

MÓDULO
10

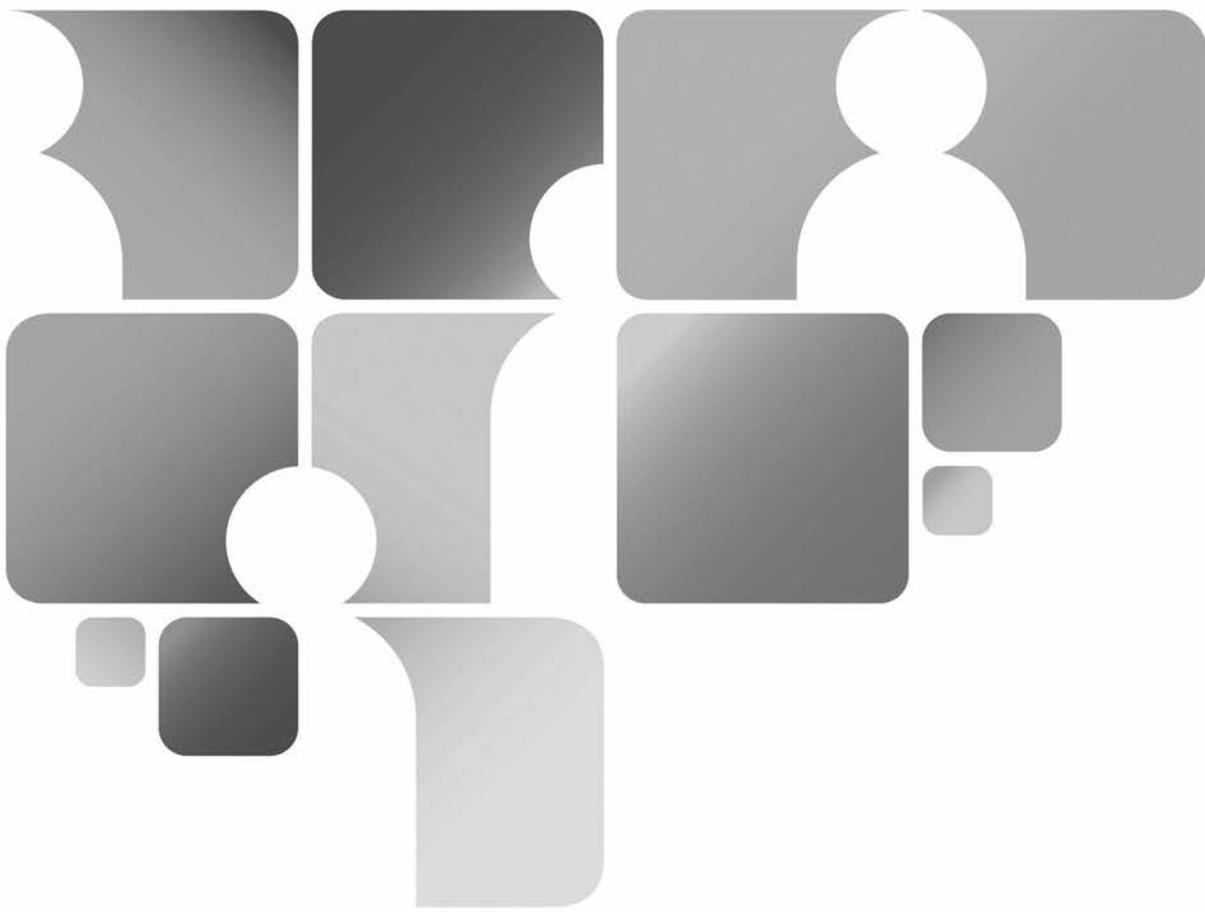
**PROBLEMAS SOCIALES
DE SALUD PREVALENTES**



salud.gob.ar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



MÓDULO
10 **PROBLEMAS SOCIALES**
DE SALUD PREVALENTES
b



■ Consideraciones generales	7
■ Presentación del módulo.....	9
■ Unidad 1: La problemática de la Tercera edad.....	13
■ Unidad 2: La problemática de la Sexualidad y la Procreación.....	53
■ Unidad 3: La problemática de la Alimentación y la Nutrición.....	93
■ Evaluación.....	123
■ Bibliografía general del módulo.....	127



Consideraciones Generales



Presentación del módulo

En el Módulo 10a abordamos los temas de Adicciones, Violencia y Discapacidad. En el Módulo 10b nos centraremos en las siguientes problemáticas: Tercera Edad, Salud Sexual y Reproductiva y Malnutrición.

Trabajar sobre las problemáticas sociales en salud, requiere construir abordajes apropiados que surjan del aporte, la experiencia y la creatividad de cada equipo. En ese sentido, las lecturas presentadas y las actividades propuestas en este material intentan movilizar el trabajo interdisciplinario y la participación de los profesionales en el diseño de estrategias adecuadas a la realidad de cada centro.

En este módulo abordaremos los siguientes **núcleos problemáticos**:

- **¿En qué consiste el fenómeno del envejecimiento demográfico?**
- **¿Qué es ser viejo en nuestra sociedad/comunidad?**
- **¿Cuál es el papel del equipo de profesionales del Centro de Salud en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades que aquejan a los adultos mayores?**
- **¿Qué se entiende por salud sexual y reproductiva?**
- **¿Qué estrategias de promoción de la salud y participación comunitaria se pueden construir para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención?**
- **¿Cuáles son los principales problemas nutricionales de la Argentina?**
- **¿Cómo identificar los problemas nutricionales a nivel local?**
- **¿Cómo prevenir y controlar la malnutrición en las personas, las familias y la comunidad en general?**

Este material está organizado en tres Unidades Didácticas, mediante las cuales se desarrollarán los contenidos de manera progresiva:

- **Unidad 1:** La problemática de la Tercera edad
- **Unidad 2:** La problemática de la Sexualidad y la Procreación
- **Unidad 3:** La problemática de la Alimentación y la Nutrición

Objetivos generales del Módulo 10b

Al completar el estudio y actividades de este módulo, estará en condiciones de:

- Conocer el fenómeno del envejecimiento demográfico.
- Repensar la relación entre vejez y salud.
- Tomar conciencia de la incidencia que las acciones de promoción y prevención tienen en la calidad de vida de los futuros adultos mayores en su comunidad.
- Definir la salud sexual y reproductiva.
- Visualizar las posibilidades de acción en materia de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención de la salud.
- Promover el conocimiento y ejercicio de los derechos Sexuales y Reproductivos.
- Conocer patrones alimentarios de la población.
- Diagnosticar los problemas nutricionales locales e identificar factores asociados.
- Promover la educación alimentaria nutricional como estrategia de carácter preventivo.

Al igual que en módulos anteriores, en este material de autoaprendizaje encontrará:

- Textos seleccionados y contribuciones especializadas sobre cada uno de los problemas tratados.
- Actividades que promueven la integración de los conocimientos aprendidos a través de la lectura y el análisis de sus propias prácticas. Estas actividades son de distinto tipo, a saber:
 - **Actividades iniciales**, como apertura del tratamiento de cada unidad.
 - **Actividades de campo**, en el contexto de la comunidad local.
 - **Actividades de reflexión** en torno a artículos, lecturas y casos-problema.
 - **Actividades de exploración**, en el contexto particular del servicio.
 - **Actividades de integración** de cada unidad.

Recuerde que las respuestas a estas actividades serán motivo de intercambio y discusión en las reuniones con el equipo tutorial.

Además el Módulo 10b incluye:

- Una lista de **bibliografía** utilizada en el desarrollo de cada Unidad.
- Un **CD ROM** que contiene material actualizado (textos y audio) en patologías prevalentes en la infancia y la adultez, aportado por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la Fundación MF “Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud”, la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, cuyo índice pueden consultar al final del presente Módulo.

Por último, recuerde que para facilitar la localización y comprensión de los temas desarrollados se han incluido íconos, cuadros destacados con color y jerarquización de títulos.



Actividades



Recomendaciones



Definiciones



Más información complementaria en el anexo de este material



Importante



Más información en la web de Médicos Comunitarios



Unidad 1

La problemática de la Tercera edad



Introducción

Las personas mayores, ancianos o "viejos", conforman un grupo poblacional relevante desde el punto de vista del número de adultos mayores en relación con otros grupos (adultos, adolescentes y niños) de las comunidades. Además, en porcentaje, esta relación crece a favor del grupo de los adultos mayores debido al fenómeno llamado *envejecimiento demográfico*.

Sin embargo, es habitual que no se atienda la problemática de estos *grupos poblacionales* en el primer nivel de atención, con un interés acorde a su representatividad.

Por muchos motivos -personales y profesionales- el tema de la *vejez* y el *envejecimiento* resulta resistido. Sin embargo, el primer nivel de atención necesita considerarlo en su agenda de temas pendientes e incluirlo en sus planes de promoción y prevención.

El presente material se propone comenzar a saldar esta deuda. En este trabajo nos preguntamos acerca de qué significa envejecer hoy, en nuestra sociedad, en nuestras comunidades y cómo los estereotipos que construimos y de los que participamos definen el modo en que tratamos a los viejos, tanto en la salud, como en la enfermedad.

En ese sentido, es nuestra intención iniciar la reflexión acerca del tema de la *vejez* y el *envejecimiento*, revisando los conceptos que sobre el tema tiene el equipo de salud.

Como siempre, no se trata de un material cerrado, sino de un aporte para abrir un camino de sensibilización y búsqueda de estrategias de abordaje. Pero es sólo el comienzo, el resto del camino debe seguir haciéndose.

Este material espera contribuir a despejar algunas cuestiones, hacerlas más visibles, de modo que el buen vivir y el buen envejecer se crucen al final del camino.

Para ello, le proponemos trabajar la problemática de la *vejez* y el *envejecimiento* a través de los siguientes núcleos problemáticos:

¿En qué consiste el fenómeno del envejecimiento demográfico?

¿Qué es ser viejo en nuestra sociedad / comunidad?

¿Envejecer es un problema de salud?

¿Cuáles son los prejuicios y estereotipos con los que la sociedad actual califica la "vejez" y el "envejecimiento"?

¿Cuál es el papel del equipo de profesionales del Centro de Salud en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades que aquejan a los adultos mayores?

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Conocer el fenómeno del envejecimiento demográfico.
- Identificar diferentes modos de entender el proceso de envejecer.
- Comprender el modo en que diversas variables actúan sobre el proceso del envejecimiento.
- Repensar la relación entre vejez y salud.
- Reconocer los prejuicios y estereotipos más habituales acerca de la vejez.
- Tomar conciencia de la incidencia que las acciones de promoción y prevención tienen en la calidad de vida de los futuros adultos mayores en su comunidad.

Actividad Inicial



Antes de abordar la problemática de la tercera edad le proponemos relevar los significados que los términos **adulto mayor, anciano/a, viejo/a** adoptan para Ud. hasta ahora.

Le sugerimos que intente definir los diferentes matices con que utiliza cada uno de estos términos y busque algún ejemplo que lo represente.

Adulto mayor	
Ejemplos	
Anciano/a	
Ejemplo	
Viejo/a	
Ejemplo	

Cuando tenga las definiciones y ejemplos, compártalos y compárelos con los de los demás compañeros del Posgrado.

Le sugerimos el siguiente análisis de las definiciones y los ejemplos:

- ¿todos los términos remiten a los mismos sentidos?
- si hay diferencias, ¿a qué se deben?
- ¿se vinculan con las limitaciones físicas y el deterioro de la salud?
- ¿se vinculan con el grado de actividad y productividad?
- ¿se vinculan con el modo asumir el *paso del tiempo*?
- ¿se vinculan con otros factores?

Le recomendamos conservar estas primeras definiciones y ejemplos junto a las reflexiones realizadas a su alrededor. Serán útiles como material para analizar a partir de los conceptos que se desarrollan a continuación y construir miradas enriquecidas.

1. El envejecimiento de la población

El **envejecimiento demográfico** se define principalmente como un "*incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años*" con respecto a la población total (Chesnais, 1990). Es decir, **un cambio en la estructura por edades, expresado en un aumento de la proporción de personas mayores** y en una disminución de la proporción de población menor de 15 años.

Otra forma de analizar el envejecimiento demográfico es desde la perspectiva del **envejecimiento individual**. Es decir, **el aumento de la longevidad**, que corresponde al incremento de la edad cronológica en que mueren las personas. Esta perspectiva supone un aumento de la proporción de los más viejos, una prolongación del tiempo de vida que se vive como *persona mayor*, un incremento de los años que se viven en pareja -aunque no sea necesariamente con la misma compañera o compañero- y, finalmente, una extensión del tiempo en que el adulto mayor tiene necesidad de apoyo. Supone además, un riesgo a vivir con discapacidades y con la consiguiente pérdida de autonomía.

El aumento del porcentaje de población adulta mayor ocurre en la actualidad junto con un veloz crecimiento de su número absoluto. Por ello, este tema está requiriendo un lugar prioritario en la agenda de salud y representa un desafío para las políticas públicas en el área.

Por otro lado, así como se produce un envejecimiento de la estructura por edad, también **los hogares se hacen más viejos**. El **envejecimiento doméstico** se expresa por un aumento de la proporción de hogares en los que viven las personas mayores, lo que no sólo responde a determinantes demográficos, sino también a factores socioculturales y especialmente, al patrón de coresidencia familiar.

1.1. Envejeciendo en América Latina

Los países en desarrollo están envejeciendo aceleradamente, este proceso lejos de revertirse se incrementará. América Latina, el continente con mayor desigualdad en la distribución de la riqueza tiene como signo distintivo la **diversidad cultural** y la **desigualdad social**.

Argentina no escapa a estas características. Actualmente la población mayor de 60 años representa el 13.2% (INDEC, Censo 2001) de la población total, lo que nos ubica entre los países con poblaciones envejecidas.

En cuanto a la **diversidad cultural**, es uno de los aspectos que se destacan en las personas mayores. Las condiciones de vida de las personas mayores son muy disímiles, como disímiles son ellos mismos. Sus historias de vida, su historia laboral y educacional, su cobertura de salud o seguridad social y sus posibilidades de disfrutar de una red familiar o social, producen notables diferencias entre los individuos de una misma generación. Las diferentes oportunidades y obstáculos a lo largo de muchos años de vida, hacen que las formas de envejecer, enfermar y morir, sean diversas.

Algunos esperan llegar a la vejez para disfrutar de su retiro, otros en cambio, sospechan que sus recursos no van a ser suficientes. El temor principal que se percibe no es simplemente al hecho de envejecer, sino las condiciones en que se producirá ese envejecimiento.

Debemos tomar conciencia de que cuando hablamos de personas mayores estamos hablando de un grupo con un altísimo grado de heterogeneidad y diversidad. La diversidad es tanta, como lo son sus historias personales.

En cuanto a la **desigualdad social**, en nuestro país, según datos del último censo (INDEC, 2001) el 65% de esta población tiene cobertura de seguridad social y el 86% cobertura de algún seguro de salud y el 14% restante se atiende sólo en el hospital público. Estas cifras sufrirán variaciones negativas, debido a que por ejemplo, en el año 1999 sólo el 42% de la población activa realizaba aportes

previsionales -lo que sin duda repercutirá en el futuro en una merma de la población con jubilación y/o pensión- y también a las características de nuestro sistema de cobertura en salud.

En cuanto a la desigual distribución de la riqueza el 34,6% de la población mayor de 60 años es pobre por ingresos y el 7,6% es indigente, según la medición de necesidades básicas insatisfechas.

La visión que entiende el envejecimiento de las poblaciones como un éxito social y no como un fracaso, sostiene que **el problema no es ser viejo, sino ser pobre**. Desde esta perspectiva 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, deben enfrentar el doble desafío de envejecer en contextos de pobreza 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, todavía es necesario trabajar mucho.

1.2. Situación social de los mayores en nuestro país

La proporción de personas de edad manifiesta una tendencia creciente en Argentina, la población de 60 y más años en nuestro país es de aproximadamente 4,9 millones de personas (2,8 millones de mujeres y 2,1 millones de varones) según las últimas proyecciones poblacionales, lo que representa el 13.2% de la población total. La esperanza de vida para las personas que hoy tienen 60 años es de 17,8 años para los varones y 22,5 años para las mujeres.

Su distribución no es homogénea, siendo las regiones que cuentan con los mayores aglomerados urbanos, las más envejecidas: nueve de cada diez personas de edad viven en ciudades (Recchini de Lattes, en Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina 2001).

En otro orden, más del 20% de las personas mayores de la Argentina viven en hogares unipersonales y el 50% de los hogares unipersonales del país corresponden a personas mayores de 60 años, además, más del 85% tiene vivienda propia.

Al comenzar la década del 90, más del 75% de quienes tenían 65 años y más disponían de jubilaciones o pensiones. Según datos del INDEC (Censo 2001) el 76% cuenta con cobertura de salud, pero esta tendencia decae a medida que disminuye la edad y en cambio aumenta la población que no tiene cobertura. Esta tendencia seguramente se mantendrá dada la disminución de la población activa que ha estado incluida en el mercado de trabajo y realizó aportes previsionales en las últimas dos décadas (por contraparte se sabe que creció la población que trabaja *en negro* en el mismo período y que no participa, por lo tanto, de los beneficios de una cobertura médica por obra social).

Hacia la mitad del milenio se estima que aproximadamente 1 de cada 4 habitantes de la Argentina pertenecerá al grupo de adultos mayores, tendencia que se acentuará especialmente entre los de 80 y más años, donde se verificará una duplicación de la participación relativa de los denominados viejos-viejos, entre los que son actualmente y los que serán en el 2025, población que, obviamente, requerirá de nuevas prestaciones y cuidados.

Esta realidad requiere la planificación de servicios y programas de larga duración, destinados a personas mayores con pérdida de autonomía. Sin embargo, son aún escasos los esfuerzos realizados en este sentido. Ni el sector público ni el privado han desarrollado programas o servicios orientados a brindar apoyo a las familias o a las personas mayores, a excepción de la institucionalización. Esta situación, se ve agravada por la tradición existente acerca de que la atención de las personas mayores es una cuestión de índole privada y, por lo tanto, las familias deben ocuparse de ello.



Le proponemos que elabore una caracterización de la población de su provincia que le permita conocer cómo es la población de 65 años y más para poder estimar la de su área programática:

- El porcentaje de población de 65 años y más de su provincia.
- La distribución por edad y sexo de la población de 65 años y más.
- El porcentaje de hogares unipersonales compuestos por personas de 65 años y más.

Además, puede revisar historias clínicas de adultos mayores para determinar cuántos adultos mayores utilizan el CS para atender sus problemas de salud y si además cuentan con otra cobertura de salud y/o concurren a otros centros de atención

Luego de procesar los datos, le proponemos que intente extraer alguna conclusión acerca del papel de su centro como referente de salud para el grupo de los adultos mayores de su comunidad.



Ud. puede consultar datos del censo de población 2001 en www.indec.mecon.gov.ar/webcenso/index.asp o bien datos de su jurisdicción a través de www.deis.gov.ar

2. La concepción de envejecimiento

2.1. Envejecimiento activo

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

Este cambio implica dejar de ver a los mayores como frágiles y vulnerables, para reconocerlos como ciudadanos activos, 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 atención, de organización de los servicios y la distribución de los recursos.

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 de **envejecimiento saludable**, ya que el mismo no sólo valoriza los aspectos sanitarios sino que incluye factores sociales, educativos y laborales que afectan al envejecimiento de individuos y poblaciones.

Así, el **envejecimiento activo** se define como "*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*" (OPS - OMS, 2002).

El concepto de **envejecimiento activo** conlleva en el imaginario social actividades socialmente productivas y gratificantes. La concepción integral de bienestar referido a las personas mayores está siendo defendida y promovida por organizaciones internacionales de reconocido recorrido en el campo gerontológico.

En este sentido, podemos identificar al menos tres denominaciones emparentadas, según diferentes organizaciones:

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 término **envejecimiento activo** pone énfasis en la participación continua, diferenciada del simple hecho de estar, *acompañar o pasar*. Implica reconocer las capacidades de las personas, aún cuando algunas de estas capacidades vayan disminuyendo. Implica además, seguir *formando parte* de sus comunidades, *teniendo parte* de los beneficios que esto conlleva y *tomando parte* diciendo su voz, influyendo y decidiendo.

El término **envejecimiento exitoso** refiere a vivir con "*dignidad y autonomía, capacidad funcional y salud, participación social y económica, entre otras cosas*" (Engler - Peláez 2002). Desde la visión de los derechos humanos se reconoce que los derechos son universales, por lo tanto independientes de raza, religión, sexo o edad.

La conceptualización del **envejecimiento con derechos** intenta que las personas mayores tengan la certeza que sus derechos no se pierden con los años, no se pierden con la pobreza y no se pierden con la enfermedad. Esta concepción propone como estrategia el *empoderamiento* de los mayores, anima a construir actores sociales capaces de exigir, más que pedir o solicitar.

Lo que estas conceptualizaciones persiguen en común, es **que personas mayores 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.

Los argumentos que promueven la idea de un envejecimiento activo guardan además razones socioeconómicas, ya que de lograr este objetivo disminuiría el porcentaje de discapacidades, enfermedades crónicas, costosos servicios sanitarios y tratamientos complejos. Por el contrario, se reconocerían 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 cuidados en la vida familiar

2.1.1. Principales orientaciones del *Plan de Madrid*

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 en 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, 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 este 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, impulsa 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 (...)"

Desde esta perspectiva pueden definirse una serie de temas-eje de trabajo:

- *El fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida:* implica reducir el riesgo de enfermedades y dependencias en la vejez y asegurar el acceso a una nutrición adecuada.
- *El acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud:* impulsa el desarrollo de los servicios de atención primaria y promueve la participación de las personas mayores en los mismos.
- *El cuidado del VIH/SIDA en las personas de edad:* propone mantener una mirada de protección y atención no sólo para las personas mayores infectadas, sino también para aquellas que atienden a familiares infectados o a otros grupos de la sociedad, proporcionando información adecuada y capacitación para la prestación de cuidados.
- *La capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud respecto a las necesidades de las personas mayores.*
- *Las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad:* expresa la importancia del desarrollo de servicios de atención y prevención.
- *Las personas de edad y las discapacidades:* propone acciones tendientes al envejecimiento saludable y promueve la participación de las personas de edad con capacidades diferentes.

2.2. Envejecimiento y salud

Envejecimiento y salud aparecen como términos que se entrecruzan en varios momentos.

Partimos de la concepción del envejecimiento como parte del ciclo de vida, una etapa más del desarrollo normal de una persona.

En el año 1974 la OMS definía al envejecimiento como *un proceso fisiológico que se inicia al nacer y que va sufriendo cambios durante todo el ciclo de vida*. Se afirmaba también, 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"*.

Desde esta visión, reconociendo que a medida que se envejece es probable que se instalen enfermedades crónicas que tengan impacto en la capacidad funcional cotidiana, es posible hablar de *salud práctica habitual para la edad cronológica*.

Esta realidad se evidencia en nuestro país en 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, preguntarse *-¿cuándo se es viejo?-* es lo mismo que preguntarse *-¿cuándo un adulto mayor pierde la salud?-*.

La mayoría de los autores coinciden hoy en afirmar que se pierde la salud 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. Esta es la señal de alerta que debemos escuchar, es **el riesgo que debemos prevenir** (Proyecto Fondef, 2003). Esta concepción implica un particular enfoque de la salud y la enfermedad.

El estudio *Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*¹ indaga sobre algunos factores como los comportamientos de los mayores en 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, buena salud y capacidad funcional y nos ofrece, por tanto, pautas concretas sobre las cuales desarrollar actividades y programas a nivel local.

El estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento puede consultarse en www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal



1. Albala, C., Lebrao, M., Leon Díaz, M., Ham-Chande, R., Hennis, A., Palloni, A. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 17(5/6): 307-22.

También interroga sobre la forma como los adultos mayores perciben su situación de salud. Los resultados muestran que 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 cuando este estudio muestra que apenas un 10% de los mayores sufren discapacidades que les impiden realizar las actividades de la vida diaria.

Por lo tanto, la salud en los mayores no implica ausencia de enfermedades, sino ausencia o limitación de discapacidades.

La revisión de las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores de todo el mundo muestra los siguientes problemas de salud:

- Enfermedades cardiovasculares (como cardiopatía coronaria)
- Hipertensión
- Accidente cerebro vascular
- Diabetes
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedades músculo esqueléticas (como artritis y osteoporosis)
- Enfermedades mentales (principalmente demencia y depresión)
- Ceguera y alteraciones visuales

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, todos ellos con poca relación con los sistemas de atención médica y con la información que el propio sistema produce.

Quizás el principal desafío para Argentina y otros países de Latinoamérica sea trabajar sobre medidas vinculadas a **hábitos de vida saludables**: menos alcohol y tabaco, dietas ricas en frutas y verduras, actividad física adecuada y regular; menos soledad, más redes familiares y sociales, menos trabajo sectorial aislado y más actividades articuladas con otros sectores sociales.

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, arrojan los siguientes datos:

- 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. Estos datos refuerzan 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.
- Se observan diferencias significativas en lo referente a la percepción de problemas de salud por sexo: en general son las mujeres las que manifiestan tener mayores problemas, solo tres de cada diez mujeres dicen gozar de buena salud contra cuatro de cada diez varones.
- El 12% de la población de personas mayores tiene problemas de salud relacionados con discapacidades, principalmente motoras y sensoriales y del resto que presenta problemas físicos, los relacionados con la vista y con la movilidad son los de mayor incidencia. La mayoría de estos problemas son prevenibles o controlables mediante acciones de muy baja complejidad y costo.

Esta información nos permite identificar situaciones y condiciones sobre las que se puede trabajar y son 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.

Le proponemos indagar cómo viven y cuáles son los problemas de salud que presentan las personas de 65 años y más en su área programática.

Para ello puede identificar los lugares donde los adultos mayores de su comunidad se reúnen (pueden ser centros de jubilados y pensionados, otras organizaciones barriales, la plaza, la cola del banco el día de cobro, etc.) y mediante el acercamiento a ellos en estos espacios indagar acerca de si viven solos o en familia, las actividades que realizan (actividades productivas, tareas de cuidado de niños y otros familiares, actividades comunitarias, etc.) y los problemas de salud que los aquejan.

