



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
INSTITUTO DE LA SALUD JUAN LAZARTE
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

**“Las prácticas preventivas en un Centro de Salud de la Red
Pública de la Municipalidad de Rosario: el equipo de salud
y la población migrante.”**

Tesista: Matías Vidal

Director tesis: Mg. Irene Luppi

Co-director: Mg. Marisel Colautti

Rosario, Mayo de 2019

Universidad Nacional de Rosario

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Instituto de la Salud Juan Lazarte

Maestría de Salud Pública

“Las prácticas preventivas en un
Centro de Salud de la Red Pública de la
Municipalidad de Rosario: el equipo de salud
y la población migrante.”

Director tesis: Mg. Irene Luppi

Co-director: Mg. Marisel Colautti

Tesista: Matías Vidal

Rosario, Mayo de 2019

INDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCION	4
2. LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	5
3. EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN/CUIDADO Y LOS SABERES EN JUEGO AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN	15
4. LA CONDICIÓN DE MIGRANTE Y SUS IMPLICANCIAS EN EL VÍNCULO TERAPÉUTICO	24
5. EL PROCESO DE ATENCIÓN A MIGRANTES Y LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS	28
6. OBJETIVOS	31
7. METODOLOGÍA	32
8. RESULTADOS	40
8.1. Entrevistas al equipo del Centro de Salud	40
8.2. Entrevistas a las personas que han migrado	52
8.3. Relevamiento de la información de las historias clínicas	55
9. CONSIDERACIONES FINALES	61
Elementos para fortalecer el vínculo	61
La continuidad de la atención	64
Noción de salud y prácticas de autocuidado	65
La perspectiva preventiva en la atención	66
Prácticas preventivas dirigidas a la población de referencia	67
Por último y como inicio	68
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
11. ANEXOS	79

RESUMEN

Las prácticas preventivas son medidas destinadas para evitar que una enfermedad suceda, o disminuir esa posibilidad, o detener su avance y/o atenuar sus consecuencias. En ese espectro, los equipos de salud proponen diferentes prácticas según la edad de la persona y el contexto donde vive, desde la perspectiva propia de su formación; en tanto que las personas que asisten a los efectores de salud sostienen cotidianamente sus propias prácticas de prevención, según sus experiencias, creencias y cultura. En ese encuentro se detectan tensiones propias del vínculo que se establece, con el agregado de condicionantes derivados de las características y complejidad propias de la migración.

Se plantea como objetivo general de esta investigación Identificar las prácticas preventivas del equipo de salud y las prácticas preventivas de la población migrante que accede a un Centro de Salud del Sistema Público de Salud Municipal del distrito noroeste de la ciudad de Rosario. Se lleva a cabo un estudio de carácter exploratorio y se recurre de manera principal a la técnica de entrevistas semi-estructuradas tanto a integrantes del equipo de salud como a migrantes que reciben atención en ese efector. Se complementa con un relevamiento y revisión de registros de prácticas preventivas según niveles en historias clínicas de usuarios migrantes.

Se desarrollan aspectos vinculados con estrategias de prevención en las particulares condiciones en las que se establece la atención a migrantes establecidos en un contexto de recursos limitados, los límites a la comunicación, moldeados por sus culturas de origen, los elementos que se valoran en la consulta, la necesidad de un traductor o intermediario cuando no se domina la lengua local, entre otros aspectos, teniéndose en cuenta la tensión que se deriva de prácticas que se ponen en juego desde las perspectivas de cada actor, biomédicas versus tradicionales.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se concibe como una primera aproximación a las prácticas preventivas a cargo del equipo de un Centro de Salud de la ciudad de Rosario en perspectiva de las prácticas que sustentan las personas que han migrado y viven en el área de referencia de la institución.

Surge así a partir de plantear como interrogante principal ¿Cuáles son las prácticas preventivas que realizan los miembros del equipo de salud y cuáles las prácticas preventivas de la población migrante, que accede a la atención en un Centro de Salud del Sistema Público en la ciudad de Rosario?

Se desarrolla en los capítulos iniciales un recorrido por los conceptos de prácticas preventivas y sus diferentes niveles y sobre los diferentes saberes que se suponen en juego en la interacción entre el equipo de salud y las personas que han migrado, intentando poner en dimensión la complejidad de ese vínculo. Se hace especial hincapié en la diferentes posiciones desde las cuales cada actor (integrantes del equipo de salud y personas que han migrado) deviene. Se desarrollan conceptos como Modelo Médico Hegemónico (MMH), clínica del sujeto, saberes populares o tradicionales, vínculo terapéutico y algunos aspectos descriptivos sobre las actividades de autoatención.

A continuación, en el cuarto capítulo, se revisan brevemente aspectos referentes al fenómeno migratorio y su relación con el sistema de salud; sobre interculturalidad, y luego se invita a una revisión sobre los antecedentes de investigación que fueron hallados sobre las prácticas preventivas que propone la biomedicina a la población migrante.

En los capítulos siguientes se plantean los aspectos metodológicos que guiaron la construcción de la situación problemática, los objetivos y los elementos que constituyeron el diseño general del trabajo de investigación.

A continuación se presenta el capítulo donde se desarrollan los resultados, conforme los objetivos planteados y luego consideraciones finales, habida cuenta el carácter exploratorio otorgado al estudio.

2. LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

“La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni de virus raros. Es medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores.”

R. Colasanti¹

Atención Primaria de la Salud. Inicios y contexto local.

La declaración de Alma Ata (1978), “Salud para todos en el año 2000”, situó por primera vez en el centro de la escena el debate sobre el concepto, los objetivos y los fundamentos de la Atención Primaria de la Salud (APS). Allí se definió que *“APS es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder. Forma parte integral tanto del sistema de salud del país, del que constituye su función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad”*(p.1). De acuerdo con esta declaración, los componentes de APS incluirían características como educación en relación con los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos o controlarlos, promoción del abastecimiento de alimentos y de una adecuada nutrición, adecuado suministro de agua potable y de servicios sanitarios básicos, atención de la salud materno infantil (incluyendo planificación familiar), inmunización contra las

¹ II Congreso de Medicina y Emigración. Roma, 1990.

principales enfermedades infecciosas, prevención y control de las enfermedades endémicas locales, tratamiento apropiado de las enfermedades y las lesiones comunes y provisión de medicamentos esenciales. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud manifestó en la declaración que: *“la Atención Primaria de la Salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas”*(p.2).

En ese momento Argentina estaba bajo un gobierno de facto como la mayoría de los países de América Latina retrasando la llegada de las ideas rectoras de la APS. No obstante en la provincia de Santa Fe la ciudad de Rosario fue una de las precursoras de esta estrategia siendo la salud pública una prioridad en la agenda.

La historia sanitaria de la ciudad de Rosario se desprende en sus inicios desde la perspectiva de dos administraciones: la municipal y la provincial. La Dirección de Asistencia Pública Municipal (últimas décadas del siglo XIX) decidió propiciar la construcción inicialmente de los hospitales municipales de la ciudad: el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA) e Intendente Carrasco (HIC) inicialmente, y más tarde los hospitales Dr. Roque Sáenz Peña (HRSP) (en el sur) y Juan Bautista Alberdi (HJBA) (en el norte). Posteriormente el hospital de niños Víctor J. Vilela (HVJV) y la maternidad Martín. Estos efectores constituyeron por años la red de servicios de salud pública de la ciudad. Posteriormente (desde 1990) el gobierno de la Municipalidad de Rosario decidió tomar otro camino. Considerando elementos de la definición de APS, la decisión fue la de transformar el Sistema de Salud con una gestión descentralizada basada en tres líneas directrices: equidad (igual utilización de servicios a igual necesidad), clínica contextualizante (privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía) y la participación (construcción colectiva del conocimiento epidemiológico) (Herrmann, 2013; Róvere, 2005). Esto se evidenció con la decisión de la implementación de un mayor presupuesto municipal en salud (desde el 8% al 25%) acompañándose de la progresiva recuperación edilicia de los hospitales, del aumento del número de centros de salud ubicados estratégicamente en las zonas con población más vulnerable de la ciudad y del incremento del recurso humano y de la profesionalización del mismo, especialmente en el primer nivel atención.

