecciones de un buen saber; que las mujeres, en sus hogares, se movieran con dignidad maternal, con una calma llena de fuerza; que los jóvenes asistentes a los gimnasios no ignoraran los juegos ni las artes; que los huertos dieran los más hermosos frutos y los campos las cosechas más ricas. Quería que a todos llegara la inmensa majestad de la paz romana, insensible y presente como la música del cielo en marcha; que el viajero más humilde pudiera errar de un país, de un continente al otro, sin formalidades vejatorias, sin peligros por doquiera seguro de un mínimo de legalidad y de cultura... Este ideal, modesto al fin y al cabo, podría llegar a cumplirse si los hombres pusieran a su servicio parte de la energía que gastan en trabajos estúpidos o feroces ¹.

La cita anterior que M. Yourcenar pone en boca del emperador Adriano (siglo II dc.) , resume muy bellamente los deseos de aquellos/as que creemos en las bondades de los municipios saludables. Lo que nos une son esas utopías que se convierten en realidades a medida que se avanza en la construcción de un nuevo municipio vital y dinámico con un motor prendido todo el tiempo movido por una comunidad y un gobierno local, comprometidos en el desarrollo integral y el mejoramiento de la salud y el bienestar de todos/as.

Las políticas son el marco que da origen a las estrategias y éstas a los planes de acción; de ahí que la formulación de una política es crucial para que se definan estrategias apropiadas y para que las acciones, programas y proyectos

* Dra. Helena H. Restrepo, experta internacional en Promoción de la Salud.

¹ Yourcenar Marguerite. Traducción de Julio Cortázar (1955) Memorias de Adriano pág. 113. Editorial Sudamericana/Planeta

de los planes, se logren ejecutar con posibilidades de éxito. Pero de nuevo insistimos en que se debe construir un aparato ejecutor que asegure la implementación de las políticas para que no se queden como palabra muerta. El mejoramiento de la gestión a nivel municipal es definitivo para este logro.

Como las implicaciones que hemos considerado en cada capítulo tienen elementos comunes, casi que se podrían asimilar a hilos conductores, a continuación se resumen las grandes líneas de política pública que deberá ser trabajada en lo particular para cada área temática expuesta en cada uno de los capítulos del presente documento.

- La consideración y respeto por los derechos humanos es una constante para los objetivos de municipio saludable.
- La prioridad que debe darse a los asuntos de interés público sobre los de interés privado.
- El impulso a la intersectorialidad e interinstitucionalidad, buscando la negociación equitativa de cada sector e institución.
- La construcción de alianzas estratégicas con organizaciones de diferente índole.
- El fortalecimiento de la participación social estableciendo estímulos e incentivos para ella. La población no participa en el vacío, requiere que la motiven, se tengan en cuenta sus necesidades y problemas sentidos y se den oportunidades de actuar al que nunca ha participado.
- La especial atención para con los grupos más excluidos, de mayor vulnerabilidad y que sufren más inequidades.
- Las políticas sociales integrales encaminadas a mitigar la pobreza y el logro de metas de equidad.
- El enfoque de género que cruza transversalmente todas las políticas y que debe reflejarse en las estrategias y planes de acción respectivos.
- Relacionar siempre las políticas al contexto local. Este contexto es el que da la confianza de que serán aplicables a la realidad y a la vida cotidiana de las comunidades locales.
- Las políticas de información, educación y comunicación social cruzan transversalmente la práctica de la promoción de la salud y por ende a los municipios saludables.
- Las políticas y enfoques que apoyen la reorientación de los servicios de salud y otros servicios sociales.
- El énfasis en la necesidad de promover investigación participativa que sea aplicable a los niveles comunitarios locales.
- Fomentar el análisis de políticas públicas para determinar su incidencia en la salud y para crear la cultura de la rendición de cuentas.

En la medida que una experiencia de municipio saludable se vaya consolidando, se hará más fácil la visualización de los elementos de política pública saludable. Como procesos de tipo socio-político requiere de tiempo y de paciencia.