Considerando la condiciones en que viven los adultos mayores en su área programática y las actividades que desarrollan ¿cuáles son en su opinión los hábitos saludables que puede promover en este grupo?

Una vez identificados los problemas de salud prevalentes en el grupo de adultos mayores de su área programática:

- ¿cree que el CS podría haber influido en el desarrollo de las mismas a través de la prevención o al menos en retardar su aparición?





Para la construcción y uso de instrumentos de recolección de datos le recomendamos consultar el Módulo 4: Herramientas para la planificación y la programación local, Unidad 2 y/o el Módulo 6: Sistemas de Información de Salud, Unidad 2.

- ¿qué acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para este grupo se le ocurre que puede generar el CS?

Comparta sus reflexiones con el resto del equipo de profesionales del Centro y llévelas a la siguiente reunión con el tutor.

2.3. Las personas mayores y la pérdida de autonomía

El alargamiento de la vida humana al que nos referimos lleva consigo mayores probabilidades de sufrir enfermedades degenerativas, que ocasionan discapacidades, de tipo cognitivo, mental o físico.

La inexistencia de programas o servicios universales de base comunitaria o institucional que posibiliten a las personas envejecer en sus casas y los altos costos que significan para las familias mantener a las personas mayores en sus casas, dejan como única alternativa la institucionalización. Esto lesiona la autonomía y dignidad de las personas mayores que, a la hora de decidir la internación, en un porcentaje cercano al 50% no son consultados y más de la mitad de ellos no están de acuerdo con tal *solución* (Castell, 1992).

El planteo de estos problemas y sus posibles respuestas no son una tarea sencilla y exigen el compromiso de los diversos actores sociales en un mundo que no reflexiona acerca de la vejez en particular y que muestra su ceguera más violenta ante los débiles.

Construir un ámbito de pensamiento acerca de estos temas significa también, preguntarse por el sentido pleno de la libertad y de los derechos que esta implica.

Los programas que consideran a los adultos mayores como sujetos de derechos proponen políticas sociales de carácter universal, fundadas en una concepción integrada de la sociedad. Son políticas que **extienden ciudadanía**. Esta posición está alejada de aquella que reclama derechos o leyes especiales para las personas por el simple hecho de tener más años, propone, en cambio **la necesidad de normativas y**

acciones de discriminación positiva para el acceso preferencial de los grupos desaventajados de la población mayor a servicios básicos y prestaciones específicas, tal el caso de las personas mayores dependientes.

En tal sentido, se entiende que es necesario establecer **derechos especiales para las personas mayores con pérdida de autonomía**, que reconozcan sus capacidades de decidir y controlar la propia vida, la dignidad, la independencia y la libertad de elección, más allá de la edad o de la situación de dependencia de terceros, a la que se vean expuestos.

2.4. Las personas mayores y el consumo

El envejecimiento de la población acarrea el aumento del gasto público y privado destinado a satisfacer la demanda de las personas mayores. Por lo tanto, el estudio de su consumo tiene una gran importancia económica y social. Los economistas prestan atención a las personas mayores como consumidores y demandantes de servicios públicos y a los gastos destinados a satisfacer sus necesidades como un aspecto importante del gasto social.

Sin embargo, no se ha visualizado todavía a las personas mayores como clientes de un mercado que crece cada día y del que muchos mayores participan con sus propios recursos. Es dable suponer que a medida que aumenta el número de personas mayores, se generan nuevas y crecientes necesidades de bienes y servicios.

Respecto a los gastos de libre disposición, se aprecia que los adultos mayores no presentan la misma capacidad que el resto de la población para orientar su consumo a los bienes y servicios antes mencionados. Sus gastos no sólo tienen que ver con la menor cuantía de ingresos, sino también con su particular manera de entender el consumo: *gasto necesario* versus *gasto innecesario o prescindible* (Sánchez, 2000).

Las personas mayores tienen más disponibilidad de tiempo para compra. No sólo buscan adquirir lo que les hace falta, sino también un espacio de encuentro, de diálogo, de distracción. Cuando adquieren los bienes y servicios, lo hacen en pequeñas cantidades, no para acumular, así tengan que comprar diariamente. Prefieren la atención personalizada como una forma de interacción social.

El ahorro es otra variable a considerar cuando nos referimos al consumo. Para las personas mayores, con una disminuida capacidad de ahorro, el tener algún dinero guardado en el banco tiene más bien una función tranquilizante, para no depender de los demás y para continuar ayudando a sus familias.

Nuevas demandas se derivan de la mayor expectativa de vida y autonomía de las personas mayores, que van a disponer de muchos años una vez jubiladas. Entre tales

exigencias se pueden identificar la necesidad de darle contenido al tiempo libre, la necesidad de ser útiles, de relacionarse, de transmitir conocimientos, de esparcimiento, de seguir aprendiendo, etc. Así, constituyen microsegmentos especializados, que se caracterizan por la demanda diferenciada (Grande Esteban, 1996), por ejemplo: el caso del turismo que nos va demostrando la creciente demanda de la gente de edad.

Así, asistimos a un aumento de las demandas de bienes y servicios destinados a satisfacer necesidades que se relacionan con las exigencias y las dependencias que acarrea la vejez: necesidad de superar la soledad, necesidad de solucionar las actividades de la vida diaria, necesidad de profesionales de la salud y de infraestructuras para atención gerontológica, necesidad de cuidadores de las personas mayores, necesidad de equipamiento doméstico o de infraestructuras domiciliarias que faciliten su autonomía y la relación con los demás.

Las personas mayores se han ido transformando paulatinamente en un nuevo nicho de mercado. El no reconocimiento de ello, la invisibilización de sus necesidades y capacidades, tanto por parte de la oferta privada, como de la pública, constituye también una forma de maltrato. Implica restarles categoría de ciudadanos con derechos y capacidades de elegir y decidir, para ubicarlos en la de simples beneficiarios.



Identifica Ud. en su área programática:

- ¿actividades organizadas específicamente por o para fomentar el encuentro y/o la realización de tareas o actividades compartidas entre los adultos mayores?
- ¿organizaciones comunitarias que actuando solas o en redes convoquen a los adultos mayores para actividades productivas necesarias para la comunidad y/o recreativas?

En su opinión: ¿qué acciones o proposiciones se le ocurre que puede realizar su equipo de salud para involucrar a los adultos mayores de su comunidad que están inactivos en actividades que puedan ser útiles para la comunidad y para ellos? (por ejemplo, abuelos cuidadores de niños, lectores de cuentos, etc.)

2.5. Las personas mayores y la pobreza

Como señala Myers (1985) la realidad demográfica se transforma en problemática cuando interactúa conflictivamente con factores sociales, económicos o políticos. Dado que el bienestar en la vejez depende de la previsión de largo plazo -sea ésta de índole individual o social- la pobreza, el desempleo o la incertidumbre institucional bloquean, ineludiblemente, el éxito de cualquier estrategia racional que se haya desarrollado a lo largo de la vida.

Es frecuente en nuestro país la internación de personas mayores, a causa de la falta de vivienda o de carencia de recursos materiales. No distinguir **dependencia** de **pobreza** puede llevar a que personas mayores autónomas, deban ajustarse a lo que podríamos categorizar como *privación ilegítima de su libertad*, ya que son sometidas a regímenes sanitarios y controles sociales sobre su cotidianidad, por el simple hecho de ser pobres.

La alternativa de judicializar la pobreza y apelar a mecanismos de exclusión social para los desvalidos, pobres o diferentes, forma parte de nuestra raigambre cultural. Niños, discapacitados y ancianos pobres son los grupos preferidos para estas soluciones.

La búsqueda de alternativas, tales como pequeños hogares u otras, de base comunitaria, resultan en cambio estrategias adecuadas que han sido poco exploradas hasta el momento.

Identifica Ud. en su área programática:

- ¿personas mayores con diferentes grados de autonomía cuyas condiciones de pobreza pongan en riesgo su salud y su supervivencia?
- ¿organizaciones comunitarias que actuando solas o en redes se ocupen de organizar o apoyar el cuidado domiciliario de personas mayores con diversos grados de dependencia?

En su opinión: ¿hay alguna acción que el equipo de salud del CS pueda realizar con otras organizaciones o funcionando en red que podrían mejorar la situación de vida de algunas de las personas mayores pobres de su comunidad?



2.6. Las personas mayores y la participación social

Entre las recomendaciones efectuadas por la *Asamblea Mundial de Madrid* se proclama:

"(...) las personas de edad deben ser participantes plenas en el proceso de desarrollo y compartir también los beneficios que reporte" (Naciones Unidas, 2002)

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.



¿Considera Ud. que en su área programática -y en su CS- las personas mayores tienen oportunidad de ejercer plenamente sus derechos a decidir en cuestiones comunitarias, específicamente en aquellas que atañen a la problemática de la tercera edad (su salud, sus necesidades, sus derechos, etc.)?

Le proponemos que realicen una convocatoria a los adultos mayores de su área programática para realizar con ellos una actividad de programación local de acciones que los involucren y que sirva para la mejora de su salud, en el sentido más amplio de su acepción.

3. Imágenes negativas y estereotipos sobre la vejez

" En África se dice que cuando muere un anciano desaparece una biblioteca. Esto nos recuerda el papel esencial que las personas de edad desempeñan como intermediarios entre el pasado, el presente y el futuro y el puente real que tienden dentro de la sociedad. Sin el conocimiento y la sabiduría de las personas de edad, los jóvenes nunca sabrían de donde vienen ni a qué cultura pertenecen "
Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas.

Saber envejecer y saber morir (eutanasia) estaban para los antiguos griegos, íntimamente vinculados con el saber vivir o felicidad (eudaimonia).

Toda sociedad desarrolla y comparte imágenes acerca de -entre otras cosas- la *vejez* y el *envejecimiento* como proceso. Sea a través de la valoración o de la indiferencia ante estos momentos del desarrollo humano, por acción o por omisión, la sociedad pone en juego *estereotipos* que pueden ser leídos como resultados de esta construcción social colectiva.

Las actitudes de los miembros de una comunidad hacia los mayores se encuentran relacionadas en forma estrecha con la imagen que socialmente se mantiene de ellos, y esta imagen se relaciona a su vez, con la posición social que las personas mayores disfrutaban en dicha comunidad (García, 1999).

Estudios sobre estereotipos e imágenes de la vejez en la actualidad, concluyen que la percepción social sobre las personas mayores es básicamente **negativa** en occidente. La sociedad moderna, que sustenta valores orientados a la fuerza, la agilidad para el éxito y la conquista de bienes materiales, presenta a la vejez cada vez más como una

suerte de desecho, en la medida que se han perdido todos esos valores.

El concepto de *productivo asociado a juventud* (o joven) que domina la política y el imaginario social, conlleva una idea de cuerpo, de belleza y de salud. Toda marca que deje la vida es desvalorizada, considerada inaceptable. Todo aquello que aleje a los individuos de la potencia física y material es considerado una enfermedad y por tanto, medicada.

Este modelo de juventud es además, intensamente fomentado por los medios de comunicación. Las personas mayores que no pueden cumplir con este mandato social viven bajo la amenaza de ser excluidos del sistema.

En cada cultura se construye y se transmite una imagen de los adultos mayores, junto con la asignación de un papel. En nuestra sociedad esta imagen se centra en el *déficit* y en la *incapacidad* (deteriorados física y mentalmente, en situación de precariedad), limitando y empobreciendo la perspectiva de vida de este grupo. Esta imagen basada en las carencias es una de las causas de la marginación social y se expresa en un rechazo o paternalismo discriminatorio.

De acuerdo con un estudio de *Missing Voices* (OMS/INPEA, 2002) la *falta de respeto* es la manera más dolorosa de violencia psicológica en todos los países. Los *prejuicios* y la *discriminación* aparecen en primer lugar -según los participantes de edad avanzada-. Los informes incluyen historias dramáticas de maltrato físico y de abandono, pero el estudio también dejaba claro que las actitudes irrespetuosas basadas en prejuicios e imágenes negativas hacia los mayores, se consideran algo universal.

Al mismo tiempo, estos prejuicios y estereotipos son los que justifican la victimización social de la persona mayor y favorecen su discriminación.

"La discriminación de edad esta presente en varias sociedades. La discriminación por edad y los estereotipos influyen sobre las actitudes y éstas, a su vez, afectan la forma en que las decisiones son tomadas y los recursos son asignados en el plano familiar, comunal, nacional e internacional" (Help Age Internacional, 2001).

La preocupación pública y profesional sobre el atropello a las personas mayores se centra en su **efecto** más evidente sobre la **salud física**.

3.1. Prejuicios y estereotipos

Como señala T. Orosa (2001), los **prejuicios** sobre el envejecimiento se agrupan en dos conjuntos principales:

- los de contenido negativo que identifican la vejez como una etapa de

enfermedad, soledad o involución; y

- aquellos de contenido positivo o idealizante (edad dorada) que excluyen las pérdidas naturales que acontecen en este período.

Los prejuicios generan confusión cuando se considera que llegar a viejo es sinónimo de retorno a la niñez o cuando se promueve a la vejez como una eterna juventud, dificultando la comprensión de la adultez mayor como una etapa propiamente dicha.

En el año 1996, la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos consideró necesario que este grupo etario fuese apoyado y reconocido como **sujeto de derecho**, a fin de abordar el esclarecimiento de su problemática y la denuncia de su discriminación.

Existen algunos **estereotipos** muy arraigados y activos en nuestras culturas latinoamericanas (García, 2001):

- Los viejos no son capaces de aprender
- Los viejos no se adaptan al cambio
- Pobreza y vejez van juntas
- Los viejos se vuelven niños
- La sexualidad es cosa de jóvenes
- Los viejos tienen mal genio
- Vejez es sinónimo de enfermedad
- La persona mayor no tiene futuro

La imagen social derivada de los **estereotipos negativos** influye de manera decisiva en distintos planos de la vida de los mayores: desde la oferta de políticas públicas a su favor y la valorización de su aporte a la sociedad, hasta su inclusión en los medios de comunicación, en el consumo y en la educación.

El escaso -y muchas veces distorsionado- conocimiento del tema del envejecimiento y la vejez por parte de la sociedad y la proliferación de estereotipos al respecto, influye en la elaboración y desarrollo de planes de trabajo, programas y normas que no se ajustan a las necesidades reales de las personas mayores.

3.1.1. Viejismo

Los gerontólogos han acuñado el término **viejismo** (ageism) para referirse a la concepción peyorativa basada en la avanzada edad cronológica de una persona (Butler y Lewis, 1982). Como otros "ismos", implica una visión despectiva sobre un grupo social, dando origen a prácticas segregacionistas, que en ese caso consisten en considerar a las personas en desventaja o en riesgo, por el simple hecho de tener más años.

Se sostiene que estas actitudes surgen del *miedo* que las generaciones jóvenes tienen al envejecimiento y de su rechazo a enfrentar los retos económicos y sociales relacionados con el incremento de la población vieja.

Sostener un prejuicio activo, no basado en hechos sino en el desconocimiento y la deformación de las potencialidades de las personas mayores en la sociedad actual, constituye el primer paso hacia la discriminación real de las personas. Es más grave aún, cuando las propias personas mayores los aceptan y los incorporan a su visión personal.

Otro sentido en que puede asumirse esta visión negativa se presenta cuando los propios mayores -sobre todo aquellos que poseen mejores niveles educativos y de salud- no reconocen para sí los estereotipos negativos, aplicándolos a otros de su misma edad, bajo la consideración de que *viejos son los otros*.

Las actitudes de **viejismo** tienen un efecto muy negativo en la *salud y el bienestar psicológico de las personas mayores* y potencialmente pueden estimular el abuso, el abandono y la aceptación del uso de violencia contra los mayores.

Por otra parte, el viejismo condiciona la existencia de otras formas de violencias, especialmente en el ámbito institucional. Por ejemplo, la limitación directa o indirecta de servicios, donde ciertas prácticas o prestaciones no están disponibles para gente de una determinada edad, o los enfoques que asocian el envejecimiento con excesivas cargas sobre los jóvenes, o los argumentos que ponen en competencia ancianos y niños a la hora de distribuir recursos.

Finalmente, la presencia de estos paradigmas llevan a dos enfoques igualmente perjudiciales y frecuentes en las instituciones:

- la sobreprestación, que ofrece servicios que los mayores podrían desarrollar por sí mismos o que simplemente no necesitan, y
- la infantilización que se evidencia en una forma de trato alejada del respeto al que las personas mayores tienen derecho (el tuteo, la denominación de abuelo, etc.).

Sintetizando ...

Los mitos y prejuicios, originados en un paradigma que asocia envejecimiento-discapacidad-pobreza, conducen al aislamiento y muchas veces a la institucionalización. Fomentan la desvalorización del ser adulto mayor y el camino hacia el maltrato, el abuso o el abandono.

Resulta imprescindible entonces, sentar un nuevo marco de valores, que reconozca que las personas mayores son activas, se ocupan de su salud y continúan aportando al crecimiento de su sociedad hasta el final de sus vidas. Resulta necesario también ampliar las miradas sectoriales y reconocer, que muchos de estos problemas no se resuelven sólo desde las políticas sociales o de salud. Será necesario modificar las situaciones de profunda inequidad que están enquistadas en los sistemas económicos y sociales. Lo que requiere a su vez de democracias participativas, de sociedades activas organizadas, con ciudadanos conscientes de sus derechos y dispuestos a conquistarlos de nuevo, cada día. Requiere también, de **adultos mayores organizados, empoderados, protagonistas de los cambios.**

Como dice Simone de Beauvoir:

"Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible conformarse con reclamar una "política de vejez" más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede ser sino radical: cambiar la vida" .

Le sugerimos ahora que retome junto a sus compañeros del Posgrado los ejemplos planteados en la actividad inicial y los analicen teniendo en cuenta el marco de los estereotipos sobre la vejez recientemente presentado.

- ¿Los ejemplos que Uds. construyeron pueden considerarse atravesados por algunos de los estereotipos y prejuicios descriptos?
- ¿Puede visualizar en el equipo de salud el funcionamiento de algunos de estos estereotipos y prejuicios?
- ¿Puede visualizar en la comunidad de su área programática la existencia de estos u otros estereotipos y prejuicios?, ¿cuáles?

Le proponemos que lleven sus reflexiones a la próxima reunión con el tutor.



4. Estrategias de abordaje en el primer nivel de atención

De acuerdo al enfoque que venimos desarrollando la **promoción** de la salud y la **prevención** de las enfermedades es un aspecto clave para asegurar el arribo a una vejez en las mejores condiciones posibles.

Ambas, promoción y prevención tiene un rol clave para asegurar la mejor calidad en el proceso de envejecimiento, en tanto permiten retrasar la aparición de las discapacidades que limitan la autonomía de los mayores y disminuyen la funcionalidad.

Desde esta perspectiva nos propondremos algunas estrategias que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

4.1. Promoción de la salud

Una de las variables que interviene en la promoción de la salud de los adultos mayores es el fortalecimiento de los servicios de salud, su accesibilidad y su capacidad de atender a las necesidades presentes y futuras de los adultos mayores de su comunidad y de intervenir a favor de sus necesidades.

En este material ya se mencionó la importancia que tiene la participación social de los adultos mayores en todos los escenarios de la comunidad como para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad. Otros de los objetivos que no deben dejar de formar parte de cualquier acción de promoción de la salud dirigida a los adultos mayores y a la población en general son:

- el impulso y aliento de estilos de vida saludable
- la creación de ambientes saludables

Los estilos de vida que deben modificarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que ponen en riesgo la salud de las personas adultas mayores. **Modificar estilos de vida significa transformar comportamientos** con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y tradiciones culturales.



A partir de los relevamientos que ha realizado, ¿puede caracterizar los estilos de vida predominantes en la población de adultos mayores de su comunidad?, ¿coinciden con los hábitos saludables ya reconocidos por Ud.?

Si no coinciden, ¿puede establecer las causas (falta de información, falta de oportunidades, limitaciones económicas, marginación de la comunidad, etc.)?

En su opinión, ¿hay alguna acción que el CS pueda desarrollar solo o con otras organizaciones comunitarias para mejorar los estilos de vida de la población adulta mayor que permitan trabajar con las limitaciones identificadas en el punto anterior?

4.2. Prevención de las enfermedades, discapacidades y limitaciones de la funcionalidad

Sabemos que la muerte no puede ser prevenida, pero se debe hacer todo lo posible por preservar las funciones hasta el final de la vida y asegurar el mayor grado de autonomía por el mayor tiempo posible.

Las medidas preventivas -reconocidas hace tiempo como útiles en los jóvenes- pueden y deben ser aplicadas a los ancianos. La prevención debe tener mayor relevancia en la oferta de servicios de salud, se necesita desarrollar acciones 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 que el porcentaje de mayores sin cobertura aumentará significativamente en los próximos años, toda acción de prevención que se inicie en el presente, va 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.

Que el equipo de salud trabaje sobre la prevención con los adultos mayores requiere:

- Conocer más sobre el adulto mayor sano, para distinguir el envejecimiento

normal del patológico.

- Aceptar que más del 80% de las personas envejecen saludablemente.
- Compartir 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, etc.
- Desarrollar y aplicar instrumentos que nos permitan reconocer riesgos y tomar medidas oportunamente.
- Reconocer tempranamente los signos de alerta, realizando acciones de detección precoz.

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 deberá 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 han hecho en el desarrollo del país y el que pueden y siguen haciendo.
- Las familias deberán seguir aportando su cuotas de afectos y contención, reconociendo a su vez el invalorable aporte que los mayores siguen haciendo, particularmente en el cuidado de hijos y nietos.
- Los propios mayores deberán accionar tanto en el autocuidado de su salud, como en mantenerse informados para elegir y decidir mejor, en participar en Organizaciones basadas en la edad, para incidir con más fuerza en los programas y políticas que los afectan (ingresos, salud, educación permanente, empleo, seguridad, transporte y vivienda).

Sólo con el compromiso de todos los actores es posible avanzar hacia una sociedad para todas las edades.

4.1. Problemas de salud individual y comunitaria en la tercera edad

Los representantes de los niveles local, regional y nacional y la comunidad en su conjunto, deben trabajar coordinadamente en pos del objetivo común: el establecimiento de un sistema integral de protección fundado en una visión de envejecimiento activo que involucre a todos los actores sociales.

La estrategia debe considerar la **disminución de riesgos a través de acciones preventivas** y la **prolongación de una vida sana**. Para ello se deben priorizar las siguientes acciones articuladas entre los diversos niveles que a continuación se mencionan:

Atención Primaria de la Salud

- Aumento de la conciencia pública respecto a los beneficios reales para la sociedad de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo.
- Promoción de la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la comunidad, en base a los principios del **envejecimiento activo**.
- Reconocimiento de la capacidad de los mayores para decidir por sí, organizarse en la defensa de sus inquietudes e intereses.
- Organización de campañas y desarrollo de programas sobre:
 - Prevención primaria de la enfermedad
 - Prevención de accidentes
 - Prevención del tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad
 - Promoción de hábitos saludables
 - Promoción del ejercicio físico y deporte
- 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.
- Impulso de programas que informen a las mujeres mayores sobre temas puntuales de salud.
- Impulso de la formación/capacitación de recursos humanos en el área: proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud.
- Promoción de un Foro de debate anual sobre cuestiones ético-legales que surgen en la práctica socio-sanitaria con las personas mayores y publicación y difusión de orientaciones en la materia.

Desarrollo de servicios comunitarios

- Promoción del trabajo realizado por redes de apoyo.
- Apoyo institucional a los esfuerzos realizados por Organizaciones no Gubernamentales.
- Impulso y capacitación a las Organizaciones no Gubernamentales en el desarrollo de oferta de bienes y servicios.
- Avance hacia una atención coordinada entre los servicios sociales y sanitarios.
- Supresión de barreras arquitectónicas para facilitar el cuidado.
- Cuidados domiciliarios.

- Impulso de 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.
- Fomento de programas de atención domiciliaria que establezcan las medidas necesarias de fomento para el cuidado de personas mayores dependientes en su hogar.
- Promoción de programas integrales de intervención, programas de recreación, programas de soporte psicológico.
- Proporción de 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

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

Necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad

- Promoción de la atención especializada a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, así como aquellas otras patologías que requieran una atención especializada.
- Priorización de estudios e investigaciones sobre prevención y atención, dentro de los Planes de las Administraciones Públicas, a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- 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

- Establecimiento de medidas de apoyo a las personas mayores en situación de dependencia, con los programas existentes.
- Garantización del acceso a los servicios de acuerdo a necesidad.

Todas estas líneas, evidentemente, deben ser revisadas y ajustadas a las necesidades de cada comunidad.

De todas las acciones enumeradas discuta con su equipo cuáles están a su alcance para ser promovidas o instrumentadas en su área programática, de qué manera y con quiénes las pondría en práctica.



5. Marco de referencia para la atención de adultos mayores

El envejecimiento es un proceso normal que atraviesa el ser humano a lo largo de su ciclo vital. La vejez representa el ciclo final del proceso y por ello las condiciones y manifestaciones en esta etapa dependen del desempeño, los logros y las frustraciones de los períodos precedentes (E. Erikson, Teoría del desarrollo psicosocial del individuo).

Las Naciones Unidas fijaron los 60 y los 65 años como edades de transición al grupo de ancianos en los países en desarrollo y en los desarrollados, respectivamente, pero sabemos que esta es una convención ya que las formas de envejecer son muy variadas dependiendo de *diversos factores biológicos, psicológicos y sociales*.

La *transición demográfica* a la que nos hemos referido en varias oportunidades, trae aparejada la *transición epidemiológica*, mostrando clara disminución de las patologías infecciosas y el surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como resultado del envejecimiento de la población. Por lo mismo, las necesidades de dispositivos profesionales, infraestructura y tecnología para atender una demanda que va cambiando requieren una mirada permanente sobre la misma para actualizar sus principios orientadores.

Se estima que entre el 20 y el 30% del tiempo de asistencia de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención se destina a pacientes que pertenece al grupo de adultos mayores o ancianos. Los grupos de mayor edad consultan en promedio el doble de veces que la población mas joven.