Actualmente la red de salud municipal está conformada por efectores (HJBA, HRSP, HIC, HECA) que se organizan en tres niveles de atención, según la especialización técnica y

complejidad tecnológica que poseen para la atención de los problemas de salud/enfermedad de la población. El primer nivel de atención está constituido por 51 Centros de Salud (CS) organizados distritalmente y coordinados por la Dirección de Centros de Salud. Desde allí los “equipos de referencia” cuentan con población a cargo. Estos equipos están a cargo de un clínico, un pediatra o médico general junto a un enfermero. El eje es el paciente ambulatorio y su autonomía como sujeto. Esto se complementa con una herramienta que es la “adscripción de pacientes a equipos de referencia” que significa el registro de la familia y la responsabilidad por acompañar la resolución de los problemas de salud, por parte de un equipo de profesionales. El resto de los profesionales de los equipos trabajan de *modo matricial*². La población-objetivo de los equipos de los centros de salud está construida con un criterio ampliado, estableciendo criterios de priorización en base a la identificación de los grupos más vulnerables (Róvere, 2005). El segundo nivel de atención contempla consultas médicas y prácticas especializadas. Está conformado por: tres hospitales que cuentan con internación, un servicio de Internación Domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) efector dedicado exclusivamente a la atención de pacientes adultos que nuclea consultorios externos especializados. El tercer nivel que concentra la mayor sub-especialización técnica profesional y la alta complejidad tecnológica está constituido por el HVJV y el HECA. Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias (Quadri, 2015).

La administración provincial, por su parte, representada en la figura del Ministerio de Salud, tomó bajo su responsabilidad la administración de los grandes hospitales de Rosario (Hospital Provincial de Rosario y Geriátrico Ayolas) en sus inicios, y luego fue asumiendo la administración del Hospital de Niños Zona Norte y del Hospital Centenario del Bicentenario. Respecto del primer nivel de atención provincial, los primeros centros de salud dependían de un hospital base conformando una distribución en áreas programáticas y posteriormente fueron migrando su organización ya dependiendo de una Dirección de Centros de Salud propia. Actualmente se cuenta con 30 centros de salud bajo la órbita provincial (Herrmann, 2013).

La investigación se focaliza específicamente en el distrito Noroeste de la ciudad de

² Profesionales como apoyo matricial: grupo de profesionales disponibles como soporte para un número de Equipos de Referencia (Wagner, 2001).

Rosario. El área de responsabilidad de la institución abarca aproximadamente 45.000 habitantes, mayoritariamente migrantes (Stival, 2016). Según las características del área de influencia del Centro de Salud, se podrían distinguir tres microáreas. La primera microárea incluye una población de clase media baja, de larga residencia en el barrio, que podría incluirse en la categoría de nuevos pobres o sectores medios empobrecidos. Se trata de un área urbanizada con calles pavimentadas, instalaciones cloacales y provisión de agua potable, diferenciándose una zona comercial con gran circulación de tránsito. Casi la totalidad de las personas que habitan esa zona del barrio tienen más de 15 años de residencia allí, y cuentan en su mayoría con cobertura de seguridad social privada. Una segunda microárea está conformada por una población migrante aborigen de la etnia toba de la zona del Chaco (principalmente Castelli y Sáenz Peña) y norte de Santa Fe. Esta zona no está urbanizada, ni cuenta con los servicios básicos como sistema cloacal. El suministro de agua es a través de canillas públicas con prolongaciones de mangueras para cada casilla. Las familias viven en condiciones de extrema pobreza y habitan en casillas de chapa o cartón, con piso de tierra. Esta población se sustenta del reciclaje de basuras y del mendigüeo. Las familias que no cuentan con un trabajo formal pero perciben un subsidio estatal por hijo/a. La tercer microárea está formada por un asentamiento irregular de casillas, cuya población esta conformada en gran parte por migrantes de provincias del norte del país (Chaco, Santiago del Estero y Corrientes), y del Paraguay. Esta población se sustenta mediante el reciclaje de basura, changas esporádicas de albañilería, etc. Según dos estudios realizados en este efector las dos últimas microáreas mencionadas, donde se asientan las personas que han migrado, son las que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad (Vignoni, 2010; Equipo del Centro de Salud Juana Azurduy, 2005/6).

La Medicina Preventiva

Durante los últimos años el discurso de la salud pública y las propuestas de redirigir las prácticas de salud se manifiestan en torno a la idea de promoción de la salud. No obstante, el concepto de promoción fue definido tradicionalmente por Leavell & Clark en la década del setenta como uno de los elementos de nivel primario de atención en medicina preventiva. Luego fue retrabajado desde distintas perspectivas, especialmente en Canadá, Estados Unidos y países de Europa occidental. La revalorización de la promoción de la salud recupera, con un discurso renovado, el pensamiento médico social del siglo XIX (Czeresinia, 2006:47). Si bien este trabajo toma la perspectiva preventivista más

tradicional de la medicina y las ciencias de la salud, no podemos dejar de tener en cuenta que la promoción de la salud es más amplia e integradora. La promoción de la salud busca modificar las condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas, se dirige hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones para que sean predominantemente propicios para la calidad y la salud; y se orientan al conjunto de acciones y decisiones colectivas que pueden favorecer la salud y la mejora de las condiciones de bienestar (Czeresinia, 2006).

A pesar de constituir un avance incuestionable, tanto en el plano teórico como en el campo de las prácticas, la evaluación positiva de la salud trae consigo un nuevo problema. Al considerarse salud en su significado pleno, se está lidiando con algo tan amplio como la propia noción de vida. Czeresnia (2006) sostiene que promover la vida en sus múltiples dimensiones abarca, por un lado, acciones en el ámbito global de un Estado y, por otro, la singularidad y autonomía de los sujetos, lo que no puede ser imputado a la responsabilidad de un área de conocimiento y práctica.

Desde el trabajo cotidiano de los equipos de salud del primer nivel de atención, la posición que se asume es la de la prevención. Prevenir es el *acto por el cual se pretende evitar que algo suceda, disponiéndose con anticipación, preparándose de antemano para algo* (RAE, 2001). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende a la prevención en salud como las *“medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, como en la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”* (OMS, 1998). A su vez se designa como medicina preventiva a un modelo o teoría tradicional reconocida como *“la ciencia y el arte de evitar enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y mental y la eficiencia”* (Leavell y Clark, 1977: 7).

La Medicina Preventiva como formación discursiva, surge en un campo formado por tres corrientes: la primera, la Higiene, de aparición durante el siglo XIX, íntimamente ligada al desarrollo del capitalismo y a la ideología liberal; la segunda, la discusión de los costos de la atención médica, en las décadas de 1930 y 1940 en los Estados Unidos, ya en una nueva división de poder internacional propio de la dinámica de la Gran Depresión, que iba configurar la intervención del Estado Interventor; y la tercera, a partir de la redefinición de las responsabilidades médicas surgida en el interior de la educación médica.

La Higiene de fines del siglo XIX y del inicio del siglo XX, se definió en su marco más general como el *“arte de conservar la vida”*. Peixoto publica en 1913 que “la Higiene es la nueva medicina. Mientras la otra, la vieja medicina, buscaba muchas veces sin conseguirlo,

curar las enfermedades” a diferencia “la Higiene se ocupa de la salud para evitar la enfermedad. Es más fácil y seguro”. En varios libros de principios del XX la Medicina Preventiva aparece como una disciplina, parte o sección de la Higiene (citado en Arouca, 2008: 105).

Sin embargo, la presión de las corporaciones médicas provocó que en la práctica la higiene fuera reemplazada por la medicina preventiva. Se identifican dos momentos, primero la reforma curricular y posteriormente el reemplazo de las cátedras de higiene por la apertura de departamentos de medicina preventiva en las escuelas médicas de Estados Unidos y Canadá entre los años 20 y 50 del siglo XX (Almeida-Filho, 2000). Así la Medicina Preventiva definió un objeto de estudio y una práctica que abarcaba aquellas actividades de prevención de enfermedades y protección de la salud de los que serían responsables directamente el individuo y su familia. Se hace evidente el objeto desde dos ópticas: por un lado estarían las circunstancias en las cuales aparecen las enfermedades y por otro la actitud preventiva que debía incorporar el estudiante de medicina en su práctica cotidiana.

Es en esas dos décadas donde se presenta un antagonismo entre la organización del sector médico y la redefinición del rol del Estado en Estados Unidos. El sector médico, ejerciendo un rol político, hace alianzas con otros grupos o sectores sociales y económicos, bloqueando los intentos de intervención del Estado que pongan en riesgo la pérdida de su autonomía económica. El Estado comienza a manifestarse no sólo a través de proyectos de ley sino a través de “grupos racionalizadores” vinculados al sector de salud pública que reivindicaban el control central de la atención médica. Esto no fue lo que sucedió en Inglaterra, donde este movimiento fue seguido de la creación del Servicio Nacional de Salud en 1946 (Arouca, 2008).

Leavell & Clark (1977: XVII-XVIII) fueron quienes comenzaron a tomar algunas ideas hasta ese momento desarrolladas por diferentes autores, ordenando algunos conceptos para comenzar a entender preliminarmente el cuerpo teórico de la Medicina Preventiva. Para ellos se dio una reorganización del conocimiento médico que dio lugar a un nuevo discurso que sugirió y orientó una nueva práctica de la medicina.

De la sistematización teórica propuesta por estos autores se desprenden algunos que resultan de mayor interés a los fines de esta investigación:

- Cualquier enfermedad o condición mórbida en el hombre es el resultado de un proceso que sigue más o menos una serie característica de eventos en el ambiente y en él,

hasta que el individuo afectado regrese la normalidad, alcance un estado de equilibrio con la enfermedad o muera.

- La ocurrencia y devenir de la enfermedad es resultado de causas múltiples, afectando la interacción de huéspedes individuales y los agentes de las enfermedades. Además, se producen efectos característicos sobre la población como un todo.
- Una medicina preventiva efectiva requiere que el suceso interrumpa su curso tan pronto como sea posible.

De estas reflexiones iniciales se destacan algunos conceptos en particular:

- El proceso evolutivo de la enfermedad es en muchos casos susceptible de ser interrumpido.
- La enfermedad envuelve fenómenos de interacción entre agentes, huéspedes y ambiente. La prevención puede obtenerse actuando sobre uno más factores, provocando que la interacción no se dé, o que sea interrumpido en favor del hombre.
- Siendo la salud más que la simple ausencia de enfermedad, el médico debe investigar los hábitos y costumbres de su pacientes y guiarlos hacia la prevención y promoción de la salud.
- Prácticamente no existe mucha diferencia entre la práctica de la medicina preventiva y la práctica de una buena medicina, ya que aquellos que la practican pueden pasar a ejercer la medicina preventiva, simplemente adoptando la filosofía de que el tratamiento ya es en sí mismo preventivo y que este es más efectivo cuanto más precoz sea su aplicación.

Prácticas preventivas

En los enunciados respecto a las características generales que le han dado un marco a la Medicina Preventiva, se menciona que ella estaría enfocada sobre el individuo y sobre la familia; que la práctica se debería dar a nivel de la práctica diaria de los médicos, cualquiera sea su especialidad y que además generaría una transformación en la práctica médica basada en el desarrollo por parte del médico de una nueva actitud. También se destaca la necesidad de contar con herramientas que permitan generar prácticas adecuadas en cada caso al tiempo que se destacan las múltiples oportunidades en las que

el profesional podría intervenir con una práctica preventiva más allá del motivo que originó la atención: *"las consultas en las que se instala un examen periódico de salud deberían constituirse en una oportunidad en todos los niveles de prevención"* (Leavell y Clark, 1977: 491).

A partir de la propuesta de Leavell y Clark (1977) las prácticas preventivas podrían organizarse en tres niveles diferentes, primarias, secundarias y terciarias, recuperando el concepto de "historia natural de la enfermedad" (HNE) elaborado por Thomas Sydenham (1624-1689), actualizado y sistematizado en 1936 por John Ryle (1889-1950), fundamental para la Medicina Preventiva (Almeida Filho, 2000).

La HNE refiere al conjunto de procesos interactivos que comprenden las interrelaciones del agente, del individuo susceptible y del medio ambiente que afectan al proceso global y su desarrollo, desde las primeras fuerzas que crean el estímulo patológico en el medio ambiente, o en cualquier otro lugar, pasando por la respuesta del hombre a ese estímulo, hasta las alteraciones que llevan a un defecto, invalidez, recuperación o muerte (Leavell y Clark, 1977; Rouquayrol, 1999).

En este modelo el concepto de salud supone un desarrollo gradual del proceso de salud enfermedad, reconociendo conceptos e intervenciones previas y a la vez ampliando su espectro de modo de abarcando la totalidad de la atención médica en su diferenciación distintos niveles de prevención (Almeida Filho, 2000).

Se plantea así que las prácticas preventivas primarias tienden a la protección y promoción de la salud. Intentan evitar la enfermedad; las prácticas preventivas secundarias tienden al diagnóstico y tratamiento lo más temprano posible, por lo que intentan detectar la enfermedad antes que sea evidente por la clínica; las prácticas preventivas terciarias son intervenciones que se realizan luego del establecimiento de la enfermedad pero antes de las complicaciones. Cada grupo de prácticas tiene un destinatario que puede ser la población general o los individuos con algún riesgo particular (ANEXO 1).

Por su parte Geoffrey Rose (1994) contribuye con un aporte clave al análisis de las prácticas, al señalar que diferenciación de los enfoques individual y poblacional que se aplican a la etiología tienen su contrapartida en la prevención.

En la propuesta de este autor se establece la diferencia de dos tipos de estrategias, una de nivel individual o "estrategia de alto riesgo", que procura identificar los individuos más vulnerables, a diferencia la una "estrategia poblacional", destinada a interferir en los factores determinantes de la incidencia en la población en su totalidad (Rose, 1994).

La "estrategia de alto riesgo" sería la adecuada en el caso de un problema que se limita a una minoría identificable y puede ser tratado con éxito de manera aislada. Pero esta

estrategia constituiría una respuesta inadecuada a una enfermedad común o a una causa muy extendida. Identifica ventajas, tales como que la intervención es adecuada para el individuo (por ej. la dieta indicada a la persona que padece DBT), que evita la interferencia con los que no se encuentran en un “riesgo especial”, que ofrece una utilización costo-efectiva de los servicios y que la selectividad mejora la relación riesgo-beneficio. A su vez señala algunas desventajas, tales como el riesgo que la prevención se medicalize (etiqueta al usuario como paciente portador de un problema), los éxitos sean sólo paliativos y temporales, resulte culturalmente inadecuada, también limitada por la poca capacidad de predecir el futuro de los individuos, genere problemas de factibilidad y costo y la contribución al control global de una enfermedad sea extremadamente pequeña.