El proceso de envejecer y enfermar es único y particular para cada persona. El propósito principal para su asistencia es mantener a los ancianos en niveles de salud similares a los de la mayoría saludable a través de:

- prevenir la enfermedad antes de que aparezca
- preservar la funcionalidad, y/o eventualmente
- establecer un plan de rehabilitación

Partiendo de reconocer la gran heterogeneidad de la población adulta mayor, resulta imprescindible contar con precisos elementos de evaluación diagnóstica que permitan individualizar sus problemas, atenderlos y derivarlos adecuadamente.

A continuación, se presenta brevemente el proceso de **evaluación geriátrica multidimensional** (EGM - Comprehensive Geriatric Assessment), pensado para la evaluación de **ancianos frágiles**, como modelo de conjunto de orientaciones para la evaluación diagnóstica de los adultos mayores.

No se propone en este material utilizar la evaluación geriátrica multidimensional (EGM) con todos los pacientes ancianos, ya que su aplicación en el escenario de la atención primaria resultaría poco práctica. En principio, estas orientaciones están pensadas para pacientes con criterios de fragilidad. Sin embargo, resulta una estrategia efectiva el chequeo cuidadoso de problemas geriátricos a través de entrevistas estructuradas, ya que es frecuente que no sean detectados o mencionados durante el interrogatorio y examen físico habitual.

Por todo ello, como todo conjunto de orientaciones dirigido a una población que de por sí se describe como muy diversa, debe ser utilizado según criterios que se definan en cada caso.



A partir del reconocimiento de las características de los adultos mayores que viven en su área programática (con quién viven, qué actividades realizan, cómo participan en la comunidad, etc.):

- ¿Ha podido identificar adultos mayores que no estén recibiendo controles y asistencia de salud de ningún tipo?
- Si es así, ¿qué acciones cree que puede implementar el CS para invitarlos a realizar los controles de salud en el centro?

5.1. Evaluación Geriátrica Multidimensional

La **evaluación geriátrica multidimensional** (EGM) es un **procedimiento diagnóstico interdisciplinario y multidimensional que busca determinar las capacidades y cuantificar los problemas funcionales, psicosociales y médicos** de un anciano frágil para establecer un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo. Aunque contiene muchos elementos de la valoración médica usual, la evaluación geriátrica multidimensional (EGM) incluye -además de la evaluación médica

habitual- elementos de trabajo social, escalas de evaluación funcional tomadas de la fisioterapia y rehabilitación y métodos psicométricos derivados de las ciencias sociales, en especial de la psicología.

Los **ancianos frágiles** imponen a la limitada capacidad económica y social de las comunidades el desafío de proveer atención médica adecuada. Se entiende por fragilidad un fenotipo caracterizado por pérdida de peso no intencionada, sarcopenia (pérdida de masa muscular), debilidad y una baja actividad física. Es un síndrome biológico en el cual se presenta una disminución de la reserva fisiológica y de la respuesta a eventos estresantes. Resulta de deterioros acumulados en múltiples sistemas y está asociada con un aumento en la susceptibilidad a desarrollar enfermedad y discapacidad. Su prevalencia es de menos del 10% entre ancianos mayores de 65 años que viven en una comunidad. Sin embargo, estos tienen un alto riesgo de morir entre los siguientes 3 y 7 años.

Debido al incremento de la población de ancianos, en especial de los muy viejos, el número de ancianos frágiles con discapacidad se incrementó en la década pasada y continuará aumentando. Aplicar escalas validadas para su detección debe ser otro desafío en la asistencia primaria.

Los principales **objetivos** de la evaluación geriátrica multidimensional (EGM) son:

- mejorar la precisión diagnóstica
- racionalizar el plan terapéutico propuesto
- asegurar el uso apropiado de los servicios de atención en salud
- determinar el destino óptimo del anciano y documentar cambios a través del tiempo, y sobre todo
- optimizar la **funcionalidad** y la **calidad de vida**

Reconociendo que los centros de salud del primer nivel de atención son diferentes entre sí (en cuanto a cantidad y diversidad de profesionales en el equipo, instalaciones, cercanía lejanía de centros de mayor complejidad, instalaciones, recursos, etc.), a continuación se presentan algunas orientaciones que pueden ser de utilidad en la evaluación diagnóstica y tratamiento de los adultos mayores:

- Usar fuentes alternativas de información aportada por otros profesionales de la salud o cuestionarios autoadministrados, descartando el concepto que todos los datos deben ser obtenidos por el médico.
- Usar instrumentos de evaluación: escalas de evaluación funcional, test de evaluación cognitiva, escalas validadas de depresión, etc.
- Delegar funciones en el consultorio, participando a otros profesionales en la encuestas. Esto permite optimizar el tiempo para revisar resultados y decidir que aspectos requieren una evaluación más profunda.

5.1.1. Cuidados preventivos

La prevención de la enfermedad en los mayores está basada en el **rastreo de enfermedades** serias o de alto impacto para su salud tales como HTA, Diabetes, dislipemias o ciertos cánceres, que exigen exámenes especiales.

La utilización de pruebas de rastreo, está basada en la *sensibilidad* y la *especificidad* de los análisis. La *sensibilidad* es definida como la proporción de sujetos con una determinada enfermedad cuya prueba de laboratorio (examen), da positivo para la enfermedad. Un test sensible espera tener pocos falsos negativos. La *especificidad* es definida como la proporción de pacientes sin una determinada enfermedad, cuyos exámenes son negativos para la misma. Un test específico produce pocos resultados falsos positivos. Los exámenes insensibles no resultan útiles ya que no permitirán el diagnóstico en pacientes enfermos, haciendo inútil la implementación de un programa de rastreo.

Antes de proponer u ofrecer un método de screening o de rastreo para la detección de ciertas enfermedades en los adultos mayores, es conveniente que el profesional se realice algunas preguntas:

- ¿Esta enfermedad afecta la calidad y años de vida de la persona?
- ¿Existen tratamientos aceptables para la misma?
- ¿El tratamiento precoz versus el tratamiento al comienzo de los síntomas, mejora la calidad y la expectativa de vida de los pacientes?
- ¿Tiene un período asintomático que permita detectar la enfermedad y tratarla disminuyendo la morbimortalidad?
- ¿El test a realizar tiene un costo razonable?
- ¿La enfermedad es lo suficientemente prevalente como para justificar los costos?
- ¿Tenemos recursos para afrontar el costo del test como medida poblacional?
- ¿El test tiene la suficiente sensibilidad y especificidad (para el número de falsos positivos y falsonegativos no sea alto)?

5.1.1.1. Rastreo de enfermedad cardiovascular

- Colesterol:** la enfermedad coronaria es la primer causa de muerte en mayores de 65 años.
Entre los 65 y 75 años la hipercolesterolemia aumenta el riesgo de morir en un 30 a 60 % por enfermedad coronaria.
Después de los 80 años no se ha encontrado asociación entre los niveles de colesterol y la incidencia de enfermedad coronaria/ mortalidad por la misma.

Existe abundante evidencia que soporta el screening y tratamiento de aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular.

Para pacientes mayores asintomáticos se debe tener en cuenta que la expectativa de vida del mismo sea suficiente como para permitir el beneficio potencial del tratamiento: los pacientes entre los 65 y 74 años con múltiples factores de riesgo para enfermedad coronaria serían los mayores beneficiados.

En pacientes con riesgo de desnutrición se debe abolir una dieta restringida.

- **Hipertensión:** la hipertensión es uno de los factores más importantes para enfermedad cardiovascular.
Se debe realizar la toma de presión arterial en cada visita o por lo menos cada 1 a 2 veces al año en aquellas personas candidatas a tratamiento médico.
Las metas de tensión arterial deben ser ajustadas según los factores de riesgo para cada población.
Se deben tener en cuenta los posibles efectos adversos de la medicación, sobre todo la hipotensión ortostática que es un factor de riesgo para caídas.

5.1.1.2. Rastreo o screening de cáncer

- **Cáncer de mama:** 45 % de los casos de cáncer de mama ocurren en pacientes mayores de 65 años y la incidencia continúa hasta los 80 años.
El rastreo del cáncer de mama con examen manual y mamografía desde los 50 hasta los 70 años es una de las recomendaciones más fuertemente establecidas. El auto examen mamario, tiene una sensibilidad baja (20 al 30 %), más aún, en mujeres mayores de 65 años. Sería razonable continuar con el screening de cáncer de mama con examen anual y mamografía anual o bienal hasta los 70 años.
- **Cáncer colorectal:** es la segunda causa de muerte por cáncer, se ha calculado que la incidencia en mayores de 65 años es de 337.1 por 100.000.
Se demostró una reducción de la mortalidad en pacientes que habían marcado positivo el rastreo de sangre oculta en heces (SOMF). También se ha demostrado una reducción en la mortalidad por cáncer de colon entre el 59 al 95 % utilizando como método de screening la rectosigmoideoscopia. En 1997 la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) estableció nuevas guías para el screening de cáncer de colon con colonoscopia o colon por enema cada 10 años o rectosigmoideoscopia cada 5 años más sangre oculta en materia fecal en forma anual. Esta recomendación es para personas con riesgo "normal" de cáncer de colon, es decir, sin historia personal de pólipos intestinales, cáncer de colon o colitis ulcerosa, ni historia familiar de cáncer de colon antes de los 60 años.
Se recomienda realizar sangre oculta en materia fecal en forma anual o rectosigmoideoscopia cada 5 años o ambos en mayores de 50 años, no se pone en ninguna de las recomendaciones un límite de edad, con lo cual sería sensato concluir el examen entre los 75 y 80 años, según la expectativa de vida del paciente.

- **Cáncer de cuello de útero:** el cáncer representa una causa importante de morbimortalidad en mujeres mayores a 65 años, en especial en aquellas que no han cumplido el screening en el pasado. Aquellas mujeres que hayan tenido examen citológico con Papanicolau (PAP) normales en los últimos años y alcancen la edad de 65 años, deberían suspender el screening. Para aquellas que no hayan cumplido con el screening en forma adecuada se considera razonable suspender el mismo en mayores de 65 años después de 3 PAP normales. También sería razonable suspender el mismo en mujeres con histerectomía por causa no cancerígena. La Sociedad Americana de Cáncer (ACS) no pone límite de edad para concluir el screening.
- **Cáncer de próstata:** es la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer de pulmón en hombres. El cáncer de próstata típicamente crece en forma lenta y tiene una incidencia del 90 % en mayores de 80 años, siendo fatal en una minoría de los pacientes donde el comportamiento del tumor es más agresivo, sugiriendo que el tratamiento en muchas ocasiones es innecesario. Distintos estudios han evaluado la conducta de "observar y esperar" sin tratamiento específico en pacientes con cáncer de próstata en estadios tempranos. Se observó una supervivencia de 5 a 10 años en el 98 al 87 % respectivamente. La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) y Sociedad Americana de Urología recomiendan screening de cáncer de próstata en forma anual para hombres mayores de 50 años con tacto rectal y antígeno prostático específico (PSA) anual. Ciertos grupos se encuentran en contra del screening de cáncer de próstata con relación al beneficio mínimo que este ofrecería en cuanto a la extensión en la expectativa de vidas, esto todavía es materia de debate.
- **Cáncer de pulmón:** la recomendación más efectiva es el consejo antitabáquico. El screening con placa de tórax y citología en esputos seriados han demostrado ser inefectivos. La solicitud de Rx de tórax no está recomendada.
- **Cáncer de piel:** el 75 % de los melanomas son diagnosticados en menores de 65 años, los principales factores de riesgo son historia de lesiones premalignas, melanoma en el paciente o en familiares de primer grado y exposición al sol. Se recomienda al médico estar alerta ante lesiones sospechosas. Está recomendado que aquellos que posean factores de riesgo para melanoma (nevus displásicos o melanoma previo), deberían tener una consulta con el especialista. La ACS recomienda un examen completo de la piel en forma anual a partir de los 40 años.
- **Cáncer de ovario:** la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) recomienda un examen pélvico anual para detectar cáncer de ovario; sin embargo no hay ninguna evidencia que avale esto.

- **Cáncer de útero:** el cáncer de útero presenta un pico de incidencia entre los 60 y 74 años. La detección en mujeres asintomáticas no presenta una disminución de la mortalidad por el cáncer en sí misma, por lo que se recomienda el screening.

5.1.1.3. Rastreo o screening de otros problemas prevalentes de salud

- **Diabetes Mellitus:** se estima que el 20 % de los pacientes entre 65 y 74 años tiene diabetes mellitus y por lo menos la mitad de ellos se encuentran sin diagnóstico.
La Sociedad Americana de Diabetes recomienda el screening con una glucemia en ayunas cada 3 años en personas con riesgo: mayores de 45 años, historia familiar de diabetes, obesidad, hipertensión, intolerancia a la glucosa. En principio no hay evidencia ni a favor ni en contra para el screening de diabetes en población general, reservándose el mismo a pacientes con factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.
- **Problemas tiroideos:** el hipotiroidismo es una entidad común en la mujer adulta y es una enfermedad oligosintomática de difícil detección clínica. El ACP (Colegio Americano de Médicos) no recomienda de rutina el screening de enfermedad tiroidea en mujeres asintomáticas. En principio no hay evidencia ni a favor ni en contra del screening para problemas tiroideos en pacientes adultos asintomáticos. La Sociedad Americana de Endocrinología recomienda el rastreo con TSH. También este punto es controversial y ya que la presentación puede ser muy sutil, es conveniente tener un es conveniente estar atento para detectar enfermedades tiroideas en ancianos.
- **Desordenes sensoriales:** las alteraciones en la visión y audición contribuyen a accidentes y caídas en el anciano.
Las causas más importantes para el déficit visual son: las cataratas, la degeneración macular, el glaucoma, la retinopatía diabética o hipertensiva. Las cataratas, primer causa importante de ceguera, se encuentra en más del 60 % de los mayores de 75 años. Más del 90 % de los ancianos necesitan anteojos. Entre el 16 al 27 % de personas mayores de 75 años no son capaces de leer un diario por más que usen anteojos. Se recomienda screening anual con la cartilla de Snellen (descartando los pacientes diabéticos o con hipertensión). Se recomienda indagar sobre la audición a pacientes mayores de 65 años, y si refieren problemas en la audición realizarles una audiometría y otoscopia y de ser necesario derivarlos para evaluar la necesidad de utilizar audífonos, mejorando así su calidad de vida. Un tercio de los pacientes mayores de 65 años y dos tercios de los mayores de 70 años, tiene una pérdida auditiva significativa. La causa más común es la presbiacusia, junto con la misma se puede observar en los pacientes aislamiento social y depresión. Por lo tanto es muy importante

investigar al respecto para poder ofrecerle al paciente alguna solución.

5.1.2. Consejería

Los cuidados preventivos representados por el rastreo o screening de enfermedades de alta prevalencia entre los adultos mayores deben ser complementados en la consulta con el desarrollo de acciones de consejería. La consejería debe orientarse hacia la promoción de estilos de vida saludables.

El profesional (no importa la disciplina) debe indagar y promover el diálogo con el adulto mayor acerca de la instalación o refuerzo de hábitos de vida saludables en toda oportunidad en que tenga contacto con ellos.

A continuación se presentan los ítems más relevantes a trabajar con los adultos mayores acerca de hábitos de vida saludable:

- **Tabaquismo:** es un claro factor de riesgo modificable fundamentalmente para enfermedad cardiovascular, pulmonar y diversos tumores.
Dejar de fumar es una recomendación que debe ser recordada en cada visita del paciente. Se debe tratar de fijar una fecha de cesación, derivar al paciente a un grupo o programa antitabáquico -si están disponibles-, etc. Se deben utilizar todos los elementos posibles para ayudar al abandono de esta adicción (parches o chicles de nicotina, bupropion, etc.)
- **Actividad física:** hay evidencia que la actividad física reduce el riesgo cardiovascular, de fractura de cadera por osteoporosis y declinación física. Sin embargo no hay evidencia de que el consejo médico aumente la actividad física a nivel poblacional.
- **Dieta:** está recomendado una dieta variada con bajo consumo de grasas animales y mayor consumo de vegetales, frutas y fibras.
Se calcula que un 15 % de los ancianos no institucionalizados se encuentran desnutridos. La malnutrición pueden ser el resultado de la pobreza, el aislamiento social, depresión, demencia, dolor, constipación, alcoholismo, medicaciones, problemas dentales, alteraciones en el gusto, etc. A pesar de que no se ha recomendado ningún método de laboratorio de screening, el peso regular (una vez por año, por lo menos) sería la mejor medida para evaluar el estado nutricional del paciente. Está recomendado la suplementación de la dieta con calcio y vitamina D en pacientes con fragilidad.

- **Prevención de lesiones e injurias:** Se recomienda enfáticamente el consejo del uso de cinturones de seguridad, no consumo de bebidas alcohólicas antes de conducir un vehículo, no conducir si tiene trastornos cognitivos, no fumar en el dormitorio, ejercicio rutinario y control del ambiente que rodea al anciano (muebles, alfombras, barandas, etc.).
- **Prevención de caídas:** la incidencia anual de caídas en pacientes mayores de 65 años es del 25 %, aumentando al 50 % en mayores de 80 años. Los factores de riesgo para caídas son la polimedicación, el ambiente que rodea al adulto mayor, alteraciones en el balance y equilibrio, uso de hipnóticos y sedantes.
- **Examen de la cavidad oral:** de los cánceres que se desarrollan en la cavidad oral el 50 % de ellos, los padecen personas mayores de 65 años. Los factores de riesgo son la edad mayor a 60 años, el consumo excesivo de alcohol y tabaco. Se recomienda el examen de la cavidad oral y la palpación de la misma en pacientes con factores de riesgo.

5.1.3. Inmunizaciones

Otro aspecto relevante de la estrategia de atención a los adultos mayores es el conocimiento de las inmunizaciones recomendadas. A continuación se presenta el esquema de las mismas.

- **Influenza:** los estudios reportan entre un 40 a 70 % de efectividad de la vacuna con un mínimo de factores adversos. Está recomendada la vacunación anual durante el otoño a aquellos mayores de 65 años.
- **Tétanos y difteria (doble adultos):** según esquema habitual se recomienda una serie de tres dosis seguidas de un refuerzo cada 10 años. Para aquellos que tienen las 5 dosis de la niñez, se considera que por 30 años desde la última dosis tendrían protección. En 1993 un estudio demostró que un refuerzo con una dosis única a los 65 años después de la inmunización de la infancia sería costo efectivo.
- **Vacuna antineumocócica:** la vacuna tiene una eficacia de alrededor del 60 %. Se recomienda una dosis en todo mayor de 65 años y un refuerzo a los 5 años en aquellos que tengan severo inmunocompromiso o alguna enfermedad crónica.

Actividad de integración



Le proponemos que promueva encuentros con su comunidad para definir las diferentes formas en que pueden participar activa y productivamente los adultos mayores.

También le sugerimos que:

- diseñe acciones de asistencia y prevención, teniendo en cuenta los problemas de salud generales de la población adulta mayor y, en especial, aquellos que ha encontrado como prevalentes en el relevamiento realizado en su área programática.
- ubique dentro del ámbito de actuación de su CS la existencia de organizaciones e instituciones dedicadas al cuidado y acompañamiento de adultos mayores e identifique el tipo de acciones con que puede colaborar el equipo de profesionales al trabajo en red con las mismas.



Unidad 2

La problemática
de la Sexualidad
y la Procreación

Introducción

En esta Unidad trabajaremos la salud sexual y reproductiva en el marco de los **derechos humanos**, más específicamente de los **derechos sexuales y reproductivos** y desde una perspectiva de **género**.

En este sentido sostenemos que hombres y mujeres tienen iguales derechos a ejercer *una vida sexual placentera y saludable* y a tomar libremente *decisiones reproductivas* en el marco de la equidad de género. Este planteo supone también el *derecho a disponer de información* y el *acceso a servicios de salud sexual y reproductiva*.

En Argentina, en materia de salud sexual y salud reproductiva, se producen marcadas desigualdades políticas, socioeconómicas, culturales, de género y generacionales o, -lo que es peor- se observa la combinación de muchas de estas variables en un sólo sujeto, grupo o región.

A partir de este marco conceptual y de coyuntura el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PNSSYPR) plantea un conjunto de estrategias que se inscriben, entre otras áreas de acción, en el campo de la información y la comunicación, con el fin de **facilitar el acceso a los conocimientos, para que en materia de salud sexual y salud reproductiva los sujetos puedan tomar decisiones cada vez más informadas y libres**.

Es fundamental para implementar estas estrategias hacer hincapié en aquellos factores ideológico-culturales que sostienen pautas de conductas estereotipadas y estigmatizantes y que se constituyen en obstáculo para el verdadero respeto de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

El reconocimiento de estos obstáculos debe permitir mejorar en el primer nivel de atención de la salud, los conocimientos y habilidades abriendo la posibilidad de utilizar estrategias planteadas en módulos anteriores. - participación comunitaria, promoción de la salud, interdisciplinariedad, trabajo en equipo -.

En ese sentido este material se organiza alrededor de los siguientes núcleos problemáticos:

¿Qué se entiende por salud sexual y reproductiva dentro del ámbito de la salud?

¿Qué elementos aporta para el análisis de la salud sexual y reproductiva la perspectiva de género?

¿Qué estrategias de promoción de la salud y participación comunitaria se

pueden construir para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención?

¿Cómo abordar los problemas de salud sexual y salud reproductiva prevalentes en una comunidad?

Al finalizar el trabajo con este material, los participantes estarán en condiciones de:

- Definir la salud sexual y reproductiva.
- Visualizar las posibilidades de acción en materia de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención.
- Facilitar el acceso a la información para que los sujetos puedan tomar decisiones cada vez más informadas y libres.
- Implementar acciones para la prevención de embarazos no deseados.
- Promover el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Actividad Inicial



Del mismo modo que en unidades anteriores, antes de abordar la temática de la salud sexual y reproductiva le proponemos revisar cuáles son algunas de sus ideas en relación con dicha problemática.

- ¿Qué es para usted hacer prevención y promoción en el ámbito de la salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué significa en su CS hacer detección precoz en salud sexual y reproductiva? ¿Qué ejemplos se le ocurren?
- ¿Qué es para usted un embarazo no deseado? Relate algunos ejemplos de su práctica profesional en el CS y comente la conducta seguida habitualmente en el centro por los profesionales del equipo.

Luego de contestar a estas preguntas le sugerimos que comparta y compare sus respuestas con los demás compañeros del Posgrado.

Le recomendamos conservar estos primeros ejemplos e indagaciones junto a las reflexiones realizadas a su alrededor. Serán útiles como material para analizar a partir de los conceptos que se desarrollan a continuación y construir miradas enriquecidas.

1. Salud, sexualidad y procreación

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer y, por lo tanto, de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

Respecto del concepto de **sexualidad** Carrizo Barrera¹ la define del siguiente modo:

"La sexualidad es el conjunto de manifestaciones y expresiones biológicas, psicológicas y socioculturales que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social."

La sexualidad involucra sentimientos, percepciones y opiniones ligados a nuestra identidad. Como tal, constituye un componente muy importante de nuestra identidad que se manifiesta en todas nuestras actividades e interacciones.

"La sexualidad es mucho más que la genitalidad y las relaciones sexuales (...) Bajo esta perspectiva, la sexualidad de las personas puede apreciarse no sólo por los órganos sexuales que las diferencia fisiológica y anatómicamente entre sí, sino más bien por su comportamiento en la sociedad." (Re, M. I, 2002)²

La **sexualidad**, entonces, se expresa en un conjunto de manifestaciones de índole biológica (desarrollo de la función sexual y reproductiva), psicológica (pensamientos, deseos, comportamientos, afectos, emociones) y social (relaciones interpersonales, roles, etc.) diferenciales de acuerdo a las prescripciones de género.

Según señalan los documentos correspondientes a la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIP)*³, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, la **salud sexual** es independiente de la procreación y puede definirse como:

"(...) la experiencia de proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con el desarrollo autónomo y pleno de la sexualidad y sus expresiones, como aspecto fundamental de la salud integral y la calidad de vida. La salud sexual integra el placer, la comunicación, los afectos y en sus manifestaciones se conjugan los elementos socioculturales e históricos como aspectos intrínsecos a la condición humana (...)"

Se la entiende como "*encaminada al desarrollo de las relaciones personales*" y no meramente como ausencia de problemas reproductivos y/o de enfermedades de transmisión sexual.⁴

Los mismos documentos, cuando se refieren a la **salud sexual y reproductiva** lo

1. CARRIZO BARRERA, H. et. Al.: Educación y sexualidad. Colección La Educación de la Sexualidad Humana. Consejo Nacional de Población. México, 1982.

2. Re, M.I.: Educación sexual en la niñez (Un desafío posible). EDIBA LIBROS. Argentina, 2005.

3 y 4. Texto del documento correspondiente a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto 1994.

hacen del siguiente modo:

"Un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia (...) Es expresión de (...) ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos."(CIPD, 1994).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define a la **salud reproductiva** como la posibilidad de:

"(...) tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables."

2. La perspectiva de género

La introducción del concepto de género permite instalar en el ámbito científico y académico la discusión acerca de la diferencia entre **sexo** y **género**.

Se trata inicialmente de diferenciar género de sexo. Desde esta perspectiva se puede definir el **sexo** como **aquello que está determinado por la naturaleza y designa las características biológicas de un ser humano al nacer**. El **género**, en cambio, **se refiere al conjunto de características sociales y culturales de lo femenino y lo masculino**.

"Género es un término que tiene connotaciones psicológicas y culturales más que biológicas; si los términos adecuados para el sexo son varón y hembra, los correspondientes al género son masculino y femenino y estos últimos pueden ser bastante independientes del sexo biológico" (Stoller, 1968)

Huggin`s y Magally⁵ definen el **género** como:

"(...) una construcción social e histórico de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con clase social, etnia, raza, grupos de edad, etc., a partir de las diferencias biológicas de los sexos. Es una forma primaria de relaciones de poder condicionada por elementos fundamentales de

5. HUGGIN'S y MAGALLY: Estrategia de Promoción de la calidad de vida. La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. Venezuela. 2002.

la división sexual del trabajo. Sus contenidos simbólicos incluyen los estereotipos, valores y creencias sobre qué significa ser mujer o ser hombre y se transmite de generación en generación a través de los procesos formales e informales de socialización, con cambios más o menos significativos entre padres e hijos. Afecta las identidades y condiciones de vida de las mujeres y hombres, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar y las múltiples maneras en lo que hacen (...)"

Desde este punto de vista, se puede hablar entonces de comportamientos, valores, actitudes, roles, sentimientos que la sociedad considera propios de los varones o de las mujeres. Es importante tomar la perspectiva de género como aquella que se centra en las relaciones entre los sujetos, determinadas por la construcción de sus identidades de género, las que van armando acerca de su ser hombre y su ser mujer a partir de patrones culturales.

En una relación de pareja y en una relación sexual entre un hombre y una mujer se pone en juego todo aquello que el imaginario social, la cultura y los estereotipos de género, imprimen a esa relación entre dos personas.

El género es determinante para abordar la problemática de la sexualidad. Cuando no se tiene en cuenta esta perspectiva, es común equiparar sexo y género, sin tener en cuenta que pertenecen a órdenes distintos: el sexo a la naturaleza y el género a la cultura.

Reconocer la distinción entre sexo y género es indispensable para abordar la sexualidad y la salud reproductiva, porque los roles que la sociedad y la cultura adjudican a hombres y mujeres y los estereotipos construidos acerca de cada uno, condicionan necesariamente las relaciones entre ellos y las conductas que pueden llevar a situaciones de riesgo para la salud de uno o de ambos grupos.



Las actitudes de autocuidado o de descuido están relacionadas con las maneras en que cada sociedad piensa que deberían comportarse y relacionarse entre sí los varones y las mujeres.

En particular, si pensamos que el ejercicio de la sexualidad suele verse condicionado por la posición subordinada de la mujer y, muchas veces, por la definición de la identidad femenina asociada a la maternidad, debemos prestar atención a las posibilidades de cada mujer para apropiarse de herramientas que le permitan reflexionar acerca de esos condicionamientos y elegir la manera de actuar frente a ellos.

2.2. Los estereotipos de roles de mujer y varón

Si se parte de que el género es una construcción cultural y se reconoce la existencia de estereotipos de género que marcan cómo debe ser un hombre y cómo una mujer para cumplir con los mandatos culturales, es pertinente cuestionar la definición de *femineidad* y *masculinidad* como conceptos absolutos. Sería pertinente hablar de *femineidades* y *masculinidades*, que se definen por la acción de la interacción con otros y de acuerdo a los patrones y mandatos culturales de cada grupo poblacional.

"Nos referimos a la modernidad como un momento histórico donde las identidades masculinas y femeninas fueron de modalidad excluyente construidas en relación con una división sexual del trabajo proveniente de la separación entre la esfera de lo público (producción) y la esfera de lo privado (reproducción) y la asignación de los varones a la primera y las mujeres a la segunda, efectuándose una prescripción de lo femenino y lo masculino del modo de dos casilleros: yo/no yo"⁶

Tradicionalmente se atribuyen a las mujeres roles pasivos, de cuidado de los otros, de mayor sensibilidad y básicamente se espera que sean madres y esposas y se remitan al ámbito de lo privado. Mientras que a los hombres se les atribuye la actividad, el poder, la fuerza y el rol de proveedores y se les otorga el ámbito de lo público.

Estas atribuciones de mujeres y hombres, de lo que se espera de la femineidad y la masculinidad de cada uno, han sido sostenidas por hombres y mujeres a lo largo de la historia, y son cuestionadas, como se ha dicho, por los estudios de mujeres y luego por los estudios de género, debido a las desigualdades sociales que implican, especialmente la desigualdad de las mujeres como sujetos de derecho. El cuestionamiento se extiende también a la definición de la femineidad y la masculinidad como conceptos cerrados, que responden a roles determinados, que a su vez dependerían del sexo biológico.

Hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica sostener que cada cultura construye su forma de "ser mujer" y de "ser varón" y que, además, cada sujeto construye su manera particular de ser mujer u hombre.

Para S. de Beauvoir, precursora de la perspectiva de género, la mujer -o lo que se entiende por mujer - que suele asociarse a ser coqueta, frívola, caprichosa, salvaje, etc. es un producto cultural que se ha construido socialmente. La mujer se ha definido a lo largo de la historia siempre respecto a la relación con los otros: como madre, esposa, hija, hermana. Así pues, la principal tarea de la mujer es reconquistar su propia identidad específica y desde sus propios criterios. Muchas de las

6. TAJER, D.: Subjetividades sexuadas contemporáneas. La diversidad posmoderna en tiempos de exclusión en Meler, I. y Tajer, D. (comp.), *Psicoanálisis y Género. Conversaciones en el Foro*. Lugar Editorial. Bs. As., 2000.

características que presentan las mujeres no les vienen dadas por su genética, sino de cómo han sido educadas y socializadas: "la mujer no nace, se hace" (de Beauvoir, 1949). Lo mismo se puede afirmar, respecto a los hombres y la masculinidad.

Estas perspectivas, entonces, afirman que la construcción acerca de la femineidad y la masculinidad se realiza en un entrecruzamiento entre diferentes aspectos: socioculturales, históricos, políticos, económicos, familiares y, también, subjetivos y singulares de cada sujeto.

Además, estas diferencias de género, deben enmarcarse y pensarse en su relación con las diferencias de clase social, edad, condiciones materiales de vida, etc.

La construcción de las subjetividades femeninas y masculinas determina formas de vivir, de enfermar, de padecer, de buscar placer y de ejercer la sexualidad.

Y esas construcciones, encuentran características particulares en cada población, grupo etario y grupo social.

En la medida en que las concepciones acerca de lo femenino y lo masculino tienen las relaciones sexuales al interior de las parejas y las modalidades de procreación dentro (o fuera) de la vida familiar y que estas concepciones se construyen sobre modelos sociales compartidos y aceptados, le proponemos identificar cuáles son las concepciones y/o estereotipos presentes en su comunidad.

Para ello le sugerimos que intente responder a algunas preguntas, ejemplificando sus respuestas con casos reales que le haya tocado asistir desde su rol como profesional en el equipo de salud. Los hombres y las mujeres de su comunidad:

- ¿trabajan en igual medida? ¿salen del barrio a trabajar?, ¿realizan trabajos igualmente calificados o no calificados?, ¿tiene cierto grado de formación académica y/o técnica?, ¿desarrollan principalmente algún oficio?
- ¿se ocupan en iguales proporciones de la crianza y cuidado de los hijos?, ¿los alimentan?, ¿los llevan a la escuela?, ¿los acompañan en sus tareas?, ¿los llevan al CS?
- ¿deciden en igual medida cuándo y con quién desean mantener relaciones sexuales?, ¿consultan sobre métodos anticonceptivos?, ¿pueden elegir libremente métodos anticonceptivos?, ¿utilizan en iguales proporciones métodos anticonceptivos?
- ¿deciden cuántos hijos desean tener y en qué momento?, ¿conjuntamente?, ¿las decisiones de uno se imponen sobre las del otro?

Le sugerimos que intente responder a estas preguntas desde su experiencia como



profesional trabajando en la comunidad de su área programática y ejemplifique cada una de sus respuestas.

Luego, le proponemos que comparta estas respuestas con el resto de los compañeros del Posgrado, discútanlas si es necesario e intenten describir un *perfil* del modo en que hombres y mujeres entienden su rol, en especial frente a las cuestiones que hacen a la sexualidad, el cuidado frente a enfermedades de transmisión sexual y las decisiones respecto de la procreación.

No es necesario que este *perfil* sea único, a veces diferentes miradas enriquecen las posibilidades de comprensión de ciertos fenómenos y abren a perspectivas de abordaje más creativas o de mayor cobertura.

3. La salud sexual y reproductiva como problema de salud pública

En este material se plantea la salud sexual y reproductiva desde un enfoque basado en la comprensión de la importancia de la sexualidad en la salud y la vida, considerando su interdependencia con la reproducción, pero entendiendo que se trata de procesos distintos.

Un abordaje de este tipo enfatiza la prevención basada en la información y la comunicación, la promoción y el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva confiables y de calidad e impulsa el desarrollo de autonomía de las personas en la toma de decisiones libres e informadas respecto al ejercicio de la sexualidad y la procreación.

Desde esta perspectiva se intenta abordar un conjunto de problemas de salud sexual y reproductiva tales como:

- embarazos no deseados en adultos y adolescentes
- morbilidad y mortalidad materna

- actualización de tecnologías anticonceptivas
- abortos inseguros
- enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA
- cáncer cérvico uterino y mamario

Estos problemas tienen una serie de causas comunes y están fuertemente influidos por situaciones de inequidad y exclusión. En ellos también inciden conductas sexuales de riesgo debidas a la falta de información, predominio de valoración negativa de la sexualidad, patrones de conducta sexistas, etc., que pueden ser abordados a través de una estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud.

Por ese motivo, muchos países -entre ellos el nuestro- se preocupan por garantizar el derecho que tienen los seres humanos de ejercer una sexualidad saludable y placentera, brindando información adecuada a fin de que mujeres, varones y parejas puedan tomar decisiones para una sexualidad saludable y una procreación responsable.

En este marco se inscribe el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**, creado por una Ley de la Nación, que procura dar respuesta al grave problema de la mortalidad materna a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y el contagio de SIDA u otras Infecciones de Transmisión Sexual, entre otros.

Siguiendo el modelo de abordaje propuesto por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable los ejes de trabajo que se promueven son:

- El acceso a la atención integral de salud sexual y reproductiva, la participación y autonomía de los usuarios.
- El derecho a informarse sobre el cuerpo (funciones), anticoncepción y cuestiones de género.
- La disponibilidad de anticonceptivos y preservativos de forma gratuita, tanto en los servicios públicos de salud como en la cobertura de las obras sociales y medicinas prepagas.
- La disponibilidad de diferentes métodos adaptables a las características personales, del medio familiar y sociocultural.
- El conocimiento de los lugares concretos de acceso a información, consultas y reclamos.
- La conformación de equipos interdisciplinarios en salud sexual y reproductiva.
- La supervisión capacitante de las distintas redes y ámbitos para la identificación de problemas de gestión y calidad en el trabajo que permitan la retroalimentación permanente.



*Le sugerimos
revisar las
características y
alcances del
Programa
Nacional de Salud
Sexual y
Procreación
Responsable en el
Módulo 5:
Políticas de
Salud, Unidad 4:
Programas y
Políticas en el
marco del Plan
Federal.*



- El análisis estratégico de las distintas unidades del sistema y de la información epidemiológica registrada por género, grupos de edad, clase social, territorio, etc., para el seguimiento de los problemas de salud y factores de riesgo de la Salud Sexual y Reproductiva.
- El desarrollo de actividades de investigación e intercambio de experiencias como insumo para la planificación de las estrategias de promoción, prevención, atención y control.
- La igualdad de género en las relaciones, que significa compartir el peso de las decisiones, la responsabilidad del cuidado de enfermedades de transmisión sexual, la anticoncepción, el cuidado de los hijos, etc.

- Le sugerimos que retome las acciones de prevención de la salud sexual y reproductiva que mencionó en la actividad inicial y las compare con la lista de ejes de trabajo que se acaba de presentar.
- De la comparación, ¿surge que todos los ejes de trabajo propuestos están siendo trabajados desde su CS?, ¿hay alguno que no?
- Si hay algún eje que no está siendo trabajado en su CS, en función de la identificación de concepciones y estereotipos vigentes en su comunidad, ¿a cuál/cuáles le parece que le/les deberían dar prioridad y por qué?

Comparta sus opiniones con el resto de los compañeros del Posgrado.

3.1. El embarazo no deseado como problema de salud sexual y reproductiva

En este apartado intentaremos tomar uno de los problemas/eje planteados en el marco de la salud sexual y reproductiva y analizar su estado de situación: El embarazo no deseado

"No hay derechos humanos, ni derechos sexuales y reproductivos si no se incluye el derecho de decidir sobre nuestro propio cuerpo. Poder ser madre cuando se desea realmente y cuando estamos material y emocionalmente preparadas, ejerciendo nuestra autodeterminación en este tema. ¿Qué hacer frente a un embarazo no deseado (...) es necesario contar con un apoyo para que sea una decisión válida que valore a la mujer. Es un derecho humano decidir sobre nuestros cuerpos. Para las mujeres el hecho de poder decidir sobre sus cuerpos es una de las claves para el verdadero ejercicio de la ciudadanía y la participación plena en la sociedad."⁷ Gabriela Cob, octubre 2000

7. COB. G.: Interrupción voluntaria del embarazo, Costa Rica, 2000. Publicado en: url: <http://www.rimaweb.com.ar/aborto/abortocr.htm> Red Informativa de Mujeres de Argentina.

A continuación citamos una serie de datos de diversa fuente y de distinto orden. En su mayor parte se refieren a la relación entre la mortalidad materna y el aborto. El motivo por el que tomamos estos datos es que pensamos que los números vinculados a mortalidad materna que tiene relación explícita con situaciones de abortos indican el alcance y el éxito o fracaso de los programas en marcha para evitar los embarazos no deseados. Veamos, entonces, algunos textos referidos a este tema.

En un extracto de un trabajo perteneciente a la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, perteneciente a la Línea Programática "Atención a la madre y el niño"⁸, puede leerse:

INDICADOR DE RESULTADO: PROPORCION DE EGRESOS POR ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

INDICADOR	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Proporción de Egresos por aborto en mujeres en edad fértil (%)	9,08	8,56	8,31	8,06	7,82	7,57

Significado del indicador: Establece el porcentaje de los egresos hospitalarios de mujeres en edad fértil que se deben a abortos para un año determinado. Es un indicador indirecto de los resultados de las acciones en Salud Sexual y Procreación Responsable.

Los egresos por aborto, conforman un indicador que mide el acceso de las mujeres en edad fértil a algún sistema de procreación electiva. Este indicador revela la accesibilidad por distintas causas, a diferentes métodos de anticoncepción. Teniendo en cuenta la penalización del aborto en todo el territorio nacional, ésta influye en la práctica clandestina de este método con la consiguiente factibilidad de infecciones y muerte por esta causa.

Valor deseable: En esta línea, el Plan Federal (...) se propone lograr reducir en cuatro años en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto a los valores del año 2000/2001.

Partiendo de un valor estimativo de 10,14% de egresos por aborto correspondientes al año 2001, calculando un descenso del 20%, el valor deseable para el año 2005 se sitúa en 8,16% de los egresos hospitalarios por abortos de mujeres en edad fértil. Según cálculos estimativos, el valor alcanzado en el año 2005 sería de 8,56%, cifra cercana al valor deseable.

8. Publicado en:
http://www.mecon.gov.ar/onp/html/proy2007/prog_resultado/6.SALUD.pdf

Descriptor del numerador: Egresos por aborto en mujeres en edad fértil en un año determinado. El concepto de egreso se refiere a la salida del establecimiento de salud de un paciente internado. Un egreso implica siempre la conclusión del período de internación y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta del paciente o por defunción.

Fuente de información del numerador: La información de los egresos proviene del Programa Nacional de Estadísticas de Salud que recibe, ordena y consolida datos de las Oficinas de Estadística Provinciales.

Los resultados se procesaban cada cinco años y sus datos se conocían siempre a año vencido. (...) Cuentan con versiones en papel y en soporte informático a través de páginas del Ministerio de Salud de la Nación. A partir del año 2005, se comenzó a efectuar el análisis de egresos hospitalarios en forma anual.

Los últimos datos disponibles corresponden al año 2000. Los resultados del año 2005, se encuentran procesándose y se espera su disponibilidad a la brevedad. Los egresos por aborto del año 2000, representaron el 11,2% de todos los egresos hospitalarios de las mujeres en edad fértil.

Descriptor del denominador: Total de egresos de mujeres en edad fértil.

Fuente de información del denominador: Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Datos publicados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación⁹.

Mortalidad Materna según causas de muerte y grupos de edad de las fallecidas y tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos República Argentina - año 2003										
Grupos de causas y Códigos CIE 10 revisión	TOTAL	GRUPOS DE EDAD								TASA MORTALIDAD MATERNA
		10 A 14	15 A 19	20 A 24	25 A 29	30 A 34	35 A 39	40 A 44	45 y MÁS	
Todas las causas	304	1	34	50	69	67	56	23	4	4,4
Embarazo terminado en aborto (o00 a o07)	83	0	7	16	21	23	14	2	0	1,2

9. Ministerio de Salud. Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones sanitarias. Subsecretaría de Relaciones sanitarias e Investigación en salud. Estadísticas vitales - Información básica año 2003. Diciembre de 2004.

Otro trabajo señala¹⁰ que:

La estructura de causas de la mortalidad materna en América Latina es la siguiente: hemorragia 24,8%; sepsis 14,4%; complicaciones de aborto 12,9%; hipertensión 12,9%; parto obstruido 6,9%; otras causas obstétricas directas 7,9% y causas obstétricas indirectas 19,8%.

Tres países de la región tienen alrededor de **1/3 de muertes maternas debidas a complicaciones de abortos inseguros**: Argentina, Jamaica y Trinidad Tobago (OPS, 2002).

Un fragmento del artículo de G. Elustondo: "*Los hospitales tratan, por día, cerca de cien casos de aborto*" acerca de la situación en la Pcia. de Buenos Aires¹¹ dice:

Seis de cada diez abortos son provocados. La cifra no tiene en cuenta los casos que se atienden en instituciones privadas. El 40 por ciento corresponde a adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años.

En general, el tema agita la agenda pública al galope de algún caso que dispara el escándalo. La semana pasada, por ejemplo, le tocó ponerle el cuerpo a la noticia a una joven de 19 años, discapacitada mental, cuya mamá le pidió a la Justicia autorización para abortar un embarazo producto de una violación. Como otras veces, las voces a favor y en contra no se demoraron y, de nuevo, sobre las llagas de una historia triste, el debate volvió escena. Pero, en la Argentina, el aborto no es una excepción que alarma de tanto en tanto sino un problema diario: en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires se registran 95 abortos cada 24 horas.

Así lo revelan las estadísticas de los hospitales municipales y provinciales, donde estiman que más de 6 de cada 10 de esos abortos son inducidos, es decir, autoprovocados o realizados por un tercero en forma clandestina. Los demás

10. RAMOS, S. y ROMERO, M., KAROLINSKI R. INSUA, D. DEL RÍO FORTUNA C.: Para que cada muerte materna importe. Con el apoyo de CONAPRIS/ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y del Fondo de Población de Naciones Unidas. Buenos Aires. Argentina, 2004.

11. Nota publicada en Clarín.com. Buenos Aires, 31/7/06.

son espontáneos o producto de alguna patología.

En 2004, según las últimas cifras disponibles del Ministerio de Salud provincial, los hospitales públicos registraron 34.758 abortos. El dato no incluye a los casos atendidos en sanatorios e instituciones privadas, donde se producen un 30% de los nacimientos de la Provincia y donde se atienden millones de mujeres con obra social o prepaga. Pero hay algo todavía más grave, que probablemente abulte aún más este número ya alarmante: los especialistas consideran que por cada aborto clandestino que llega al hospital, hay varios que no lo hacen, y enriquecen una "estadística oculta" que desvela a muchos médicos y a algunas autoridades.

"Yo no puedo sostener esa cifra oficialmente, pero son las estimaciones y presunciones que hacen varios expertos. Estaríamos hablando, de ser así, de 120.000 abortos anuales, una cifra espeluznante, que demanda una actitud urgente por parte del Estado. Claramente, hay una normativa que, por su rigidez, lejos de resultar beneficiosa termina siendo perjudicial. O que, al menos, no resulta eficaz desde el punto de vista social ni sanitario", subrayó a Clarín el Ministro de Salud de la Provincia.

Las estadísticas arrojan que más del 40% de los casos corresponden a adolescentes y jóvenes menores de 24 años. Y que más del 70% son mujeres del Conurbano, sobre todo del segundo cordón industrial, con los municipios de Malvinas Argentinas, Varela, San Miguel, José C. Paz y Moreno, entre otros, como lugares más conflictivos. "Los abortos inducidos que terminan en el hospital son, en general, de mujeres pobres o sin acceso a una cobertura de salud. En los demás sectores ocurre lo mismo, pero nadie se entera" (...).

El aborto es la principal causa de muerte materna en el país. En la Provincia, en 2005, en un tercio de los casos hubo detrás un aborto inducido: más de 20 mujeres fallecieron por esa causa. La mayoría, con más de 30 años y varios hijos. "Si las condiciones en que se hace un aborto fueran blanqueadas, esas muertes no ocurrirían. Yo no estoy a favor de la legalización sin una investigación seria sobre el impacto de esa decisión sobre las muertes fetales, pero creo que la ley debería elastizarse, incluir otras causas que permitan abortar y salir del fuero penal" (...)

En 2004, en 179 de los abortos registrados en los hospitales bonaerenses había detrás una adolescente de menos de 15 años. Y durante el primer semestre de 2005 abortaron 113 chiquitas de entre 10 y 14 años, cifra que arroja un incremento importante de un año a otro.

"Los registros arrojan que, desde el 2000, aumentaron las complicaciones post-aborto en adolescentes (...) El aborto no es más que un proceso que

empieza con la falta de educación sexual y que sigue con la falta de acceso a los métodos anticonceptivos. (...)"

Señala un estudio del CEDES: "Las muertes en Argentina por abortos clandestinos"¹²:

Un estudio del CEDES llevado a cabo en seis provincias determinó que el 27,4 por ciento de las defunciones maternas se debe a complicaciones por abortos inseguros. (...)

El aborto es la principal causa de muerte materna y tiene particular incidencia en los sectores más desfavorecidos. (...)

Con respecto a la prevención y promoción de la salud, se propone fortalecer las acciones en prevención del embarazo no deseado a través de servicios de salud reproductiva que incluyan "la consejería y provisión gratuita y sin discriminación de anticonceptivos de calidad, según las preferencias y necesidades de las mujeres". (...)

Entre los factores de riesgo para la muerte materna al momento de la atención de la emergencia obstétrica se destacan "errores de diagnóstico, tratamiento ambulatorio sintomático y demoras en la derivación a centros de mayor complejidad". También asegura que, entre las mujeres que interrumpieron su embarazo, hubo una marcada demora en buscar ayuda profesional y afirma que ese factor tiene particular incidencia en el desenlace fatal de los casos. "El estigma asociado al aborto clandestino puede estar explicando esta demora", sostiene la investigación.

Otro de los puntos que recoge el trabajo es la falta de involucramiento del hombre y la violencia ejercida sobre la mujer. Ambos factores dificultan "cuando no impiden" a las mujeres la adopción de prácticas anticonceptivas para evitar embarazos no deseados. (...)

12. Nota publicada en la url: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-39615-2004-08-13.html>

Por último, presentamos un extracto de una nota publicada el jueves 21 de octubre de 2004 en el diario "Nuevo diario" de Santiago del Estero¹³.

La mortalidad materna va en aumento

Las complicaciones derivadas de abortos clandestinos figura como la primera causa identificada de muerte materna, con el 27 % de los casos y un rango de diferencia que fue del 21 % en Tucumán al 35 % en Mendoza.

Las complicaciones derivadas de abortos clandestinos son la principal causa de muerte materna en al menos seis provincias argentina, de acuerdo con una estadística que según el Ministerio de Salud muestra una "tragedia".

Las provincias seleccionadas para el estudio son Formosa y Chaco (NEA), Tucumán (NOA), San Luis, Mendoza y San Juan (Cuyo) y representan las regiones con mayores proporciones de pobreza del país, afirmaron los investigadores.

Las complicaciones derivadas de abortos clandestinos figura como la primera causa identificada de muerte materna, con el 27 por ciento de los casos y un rango de diferencia que fue del 21 por ciento en Tucumán al 35 por ciento en Mendoza.

Las hemorragias ocuparon el segundo lugar, con el 22 por ciento del total, las infecciones el tercero, con el 10, y los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, el cuarto, con el 8 por ciento. El 33 por ciento restante está rotulado como "otras causas" obstétricas, directas e indirectas, y forman parte del universo de complicaciones que el ministro de Salud llamó a prevenir desde el sistema sanitario. "Los enfoques clásicos de control prenatal no alcanzan para combatir los altos números de mortalidad materna", aseguró el ministro de Salud Ginés González García.

El funcionario advirtió que "el embarazo y el puerperio pueden convertirse en un riesgo para las mujeres de todas las clases sociales" y que los servicios de salud, no pueden eludir la responsabilidad que les toca.

Coordinada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), la investigación se hizo entre noviembre de 2002 y octubre de 2003 y contó con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Población y la Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias (CONARPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Los representantes del CEDES y del fondo poblacional de la ONU resaltaron que la mortalidad materna es un problema

13. Nota publicada en la url: <http://www.nuevodiarioweb.com.ar/antecedentes.asp>

que excede el ámbito sanitario y remite, directamente, a la situación socio económica de las mujeres y al incumplimiento de sus derechos.

De hecho, el estudio señala que el cinco por ciento de las fallecidas por causas de muerte materna no había asistido a la escuela, el 20 por ciento tenía educación primaria incompleta, sólo el 40 por ciento completó sus estudios iniciales y apenas el 17 por ciento había accedido a la escuela secundaria. El presidente de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática, Mario Sebastiani, no dudó en afirmar que la investigación "es la más importante que se ha hecho sobre mortalidad materna en nuestro país".

No interesa aquí generar polémica alrededor del tema de la incidencia de la mortalidad materna producida por abortos. Los datos y opiniones se encuentran interrelacionados en tanto detrás de cada aborto -o intento de- hay un fracaso de las acciones de prevención dirigidas a evitar embarazos no deseados.

Los números -que sabemos que no reflejan toda la realidad- son contundentes y señalan que la estrategia de brindar la información necesaria para que exista la posibilidad de disfrutar una sexualidad plena y la provisión de anticonceptivos todavía no alcanzan para disminuir significativamente los embarazos no deseados.

Por otro lado, si nos guiamos por los indicadores, se observa que estas situaciones están altamente influidas por el contexto de pobreza y la reprobación social del aborto que, a su vez, impide muchas veces que las mujeres pidan ayuda a tiempo y, por lo tanto, aumentan el riesgo de muertes producidas por abortos clandestinos.