Por su parte la “estrategia poblacional” tiene como ventajas que es radical, en el sentido que un problema amplio requiere de una respuesta amplia; que es poderosa, en tanto una medida preventiva aplicada sobre toda la población si bien puede ofrecer un beneficio trivial para los individuos, el beneficio acumulativo para la población en su conjunto puede ser grande y adecuado (por ej. usar casco o dejar de fumar). Las desventajas son su baja aceptabilidad (por ej. abandono del tabaco como medida poblacional); su poca factibilidad ya que algunos obstáculos son económicos, culturales y políticos, los problemas de costos y seguridad, siendo los costos inmediatos en tanto los resultados serán diferidos (Rose, 1994).

Rose propone a su vez identificar algunas barreras para la aplicación de prácticas preventivas por parte del médico médico/profesional de la salud. Para el médico/profesional de la salud los obstáculos estarían relacionados con: sobrestimación de los cuidados provistos habitualmente, falta de tiempo para indicar prácticas preventivas, políticas gubernamentales desalentadoras, ausencia de criterio uniforme, sesgo hacia lo curativo y principio de auto referencia. Para el usuario la limitación para el ejercicio de las prácticas preventivas indicadas podría estar relacionado con: la interrupción de sus tareas habituales, la presencia de barreras culturales, cierta contradicción en la información recibida, temor a ser señalado como enfermo.

Es importante reconocer algunas herramientas para propiciar el buen uso de las prácticas preventivas en la consulta: *“...quizás el médico no cuente con todo el conocimiento del patrón epidemiológico que pudiera afectar al paciente que está atendiendo en ese momento, pero quizás pueda variar sus exámenes de acuerdo a los principales factores demográficos, como edad y sexo”* (Leavell y Clark, 1977: 494). El control de los hábitos, el periodo de sueño, de ejercicio, la recreación, las condiciones de vida de las personas, las exigencias de su ocupación, son algunos de los aspectos en los cuales el médico podría

dar consejos tanto *“amigables como científicos”*. Asimismo *“cuando esté dentro de las posibilidades del médico, él puede acercarse directamente al ambiente social-físico de su paciente con frecuencia para asistirlo justamente en el lugar en donde vive y proponer los cambios necesarios que considere”* (Leavell y Clark, 1977: 499).

3. EL PROCESO DE SALUD/ ENFERMEDAD/ ATENCIÓN/ CUIDADO Y LOS SABERES EN JUEGO AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN

El proceso salud/ enfermedad/ atención/ cuidado supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud. Como producto del desarrollo económico-político-tecnológico se han gestado formas de construir el conocimiento mediante sistemas científicos y/o académicos de explicación para resolver los padecimientos, o al menos intentarlo. En este campo la biomedicina o medicina científica junto a otras formas academizadas (homeopatía, quiropraxia, etc.) o populares (herbolaria, espiritismo, etc.) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de “instituciones”, es decir instituyen una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre los sujetos (Menéndez, 1994).

Históricamente la biomedicina se ha auto fundamentado en los principios o métodos desde donde se gesta su saber y descalifica o no considera a lo tradicional o popular, evitando el uso de estos saberes como herramientas válidas. Para algunos autores, a partir de sus criterios de objetividad, la biomedicina considera negativa y hasta perjudicial a gran parte del saber médico tradicional (Menéndez, 1994; Krmpotic, 2008). Ésta tiende continuamente a expandirse directa e indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares generando que las otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, que supone en determinados casos la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad técnica e ideológica. Uno de los casos más recientes es el de la apropiación de la acupuntura (Menéndez, 1994). Su continuo crecimiento se da a partir del proceso de medicalización que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran episodios de la vida cotidiana.

La biomedicina presenta dificultades para poder entender la existencia de otras modalidades de atención que no sea la que ella misma sostiene. Según algunos autores en los sucesivos intentos de conocer las otras formas de atención, la biomedicina releva la información a través de lo que los curadores pueden decir, y sólo en pocas ocasiones a partir de lo que pueden decir las personas que reciben atención, cuando son ellos quienes recorren las diferentes ofertas desde el momento en el cual deciden ponerle fin a su padecimiento (Menéndez, 2005; Krmpotic, 2008).

Para Menéndez (2005) el modelo médico hegemónico (MMH) presenta algunas características distintivas que son: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa y no preventiva, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la división entre teoría y práctica. El biologismo se da desde el núcleo de formación del profesional médico que lo hace a partir de contenidos casi exclusivamente biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son asumidos como anecdóticos. Lo que el profesional pueda aportar desde lo afectivo con el paciente en sus estrategias de abordaje, para el MMH son secundarias y no son suministradas como herramientas desde la formación. La relación médico/paciente se caracteriza por reducir cada vez más la palabra de la persona y a reducir cada vez más la palabra del propio médico. En este tramo se han excluido además las consideraciones del campo cultural, advirtiendo que actualmente el personal de salud reconoce la significación de la pobreza, del nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o del acceso al agua potable como factores que inciden en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, pero ha disminuido la inclusión de aspectos religiosos o de las creencias populares respecto a este. El MMH establece con las otras formas de atención una relación de hegemonía/ subalternidad, tendiendo a excluirlas, ignorarlas o a estigmatizarlas, aunque paradójicamente en algunos momentos utilice algunas de sus técnicas (Menéndez, 2005).

Sobre la lógica del MMH se advierte que a pesar que los profesionales médicos muchas veces consideran la dimensión psicológica, no sólo en la relación afectiva con la persona a atender sino en la estrategia curativa y hasta diagnóstica, estas valoraciones o consideraciones permanecen como secundarias desde la perspectiva de la biomedicina en términos de institución y de formación profesional. Esto también se ve reflejado al conocer que en el proceso de atención muchas veces los profesionales indagan acerca de

elementos del orden de lo social o cultural pero con algunas dificultades para poder operar con esas variables, debido muchas veces a la falta de formación en algunos de esos aspectos (Menéndez, 2003). Este saber médico, que el profesional ha adquirido en la escuela de medicina, y las costumbres adquiridas en su trabajo institucional, agrega el condicionamiento de las políticas y programas del sector salud, además del tipo de usuarios que asisten y los saberes que se generan sobre éstos (Carracedo, 2008).

En cuanto a la procedencia de los distintos saberes que operan en una sociedad en un momento determinado; los saberes ofertados por los curadores o por los representantes de la biomedicina, entran en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas. Los saberes populares o tradicionales son sostenidos, transferidos o eliminados por los sujetos pertenecientes a los grupos que correspondan. En el contacto de estos sujetos con el sistema de salud sucederá una inminente modificación, o a veces adecuación de estas prácticas, a las diferentes realidades. Algunos autores sostienen que la medicina tradicional es a-histórica. Es como si la estructura de ese saber no sufriera modificaciones por las condiciones o el contexto en el que estuvieran, ni por el sujeto o los grupos que poseen esos saberes. Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se sociologizan y culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales. En consecuencia, la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales (Menéndez, 1994).

Ampliación sobre el “saber” de los equipos de salud

Para Gastón Wagner de Souza Campos (2001), coincidentemente con la propuesta de Menéndez, los abordajes desde la clínica son en muchos casos exclusivos de la enfermedad y por lo tanto propone una ampliación del objeto de estudio, una ampliación dialéctica entre el sujeto y su enfermedad. El autor distingue una clínica oficial, una clínica degradada y una clínica del sujeto. La clínica oficial está descripta como limitada para trabajar sobre los problemas de salud de la población en tanto presenta límites, marcados por la restricción de su objeto de estudio: la enfermedad. Este objeto de estudio y de

intervención, queda así reducido en múltiples dimensiones: por un lado, un enfoque desequilibrado hacia el lado biológico (olvidándose de las dimensiones subjetivas y sociales de las personas) que hará que los saberes y prácticas estén marcados por el mecanicismo y la unilateralidad en el enfoque. Por otro lado, al abordar más a la enfermedad que al individuo presenta consecuencias negativas: el abordaje terapéutico volcado de manera excesiva a la noción de cura -con frecuencia confundida con la simple eliminación de los síntomas y, en el mejor de los casos, con la corrección de lesiones anatómicas y funcionales- deja en segundo plano tanto las posibilidades de promoción de la salud o de prevención y como las de rehabilitación. Este tipo de perspectiva biomédica de la enfermedad y de la salud es anti-holística y equipara a una persona con su patología, más que con su totalidad de persona viviente (Krmptotic, 2008). El desarrollo de ésta posición es la misma que propuso la definición y organización de las prácticas preventivas como se advierte en párrafos anteriores.

Por su parte, la clínica degradada está en relación con aquella considerada oficial, ya que se refiere aquí a límites externos impuestos a la potencia de la clínica oficial, que ejercen una determinación tan absoluta sobre la práctica clínica que ésta tendrá su potencia disminuida para resolver problemas de salud. El autor propone como ejemplo que cuando una empresa médica dificulta el libre albedrío de los médicos o les impone restricciones, la baja eficacia de las prácticas no pueden ser atribuidas a la clínica en sí, sino a esa clínica degradada por aquellas condiciones específicas. Por lo tanto, hay una clínica degradada por intereses económicos o por desequilibrios muy pronunciados de poder. Cada vez que la racionalidad estrictamente clínica es atravesada por otras racionalidades del tipo instrumental o estratégicas, hay una degradación de su potencialidad teórica y se pierde la oportunidad de resolver problemas de salud. Pero también se advierte que las organizaciones de salud pueden crear ambientes y situaciones más o menos protegidas de todas estas determinaciones.

Finalmente el autor propone la clínica del sujeto que será ampliada y revisada, sistemáticamente. Una clínica moderna, una nueva clínica, que incluya al sujeto como centro de atención y no a la enfermedad, dejando de lado ésta como portadora de la identidad del sujeto. Retomando, y en relación a la clínica oficial, el autor dice: *“...es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el Ser del enfermo. Su paciente con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar a un psicótico, a un hipertenso, un canceroso o a un quejoso múltiple cuando no se acierta de inmediato con algún diagnóstico”* (Wagner, 2001: 75). Por eso se cree que cada vez que la clínica es indiferente a la idea que toda acción de salud es una práctica sometida a determinantes

sociales, políticos y económicos, se limita su capacidad de resolver problemas, inclusive estrictamente biológicos. Para esto remarca que es imprescindible saber escuchar, y más aun, saber también indagar el caso singular, compartir el trabajo y hacerlo en equipo y con un hacer comunicativo (Wagner, 2001).

Aquellos conceptos que impulsan esta clínica diferente, deben ser articulados con las nociones de Equipo (clínico) de referencia -organización vertical del proceso de trabajo, organización basada en el campo, espacio de una clínica ampliada- con aquella de Apoyo Matricial: organización horizontal del proceso de trabajo, en donde se intenta combinar especialización con interdisciplinariedad, especialistas apoyando el trabajo del Clínico de Referencia conforme el Proyecto Terapéutico coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el Equipo involucrado en la atención matricial. Habría que superar la fragmentación entre la biología, subjetividad y sociabilidad trabajándose con los Proyectos Terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que se reconozca un papel activo para el ex paciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, interrelacionado con la salud de los otros (Wagner, 2001). El objetivo es claramente recuperar la integralidad de los sujetos, incorporando el enfoque social y subjetivo versus el biologismo clínico tradicional ("oficial").

El encuentro de los actores: el momento de la atención

Casi todas las formas de atención se preocupan por la salud, por prevenir y educar o inclusive para promover mecanismos que impulsen una salud positiva. Sin embargo, casi la totalidad de las actividades de las diversas formas de atención actúan respecto a los padecimientos y enfermedades y no sobre la promoción de la salud. Esto último no solamente por lo que impulsan los curadores sino por lo que solicitan los sujetos y grupos sociales que demandan acciones sobre sus padecimientos más que sobre su salud (Menéndez, 2005).

Menéndez (2005: 39) propone clasificar las formas de atención en:

- Formas de atención de tipo biomédico: referidas al primer nivel de atención y al nivel de las especialidades médicas según considere la biomedicina. Esta forma se da a través de instituciones oficiales y privadas.

- Formas de atención del tipo “popular” y “tradicional”: se dan a través de curadores especializados como shamanes, brujos, parteras empíricas, etcétera. Aquí incluye el papel de ciertos santos o figuras religiosas cristianas y de otros cultos.
- Formas de atención alternativas, paralela o “new age”: incluye sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones, etcétera.
- Formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: como la acupuntura, medicina ayurvédica, etcétera.
- Formas de atención centradas en la autoayuda: alcohólicos anónimos, grupos de diabéticos, etcétera.

Cuando el sujeto combina varias formas de atención, y no sólo para diferentes problemas sino para un mismo problema de salud, se llama “pluralismo médico” (Menéndez, 2003; Krmpotic, 2008).

A su vez Menéndez define a los padecimientos en una extensa variedad de situaciones como dolores episódicos de cabeza, resfrío, elevación de la temperatura, dolores del alma, tristeza, ansiedad, dolores por golpes, etcétera. Ante estas situaciones de padecimientos el sujeto puede no hacer nada, o hablarlo con alguien o dejar que transcurra. Todas estas decisiones son parte del proceso de autoatención. En este proceso, como se dijo antes, muchas veces la biomedicina se apropia de otras formas de atención como por ejemplo la acupuntura, la quiropraxia o la medicina herbolaria, y muchas veces los profesionales de la biomedicina indican por ejemplo la manipulación de hierbas o prácticas que han incorporado a partir de lo transmitido por los usuarios (Menéndez, 2005). Estas propuestas de clasificación tienen como fin advertir y ordenar de alguna manera las diferentes formas de atención, que muchas veces se combinan en una decisión. Es decir que los sujetos y grupos sociales mezclan, sintetizan y reconstituyen las formas de atención en una actividad, conveniente para el problema que padecen.

Es así que para Menéndez (2005: 54-55) la autoatención refiere a *"las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y del grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa de curadores profesionales. Estas representaciones o prácticas pueden ser inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en determinadas*

condiciones, conduce a que una parte del proceso de prescripción y uso se independice, aunque sea relativamente”.

La autoatención suele ser confundida en la utilización con los términos automedicación y autocuidado, pero se diferencia claramente de estos. La automedicación es sólo un aspecto de la autoatención. Significa la decisión, más o menos autónoma, de utilizar determinados fármacos de la industria farmacéutica, hierbas, alcohol, marihuana y otras prácticas para tratar ciertos padecimientos. La intencionalidad con la que se utilice cualquier tipo de sustancias o conductas es lo que le da el carácter de automedicación. Por su parte el autocuidado, son las acciones realizadas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer algunos aspectos de salud positiva. El uso de este concepto es individualista y se diferencia de la autoatención por ser este último grupal y social. Por esto la autoatención constituye un concepto más amplio y contiene a la automedicación y al autocuidado. En el análisis de la autoatención se puede ver que en todo grupo aparecen padecimientos, enfermedades, daños y/o problemas, mayormente leves, agudos y transitorios, que pueden tener solución o alivio mediante las acciones que tomen los miembros del grupo (Menéndez, 2005: 58).