Le proponemos que releve situaciones de embarazos no deseados en su comunidad que pudieron haber terminado en aborto, o no.

- ¿Puede establecer en estas situaciones relevadas acciones que podrían haber sido implementadas desde su CS para que el embarazo no deseado no sucediera?
- Y ya ocurrido el embarazo: ¿Qué acciones de acompañamiento y orientación con miras a una futura prevención podrían generarse desde el CS?



- ¿Puede correlacionar los embarazos no deseados y las representaciones de género que según Ud. caracterizan el ser mujer en su comunidad? ¿Cómo explicaría esa correlación?

Comparta sus opiniones con el resto de los compañeros del Posgrado.

3.1.1. Enfoques acerca del embarazo no deseado como problema de salud sexual y reproductiva

A continuación analizaremos algunos enfoques en el análisis del embarazo adolescente.

Stern, C. y García, E.¹⁴ realizaron un estudio en el que exponen los principales elementos utilizados en programas dirigidos a incidir sobre la sexualidad y el embarazo en adolescentes.

Algunas opiniones vertidas por estos autores son:

(...) la inmensa mayoría de los estudios se caracterizan por definir el embarazo en esta etapa de la vida como "problema" partiendo de las siguientes ideas: (a) el embarazo de adolescentes es un fenómeno que se está incrementando; (b) existe una asociación entre embarazo adolescente y rápido crecimiento de la población; (c) existe una relación entre la edad temprana y ciertos efectos adversos para la salud de la madre y del hijo; (d) se afirma que el embarazo de adolescentes es un mecanismo que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza (...)

(...) los elementos principales que convergen para que este fenómeno haya surgido como un 'problema social' en la última década son: (a) el crecimiento absoluto y relativo de la población adolescente como una manifestación de la etapa de la transición demográfica por la que atraviesa el país, (b) la menor disminución de la fecundidad de las adolescentes comparada con la de las mujeres mayores, y su interpretación como un evento demográfico que aumenta el peso de la fecundidad adolescente en el crecimiento de la población; (c) la creciente medicalización del embarazo y el

14. STERN, C. GARCIA, E.: Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. En Reflexiones sexualidad, salud y reproducción. Año 2, N° 13, El Colegio de México, 1999.

mayor acceso de la población de los sectores populares a los servicios de salud; (d) los cambios sociales y culturales que han llevado a extender el período de riesgo de un embarazo premarital y han modificado el contexto normativo en el que ocurren los embarazos tempranos; y (e) el incremento en la proporción y en el número de jóvenes madres solteras como resultado de cambios sociales y culturales en la familia, así como de otros cambios derivados de la crisis económica" (...)

Uno de estos autores, en otra opinión expresó:

"La mortalidad y morbilidad materno-infantiles asociadas al embarazo adolescente son más una manifestación de la desigualdad social y de la pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos (...) Si acaso, ante la pretensión de establecer una relación de causalidad entre el embarazo temprano y la pobreza, en nuestros países debería considerarse que el contexto de pobreza y de falta de oportunidades es "causa" del embarazo temprano y de sus consecuencias negativas, y no al revés" (Stern, 2001:335, 337).

A partir del análisis de estos supuestos sobre los cuales se ha definido tradicionalmente el embarazo adolescente como problema, los autores realizan una breve evaluación y reflexión de las *implicaciones* que ha tenido este enfoque:

(...) A partir de los hallazgos y conclusiones obtenidos con los enfoques tradicionales se han diseñado programas de educación sexual, de sensibilización para fomentar la comunicación entre los padres y los hijos, así como de consejería y de atención para prevenir y espaciar en madres jóvenes los embarazos subsecuentes.

La mayor parte de los programas de educación sexual que se han desarrollado en la última década se dirigen a fortalecer o contrarrestar aquellos valores, actitudes y creencias que se encuentran asociados, ya sea con una maternidad precoz, o con el aplazamiento de dicha maternidad hasta después de los veinte años, particularmente mediante la información sobre métodos anticonceptivos,

aspecto sobre el que se ha insistido en los distintos tipos de programas de acción, incluyendo la educación pública, los medios de comunicación de masas y los programas de organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Como lo mencionamos anteriormente, el hecho de que el problema del embarazo adolescente se atribuya a los adolescentes y los jóvenes mismos ha implicado que prácticamente todas las acciones de los programas de educación sexual y de otra naturaleza que se han realizado se dirijan a los y las adolescentes y en algunos casos, más bien excepcionales (...) también a las familias, y en algunos casos a los maestros que educan a los jóvenes de las escuelas.

Una de las consecuencias de los enfoques tradicionales, cuyos resultados han sido traducidos a los programas y políticas públicas es lo que podríamos denominar un enfoque parcial, en ocasiones bastante unilateral que, según han reconocido los propios evaluadores de estos programas, ha tenido relativamente poca efectividad (Aramburú y Nuñez, 1993; Aguilar, 1994). La cuestión radica, en parte, en que la asociación de ciertas características individuales o familiares y la ocurrencia de embarazos a edades relativamente tempranas se ha simplificado al extremo como explicación de las causas de un fenómeno bastante complejo, bajo el supuesto de que manipulando algunas variables (información, autoestima, asertividad, capacidad de planeación, entre otras) se logrará evitar embarazos precoces no deseados.

(...) El poco éxito obtenido para posponer el primer embarazo mediante acciones educativas es quizá una de las razones por las que las instituciones del sector salud han intensificado decididamente los programas de prevención y atención del embarazo adolescente.

Como puede observarse, estos enfoques -que se suelen llamar tradicionales- parten de una serie de supuestos y valores que tienden a traducirse en serias limitaciones para influir en la prevención de los embarazos *precoces* y sus consecuencias.

En este marco los autores plantean algunos caminos alternativos para el abordaje de la problemática:

(...) la necesidad de acudir a otras aproximaciones epistemológicas y

metodológicas así como de plantear una definición distinta del problema del embarazo adolescente.

HACIA UNA REDEFINICION DEL PROBLEMA

(...) En la redefinición que se propone a partir del nuevo enfoque se plantea de principio que para acceder al estudio del fenómeno éste debe ser relativizado en el tiempo y en el espacio; en el momento histórico y en el contexto socioespacial en el que ocurre. De esta manera, sugerimos que es necesario insertarlo en los procesos de cambio social, demográfico, cultural, institucional y político, y considerar estos procesos en la investigación que se realice. Incluirlos nos permitirá entender mejor la problemática actual del embarazo adolescente, así como definir desde qué perspectiva y para quienes constituye un problema, así como la naturaleza de éste.

En resumen, las dimensiones que desde nuestra perspectiva deben ser privilegiadas en este nuevo enfoque son: el contexto histórico y sociodemográfico, considerando dentro de este el cambio social y cultural, la desigualdad social, el papel de los organismos y de las instituciones tanto nacionales como extranjeras y la transición demográfica; otros actores sociales que están involucrados y que han sido poco estudiados -es el caso de los varones y de los agentes de educación y salud, por ejemplo-; las creencias, los mitos, las representaciones sobre la sexualidad, la reproducción y la desigualdad en las relaciones de género. (...).

- ¿Qué opina respecto a las limitaciones que estos autores encuentran en los enfoques en los que se basan muchos programas de prevención del embarazo adolescente?
- ¿Considera que existen otras limitaciones en los supuestos y valores con los que se trabaja desde su equipo de salud en este tema? ¿Cuáles?

En esta línea, acerca de las *actitudes y conductas de los y las adolescentes de sectores populares con respecto al embarazo en la adolescencia*, M. Gogna y Cols¹⁵ comentan:

(...) el embarazo que ocurre durante la adolescencia es por lo general un embarazo no buscado, que ocurre como consecuencia de la no utilización de



15. GOGNA, M. Y COLS. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES- UNICEF. Bs As. Argentina, 2005.

métodos anticonceptivos o de su uso incorrecto o discontinuo en el marco de relaciones de noviazgo entre adolescentes de edades cercanas.

Se trata de situaciones inesperadas que se asocian con: 1) una sensación de "inmunidad" que las/los jóvenes manifiestan frente a la posibilidad de un embarazo, que se evidencia en expresiones tales como "nunca me cuidé y nunca me embaracé tampoco" 2) con la toma de riesgos, aun conociendo las consecuencias, frecuentemente asociadas con la conducta adolescente y 3) con una postura pasiva en la que el embarazo es algo que simplemente "pasa", "pasa sin querer" o "viene solo".

Si bien podríamos afirmar que la mayoría de las veces los embarazos en la adolescencia son imprevistos, existen también situaciones en las que el embarazo es buscado en forma activa y consciente y se constituye como una meta claramente establecida. Los testimonios enmarcan la búsqueda intencional de un embarazo en circunstancias de vida particulares relacionadas con la soledad que deviene de la muerte de un ser querido, la pérdida de un embarazo anterior, sea espontánea o debido a un aborto provocado o situaciones en las que las parejas conviven o han mantenido una relación de noviazgo durante un plazo que ambos consideran suficiente como para formar una familia. (...)

Los varones, por su parte, suelen plantear el deseo de tener un hijo principalmente como un deseo femenino que ellos aceptan o consienten. (...)

Un hijo también puede representar una fuente de afecto, compañía y seguridad para el futuro. (...)

Por otro lado la búsqueda de un embarazo puede ser utilizada como una estrategia para sostener una pareja que no cuenta con la aprobación de los padres. (...)

Entre las dos situaciones opuestas que representan un embarazo inesperado y uno intencionalmente buscado existe una tercera situación caracterizada por una postura ambigua frente a la posibilidad de embarazarse donde querer y no querer tener un hijo aparecen superpuestos en los relatos. Los jóvenes creen que sería lindo tener un hijo pero no deciden activamente tenerlo ni tampoco se preocupan por evitarlo. La maternidad no aparece como algo que se decide y se elige sino que indefectiblemente les "sucede" a las mujeres.

En relación con la prevención del embarazo, y más específicamente con el *conocimiento y uso de métodos anticonceptivos* señala:

(...) El preservativo es el método más conocido y el de mayor y más fácil acceso para la población adolescente que reconoce y valora la doble protección que brinda. Sin embargo, (...) el preservativo está asociado con incomodidad, falta de naturalidad, y disminución del placer.

El coito interrumpido o retiro es ampliamente utilizado (...)

Otro método utilizado es el del ritmo, pero existe gran confusión acerca del modo de aplicación. La noción que circula entre los/las adolescentes es que existen días "peligrosos" y días "seguros" relacionados con un evento determinado a partir del cual se identifican días anteriores y posteriores.

Tanto los varones como las mujeres creen que la responsabilidad de evitar un embarazo les corresponde a ambos. Sin embargo, los varones se inclinan más en pensar que las mujeres deben tener una mayor preocupación por la prevención ya que son las que se ven directamente afectadas por un embarazo y sufren las consecuencias.

1. Para reflexionar:

- ¿Observa Ud. estas creencias y actitudes en los adolescentes de su área programática?
- ¿Observa otras creencias y actitudes que -en su opinión- están influyendo en el fenómeno del embarazo adolescente?

2. Le proponemos que analice la siguiente situación:

Norma tiene 35 años y viene a consultar porque dice tener miedo a *quedar embarazada de nuevo*. Viene a la consulta para que le *aten las trompas*. Le informamos sobre los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir, pero no cree en ninguno, tiene miedo *que fallen*, a *quedar embarazada con el espiral* y a que las pastillas *la engorden más todavía*.

Para el momento de esta consulta su hija adolescente queda embarazada en su primer relación sexual y deja la escuela y su marido es despedido de la empresa de construcción en donde trabajaba desde hacía 7 años.

En este momento crítico concurre en varias oportunidades al consultorio de salud reproductiva y ante nuestra pregunta nos cuenta que cuando tenía 12 años vivía



con su familia, con 9 hermanos, su papá y su mamá en el campo-en la provincia de Formosa- y que iba a la escuela con su *único* vestido.

Llegaba y su mamá se lo lavaba para usarlo el día siguiente. Uno de esos días sintió que se mojaba y vió *con horror que estaba toda manchada con sangre*.

Salió de la escuela, empezó a correr, atravesó la placita siempre corriendo hasta que una maestra la alcanzó, la abrazó y la llevó hasta su casa. Le dió ropa limpia y le explicó que *se había hecho señorita, que no era ninguna enfermedad*.

Esa fue la primera vez que Norma escuchó hablar de la menstruación.....

- ¿cómo debería trabajar el equipo de salud con Norma el tema del "miedo", de que "no cree en ningún método anticonceptivo" y que quiere que le "aten las trompas"?
- ¿cuál cree que sería una estrategia eficaz para que estas "percepciones y supuestos" no se conviertan en un obstáculo que conduzca a una situación de riesgo para la salud sexual y reproductiva de Norma?.
- ¿encuentra relación entre su historia anterior y el momento actual?
- ¿qué estrategias de seguimiento podría implementar su equipo?

Comparta estas ideas con sus compañeros del Posgrado e intenten imaginar un abordaje posible para estos fenómenos que van describiendo que les permitan sortear las limitaciones ya planteadas acerca de las estrategias de trabajo habituales con estos grupos.

Lleven sus opiniones a la siguiente reunión con el tutor.

4. Estrategias de abordaje en salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención

En los equipos donde confluyen personas con diferentes profesiones y diferentes saberes es posible construir un abordaje interdisciplinario mediante el trabajo compartido, siempre que el equipo se lo proponga explícitamente y trabaje para ello.

Si consideramos que la sexualidad articula diversas áreas del sujeto, se deben introducir en un abordaje interdisciplinario miradas que incluyan lo biológico, la influencia social y cultural y el desarrollo psicosexual.

4.1. La Consejería como estrategia

Una de las principales estrategias en el abordaje de la salud sexual y reproductiva que se ha desarrollado en el intento de sortear los obstáculos planteados anteriormente es la **Consejería**.

En primer lugar:

Es clave reconocer que la consulta por una inquietud referida a la salud sexual y reproductiva debe ser considerada una consulta de urgencia y otorgarle esa prioridad.



Si una persona (hombre, mujer, adulto/a o adolescente) se acerca a un Centro de Salud para pedir información o buscar un método anticonceptivo y no encuentra respuesta a su demanda, esto potencialmente genera un riesgo de embarazo no buscado o de una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Se debe tener en cuenta que en general no es fácil hablar de la sexualidad y que cuando alguien decide hacerlo y no obtiene respuesta, es posible que no regrese para buscarla nuevamente.

Por eso es necesario tener en cuenta que cada consulta realizada a un profesional del equipo del Centro de Salud (o incluso el contacto con el personal administrativo) puede ser aprovechada como consulta sobre salud sexual y reproductiva. Lo mismo podemos decir de cada actividad grupal, de promoción de la salud, intra o extramural.



Además de aprovechar las consultas habituales, es importante generar espacios específicos donde la comunidad sepa que puede encontrar a los miembros del equipo de salud dispuestos a responder a sus dudas y asesorarlos con respecto a su salud sexual y reproductiva.

La consejería requiere del establecimiento de un vínculo de comunicación entre el profesional y quien demanda información (o aún quién potencialmente puede demandarla). Para ello, el profesional debe lograr:

- a) **Entablar una buena relación comunicativa:** Para establecer una buena comunicación es importante mostrar una **actitud positiva y alentadora** que estimule a la persona que consulta a hacer preguntas y compartir información; asegurar la privacidad y confidencialidad; escuchar y observar lo que dice y hace la persona que consulta; y usar un tono de voz amigable y una postura atenta para transmitir cordialidad, interés y respeto.

- b) **Enfocar la atención en el o la persona que consulta:** No hay que perder de vista el hecho de que la consejería debe **centrarse en el interés de quien está consultando**. Para esto es recomendable responder primero a la necesidad, interés o pregunta expresados por la persona que consulta; indagar sobre su estilo de vida, etapa de vida, metas y preferencias para poder brindar la información adecuada. Responder a sus inquietudes, incluyendo rumores, mitos, supuestos, en forma respetuosa y constructiva. Averiguar, en el caso de una persona que regresa, cuál fue su experiencia y satisfacción con la información recibida o el método anticonceptivo (MAC) recomendado, incluyendo cualquier efecto secundario y cambios en su estilo de vida, metas y preferencias. Por otro lado, la consejería debe ser adecuada a la población a la que está dirigida.

- c) **Comunicar claramente la información:** Para que la **información** que brindamos pueda ser recibida y procesada por quien la escucha, es recomendable intentar ser **breve**, usar **lenguaje simple y no técnico**, no dar información irrelevante ni demasiada información a la vez, alentar a las personas a hacer preguntas y dar tiempo suficiente para que elaboren las respuestas. Comprobar la comprensión de la o el usuario, conocer sus propios prejuicios sobre los métodos y tratamientos y hallar formas de compensarlos. También es importante permitir que las personas que consultan vean y toquen muestras y modelos de MAC para que puedan familiarizarse con ellos y que además esto propicie que pregunten acerca de sus dudas.

- d) **Brindar a las y los usuarios lo que eligieron:** Debemos hacerles saber que tienen opciones y que la elección es de ellos/ellas. Les ofreceremos asesoramiento para considerar las opciones y les pediremos que confirmen su decisión. La **elección informada** va de la mano del principio de autonomía: la autonomía se define como la capacidad de tomar decisiones libres, informadas y responsables respecto a la sexualidad y la procreación que aseguren el desarrollo y la salud integral, así como la calidad de vida. Supone la participación consciente y responsable de los distintos actores sociales en la construcción de respuestas de salud y desarrollo social que hagan posible la satisfacción de estas necesidades.

e) **Evitar los prejuicios del profesional:** El principio de la elección informada significa que los profesionales deben evitar sus prejuicios y **respetar** en cambio **las preferencias de los y las usuarias**, aunque elijan un método menos eficaz, usen un método sólo esporádicamente, cambien de método con frecuencia o rechacen algunos de los servicios o todos ellos. La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de las y los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo o en cualquier otro ámbito de la salud sexual y reproductiva.

f) **Sentirse cómodo con el tema de la sexualidad:** No siempre los profesionales de la salud están preparados para abordar temas referidos a la sexualidad con sus pacientes o con las personas que consultan. A veces se sienten inseguros o dudosos acerca de las cuestiones concernientes a la sexualidad y evitan discutirlos, y muchos suponen que los/las pacientes tampoco quieren tocar ese tema. Pero para muchas personas esa consulta es la única posibilidad que tienen de una buena elección informada para el ejercicio de su sexualidad de una manera placentera y saludable. **Para muchas de las personas que consultan, la consejería es la única oportunidad que tienen de hablar sobre cuestiones sexuales, por lo que estarán ansiosos de conversar sobre estos temas, aunque tal vez sólo puedan hacerlo si se les pregunta acerca de ello.** Por eso es importante la capacitación del equipo de salud y la planificación de actividades que ayuden a los profesionales a vencer sus dificultades para tratar este tema.

g) **Abordar las cuestiones de género:** Es necesario tener en cuenta lo trabajado en este módulo sobre los condicionamientos de género en las relaciones entre las personas, especialmente en el ejercicio de la sexualidad y también a la hora de elegir un método anticonceptivo y frente a las posibilidades de utilizarlo correctamente. Una mujer puede, por ejemplo, decidir utilizar un método anticonceptivo hormonal oral (pastillas) pero luego no poder tomarlas porque su pareja no quiere que lo haga. O puede preferir utilizar preservativos para protegerse a la vez de un embarazo no buscado y de las ETS, pero su pareja negarse a usarlo y ella no estar en condiciones de negociar su uso. Es importante generar un espacio y un clima propicio para que estas cuestiones puedan ser habladas entre el profesional y quien consulta, para brindar herramientas e intentar pensar en conjunto estrategias que favorezcan una elección lo más libre que sea posible.

La consejería debe brindar particular atención a los siguientes grupos e individuos:

- **las y los adolescentes,**
- **personas que solicitan información con relación a: iniciación sexual,**

conductas sexuales de riesgo, embarazos no planificados y/o no deseados, métodos anticonceptivos, información sobre el VIH/ SIDA y otras ETS,

- **personas que consultan en períodos de post parto y post aborto.**



Se recomienda que la consejería sea ofrecida por un equipo interdisciplinario, que incluya promotores debidamente capacitados y en el caso de consejería dirigida a adolescentes se debe enfatizar la participación protagónica de los propios adolescentes; y en todos los casos hacer hincapié en que el único método que además previene el contagio de las ETS y SIDA es el preservativo.

4.1.1. Promover la toma de decisiones informadas

La consejería debe permitir a las personas tomar sus propias decisiones sobre la base de la información recibida y del diálogo con el consejero/a.

Las personas deben poder adoptar libremente una decisión a partir de sus propias necesidades y de su situación personal. La interacción con el profesional, la escucha y el apoyo de éste, facilitan una apertura y explicitación de lo personal. La información procesada por la persona le permite escoger dentro de la gama de métodos anticonceptivos disponibles.

Para ello, es necesario explicar las **ventajas, desventajas, limitaciones y contraindicaciones de todos los métodos en plaza, sin presionar o inducir la decisión final**. Cuando sea posible, es de gran importancia que la decisión sea adoptada **con el consenso de la pareja**, lo que implica realizar la consejería para ambos.

La **información a entregar** debe contener diversos elementos:

- **Eficacia del método:** uso adecuado del método elegido, posibles factores que pueden afectarlo. Es aconsejable entregar instructivos prácticos y claros sobre qué hacer en caso de dudas, o de cometer un error de uso del método elegido (por ejemplo, olvidarse de tomar la píldora) y qué hacer si se presentara algún problema o síntoma.
- **Ventajas y desventajas:** de cada uno de los métodos.
- **Efectos colaterales y complicaciones:** conocerlos con anticipación favorece una mejor adaptación y satisfacción con el método. Por otro lado permite, frente a la aparición de síntomas, consultar oportunamente.
- **Prevención de ETS:** colaborar en la comprensión y evaluación de los riesgos

de contraer ETS, incluyendo el HIV/SIDA y la Hepatitis B, por medio del uso correcto de condones ("doble método", esto es, anticonceptivo y de prevención de ETS).

- **Seguimiento:** en usuarios de métodos hormonales, DIU y preservativos, informar sobre los productos y dónde acudir para un cambio de método si fuera necesario.

4.1.2. Utilización de medios de comunicación social

Los equipos de salud tienen, además, la posibilidad de difundir información a través de los medios de comunicación, carteles, folletos o reuniones comunitarias, lo que favorece las acciones individuales posteriores. La enseñanza sistematizada en escuelas, colegios, universidades y establecimientos de salud, y no sistemática en sociedades vecinales y lugares de recreación, con el objeto de motivar actitudes individuales, familiares, y comunitarias favorables, es una estrategia que debe ser tenida en cuenta por los equipos interdisciplinarios.

El educador sanitario debe fortalecer todo aquello que facilite su gestión y neutralizar todo lo que pueda actuar negativamente. Conocer las percepciones y motivaciones de la comunidad y familiarizarse con sus actitudes, hábitos y creencias ayuda a lograr una participación activa, conciente y responsable de la comunidad.

La detección de los líderes comunitarios y su jerarquización es uno de sus recursos principales, ya que éstos pueden llegar a condicionar las posibilidades de comunicación efectiva, reforzando, difundiendo o bloqueando los mensajes, influidos por los antecedentes históricos, culturales y políticos de cada comunidad.

Los mensajes a difundir deben ser claros en su contenido y forma y, sobre todo, adecuados al marco de referencia de receptor. Debe cuidarse la metacomunicación, es decir, las formas complementarias de comunicación que no armonizan con el mensaje y pueden influir negativamente en su comprensión.

La **redundancia** -repetición de los mensajes- es una de las formas para luchar contra el olvido.

4.1.3. Consejería según grupo etario

Es necesario diferenciar niveles de información según grupos de población por edades: niños, adolescentes, adultos.

La población adolescente es considerada como la de mayor riesgo, por la posibilidad del ejercicio de su sexualidad en un momento de crisis evolutiva significativa. Cuentan con dificultades para acceder a la información científica, que les permitiría estar en mejores condiciones para efectuar elecciones responsables: consultar a los servicios de salud necesarios y evitar los riesgos de la maternidad precoz que influyen tanto sobre la mortalidad materna como sobre la del recién nacido.

Al tomar como destinatario a la población de adolescentes, es necesario tener en cuenta también al sector adulto -padres, maestros, agentes de salud-, por la estrecha dependencia y relación entre ambos.



Le proponemos que discuta los siguientes casos con sus compañeros del Posgrado, pueden agregar otras preguntas para enriquecerlos o aún variar los casos en función de su experiencias.

Caso 1

Ana tiene 14 años, viene al CS a pedir anticonceptivos. Se lo dice a la administrativa que da los turnos.

- ¿Se la debe atender en ese momento o darle un turno para otro día?
- ¿Se le debe solicitar que venga acompañada de un mayor?, ¿por su pareja?
- ¿Quién la debe atender?, ¿qué información se le debe brindar?
- ¿Se le debe proveer algún método anticonceptivo en la primera consulta?,
- ¿Cómo se debe cerrar la situación de atención con Ana?, ¿se la cita para otro día?, ¿se le recomienda regresar?, ¿cuándo?, ¿quién?

Caso 2

Sonia tiene 28 años y 5 hijos. Pide turno con un ginecólogo y solicita anticonceptivos orales (pastillas). Vive a 30 minutos del CS y trabaja muchas horas por día.

- ¿El ginecólogo le debe dar las pastillas en la primera consulta? ¿Por qué?
- ¿Cuántas cajas de pastillas debe darle? ¿Por qué?
- ¿En cuanto tiempo se la cita para una próxima consulta?
- ¿Cuál será el mejor medio de asegurarse que Sonia regrese a la consulta fijada?

Caso 3

Una mujer de 28 años llega un viernes a las 4 de la tarde al CS solicitando hablar con alguien. La atiende la trabajadora social por ser la única que no está atendiendo pacientes o haciendo alguna actividad programada. El ginecólogo ya no se encuentra en el servicio, pero sí un médico clínico, una psicóloga y la trabajadora social mencionada. La mujer comenta que tuvo relaciones sin protección la noche anterior. Una amiga le dijo que fuera al CS a pedir información y asesoramiento.

- ¿Cuál debe/puede ser el asesoramiento que se le brinde en ese momento?
- ¿Cuál sería la estrategia a seguir a partir de esta consulta?

Le sugerimos que una vez contestadas las preguntas y discutidas con el resto de los compañeros del Posgrado, revise con el resto de los profesionales de su equipo de salud cómo se resuelve cada una de estas situaciones en la cotidianidad del Centro. ¿Funciona del modo en que Uds. recomiendan o creen que deberían funcionar?

Si no es así, ¿cómo funcionan?, ¿qué acciones/ conocimientos/ habilidades serían necesarias para mejorar la calidad de la consejería en su CS?

4.2. Obstáculos y barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva

En el ámbito de la salud, existen diversas formas de exclusión que inciden de forma contundente en el nivel de alcance de los objetivos de una salud para todos. Las mismas se expresan en la **falta de integración o de inserción social de grupos e individuos** y obedece a múltiples causas. Una de ellas es la pobreza; otras son las barreras culturales, de género, geográficas. Otras son atribuibles al sistema de salud, tales como la fragmentación y segmentación de los servicios y la calidad de la atención, entre otros.¹⁶

Existen marcadas diferencias entre la población considerada pobre respecto de la no pobre en el acceso y la utilización de los servicios de salud, considerados en muchos países como prioritarios para mejorar la situación de salud y por lo tanto de las condiciones de vida de la población¹⁷.

La principal justificación que aducen las poblaciones pobres para no acudir al médico para atenderse cuando se sienten enfermos es la *razón económica*, tanto por los costos directos, así como los gastos indirectos que implica el transporte, pérdida de

16. Le sugerimos que relea lo trabajado en el Módulo 1: Salud y Sociedad sobre barreras de accesibilidad al CS.

17. Material didáctico del II Curso Internacional: Desarrollo de Sistemas de Salud. ASDI/OPS/UNFPA/CIES Managua, Nicaragua, 2006.



Margullis define la cultura como "el conjunto interrelacionado de los códigos de la significación, históricamente constituidos, compartidos por un grupo social, que hacen posible la identificación, la comunicación y la interacción".¹⁸

tiempo laboral (lo que en muchas ocasiones tiene repercusiones en los ingresos). La segunda justificación en importancia para no asistir a los servicios de salud es la *distancia*, las limitaciones de transporte. Estos factores inciden en el acceso oportuno a las unidades de salud para recibir atención calificada.

En este contexto, el desafío consiste en poner en práctica estrategias de inclusión en salud, utilizando criterios centrados en la salud de la población y en el bienestar de las personas, partiendo del reconocimiento de que existe un espacio de necesidad y oportunidad en la construcción de un nuevo enfoque en salud que contribuya a eliminar las desigualdades en el acceso para todas las personas y que proporcione a los grupos sociales hasta ahora excluidos la oportunidad de recibir atención integral con miras a la satisfacción de sus necesidades y demandas de salud.

Se trata también de poder satisfacer las expectativas de la población brindando una atención con calidad, calidez y respeto a las personas en su dignidad como seres humanos y, en desarrollar abordajes adaptados a las características sociales y culturales de la población.

Otra dimensión importante es el fortalecimiento de la participación social tanto en los procesos de identificación de los problemas de salud, como en la selección de las alternativas de intervención, contribuyendo a que la participación sea conciente e informada en todo el proceso de desarrollo de los planes y programas de salud.

Además de la consideración de los factores de distancia, tiempo y costo, el problema de la accesibilidad debe ser analizado también desde una perspectiva sociocultural.

Una de las dimensiones a tener en cuenta en este proceso es **la relación de las mujeres con los métodos anticonceptivos**, problemática que se encuentra atravesada por códigos y valores en torno a la distribución de roles de género y sus implicancias en la construcción de identidad.

Esto implica analizar, entre otros, los problemas en torno a la *información* y de las dificultades en torno al *acceso a los métodos anticonceptivos*. También indagar acerca de los *imaginarios* y las *creencias* que circulan sobre la salud sexual y el funcionamiento de los métodos anticonceptivos, dado que se constituyen en obstáculos para aplicarlos correctamente.

Al mismo tiempo, se hace necesario analizar las *cuestiones de género* presentes en los diferentes grupos de población debido a que la percepción de los roles que se puedan ocupar dentro de las familias y parejas influye en el tipo de relación que se establece con las prácticas anticonceptivas y en las posibilidades efectivas de negociación.

Por último, analizar el significado atribuido a la *maternidad* y a los *hijos*, pues funciona como otro de los determinantes culturales que obstaculizan la adecuación

18. MARGULIS, M.: La cultura de la noche, en Mario Margulis et.al., La cultura de la noche. La vida nocturna de los jóvenes de Buenos Aires. Buenos Aires, Espasa Calpe, 1994. pág. 13.

entre una supuesta voluntad de evitar los embarazos y la correcta utilización de los métodos anticonceptivos.

En este sentido, las estrategias para facilitar el acceso pueden ser variadas y dependerán de las características de cada CS, de la población a la que atienden, del equipo profesional, etc. A continuación se presentan algunos ejemplos de estrategias a fin de contribuir a la reflexión del equipo en torno a los obstáculos y barreras del acceso a la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos:

- Pactar un régimen de entrega de anticonceptivos (especialmente las pastillas) que no implique que la mujer tenga que acudir al CS con mayor frecuencia de lo necesario, incluyendo en esa estrategia a todo el equipo de salud y no sólo al médico ginecólogo.
- No solicitar más estudios previos que los necesarios para la elección de un método anticonceptivo, para evitar perder la oportunidad de que una mujer esté protegida de embarazos no buscados.
- Organizar horarios de consulta en distintas franjas horarias para que las personas puedan tener más posibilidades de acudir a la consulta.
- Organizar los turnos y su entrega intentando que no haya demasiado tiempo de espera para obtener dicho turno ni para acceder a la consulta.

En su opinión:

- ¿En qué medida la accesibilidad a los servicios de salud favorece el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población?, ¿puede dar ejemplos?
- ¿Cuáles son los factores que facilitan y obstaculizan el acceso de la población de su comunidad a consultas, asesoramiento e información sobre planificación y métodos anticonceptivos?
- ¿Cómo actuar sobre los factores identificados buscando la mayor equidad en salud?

A partir de sus respuestas proponga y discuta con el resto de los compañeros del Posgrado otras estrategias de abordaje.



En el CD que acompaña este módulo se encuentran normas elaboradas a nivel nacional acerca de la prescripción de métodos anticonceptivos



Actividad de integración



Para finalizar le proponemos que lea los siguientes casos y luego responda a las preguntas planteadas teniendo en cuenta lo trabajado en la presente Unidad.

Caso 1

María Luján nació en un pueblito del noreste de nuestro país, en una modesta casa en pleno monte. Tiene 49 años ahora y está viviendo en un barrio del tercer cordón del conurbano con algunos de sus hijos. Ya tiene 3 nietos: mellizos de 5 años y un niño de 3 años.

María consultó en el CS cuando tenía 45 años y el motivo de su consulta fue *"un atraso menstrual"* de 16 días. *"si estoy embarazada no hay problemas, porque yo quiero tener un hijo"*.

Se le realizó un test de embarazo que dió negativo. Al mes siguiente realizó una consulta similar con similares resultados. Mientras se hacían las pruebas correspondientes, María comenzó a contarnos cómo estaba conformada su familia. Sus dos hijos mayores trabajan y sostienen a todos los hermanos que son 8 en total y también a la mamá.

María está muy angustiada por esta situación porque su hijo mayor se opone a que ella *"tenga novio"*.

María consulta reiteradas veces por síntomas urinarios, por dolores abdominales bajos, por flujo genital, por atraso menstrual, náuseas y mareos.

Ante tantos síntomas se decide ampliar el tiempo de escucha para conocer la historia de María y poder entender porqué tantas consultas.

Nos cuenta que dejó su casa en el monte a los 16 años sin saber nada de la vida. Había ido a la escuela hasta tercer grado y *"algo lee"*. Su mamá no le hablaba y menos su papá. Al irse al pueblo empezó a trabajar en casas y tuvo muchas parejas. Muchas de ellas *"le duraron poco tiempo"*, ella quedaba embarazada y abortaba.

Algunos hijos los tuvo, porque los *"quería tener"*. Se hizo abortos, muchos, los cuenta y son 16. Una de las hijas mayores tuvo un problema al nacer y está internada en un lugar para *"enfermos mentales"*. Discute mucho con su hijo mayor y un día se va de la casa dejando a sus hijos menores al cuidado de sus hermanos mayores.

"Nunca los quise tener", "no sabía qué hacer cuando quedaba embarazada."

Una de las hijas adolescentes nos cuenta que los nenes lloran por la ausencia de su mamá.

A veces consulta por dolores en el cuerpo "*por alguna caída*", "*trabajando*", un tiempo después nos puede decir que su pareja la golpea cuando "*toma mucho*".

- ¿Cuáles cree que serían las estrategias o intervenciones necesarias y apropiadas para el abordaje de esta situación?
- El hecho de ampliar la escucha ¿incide en la calidad de la atención? ¿de qué manera?
- En este caso: ¿qué indicadores jugaron un papel importante para desencadenar estos hechos? ¿Se podría haber intervenido previamente? ¿De qué manera?
- Para esta familia: ¿qué significado tiene el embarazo?

Continuamos con el caso...

Una de sus hijas adolescentes queda embarazada a los 15 años y dice que "*se mata si no se hace un aborto*"....

Su hija discapacitada queda embarazada en el instituto donde está internada, porque fue víctima de una violación.

María comienza a tener algunos síntomas del climaterio y finalmente, deja a su actual pareja golpeadora, con el paso de los años fortalecido el vínculo con el equipo de salud, continuando con la atención en el consultorio de salud reproductiva, a medida que se van atendiendo los problemas de su situación familiar empiezan a disminuir los síntomas urinarios y ginecológicos, empieza atraer a sus hijos menores a los controles de salud.

- ¿Cómo indagaría si el embarazo fue consecuencia de una violencia, si el paciente no lo dice?
- ¿Cómo se podría haber orientado un trabajo dirigido a detectar y tratar la violencia sexual?
- ¿Trataría de indagar sobre las causas de la decisión de interrumpir el embarazo? ¿Cómo lo haría? ¿A través de qué preguntas?
- ¿Cuáles cree que son las principales dificultades, prejuicios o tabúes del equipo de salud que operan como condicionantes para el abordaje de la problemática?
- ¿Cómo explicaría, en este caso, el hecho de que "*a medida que se van*

atendiendo los problemas de su situación familiar empiezan a disminuir los síntomas urinarios y ginecológicos y empieza a traer a sus hijos menores a los controles de salud"?

- ¿Considera que hubiese sido efectivo en este caso implementar como medida de prevención del embarazo, entregar información sobre características y uso de métodos anticonceptivos?. Justifique su respuesta.

Caso 2

Fidelina tiene 40 años y vive enfrente de la salita en una casa de chapas y madera. Vive con su compañero y dos nenas de 7 y 4 años que tuvo con él. Con ellos conviven otros tres hijos de su anterior pareja de 15, 13 y 10 años.

Fidelina en total tuvo 16 hijos. La más grande tiene 25 años y ya es mamá. Los dos varones más grandes fueron *dados a familias* hace muchos años y vivieron pocos días con la mamá. Un varón de 16 años es el único que lleva el apellido de su pareja anterior y vive con él. Otra nena que tiene ahora 14 años fue institucionalizada a los 6 meses y dada en adopción a los dos años. Otra nena que ahora tiene 9 años la cría una vecina que es su *madrina* y casi nunca se ven con la mamá.

Esta vecina fue visitada muchas veces para promover el cuidado de su salud y para invitarla a hacerse un PAP y conversar sobre métodos anticonceptivos. Ella se acercaba cada tanto a decirnos que ya no *quería tener más hijos, que la ponen nerviosa, que los trata mal.*

Durante varios años cuando lográbamos afianzar el vínculo con el equipo y empezábamos a ordenar el tema de anticoncepción, Fidelina quedaba embarazada.

Cuando pudimos escuchar más acerca de su historia, nos contó que su anterior pareja con quien convivió 10 años o más le *pegaba y la obligaba a tener relaciones después de golpearla.* Así muchas veces quedó embarazada. El día que vino por primera vez al consultorio para hacerse un PAP tenía miedo y cuando pusimos el espéculo lloró angustiada.

Hace ya 3 años y medio que colocamos un DIU, después del nacimiento de su última hija. Ahora trabajamos para lograr que pueda controlarse por lo menos una vez por año.

- ¿Qué significado cree Ud. que le atribuye Fidelina a la maternidad y a los hijos?
- ¿Qué estrategias hubiese implementado junto con su equipo cada vez que

Fidelina se acercaba al Centro de Salud a comentar que ya no *quería tener más hijos, que la ponen nerviosa, que los trata mal?*.

- ¿Cómo trabajaría en este caso la violencia sexual?
- ¿Cómo trabajaría el tema del miedo y la angustia en los controles?
- ¿Qué estrategias de seguimiento serian apropiadas?



Unidad 3

La problemática de
la alimentación y la nutrición

Introducción

La **alimentación** constituye un aspecto de fundamental importancia para la salud y calidad de vida de las personas, ejerciendo su influencia a lo largo de toda la vida, tanto en situaciones de salud como de enfermedad. En tanto que la **nutrición**, referida a la incorporación de los nutrientes presentes en la alimentación es un proceso paralelo pero distinto de la alimentación.

Muchas son las causas que en forma *directa* e *indirecta* contribuyen a la existencia de los problemas alimentarios y nutricionales.

Algunas de las causas *directas* son el consumo de una dieta inadecuada y la presencia de infecciones que interfieren con la adecuada asimilación de nutrientes. Mientras que la insuficiente disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, la inequidad en el acceso a los alimentos, la falta de acceso a los servicios de salud y la falta de información y educación forman parte de algunas de las causas *indirectas*.

La intervención de la Nutrición en la situación de salud, en tanto disciplina que se encarga de estudiar los nutrientes de los alimentos, los procesos de asimilación de los mismos y las necesidades nutricionales del ser humano, se extiende desde su influencia en la expresión de las potencialidades genéticas hasta los programas nutricionales en comunidades.

Los cambios en las condiciones de salud y nutrición en las poblaciones están atravesando un proceso de *transición nutricional* relacionado con cambios en los patrones de alimentación, así como en la modificación de la importancia relativa de los principales problemas nutricionales: **desnutrición, déficit de micronutrientes o desnutrición oculta, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles**.

Desde una mirada dinámica, las poblaciones se posicionan de diferente modo en relación al proceso de *transición nutricional*, presentando situaciones extremas, donde los principales problemas van del predominio de la desnutrición aguda a la obesidad y de allí a enfermedades crónicas no transmisibles, no solo en un mismo país o provincia, barrios dentro de una misma comunidad, sino muchas veces, en el seno de un mismo hogar.

En este material abordaremos la problemática de la **alimentación** y la **nutrición** partiendo de la *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* para analizar la situación alimentaria y nutricional de nuestro país, considerando los aspectos culturales de la alimentación, como así también, la disponibilidad y acceso a los alimentos.

Es necesario promover una visión integral y crítica desde el equipo de salud para identificar la magnitud de esta problemática y para elaborar estrategias preventivas y

de promoción de hábitos saludables para su comunidad. El abordaje del problema y las acciones preventivas sólo resultarán exitosas mediante estrategias de intervención integrales, oportunas, sostenidas y eficaces.

En esta Unidad abordaremos los siguientes núcleos problemáticos:

¿Cuáles son los principales problemas nutricionales de la Argentina?

¿Cómo identificar los problemas nutricionales a nivel local?

¿Cuáles son los patrones alimentarios de la comunidad que atiende el CS?

¿Cómo prevenir y controlar la malnutrición en las personas, las familias y la comunidad en general?

¿Qué acciones permiten fortalecer la participación activa de la comunidad en el mejoramiento de su estado nutricional?

Objetivos específicos

Al finalizar esta Unidad Ud. estará en condiciones de:

- Conocer patrones alimentarios de la población.
- Diagnosticar los problemas nutricionales locales e identificar los factores asociados.
- Establecer prioridades y orientar la formulación de intervenciones necesarias para abordar los problemas nutricionales de su comunidad.
- Comprender el concepto de seguridad alimentaria como un derecho.
- Promover la educación alimentaría nutricional como estrategia de carácter preventivo.
- Valorar la participación para fortalecer el estado nutricional de la población del área programática.

Actividad Inicial



Antes de abordar la problemática de la alimentación le proponemos que identifique cuáles son -a su juicio- los problemas alimentarios y nutricionales de la comunidad que atiende el CS.

Le sugerimos que señale cuál observa con mayor frecuencia y en qué grupos poblacionales se manifiestan en mayor proporción.

Problemas alimentarios	Problemas nutricionales	Grupo poblacional

Una vez registrados los problemas e identificados los grupos donde estos problemas se manifiestan con mayor frecuencia, le sugerimos que comparta la información y realice el siguiente análisis con los demás compañeros del Posgrado. Los problemas alimentarios y nutricionales identificados:

- ¿qué diferencia hay entre los problemas alimentarios y los problemas nutricionales?
- ¿qué relación hay entre ellos?
- ¿pueden estimar la magnitud de esta problemática en su comunidad?
- ¿pueden establecer prioridades para el trabajo del equipo de profesionales del CS?

Le recomendamos conservar estos primeros registros junto a las reflexiones realizadas alrededor de ellos. Serán útiles para construir miradas enriquecidas durante el desarrollo de la unidad.

1. La alimentación y la nutrición

La **alimentación** está influenciada por diversos factores culturales y económicos tanto individuales como de la sociedad en general. La disponibilidad, variedad, costo, creencias, acerca de los alimentos, influyen notablemente sobre los hábitos dietéticos de una población.

Estos factores no siempre contribuyen a una *buena alimentación*. La falta de

información, la información errónea o confusa, suposiciones, costumbres, escasez de recursos y falta de tiempo, hacen muchas veces que la alimentación no sea la adecuada.

La publicidad y los medios de comunicación también tienen una alta influencia sobre los hábitos de alimentación de la población y no siempre orientan hacia un consumo racional.

Según el portafolio educativo de Municipios Saludables¹:

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.

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.

Si un niño come mal se retrasa en el crecimiento, su peso y talla son menores a

1. MUNICIPIOS SALUDABLES. PORTAFOLIO EDUCATIVO. Capítulo 9: Alimentación. OPS / Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2005

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. Con el paso del tiempo, este hecho puede influir en su capacidad para trabajar cuando alcance la vida adulta.

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.

En Argentina hay abundancia de alimentos, sin embargo, muchas personas no tienen acceso a cantidades suficientes y variadas de alimentos sanos. Otros pueden tener acceso a suficientes alimentos y sin embargo carecer de los conocimientos necesarios para confeccionar una dieta que contribuya al cuidado de su salud y a mejorar la calidad de vida.

Le proponemos reflexionar en conjunto con sus compañeros del Posgrado acerca de las siguientes creencias:

"Si hay más comida la gente va a comer más y mejor"

"Cuando produzcamos más alimentos todo el mundo va a comer"

"La alimentación depende de cada uno y de su poder de compra"

"Comer bien no está relacionado con el gasto"

"Que debamos comer para vivir no garantiza que sepamos que comer"

"Qué exista disponibilidad económica no garantiza que se sepa que comprar"

"Con la abundancia que hay no puede haber gente con hambre"

En su experiencia de trabajo con su comunidad, ¿identifica otras creencias acerca de la alimentación que influyen sobre el modo de seleccionar o comer los alimentos?, ¿cuáles?



Le sugerimos que comparta sus análisis con el resto de los compañeros del Posgrado y lleven sus conclusiones para comentarlas en el siguiente encuentro con el tutor.

2. La seguridad alimentaria en Argentina

La Argentina presenta un estadio avanzado de *transición demográfica, epidemiológica y nutricional* dentro del contexto de América Latina.

La tendencia regresiva que presentaron en los últimos años los indicadores de pobreza e indigencia pueden explicar una buena parte de los problemas de acceso e inseguridad alimentaria, que luego se traducen en diferentes manifestaciones nutricionales.

El concepto de **seguridad alimentaria**² entendido como *el derecho de todas las personas a tener una alimentación cultural y nutricionalmente adecuada y suficiente*, admite dos niveles de análisis:

- *la seguridad alimentaria propiamente dicha* a nivel macro, de las poblaciones y grupos que habitan naciones o regiones, y
- *la seguridad alimentaria de los hogares*, en el nivel microsocia,

De las cinco condiciones asociadas a la seguridad alimentaria (Chateneuf, 1995), Argentina cumple con cuatro:

- *suficiencia*: existen alimentos en cantidad suficiente para abastecer a toda la población;
- *estabilidad*: las variaciones estacionales no comprometen la provisión de alimentos;
- *autonomía*: en materia de alimentación nuestro país no depende del suministro externo;
- *sustentabilidad*: el tipo de explotación de los recursos posibilita su reproducción en el futuro;

2. AGUIRRE, P.: Seguridad alimentaria, una visión desde la antropología alimentaria. Publicado en Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido. Fundación CLACYD-Córdoba, 2004.

La quinta condición, que no está garantizada, es la *equidad*, es decir, que toda la población y sobre todo los más pobres, tengan *acceso* a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida.

La vulnerabilidad e inseguridad alimentaria de ciertos grupos de población es más bien atribuible a sus limitaciones en el acceso y consumo de alimentos. Esta situación, refuerza la importancia de los ingresos, los precios de los alimentos y el funcionamiento del mercado, como condicionantes de los patrones alimentarios y de la situación de **seguridad alimentaria** de los hogares, particularmente los hogares pobres.

La mirada de los problemas y su abordaje en forma integral, considerando las comunidades como principales unidades de análisis constituye uno de los enfoques más efectivos en términos de promoción de hábitos y conductas saludables. Sin embargo, esta mirada no excluye la identificación y focalización de ciertas acciones en grupos específicamente más vulnerables.

Teniendo en cuenta el enfoque del ciclo vital, la información sobre el estado nutricional y de los patrones alimentarios de las mujeres en edad fértil es extremadamente importante para la definición de intervenciones nutricionales dirigidas tanto a mejorar el estado nutricional de las propias mujeres, como el peso al nacer y el estado nutricional de los niños pequeños.

Desde el momento de la gestación, el desarrollo y crecimiento del feto estarán altamente influenciados por la situación nutricional de la madre. Dicha dependencia o relación se da en un ciclo en el que es difícil identificar un punto inicial. La situación nutricional pregestacional de la madre influirá no sólo al feto durante la presente gestación, sino a la propia situación de la madre y sus futuras gestaciones.

De este modo las consecuencias de los trastornos nutricionales en la madre y el niño se manifestarán tanto a corto como a largo plazo, siendo en algunos casos reversibles, en tanto que, ciertos trastornos no pueden ser modificados una vez instalados.

Las razones planteadas previamente señalan la relevancia que para el grupo materno-infantil implica la nutrición desde la salud pública, pero, que es extensible a otros grupos como los adultos mayores, los niños en edad escolar, adolescentes y aún los hombres adultos.

Retomando los problemas identificados en la actividad inicial y teniendo en cuenta las condiciones asociadas a la seguridad alimentaria.



- ¿Cómo describiría la seguridad alimentaria de los hogares de su comunidad? ¿Existen alimentos en cantidad suficiente? ¿Qué factores comprometen la provisión de alimentos de las familias de su comunidad?
- ¿Qué relación existe entre la disponibilidad de alimentos y el acceso a ellos?

2.1. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)

Durante los años 2004 y 2005 se realizó la primer *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* (ENNyS) para obtener información sobre el estado de nutrición y salud de niños entre 6 meses y 5 años, de mujeres de 10 a 49 años y embarazadas, cuantificar la magnitud y distribución de los principales problemas nutricionales y evaluar los factores asociados a los diferentes perfiles de estado nutricional en las poblaciones estudiadas; con el fin de contribuir a la construcción y ajuste de políticas de estado en torno a la nutrición, salud y alimentación a nivel provincial, regional y nacional.

La población objetivo de la encuesta fueron los hogares de localidades de más de 5.000 habitantes, con los cinco siguientes grupos poblacionales definidos:

- Niños de 6 meses a 5 años
- Niños de 6 a 23 meses
- Niños de 2 a 5 años
- Mujeres de 10 a 49 años
- Embarazadas

La *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* (ENNyS) se constituye por sus características metodológicas en la encuesta más completa que nos permite conocer en detalle la situación nutricional de la población.

Para tal fin, se obtuvieron muestras poblacionales que permiten que los resultados alcancen representatividad nacional en el caso de niños menores de 5 años y de las mujeres embarazadas y representatividad regional para niños de 6 a 60 meses y de 2 a 5 años y mujeres de 10 a 49 años.

Para ello se dividió al país en seis regiones: *NEA, NOA, Cuyo, Centro, Metropolitana y Patagónica*. Los resultados alcanzados nos permiten conocer la prevalencia de anemia y situación nutricional antropométrica en niños menores de 6 años para cada una de las provincias. Además, las características de ingesta de alimentos y

principales deficiencias bioquímicas para los grupos definidos para cada una de las regiones descriptas.

La información relevada incluye las siguientes áreas temáticas:

- Caracterización socioeconómica
- Antropometría
- Ingesta
- Determinaciones Bioquímicas
- Alimentación temprana
- Participación programas sociales
- Desarrollo infantil
- Morbilidad infantil
- Salud Reproductiva

La *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* (ENNyS) involucró 36.459 personas encuestadas, en 27.354 fue posible obtener una muestra de sangre para las determinaciones bioquímicas previstas.

Con respecto al equipo técnico involucrado, participaron mas de 1.000 profesionales entre equipos de encuestadores y bioquímicos, equipos de coordinación provincial y equipo nacional.