La autoatención es la primera actividad que todo grupo o individuo practica dependiendo del padecimiento detectado, y de inicio no incluye generalmente a un curador. A partir de lo que sucede en esta primera instancia con la evolución del padecimiento, con las condiciones sociales y culturales, el sujeto y su grupo deciden consultar o no a los curadores profesionales en alguna de las formas de atención que reconozcan y acepten. La decisión de consultar al curador profesional y las prácticas que se ejecuten después son parte del proceso de autoatención. Luego de esta primera consulta podría decidirse volver a consultar a otro curador del mismo tipo o de otra forma de atención, y esta decisión también forma parte del proceso que se denomina autoatención. La decisión de consultar a un curador profesional se hace desde determinados saberes y experiencias, que inciden en el tratamiento y en la relación curador/paciente. La autoatención debe ser considerada como un proceso transaccional entre los grupos y sujetos y las diferentes formas de autoatención (Menéndez, 2005).

Menéndez (2003) define la “carrera del enfermo” como: la *“circulación de los sujetos que demandan algún tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida. Si dicha atención no resulta eficaz la reemplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una*

transformación en el diagnóstico y tratamiento. Este proceso puede agotarse en esta segunda instancia o dar lugar a la demanda de otras formas de atención, que puede implicar una nueva demanda de atención a los primeros curadores consultados”(p.191). La sociedad posee mecanismos de respuesta, ya sea de lo sujetos o de los grupos que la constituyen, para enfrentar la enfermedad y/o los padecimientos como estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad (Menéndez, 1994).

El MMH anula o excluye otras formas de atención, al mismo tiempo que la automedicación y la autoatención. Sin embargo, valora positivamente las prácticas de autocuidado, generando además una serie de actividades de automedicación y de autoatención, en las cuales el sujeto y los grupos sociales son los principales actores. Dentro de esta lógica se encuentra por ejemplo la indicación o entrenamiento constante de las mujeres para el propio manejo de la anticoncepción, para el registro de la periodicidad de la realización del Papanicolaou, del auto-examen mamario, etcétera.

En este sentido Krmpotic (2008) advierte acerca del vínculo que se genera entre la biomedicina y el proceso de autoatención. La biomedicina promueve el autocuidado pero reniega de éste, ya que victimiza de los problemas a quien los padece y lo hace responsable por no haber intentado lo suficiente por evitar sufrir un padecimiento que lo acoge.

Vínculo: como vínculo terapéutico

Se entiende al vínculo como una herramienta necesaria para establecer la posibilidad de trabajar la sugerencia de prácticas preventivas. Para Wagner (2003) vínculo: *“es algo que ata o liga a las personas, indica interdependencia, relaciones con líneas de doble sentido, compromisos de los profesionales con los pacientes y viceversa”(p.1).* Se asume así que la construcción del vínculo es un recurso terapéutico y por lo tanto es un elemento esencial para intervenir en la práctica clínica con el fin de curar, rehabilitar, aliviar el sufrimiento y prevenir posibles daños. La construcción del vínculo depende del modo en que los equipos se responsabilizan por la salud del conjunto de personas que viven en una micro-región. Por lo tanto para que éste se construya y establezca son necesarios algunos elementos que se rescatan y que deberían estar presentes en el encuentro entre equipo-usuarios. Primero se debe contar con las dos partes intervinientes: los usuarios y el equipo. Del lado del usuario, el vínculo sólo se constituirá cuando éste crea que el equipo puede contribuir, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del

vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. Para que estos dos actores se encuentren es necesaria la transferencia en la que se comparten mutuamente afectos positivos o negativos. En el proceso de establecimientos del vínculo con la comunidad y con cada uno de sus integrantes, es necesaria una tensión, que estaría a cargo de los trabajadores, en relación a generar mecanismos que permitan identificar a los individuos o las situaciones más vulnerables. Cada profesional con población a cargo debe intentar identificar el tipo de apoyo que cada usuario necesita. Hay algunos a los que habrá que ofrecerles más atención, a otros habrá que estimularlos a frenar una demanda excesiva de procedimientos. Descubrir qué tipo de vínculo es el adecuado para cada caso, es el desafío para una clínica de calidad.

El mencionado autor asegura que para la construcción del vínculo es necesaria la capacidad del equipo para responsabilizarse por la atención integral de la salud de aquellos que viven en un territorio dado, pero por sobre todo, por la capacidad del equipo de encargarse de todos aquellos casos que exigen una atención especial, sea a causa de enfermedades o de otros factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas como su edad, la condición de migrante, el consumo de sustancias complejas, dificultades sociales, económicas, etc.(Wagner, 2003).

Merhy (2006) define tres tipos de “maletines” que el médico (equipos de salud) utiliza para trabajar en salud. Uno vinculado a sus manos y que comprenden por ejemplo el estetoscopio, el ecógrafo, etcétera; otros equipamientos que expresan una caja de herramientas tecnológicas, (caja de herramientas de tecnologías duras), otro mental, relacionado a su conocimiento clínico y epidemiológico específico (caja con tecnologías blandas-duras); y por último otro vinculado al espacio relacional entre trabajador y usuario, que contiene tecnologías blandas implicadas con la producción de las relaciones entre los dos sujetos, y que sólo obtienen materialidad en el acto mismo del encuentro. Propone entonces lo que llamó la Micropolítica del trabajo vivo en acto y el trabajo muerto identificando diferentes etapas que incluiría cualquier acto productivo. A modo de ejemplo se plantea el proceso de construcción de zapatos, en los que define las materias primas y herramientas como expresiones del trabajo muerto, ya que en el proceso de la generación de las mismas el zapatero no ha intervenido y por lo tanto no hay un acto ejecutado. En el momento en que se ponen en funcionamiento y articulación para la construcción de un producto, allí identifica al trabajo vivo. Se pone en juego así el saber hacer, en una dimensión organizativa y una dimensión del saber tecnológico.

4. LA CONDICIÓN DE MIGRANTE Y SUS IMPLICANCIAS EN EL VÍNCULO TERAPÉUTICO

La condición de migrante, la migración y sus implicancias

La condición de migrante incluye no sólo particulares modalidades sino dificultades en la relación con los servicios de salud, cuando se trata de grupos en situación de vulnerabilidad. La Ley de Migraciones 25.871/2004, establece claramente las responsabilidades del Estado para con estas poblaciones, al plantear que éste en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social.

A pesar de éste marco, algunos autores han indagado particularmente acerca de la accesibilidad de estos grupos a los servicios de salud, la continuidad en los procesos de atención, la comunicación con los agentes, la incorporación de los saberes tradicionales a los dispositivos terapéuticos, las diferentes cosmovisiones respecto de los problemas salud enfermedad, las prácticas de cuidado (Carracedo, 2003, 2008; Díaz, 2000).

Se reconoce la migración como uno de los fenómenos sociales, económicos, políticos y sanitarios que plantea desafíos constantes en el ámbito de la planificación de las instituciones del Estado. No sólo incide en la modificación de la estructura de la población, sino que además media el encuentro e intercambio de costumbres, deseos y proyectos que son inherentes a la reproducción social. Como todo fenómeno complejo, son múltiples los procesos que lo determinan.