Para mayor información sobre la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) consultar www.msal.gov.ar



2.1.1. Resultados alcanzados

2.1.1.1. Niños

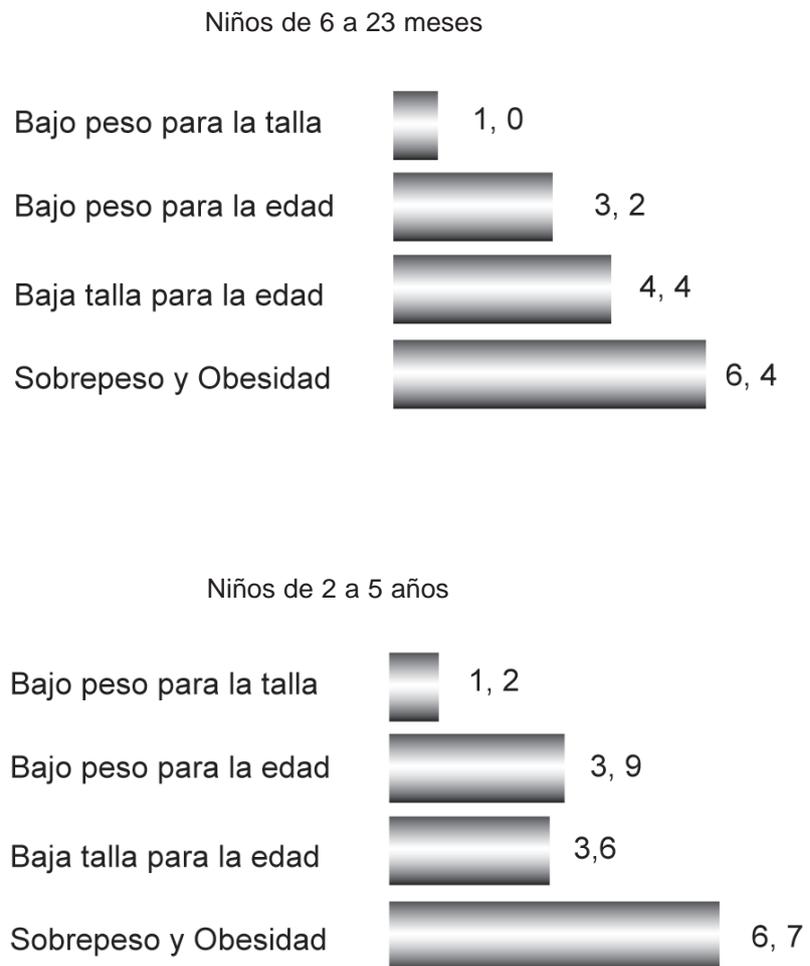
A partir de los datos consolidados por la *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*, se observa a nivel nacional que la **obesidad** y el **sobrepeso** constituye un problema sanitario para el grupo poblacional de niños de 6 meses a 5 años.

A nivel nacional 6,6% de los niños de 6 meses a 5 años presentan exceso de peso, con valores similares, tanto en niños de 6 meses a 2 años como entre 23 meses y 5 años de edad. Sin embargo, esta situación se presenta

conjuntamente con condiciones de déficit, como la baja talla u otras deficiencias nutricionales.

En el cuadro siguiente se presenta el porcentaje de población de niños de 6 a 23 meses y de 2 a 5 años que presentan malnutrición.

Prevalencia de estado nutricional antropométrico según grupo de edad



Fuente ENNyS

El indicador *baja talla para la edad*, que implica *retardo del crecimiento lineal* constituye la expresión de deficiencias nutricionales que han ejercido su acción en forma crónica en niños. Es uno de los problemas nutricionales más extendidos, tanto a nivel internacional como en nuestro país.

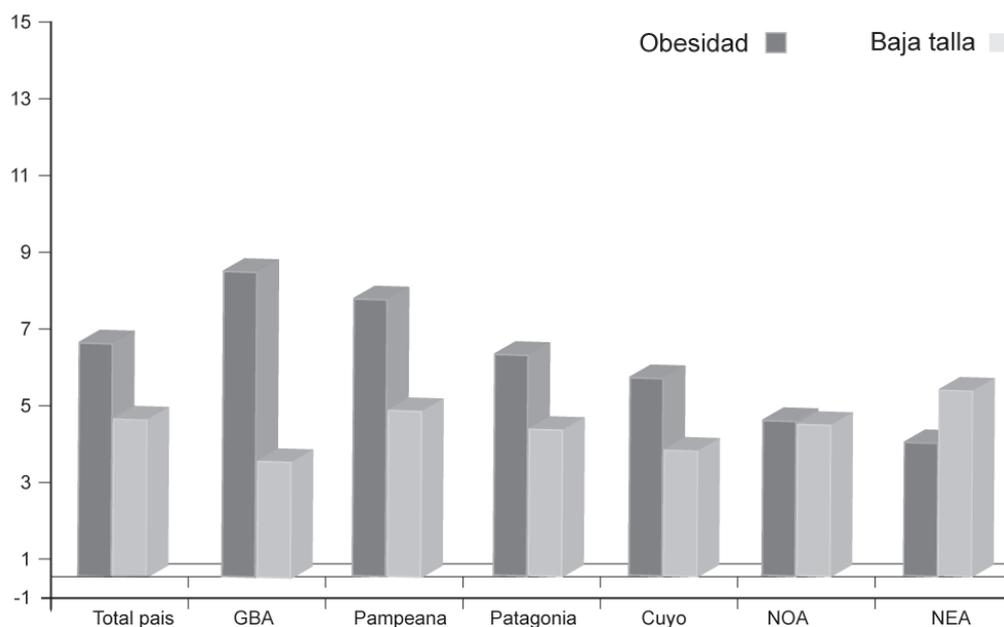
Una elevada prevalencia de *baja talla para la edad* no solo expresa deficiencias nutricionales, sino además otras situaciones adversas de salud instaladas crónicamente que inciden en el desarrollo y la calidad de vida de la población infantil.

Los factores que participan en el *retardo de crecimiento lineal* son fundamentalmente la *enfermedad* o la *ingesta insuficiente*, las que a su vez dependen de la inseguridad alimentaria, del inadecuado cuidado durante el embarazo o los primeros años de vida, de las deficiencias medioambientales o los inadecuados sistemas o servicios de salud.

La *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENNyS)* muestra que la frecuencia de niños menores de 5 años con baja talla para su edad, alcanza un valor de 4,4% a nivel nacional. Esta frecuencia es variable entre las diferentes regiones, alcanzando valores cercanos o superiores al 5% en algunos casos, en tanto que en otras se observó en alrededor de 3% de los niños. Al mismo tiempo la baja talla es más frecuente en niños en hogares con necesidades básicas insatisfechas.

Como observamos en el siguiente gráfico ambas condiciones -*obesidad y baja talla*- coexisten en los niños menores de 5 años de todo el país.

Prevalencia de obesidad y baja talla según edad a nivel país y por regiones

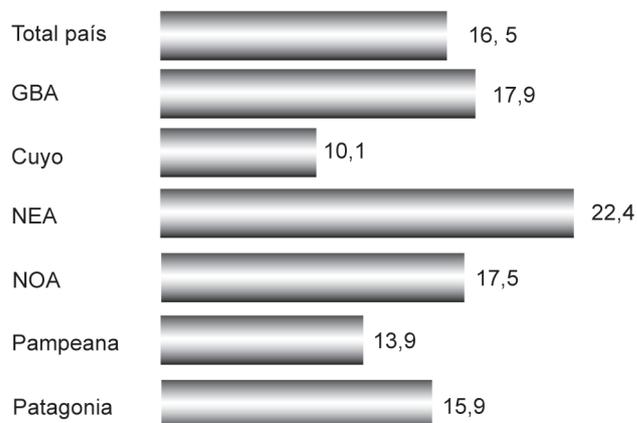


Fuente ENNyS

Junto a la *baja talla*, como expresión de déficit nutricional crónico, la *anemia* se presenta como otro de los principales déficit nutricionales en los niños menores de 5 años.

La prevalencia de *anemia* en niños de entre 6 meses y 5 años de edad a nivel nacional es de 16,5%, con variaciones entre regiones que van de 10% a 22%.

Prevalencia de anemia en niños/as de 6 meses a 5 años



Fuente ENNyS

Debido a los mayores requerimientos de hierro en esta edad, la prevalencia es aún mayor (34,1%) en niños de 6 a 24 meses de edad, en comparación a aquellos entre 2 y 5 años (8,9%).

La *deficiencia de Vitamina A*, si bien no presenta una frecuencia elevada, se presenta en niños de 2 a 5 años como una situación a atender ya que 14,3% de los niños de 2 a 5 años en quienes se valoró, presentaron valores plasmáticos bajos. Estas condiciones guardan una relación importante con los patrones de alimentación.

En relación con la alimentación complementaria, según observamos en la siguiente tabla, el promedio de introducción de alimentos es de entre 5 y 10 meses. Sin embargo, el hecho de que se trate del promedio nos indica que una proporción importante de los niños recibió alimentos en forma más precoz.

Alimento	Edad media (meses)
Puré de vegetales cocidos	5,2
Puré de frutas	5,3
Yogur	5,5
Jugo de frutas frescas	5,9
Cereales precocidos	6,5
Papillas listas para comer	6,5
Fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten	7,1
Pan o galletitas	7,1
Arroz, harina de maíz, tapioca y otros con gluten	7,4
Pollo	7,4
Carne vacuna	7,6
Hígado	7,8
Huevo	8,1
Miel	8,6
Pescado	9,3
Morcilla	10,9
Otras vísceras	10,9
Otras carnes	11,8

Por otro lado, debemos destacar que la edad de introducción de carne en promedio a los 7,6 meses es tardía, y -por constituir una fuente importante de hierro y zinc- guarda relación con la prevalencia de anemia y baja talla.

El recordatorio alimentario realizado muestra que, si bien se observa sobre ingesta de nutrientes, es relevante la proporción de niños de 6 a 23 meses que recibe una ingesta *por debajo de las recomendaciones diarias* en algunos nutrientes.

A continuación se describe la proporción de niños con ingesta insuficiente según nutriente:

- Energía 31,7%
- Hierro 19,8%
- Calcio 28%
- Zinc 15,9%
- Vitamina A 43,4%
- Vitamina C 60,2%
- Folatos 19,6%

Los datos de la encuesta ponen de manifiesto que el cumplimiento de los criterios de suplementación no es adecuado:

- En el grupo de niños de 6 a 23 meses, la proporción que reportó haber consumido suplementos de hierro fue de 17,9%.
- En el grupo de niños de 2 a 5 años, la proporción que reportó haber consumido suplementos de hierro fue de 2,5%.

Observe los registros sobre casos de anemia en su CS:

- ¿Qué relación encuentra con los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud?
- ¿Por qué cree que existiendo recursos - alimentos fortificados, suplementación farmacológica, etc. la anemia sigue siendo un problema sanitario tanto para niños desnutridos como obesos? ¿Qué otros factores se encuentran involucrados?
- ¿Desde su CS están realizando alguna acción dirigida a combatir esta deficiencia nutricional?, ¿se prescribe habitualmente hierro en los niños a partir de los 4 meses hasta el año?, ¿cómo se asegura esta suplementación?



La técnica propuesta para la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud es el recordatorio del día anterior o recordatorio de 24hs, consistente en interrogar al encuestado acerca de cada uno de los alimentos y bebidas consumidos el día anterior.



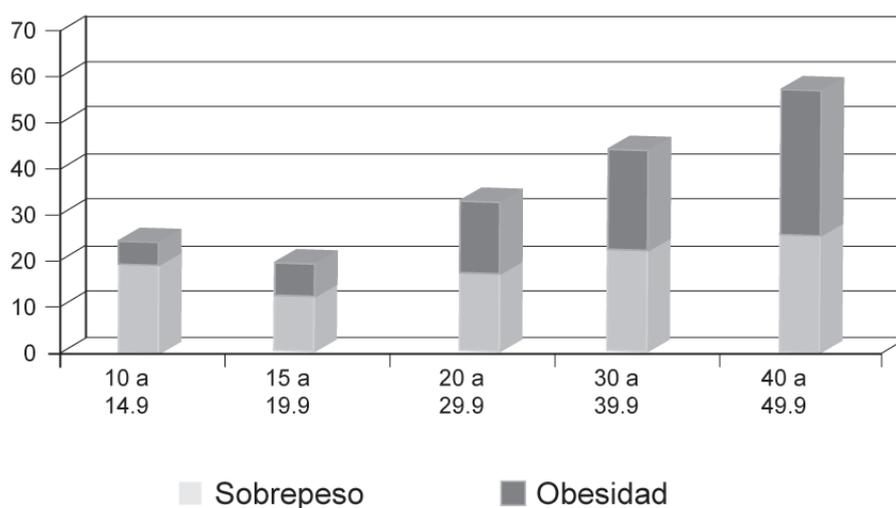
2.1.1.2. Mujeres de 10 a 49 años

El adecuado estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva tiene implicancias relevantes tanto en su salud como en la de sus hijos.

Desde el punto de vista antropométrico, el sobrepeso y la obesidad constituyen condiciones de elevada prevalencia, que se incrementan en forma significativa con la edad.

En el grupo de mujeres de 10 a 14 años la frecuencia de sobrepeso alcanza valores cercanos al 20%, incrementándose al 60% entre los 40 y 49 años.

En la siguiente tabla se ve reflejada la situación descripta.



Fuente: ENNyS

Para la valoración del sobrepeso y la obesidad, como condición de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, no sólo es relevante la masa corporal. La distribución central de la adiposidad, valorada a partir de la circunferencia de cintura, constituye un indicador de riesgo para este tipo de enfermedades. A partir de los 20 años de edad, entre el 20% y 45% de las mujeres presenta valores elevados de circunferencia de cintura, implicando un riesgo importante para el desarrollo de enfermedades crónicas.

Junto a la obesidad y la distribución central del tejido adiposo, otros factores de riesgo se presentan con frecuencias elevadas:

- La prevalencia de hipercolesterolemia varía de 25% en mujeres de 10 a 19 años, a 41% en mujeres de 40 a 49 años.

- La prevalencia de hipertensión arterial varía entre 30% y 64% en los mismos grupos de edad.
- La prevalencia de tabaquismo de 11% a 30%.
- Más del 50% de las mujeres no realiza actividad física o realiza actividades leves.

Al igual que lo observado en niños, estas situaciones se presentan en forma concomitante con diferentes deficiencias nutricionales.

- 18,1% presenta anemia
- 18,7% presenta deficiencia de hierro
- 11,9% presenta deficiencia de Vitamina B12
- 0,8% presenta deficiencia de folatos

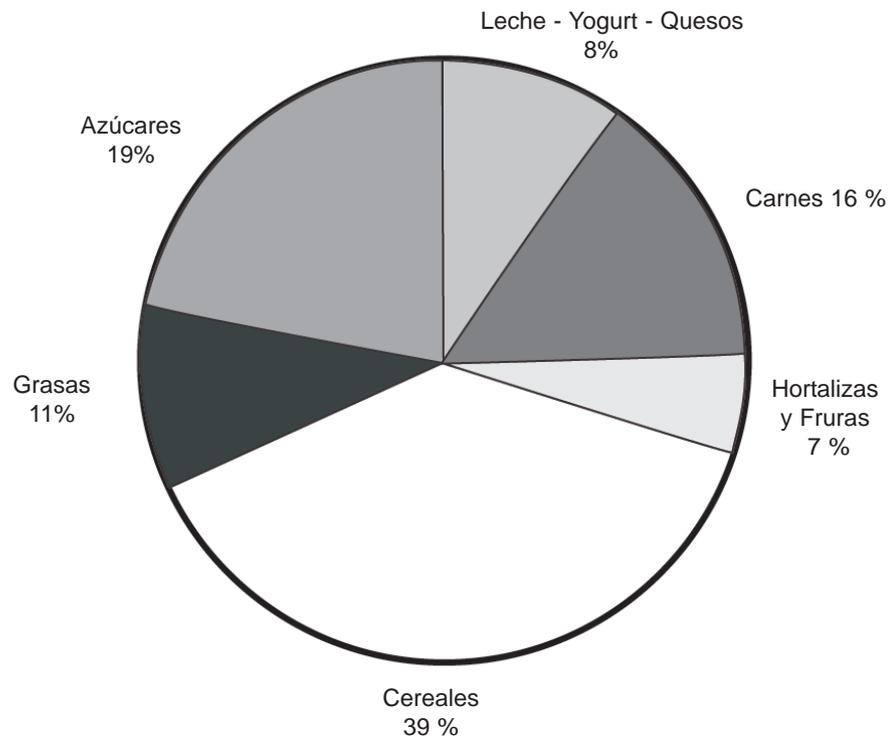
Estas observaciones guardan relación con lo observado a partir de las encuestas alimentarias. La proporción de mujeres con ingesta por debajo de las recomendaciones diarias, según nutrientes fue:

- Energía 57,8%
- Hierro 19,4%
- Calcio 94,3%
- Zinc 46,2%
- Vitamina A 85,1%
- Vitamina C 80,4%
- Folatos 31%
- Vitamina B12 32,5%
- Fibra 97,2%
- Colesterol (consumo superior a 300 mg/d) 24,9%

Debemos remarcar que las inadecuaciones no se deben sólo a la ingesta insuficiente de nutrientes, los patrones alimentarios se presentan igualmente inadecuados y permiten explicar las diferencias de nutrientes mencionadas.

Como elementos más relevantes se observa que el consumo de leche y alimentos derivados es insuficiente, al igual que el consumo de vegetales y frutas. Por el contrario, el aporte diario de energía a partir de azúcares y grasas es elevado.

Porcentaje de energía por grupos de alimentos



Fuente ENNyS

2.1.1.3. Mujeres embarazadas

La situación de mujeres en edad fértil pone en evidencia que las condiciones mencionadas presentan en mujeres embarazadas aún mayor prevalencia.

- 30,5% presenta anemia, reportando solo el 24,4% haber recibido suplementos de hierro.
- 18% presenta déficit de vitamina B12.

De modo similar a lo observado en el grupo de mujeres en edad fértil, la baja contribución de frutas, verduras, carnes, leche y sus derivados se contrapone con la importante ingesta calórica diaria de cereales, azúcares y grasas.



Le pedimos que retome los registros observados centrándose en el grupo de embarazadas que concurren al CS.

- ¿Existen en su CS actividades relacionadas con información acerca de la alimentación saludable durante el embarazo?
- ¿Se prescribe hierro habitualmente a la mujer embarazada?

2.1.2. Conclusiones

El sobrepeso y obesidad muestran una prevalencia elevada en niños (24,7% y 12,3%), así como en mujeres en forma creciente con la edad.

La obesidad constituye un problema relevante dada su asociación con enfermedades crónicas: mortalidad de causa cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia y algunos tipos de cáncer.

Las tasas de morbimortalidad debidas a las causas antes mencionadas han presentado creciente incremento durante los últimos años y constituyen las principales causas de muerte. Sin embargo, aún cuando su expresión es tardía, la identificación de la obesidad como factor asociado y su incremento en la edad infantil obligan a tratar el problema de las enfermedades crónicas y su prevención durante la infancia.

La obesidad en la infancia y en la adolescencia está asociada a la obesidad en la vida adulta. De este modo, aquellos adolescentes obesos tienen mayor probabilidad de ser adultos obesos. Por otro lado, en diferentes estudios se ha observado que existe mayor probabilidad que un niño sea obeso cuando convive con personas obesas.

La obesidad no sólo reconoce factores nutricionales como factores predisponentes o causales. El sedentarismo, las horas frente a la TV, la menor actividad física y las características de las dietas, ricas en grasa y azúcares refinados, constituyen los principales factores que se asocian al desarrollo de obesidad en la población urbana y que se han extendido rápidamente aún en países en desarrollo, dado el rápido proceso de urbanización.

En cuanto a la actividad física, la falta de espacios o problemas de seguridad constituyen causas altamente frecuentes de sedentarismo e inactividad tanto en poblaciones desarrolladas como en desarrollo.

Como ya se dijo, la **obesidad** se presenta en coexistencia con condiciones de déficit como **baja talla** y **anemia**.

En el caso de la **anemia**, su asociación con efectos tanto a corto como a largo plazo, hacen de ésta un problema relevante de Salud Pública. La anemia favorece un menor crecimiento y desarrollo en niños y mayor susceptibilidad a infecciones.

La **anemia** en mujeres embarazadas esta asociada a una mayor frecuencia de partos prematuros, bajo peso al nacer o muerte fetal, en tanto que desde el punto de vista de la madre, el riesgo de muerte materna es mayor. Durante el primer trimestre de gestación, no es tan evidente, sin embargo durante el segundo y tercer trimestre es importante en aquellas mujeres con insuficiente ingesta de hierro o con sus depósitos de hierro disminuidos.

La **anemia por deficiencia de hierro** es aún elevada en los diferentes grupos etarios, observándose otras deficiencias bioquímicas.

Las deficiencias nutricionales, ya sean valoradas desde el punto de vista antropométrico o bioquímico, tienen su origen indefectiblemente en las características de la alimentación y en la presencia de enfermedades. Por tanto, las inadecuaciones en la ingesta, particularmente a edades tempranas conllevan el desarrollo de deficiencias nutricionales que, cuanto más vulnerable sea el periodo -gestación o primeros años- implicarán diferentes consecuencias, aún alejadas en el tiempo como son el sobrepeso y la obesidad y su efecto en enfermedades crónicas en la edad adulta.

Los efectos de las condiciones de malnutrición se manifiestan en el crecimiento, desarrollo, modulación de la capacidad inmunológica, actividad física, funciones mentales superiores, así como su participación directa -enfermedades por carencia- o indirecta en el desarrollo de un número importante de enfermedades.

Esta consideración reviste mayor importancia en determinados grupos poblacionales -específicamente madres y niños- que debido a los mayores requerimientos nutricionales para desarrollar una vida saludable, se encuentran por tanto en mayor riesgo de no cubrir dichas necesidades y presentar trastornos por déficit.

Los datos ponen en evidencia que los patrones alimentarios a edades tempranas son inadecuados, con insuficiente lactancia materna y temprana o inadecuada introducción de alimentos debido, en muchos casos, a la falta de educación alimentaria.

3. La alimentación y nutrición en las diferentes etapas de la vida

La consideración temprana de una adecuada alimentación es fundamental para promover un estado de nutrición y salud adecuado.

Las Guías Alimentarias para la Población Infantil, elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil brindan herramientas y conceptos prácticos para el abordaje temprano de la alimentación y nutrición de los niños.

Mediante una guía para padres y otra para equipos de salud, se desarrollan los aspectos nutricionales fundamentales a considerar en las diferentes etapas de la vida de un niño.

En síntesis los aspectos centrales considerados son:

- 1.- Alimentar a los bebés nada más que con leche materna durante los primeros 6 meses y continuar amamantándolos hasta los dos años o más.
- 2.- A partir de los 6 meses, es necesario complementar la leche materna agregando a la dieta del bebé de a poco otros alimentos diferentes.
- 3.- Es importante tomarse el tiempo suficiente para dar de comer a los niños pequeños, con tranquilidad, ayudándoles a que conozcan y prueben otros alimentos y se acostumbren a ellos.
- 4.- A partir del año de vida, los niños pueden compartir la mesa familiar y comer los mismos alimentos que consume el resto de la familia.
- 5.- Para evitar las enfermedades es importante cuidar la higiene de todos los días y muy especialmente, en la alimentación infantil.
- 6.- La formación de hábitos alimentarios saludables se guía desde los primeros años de vida.

Según el relevamiento por Ud. realizado:

- ¿Qué comen los niños pequeños dentro de su área programática?
- ¿Qué prevalencia de lactancia materna tienen los niños menores de 2 años en su área programática?
- ¿En qué momento incorporan otros alimentos además de la leche materna?.



¿cuáles son esos otros alimentos?

- ¿Disponen las madres y las familias en general de tiempo suficiente para dar de comer a los niños pequeños, cuidar la higiene alrededor de la alimentación y crear hábitos adecuados en los niños?

Teniendo en cuenta las respuestas que Ud. haya dado a estas preguntas, en su opinión:

- ¿Cuáles son las prioridades en materia de alimentación con las que considera que el equipo de profesionales de salud debe trabajar en su área programática?
- ¿Qué estrategias de abordaje están utilizando para trabajar estos temas con la comunidad hoy?
- ¿Qué otras estrategias -que también implique el uso de las Guías Alimentarias- podría el equipo de salud sólo o con otros organismos de la comunidad poner en funcionamiento?
- ¿Qué acciones podrían implementar para fortalecer la lactancia materna?

*Las Guías alimentarias para la Población Argentina*³, presentan los aspectos fundamentales para orientar la alimentación, para todos los grupos de edad.

Estas guías se acompañan de una *Gráfica de Alimentación Saludable*. La gráfica ayuda a elegir y a combinar los alimentos y ha sido diseñada para reflejar cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta en la alimentación cotidiana:

1. Consumir una amplia variedad de alimentos.
2. Incluir alimentos de todos los grupos a lo largo del día.
3. Consumir una proporción adecuada de cada grupo.
4. Elegir agua potable para beber y preparar los alimentos.

La alimentación completa y variada constituye la orientación que -adaptada a cada condición- favorece el crecimiento, desarrollo y desenvolvimiento, de la forma más saludable.

Las guías alimentarias constituyen un conjunto de 10 mensajes educativos, pensados especialmente para la población argentina, orientadores para el fomento de una alimentación saludable.

A continuación, les presentamos los mensajes principales, cada mensaje posee mensajes secundarios ampliatorios.

3. SILVIA LEMA, ELSA LONGO Y ALICIA LOPRESTI: Guías alimentarias para la población argentina. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos. Ministerio de Salud de la Nación Buenos Aires, Noviembre 2003.

Para ampliar la información puede acceder a la guía en www.aadynd.org.ar/comunidad/guias/php



Para vivir con salud... es bueno

1	Comer con moderación e incluir alimentos variados en todas sus comidas.
2	Consumir diariamente leche, yogures o quesos. Son necesarios en todas las edades.
3	Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
4	Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.
5	Preparar sus comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar.
6	Disminuir el consumo de azúcar y sal.
7	Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
8	Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes y embarazadas.
9	Tomar abundante cantidad de agua potable durante todo el día.
10	Aprovechar los momentos de las comidas para el encuentro y diálogo con otros.