A la Argentina llegan migrantes preferentemente de los países limítrofes y existe movilidad de población dentro de sus fronteras, del interior hacia las grandes concentraciones urbanas. Se estima que casi el 4% de la población proviene del extranjero y que al menos el 25% de la población de los grandes aglomerados urbanos proviene de otras provincias

(Texido, 2008). Rosario y la zona denominada Gran Rosario recibe población tanto del exterior como proveniente de diversas provincias, que se desplazan buscando mejores condiciones de vida. Es el tercer conglomerado del país receptor de migraciones internas (Navarro de Gimballi, 2002). Según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC) sobre una proyección del Censo 2001, el 24,8% de la población del Gran Rosario son migrantes, El 23,2% proviene de las provincias del nordeste, en tanto que un 1,6% proviene de otros países (INDEC, 2003). Cabe señalar que entre los migrantes se cuentan miembros de los pueblos originarios, fundamentalmente de la etnia toba (Bou, 2002).

Los motivos que llevan a tomar la decisión de migrar son diversos, si bien los de orden laboral y la búsqueda de mejores condiciones de vida son los principales. La población que llega en condiciones de gran vulnerabilidad suele asentarse en barrios localizados en zonas periféricas de la ciudad de Rosario. Muchas de ellas ocupan viviendas precarias, en condición de hacinamiento, carentes de servicios básicos, con una débil inserción en el proceso productivo (Texido, 2008; Equipo Centro de Salud Juana Azurduy, 2005/6; Bou, 2002, Vignoni, 2010).

El encuentro con los migrantes: interculturalidad y sujetos en ejercicio de sus derechos

La problemática de multiculturalismo e interculturalidad, al igual que la de la globalización, es compleja y contradictoria, ya que se encuentran diferentes maneras de construirla. Según Reigadas existen dos temáticas bien delimitadas, por una parte, la que apunta a la afirmación de las identidades culturales, y por otra, aquella que se refiere a la cuestión de las nuevas ciudadanías y derechos que enfatizan cuestiones de política normativa (citado en Carracedo, 2008: 6). El trabajo se posiciona en la segunda delimitación.

En el escenario de encuentro entre personas migrantes y no migrantes, aparecen tensiones propias del juego entre las diversas culturas donde cada uno cuenta. La interculturalidad se establece y convive en cada momento. Se hace necesario así considerar a la cultura dentro de una perspectiva relacional y no desde un enfoque posicional, recuperando enfoques históricos y el conjunto de las relaciones estructurales que se establecen con los equipos de salud (Carrecedo, 2008).

Autores como García Canclini (2004) proponen analizarla desde tres perspectivas que se entrelazan, que son: las diferencias, las desigualdades y la desconexión, que

viven/padecen los grupos sociales. Históricamente las ciencias sociales han separado esas perspectivas tomando lo referido a las diferencias con teorías que comparan lo étnico y lo nacional; a las desigualdades tomando como fuente el marxismo y corrientes macro-sociológicas; y lo relativo a las desconexiones o conexiones desde el campo comunicacional e informático. Más allá de la teórica escisión que puede establecerse, estas teorías se enlazan y se superponen. Por eso las desigualdades tienen una dimensión cultural, y asimismo las diferencias devienen de procesos históricos de configuración social, dejando de ser sólo rasgos genéticos culturales. El autor advierte que *“...los indígenas no son diferentes solo por su condición étnica, sino también porque la reestructuración neoliberal de los mercados agrava su desigualdad y exclusión. Sabemos cuántas veces su discriminación étnica adopta formas comunes a otras condiciones de vulnerabilidad: son desempleados, pobres, migrantes indocumentados, homeless, desconectados. Para millones el problema no está en sostener ‘campos sociales alternos’ sino en ser incluidos, llegar a conectar, sin que se atropelle su diferencia ni se los condene a la desigualdad. Es decir, en poder constituirse como ciudadanos interculturales”* (p. 53).

Existen diferentes concepciones que definen a la ciudadanía en términos de posesión de derechos. La ciudadanía garantiza que cada individuo sea tratado como un miembro pleno en una sociedad de iguales. La pertenencia a una comunidad está asegurada, entonces, a partir del otorgamiento de un número creciente de derechos de ciudadanía. En estos términos, el concepto de ciudadanía reconoce una relación directa entre el Estado y los ciudadanos. El Estado a través de la legislación otorga formalmente los derechos a los ciudadanos y estos a su vez ejercen esos derechos pero también deben cumplir obligaciones frente al Estado, por ejemplo: pagar impuestos, votar, asistir a la escuela primaria, etc. (Levin, 2004)³. En este sentido y tomando el desarrollo de la idea de

³ El concepto de ciudadanía se ha ido transformando a lo largo de la historia, de acuerdo a cada contexto y a cada elemento que la ha definido. Algunos autores identifican tres elementos que la constituyen: el civil, el político y el social. El primero está compuesto por los derechos civiles vinculados a la libertad individual, el derecho de propiedad y el derecho de justicia. Algunos ejemplos serían: la libertad de pensamiento, de transitar libremente, de asociarse, etcétera. Las instituciones más íntimamente vinculadas con los derechos civiles son los tribunales de justicia. El elemento político está integrado por los derechos políticos que permiten participar en el ejercicio del poder político, votando y/o siendo elegido. Las instituciones correspondientes son el Congreso de la Nación y los Concejos Deliberantes de los gobiernos locales. El último, pero se entiende el más trascendente, es el elemento social, que comprende todos los derechos sociales que garanticen un mínimo de bienestar económico y la participación en la vida social acorde con los patrones vigentes que prevalecen en la sociedad. Se refiere a los derechos a la salud, educación, vivienda, alimentación, etc. Las instituciones vinculadas a esta esfera de derechos son los servicios sociales (salud, desarrollo social) en general y el sistema educativo en particular. En algunos momentos de la historia estos tres elementos no podían diferenciarse, otorgando un cierto status en los que se ganaban atributos sociales y económicos de clase, que terminaban generando desigualdad (Levin, 2004).

ciudadanía activa, el ser reconocido por los pares como ciudadano implica que se tiene derecho a tener derecho. Ralph Dahrendorf sostiene que la ciudadanía constituye un rol social real, provee de derechos y de obligaciones asociadas a la capacidad de ser miembro de una comunidad y de manera especial, a la nacionalidad. Para él, el principal cambio que se ha dado en los dos últimos siglos en torno a la extensión de la ciudadanía es en relación a nuevas dimensiones de posicionamiento social. Las nuevas demandas sociales vinculadas al reconocimiento de identidades, religión, sexos, roles, etnias se constituyen en nuevos derechos que a medida que se van institucionalizando definen un nuevo perfil de ciudadanía. Es decir, entonces, que las nuevas demandas por parte de los ciudadanos constituyen en sí mismas una fuente de ampliación de la ciudadanía en términos de contenido, otorgando a los individuos el rol de actores junto al Estado (citado por Levin, 2004: 50).