Se lo sugieren los nutricionistas argentinos

Según el relevamiento por Ud. realizado:

- ¿Qué clase de alimentos consumen en su área programática?
- ¿Quiénes son los proveedores de alimentos de su comunidad?, ¿Existe algún circuito informal de compras?, ¿Cuál?
- ¿Cómo preparan, cocinan y almacenan los alimentos?, ¿Sabe como realizan estos procedimientos?, ¿Con qué recursos cuenta la mayoría (agua potable, gas natural, garrafa, luz, etc.)?



4. Alternativas para la acción en el primer nivel de atención

La promoción de hábitos alimentarios y hábitos de vida saludables, constituyen la herramienta fundamental para abordar el tema de la **nutrición** y el problema de la **malnutrición**.

La promoción de una alimentación completa y variada adecuada a cada etapa de la vida, de hábitos higiénicos y de desarrollo de actividad física, junto al control y seguimiento del estado de salud, constituyen los componentes principales orientados a la promoción de estilos de vida saludables y a la prevención de malnutrición y sus consecuencias.

Sin embargo, en algunos períodos de la vida y en relación con algunas deficiencias específicas -especialmente para los grupos vulnerables- se requiere de otras estrategias que permitan prevenir el desarrollo de deficiencias nutricionales.

Como ya se dijo la **anemia** constituye una de las principales deficiencias nutricionales. Dado que en algunos periodos de la vida es particularmente difícil cubrir las recomendaciones nutricionales exclusivamente a partir de la dieta, los medios disponibles para complementar las necesidades junto a la promoción de una alimentación saludable son:

- La leche en polvo, entregada en el marco de programas asistenciales, fortificada con hierro, zinc y vitamina C.
- Las harinas fortificadas con hierro, ácido fólico, vitamina B1, vitamina B2 y nicotinamida, con el objeto de prevenir las anemias y las malformaciones del tubo neural como espina bífida y anencefalia.
- Los suplementos de hierro en niños y mujeres embarazadas, provistos por el Programa Remediar, de acuerdo con las recomendaciones nacionales. Esto permite junto con el aporte nutricional, alcanzar las recomendaciones específicas, previniendo el desarrollo de anemia.
- La ligadura oportuna del cordón umbilical favorece el incremento de los depósitos de hierro en el niño en forma segura.

Sobre la base de lo analizado previamente, un adecuado conocimiento de la situación nutricional de la población materno-infantil permitirá la apropiada implementación de estrategias que favorecerán mejoras, no sólo en la situación nutricional, sino además en el estado de salud y calidad de vida.

Sin embargo, **dada la participación de diversos factores sobre el deterioro de la situación nutricional, las estrategias poblacionales no pueden estar focalizadas hacia un problema en particular o basadas en una única acción.**

Estas estrategias requieren tanto de acciones individuales como poblacionales y comunitarias.

Las estrategias de acción utilizadas deben acercarse a los *códigos* que la gente maneja, teniendo en cuenta las características de cada población, pues cada una de ellas tiene saberes, hábitos, representaciones, creencias y opiniones que ha formado a lo largo de muchas generaciones y a través de múltiples experiencias de vida.

Se necesita trabajar con las prácticas de las familias, con las necesidades específicas de cada grupo, pues esto ayudará a la modificación o mejoramiento de comportamientos y hábitos.

El fin último es mejorar el estado nutricional personal, familiar y de la comunidad, con un espíritu de autorresponsabilidad, autocuidado y autonomía.

Algunas sugerencias para el trabajo en el primer nivel de atención son:

- Realizar un adecuado seguimiento nutricional en toda la población, valorando el peso, la talla y la circunferencia de cintura.
- Realizar un adecuado seguimiento del estado nutricional de las embarazadas al comienzo de la gestación y la progresión de peso durante el embarazo.
- Valorar y orientar adecuadamente los hábitos alimentarios de acuerdo con las diferentes etapas de la vida.
- Fomentar el cuidado de la salud, con el fin de evitar la presencia de enfermedades que inciden en el deterioro nutricional.
- Promover hábitos saludables, evitando el consumo de tabaco, alcohol, consumo excesivo de grasas y azúcares, junto con la promoción de actividad física.
- Indicar y monitorear el cumplimiento de los esquemas de suplementación con hierro, tanto en niños como mujeres embarazadas.

4.1. Nutrición y comunidad

El abordaje de los problemas nutricionales requiere no solo su asistencia por parte del equipo de salud sino también tener en cuenta a la familia y la comunidad local (barrio).

En esta línea, los equipos de salud deben planificar e implementar acciones orientadas a integrar a la comunidad.

- Talleres de promoción de hábitos saludables
- Talleres de cocina
- Promoción de estrategias para compras que favorezcan el consumo de alimentos saludables haciendo mejor uso de los recursos disponibles
- Trabajo con organizaciones de la comunidad, particularmente en las escuelas



Para desarrollar estrategias de Educación Alimentaria Nutricional (EAN), puede recurrir a las actividades de participación comunitaria presentadas en el Módulo 7: Salud y Participación Comunitaria.

- Promoción de espacios para el desarrollo de actividad física, actividades comunitarias, etc.

La *Educación Alimentaria Nutricional* (EAN) es un componente esencial cuando se plantean acciones orientadas a mejorar la nutrición y la salud de una población. Esta estrategia se concibe como **un accionar dinámico y participativo con las personas, para desarrollar su capacidad de identificar los propios problemas alimentarios y nutricionales, sus posibles causas y soluciones y actuar en consecuencia de acuerdo con sus pautas culturales, necesidades individuales y disponibilidad de recursos de cada lugar.**

Las familias y las comunidades no son receptoras pasivas de servicios sino, por el contrario, tienen sus propios objetivos, preferencias, prioridades y valores y poseen conocimientos e interpretaciones propios de las condiciones locales que generan la mala nutrición y afectan a la salud.

Es primordial para el equipo de salud conocer las representaciones de la comunidad alrededor de esta problemática, para que las acciones se dirijan a las causas y consecuencias subyacentes y no sólo a las causas biológicas próximas, que presentan gran variabilidad entre los distintos países, poblaciones, comunidades e individuos.

4.2. Estrategias domésticas de consumo⁴

Los hogares desarrollan estrategias domésticas que les permiten moderar aunque no superar las crisis de acceso a una alimentación socialmente aceptable.

Según, P. Aguirre:

Cuando hablamos de estrategias domésticas de consumo alimentario, las estamos separando analíticamente de la multiplicidad de campos que componen las estrategias de vida (...).

Las estrategias domésticas de consumo alimentario son las prácticas que los agregados sociales realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones, creencias y sentidos que se aducen para justificarlas.

Definidas como prácticas y representaciones, las estrategias domésticas de los hogares nos permiten comprender cómo y por qué cambian las formas de comer en el tiempo y qué efectos tuvieron estos cambios en la población.

Las estrategias no son individuales sino del agregado social que llamamos hogar

4. AGUIRRE, P.: Seguridad alimentaria, una visión desde la antropología alimentaria. Publicado en Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido. Fundación CLACYD-Córdoba, 2004.

o familia o unidad doméstica, porque allí se realizan los más importantes y significativos eventos para la alimentación de las personas, quienes deciden en conjunto -con todas las negociaciones culturalmente admitidas- el destino de los ingresos y egresos, la preparación, distribución y consumo de los alimentos, todo esto justificado por creencias y valores acerca de que se debe o puede comer (...)

Las estrategias se desarrollan en la práctica por ensayo y error, alimentadas por los resultados de la experiencia familiar y del entorno de amigos, vecinos e iguales (...).

Estamos hablando de conductas o cursos de acción, posibles y probadas, que se observan por sus resultados y se mantienen en el tiempo largo del ciclo de vida, diferenciándolas de los arreglos coyunturales que se efectúan en el corto plazo para superar un evento puntual.

Al hablar de estrategias estamos hablando de elecciones entre diferentes cursos de acción posibles de realizar. Pero estas elecciones no son libres ni infinitas.

Los hogares deciden dentro de un limitado espectro de posibilidades (tanto más limitado cuanto más pobre sea el hogar) y esto no se refiere sólo a los recursos materiales sino también respecto a las representaciones, las cuales se delinear en función de futuros posibles, siempre pensados en relación a las condiciones objetivas del presente.

Identifique y registre las prácticas alimentarias de varias familias con las que tenga contacto a raíz de su tarea como profesional en el CS. Elija familias con diferentes características respecto a su composición (monoparental, a cargo de hombres, a cargo de mujeres a cargo de personas mayores, etc), número de miembros, cantidad de niños pequeños, ubicación en el barrio (cercanía o lejanía de los lugares de venta de alimentos), infraestructura para cocinar (agua potable, cocina con adecuada provisión de gas, espacios exclusivos para cocinar, etc.) y otras.

Una vez registradas las diferentes prácticas alimentarias y vinculadas con las características de las familias, analice:

- El grado de vulnerabilidad de las familias y su relación estrecha con unas variables por sobre otras.
- Aquellas cuestiones de las prácticas alimentarias de cada familia vinculadas con las representaciones acerca de los alimentos que se comparten.



- Cuáles son las familias que presentan mayor sensibilidad a los mensajes del mercado en desmedro de una adecuada elección alimentaria basada en información nutricional adecuada.

¿Cómo cree que las familias que ha identificado han adquirido las prácticas alimentarias que hoy realizan?

¿Qué acciones puede desarrollar con su equipo de salud y otros actores de su área programática para mejorar las prácticas alimentarias con las condiciones existentes en las familias?

4.2.1. Redes de ayuda mutua

P. Aguirre⁵ describe algunas de las prácticas que permiten a los hogares pobres acceder a *más cantidad y mejor calidad de alimentos*, en este artículo presentamos una de ellas, relacionada con la diversificación de las formas y fuentes de ingresos, las *redes de ayuda mutua*:

Cuando los ingresos se reducen y la asistencia se hace más y más discrecional, los hogares aumentan la confianza en la ayuda que pueden recibir, no de un estado en retirada, sino de su propio entorno. Cultivan entonces sus *redes de ayuda mutua*. Estas son relaciones de amistad, vecindad o parentesco basadas en la confianza que se tienen entre amigos, vecinos y parientes.

Estas redes de relaciones forman un verdadero sistema de seguridad social que canaliza la solidaridad mutua en forma de mensajes, bienes y servicios que se desplazan desde los miembros y los hogares que *están en la buena*, que tienen más, hacia los miembros y los hogares que están en la mala, quienes, a su vez, devolverán los favores recibidos a sus vecinos, amigos o parientes cuando mejore su situación o aquellos se encuentren necesitados.

Es cierto que puede dudarse de la eficacia de las redes cuando la crisis es generalizada, puesto que son sistemas de seguridad entre pares. (...) Sin embargo, ante crisis prolongadas como la destrucción de puestos de trabajo que convirtió a los desocupados en inempleables, sólo la solidaridad de aquellos comprometidos por relaciones de afecto y confianza mutua puede mantener a vecinos, parientes o amigos durante largo tiempo, sacando recursos del propio hogar para cederlos a los que están peor.

Por supuesto que cuanto más densa, numerosa y heterogénea es la red de

5. AGUIRRE, P.: Op. cit

relaciones del hogar, mayores son las posibilidades de que contribuya exitosamente al sostén de alguno de sus miembros. Pero cuando más y más hogares entran en crisis, difícilmente las redes puedan sostener a un gran número de demandantes. Aún sin recursos, la función de *sostén psicológico* de las redes se visualiza en el mensaje de afecto, valorización y esperanza que realizan los amigos y que es un elemento clave de la supervivencia.

Por eso los pobres aseguran con prestaciones y contraprestaciones sus redes de relaciones, porque tienen confianza que lo que han dado volverá cuando estén en la mala, pero no de la misma forma en que fueron dados sino convertidos en los bienes o servicios que necesiten junto al mensaje de afecto que garantiza que no están solos.

Reconstruya en la historia de su comunidad, el modo en que el barrio ha enfrentado los períodos de grandes crisis por falta de poder adquisitivo o desocupación y analice:

- ¿Se generaron espacios comunitarios de ayuda (comedores, redes de provisión de alimentos entre familias o entre organizaciones barriales y algunas familias)?, ¿Puede describir la estrategia que utilizaron?
- ¿Quiénes fueron ayudados y por quién/es?
- ¿En qué estado se encuentran actualmente esas redes de ayuda mutua?, ¿siguen funcionando?, ¿han evolucionado?, ¿se activan fácilmente ante situaciones de falta de alimentos?

En su opinión, ¿tendría que participar el equipo de profesionales del CS en estas redes?, ¿cómo?

En conclusión citando a P. Aguirre⁶:

(...)Las estrategias de consumo pueden moderar la crisis de acceso, pero de ninguna manera pueden superarla.

Para mejorar su acceso a la alimentación los hogares pobres diversificaron sus fuentes de ingresos y de abastecimiento, redujeron el tamaño de las familias y se



6. AGUIRRE, P.: Op. cit

auto-explotaron, trabajando más y comiendo menos. Apoyaron sus elecciones alimentarias en representaciones del cuerpo "fuerte", seleccionaron alimentos "rendidores" y comidas "baratas, que llenan y gustan". Así formaron canastas alimentarias que permitieron moderar la crisis de acceso pero de ninguna manera revertirla.

Esta organización del consumo, si bien es racional en términos costo-beneficio (en el sentido que al menor precio logran una canasta que consideran satisfactoria), esto no quiere decir de ninguna manera que sea una canasta nutricionalmente adecuada. Al contrario, la búsqueda de volumen sostenido por los hidratos (pan, fideos, papas), saciedad (carnes grasas) y sabor (azúcares) coloca a los sectores de menores ingresos en una situación crítica desde el punto de vista nutricional. La que, podemos prever, no se manifestará como desnutrición aguda sino como desnutrición crónica y obesidad.

Porque debemos concluir que no comen lo que quieren ni lo que saben, sino lo que pueden. Sus estrategias domésticas de consumo están sobredeterminadas por su condición ocupacional, nivel de ingresos, educación y por su acceso diferencial a mercados segmentados y a la asistencia social alimentaria.

Las consecuencias de las estrategias de consumo son formas diferentes de malnutrición. En los sectores de mayores ingresos predominan las patologías por exceso; en cambio los hogares pobres suman las patologías por carencias a las patologías por exceso las que se manifiestan como desnutrición crónica combinada con obesidad.

Actividad de integración



Teniendo en cuenta las condiciones de malnutrición de su comunidad y las estrategias de consumo desarrolladas por los hogares en este último tiempo:

- ¿Qué acciones a *largo plazo* se pueden realizar desde el CS para ayudar a las familias a desarrollar estrategias de consumo que favorezcan la erradicación de la malnutrición crónica? ¿Con qué recursos cuenta para realizarlo?
- ¿Cómo y con quién las implementaría? ¿Qué papel cumplirían las demás instituciones y/o organizaciones del barrio?



Evaluación

Evaluación



Como decíamos en la introducción del módulo 10, estos dos volúmenes (10a y 10b) han llevado a los becarios del Posgrado en Salud Social y Comunitaria a revisar *algunas de las grandes problemáticas que enfrentan todos los días como profesionales en el primer nivel de atención*.

En el transcurso de las unidades cada becario y cada equipo de salud ha ido relevando el estado de situación de su comunidad respecto a cada una de estas problemáticas. Como propuesta de evaluación le sugerimos que elija alguna de ellas, sea por la prevalencia que presenta en su área programática, sea porque esa prevalencia va en aumento, sea porque es un terreno poco explorado, etc.

Le proponemos entonces, construir una planificación local estratégica respecto a algunas de las problemáticas que se presentan a lo largo de estos dos tomos del módulo 10 y, utilizando las herramientas de programación local presentadas en el módulo 4 producir:

UN ANÁLISIS SITUACIONAL

Esto implica que determine si en la **identificación y priorización del problema y sus causas** necesita completar el análisis con las herramientas que le sugerimos en el módulo 4 para "el análisis situacional".

Para ello le recomendamos que:

- En relación al problema revise los **elementos que lo componen y las técnicas utilizadas para detectarlos**.
- Revea cuáles han sido las principales **técnicas de relevamiento de datos**.
- Luego analice con qué **criterios realizó la definición de prioridades**.
- Ahora deberá completar, si lo considera pertinente, el **análisis explicativo del problema** a través de diversas técnicas de identificación de causas y/o factores de riesgo (árbol de problemas, diagrama causa - efecto, flujograma situacional) y la ponderación del peso de las causas y su potencial modificación.

Recuerde que la identificación de las causas del problema y sus relaciones constituyen una base indispensable para el diseño de las acciones

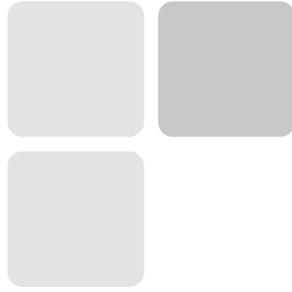
UNA PLANIFICACIÓN LOCAL ESTRATÉGICA

A partir del análisis situacional elabore una planificación local estratégica. Para ello considere los siguientes aspectos:

- Formular el **programa de trabajo** (objetivos, población objetivo, actividades, recursos, plazos, responsables, evaluación)
- Analizar la **viabilidad** del proyecto y de las restricciones que pueden interferir en el cumplimiento del diseño normativo del plan de acción (obstáculos que se deberán superar).
- Definir cómo se va a llevar a cabo la **ejecución** del programa de trabajo (definición de roles, funciones y responsables. Monitoreo de la ejecución)
- Definir la metodología de **evaluación** para el proyecto (qué aspectos evaluará, con qué criterios de evaluación, con qué referencias para determinar los logros, cómo, con qué instrumentos o técnicas, determinando los indicadores de evaluación que se utilizarán, en qué momentos y quiénes participarán en la evaluación).



Bibliografía



Bibliografía utilizada

La problemática de la Tercera edad

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe): *Panorama Social de América Latina* Publicación de Naciones Unidas. 2000-2001.
- CEPAL / CELADE / BID: *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*. Edición preliminar. Santiago de Chile. 1996.
- CHESNAIS, J. C.: *El proceso de envejecimiento de la población*. Notas de población N° 35. 1990.
- ENGLER, T. A. y PELÁEZ, M. B.: *Más vale por viejo: Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2002.
- FLACSO / GAO. *Proyecto "La Casa de la Ciudadanía y de los Vecinos..."*. Buenos Aires. 1995.
- FLACSO. *Metodología FLACSO de Planificación gestión*. Héctor Poggiese. Serie de Documentos e Informes de Investigación N° 163, Buenos Aires. 1994.
- GARCÍA, A.N.: *Percepción del maltrato por los adultos mayores urbanos*. Congreso internacional sobre maltrato al adulto mayor. 2001.
- GARCÍA, A.N.: *Manual para monitores de adulto mayor*. Universidad de Bío Bío. 1999.
- GIDDENS, A.: *La constitución de la sociedad*. Amorrortu. Buenos Aires. 1998.
- GRANDE E., I.: *Marketing de los servicios*. Madrid. Ed. Esic. 1996.
- IMSERSO. *Revista Sesenta y más*. Publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Número 204. Madrid. 2002.
- IMSERSO. *Plan mayores 2003 - 2007*, Madrid.
- LATTES, A.: *Desarrollo, migración y transición demográfica en Argentina*. México. UNAM. 1993.
- 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.

- NACIONES UNIDAS: *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. "Mejoramiento de la salud y el bienestar en la vejez: en defensa del envejecimiento activo"*. 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. 2002.
- OMS / IMPEA: *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Genova. 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-España. 2002.
- OROSA, T.: *La educación en la prevención del maltrato al adulto mayor*. Universidad de Bío Bío, 2001.
- POGGIESE, H.: *Planeamiento y Participación (Artículo)*. 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. EFAM Chile. 2003.
- RECCHINI, Z.: *Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población en la Argentina*. BsAs Naciones Unidas, 2000.
- SÁNCHEZ, V. P.: *Sociología de la vejez versus economía de la vejez*. Revista de sociología 2000. Murcia. Universidad de Murcia. 2000.
- SIEMPRO: *Procesamientos especiales. Encuesta de Condiciones de Vida -2001*, Buenos Aires, 2003.
- SOLARI, A.: *Del envejecimiento normal al envejecimiento perverso*. Revista de ciencias Sociales N° 43 Montevideo.1987.
- THOMAS - HOPE, E.: *Trends and patterns of migration to and from the Caribbean countries. Simposio sobre migración internacional en las Américas*. Puerto Rico. 2000.
- VILLA, M. y RIBADENEIRA, J.: *El proceso de envejecimiento de la población de Latinoamérica y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*. Naciones Unidas. 2000.

La problemática de la sexualidad y la procreación

- CEDES: *Notas informativas CEDES. N° 1. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: Salud Pública y Derechos Humanos*. Buenos Aires. 2002.
- CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales, "*Derechos humanos en la Argentina Informe 2002-2003*". Editorial Siglo XXI Editores Argentina. Buenos Aires. Pág.352. 2003.
- CONWAY, J., BOURQUE, S. y SCOTT, J.: *El Concepto de Género, en ¿Qué son los estudios de mujeres?*, NAVARRO, M. y R. STIMPSON, C. (compiladoras). Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 1998.
- DE BEAUVOIR, S (1949): *El segundo sexo*. Sudamericana, Argentina, 1999.
- FOUCAULT, M.: *Historia de la Sexualidad, 1. La Voluntad de Saber*, Siglo XXI Ed., México. 1987.
- LAMAS, M.: *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría 'género'*, en Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Porrúa, México. 1996.
- Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable de la República Argentina. 2002.
- NACIONES UNIDAS. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo. 1994
- NACIONES UNIDAS: *Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing 4-15 de septiembre de 1995. Nueva York, Naciones Unidas. 1996.
- SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: *Programa de Procreación Responsable*. 1987.
- STOLLER, R.: *Sex and gender*. Jason Aronson. New York. 1968.
- TAJER D.: *Subjetividades sexuadas contemporáneas*. La diversidad posmoderna en tiempos de exclusión en Meler, I. y Tajer, D. (comp.), *Psicoanálisis y Género*. Conversaciones en el Foro, Lugar Editorial, Bs. As. 2000.

La problemática de la Alimentación y la Nutrición

- AGUIRRE, P.: *Seguridad alimentaria, una visión desde la antropología alimentaria*. Publicado en : Desarrollo Integral en la Infancia: El Futuro Comprometido. Fundación CLACYD- Córdoba 2004
- AGUIRRE, P.: *Ricos flacos gordos pobres*. Ed. Capital Intelectual .Buenos Aires. 2004.
- ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD. Documento de Presentación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.
- ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN Y SALUD. Resultados Preliminares. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.
- LEMA S., LONGO E. y LOPRESTI A.: *Guías alimentarias para la Población Argentina. Lineamientos metodológicos y criterios técnicos*. Ministerio de Salud de la Nación Buenos Aires. 2003.
- MANUAL METODOLÓGICO PARA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD EN CRECIMIENTO Y NUTRICIÓN DE MADRES Y NIÑOS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2003.
- MUNICIPIOS SALUDABLES. PORTAFOLIO EDUCATIVO. Capitulo 9 Alimentación. OPS / Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2005
- OPS. *Plan de Acción para las Américas del Programa de Alimentación y Nutrición*. Documento CD40/31. Washington, D.C. 1997.

Índice CD ROM

La Salud del niño/a y el adolescente

- El primer año de vida en la mira: La supervisión del niño sano.
- Lactancia.
- Pautas de control del niño de 1 a 5 años.
- Alimentación Complementaria del niño amamantado.
- Pautas de Control del niño en edad escolar de 6 a 12 años.
- Guías Alimentarias para la Población Infantil-(Orientación para padres y cuidadores)
- Guías Alimentarias para la Población Infantil-(Consideraciones para los equipos de salud)
- Supervisión de la Salud del Adolescente.
- Consenso sobre examen físico del niño y del adolescente que practica actividades físicas.
- Certificación para la actividad física escolar y pre-participativa deportiva.
- Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años.
- Asma Bronquial en la Infancia- Criterios de diagnóstico y tratamiento.
- Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil .
- Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad.
- Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Sedentarismo.
- Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Tabaquismo.
- Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Hipertensión arterial en el niño y el adolescente / Hipercolesterolemia.
- Infecciones en Pediatría Ambulatoria.
- Prevención de Infecciones en Jardines Maternales y Escuelas.
- Consenso de Diarreas Agudas en la infancia.
- Accidentes.
- Deficiencia discapacidad, minusvalía.
- Pediculosis.
- Anemia.

Archivos de audio

- Lactancia materna. Experta entrevistada: Dra. María Luisa Ageitos.
- Manejo de la diarrea aguda. Experta entrevistada: Dra. María Erlinda Sordo.
- Mitos y realidades de la alimentación infantil. Experto entrevistado: Dr. Esteban Carmuega.
- Salud ambiental infantil. Experto entrevistado: Dr. Juan Antonio Ortega García.

La salud de la mujer y del varón adulto

- Enfermedad coronaria.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Colon irritable y constipación.
- Ansiedad, depresión e insomnio.
- Trastornos del ciclo menstrual.
- Guía para el uso de métodos anticonceptivos.
- Anemia.

La salud del anciano

- Problemas frecuentes en geriatría.

Compaginación:

María Belén Bilisich, Gustavo Silva.

Diseño:

Manuel Herrera.

■ Autores

TERCERA EDAD

Mag. Silvia Gascón

Directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Instituto Universitario de la Fundación ISALUD

Ex Asesora del Ministerio de Salud en temas de envejecimiento

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Valeria Isla

Marisa Matía

Gabriela Perrotta

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

MALNUTRICION

Dr. Pablo Duran

Coordinador General de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil

Profesor Adjunto de la Cátedra de Salud Pública. Universidad de Buenos

Aires (UBA)

■ Editora

Dra. Mariela Rossen

■ Supervisión

Roberto Armagno

■ Diseño didáctico

Lic. Alejandra Pérez

Lic. Eleonora Sansosti

Lic. Adriana Sznajder

■ Asesoramiento académico

Dra. María Luisa Ageitos

Acad. Abraam Sonis

■ Diseño Gráfico

Pablo Fantini

■ Imprenta

Graphicom

■ Agradecimientos

Agradecemos a la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y a la Fundación MF "Para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud" por el generoso aporte del material contenido en el CD relacionado con temas prevalentes en Salud Infantil y del Adulto