Al respecto García Canclini (2004) define el “*umbral de ciudadanía*” que se alcanza al contar con los mínimos recursos competitivos en relación con cada uno de los recursos capacitantes para participar en la sociedad: trabajo, salud, poder de compra, y los otros derechos socioeconómicos, junto con la canasta educativa, de conocimiento, o sea las capacidades para poder conseguir mejor trabajo y mayores ingresos. La ciudadanía, al devenir de la interacción de los derechos económicos, sociales y culturales, queda bajo la responsabilidad del Estado de garantizarla. Los Estados no suelen definir a los pueblos indígenas con concepciones del uso del espacio de forma compleja, compartido, continuo y discontinuo, sino que los ubican con frecuencia como “*los pobres campesinos que viven en regiones inhóspitas, aislados e incomunicados*”. Por esto es que todos los actores deben comprender la necesidad de contar con leyes y políticas que garanticen el ejercicio de la diferencia en espacios urbanos, en las migraciones nacionales e internacionales, en el reconocimiento universal de derechos (García Canclini, 2004: 55). Dada la constante interacción entre los pueblos indígenas y las sociedades nacionales, entre las culturas locales y las globalizadas, se entiende que la interculturalidad debe ser un marco para la comprensión de las prácticas y la elaboración de políticas adecuadas para todos. Desde esta perspectiva, García Canclini se interroga ¿Por dónde se puede interpretar la encrucijada que nos plantea el marco de la interculturalidad? Recurre a Bourdieu buscando ¿Cuál es el camino que permitiría conocer de manera más objetiva el escenario en el que conviven los indígenas y los nacionales? ¿Cuál es la mejor forma para entenderlo? ¿Es a partir del modelo de la desigualdad, vigente en Europa, o por el modelo de las diferencias, que es el que hasta la fecha ha definido la realidad latinoamericana de subordinación indígena y de otros grupos? (García Canclini, 2004).

5. EL PROCESO DE ATENCIÓN A MIGRANTES Y LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Cuando se analizan las características del proceso de atención de grupos de migrantes, los estudios en general producen información acerca de las barreras de acceso al sistema público de salud y de los obstáculos presentes en el encuentro intercultural entre el personal de salud y los usuarios migrantes, partiendo si se quiere desde las barreras lingüísticas hasta las diferentes perspectivas de los problemas de salud. El momento de la atención expresa el encuentro entre tradiciones/culturas que muchas veces traducen concepciones y modos de practicar los cuidados de la salud muy distintos a las concepciones técnico-científicas predominantes en la estructura de los servicios de salud (Goldberg, 2013; Fuks, 2008).

Estos hechos adquieren mayor relevancia cuando se trata de poblaciones que además de haber atravesado un proceso migratorio viven en condiciones de exclusión, o bien que solo acuden a los servicios de salud ante un evento crítico que compromete su vida o afecta el habitual desempeño de sus tareas (Fuks, 2008). En estos casos, ese contacto con el sistema debería asumirse como una oportunidad única para la atención de los problemas de salud, más allá del motivo que la originó, tampoco se dimensiona este encuentro como una posibilidad para realizar prácticas preventivas.

Las experiencias de indagación en los espacios de consulta se centran en las recomendaciones y consejos en salud, en las prácticas preventivas dirigidas a diferentes grupos etarios sin diferenciar en particular la condición de la población migrante. Se rescata el consejo de salud como medio para fortalecer la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables. Se entiende que el hecho de recibir estos consejos facilitaría el aprendizaje en el autocuidado en situaciones de enfermedad y en la gestión de las situaciones de riesgo, reduciendo el número de visitas de consulta por problemas de salud y mejorando la calidad de vida. Consejos vinculados con la alimentación, el cuidado e higiene, la prevención de riesgos, de lesiones, entre otros (PAPPSEP, 2008; Colomer, 2009; Marqués, 2009; McInerney, 2009).

En los estudios sobre inmunizaciones en perspectiva internacional se encuentran recomendaciones dirigidas a los países receptores de niños/as con planes de vacunación incompletos (Bárcenas-López, 2012; Sánchez, 2009; Gentile, 2011, 2012).

Otras indagaciones llegan a identificar variables que afectan el cumplimiento del esquema de vacunación entre los niños migrantes o hijos de migrantes. Ellas son: escolaridad de la madre, residencia temporal, sexo de los niños, cantidad hijos en el hogar, tipo de migración, edad, nivel socio económico y nivel de información de los padres. La atención en hospitales influiría positivamente para disminuir las oportunidades perdidas y los esquemas de vacunación atrasados (Gentile, 2011).

En el caso de las prácticas preventivas durante el embarazo, las prácticas de inmunizaciones y del consejo en salud cuentan con abundante evidencia que sostiene este tipo de prácticas de baja complejidad pero de oportuna indicación (RNVA, 2012), así como la importancia del suministro de ácido fólico y hierro durante el embarazo (Lassi, 2013; Peña-Rosas, 2012; Bhutta, 2002; Lumbiganon, 2007; Lumley, 2007).

Las prácticas preventivas propuestas para el grupo de adultos hombres y mujeres no embarazadas son el control de la tensión arterial, de la glicemia y del perfil lipídico. Cuando una persona ya posee un diagnóstico definitivo como hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DBT) o glicemia elevada, o dislipemia, las prácticas preventivas que se indican son diferentes. En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) a cargo del Ministerio de Salud de la Nación se relevó la prevalencia de estas prácticas preventivas hallando cierta limitación al acceso a las mismas relacionado con el lugar de residencia, entre otros factores, por ejemplo en La Pampa y en algunas provincias de las regiones Noreste y Noroeste (Ferrante, 2011).

El desafío para los equipos responsables de la atención a población migrante en el marco de la estrategia de APS, es reconocer la complejidad de su condición en cada contexto, la heterogeneidad de las situaciones para aprovechar todas las oportunidades de contacto con los servicios de salud para intervenciones preventivas.

Se plantean así algunos interrogantes:

- en primer lugar si en el encuentro con usuarios migrantes adecuan y cómo lo hacen, en caso afirmativo, el abanico de propuestas sustentadas en el conocimiento científico que disponen, desde los consejos sobre alimentación, las advertencia de accidentes en el hogar, entre otros, hasta estudios complementarios para detectar patologías en

la etapa pre-clínica.

- por su parte, y en forma complementaria, cómo son recibidas por los grupos migrantes las propuestas desde la biomedicina, muy posiblemente ajenas a sus prácticas de autocuidado, sustentadas culturalmente, replicadas entre pares, transmitidas de generación en generación.
- en qué medida se genera una encrucijada entre: la concepción que portan los trabajadores sobre las prácticas preventivas y el lugar que la medicina hegemónica les ha otorgado, la cosmovisión que los sujetos aportan, así como el lugar en el orden de prioridades asignado, habida cuenta de las condiciones de exclusión y vulnerabilidad social que los afectan.

Es posible conjugar, habida cuenta de la determinación histórica del modelo profesional, las prioridades de los sujetos, sus valoraciones y creencias, llevar adelante una propuesta de atención que incluya las prácticas preventivas en todas sus dimensiones, trascendiendo la respuesta curativa, como parte de la estrategia de APS. Sin embargo, no se pretende una perspectiva relacional, sino una primera aproximación a las prácticas preventivas desarrolladas en un centro de salud.

Lo expuesto habilita a plantear, abriendo camino a la búsqueda de respuestas y como pregunta central en esta investigación: ¿Cuáles son las prácticas preventivas que realizan los miembros del equipo de salud y cuáles las prácticas preventivas de la población migrante, que accede a la atención en un Centro de Salud del Sistema Público en la ciudad de Rosario?

6. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las prácticas preventivas del equipo de salud y las prácticas preventivas de la población migrante que accede a un Centro de Salud del Sistema Público de Salud Municipal del distrito noroeste de la ciudad de Rosario.

Objetivos Específicos

1. Identificar las prácticas preventivas desarrolladas por el equipo de un Centro de Salud durante el proceso de atención a la población migrante que accede a la atención, a partir de sus pareceres.
2. Identificar las prácticas preventivas desarrolladas por el equipo de un Centro de Salud a la población migrante bajo atención a partir de los registros de las historias clínicas.
3. Identificar las prácticas preventivas que realiza la población migrante que accede a la atención en un Centro de Salud a partir de los pareceres del equipo de un Centro de Salud.
4. Identificar la perspectiva de la población migrante que accede a la atención en un Centro de Salud respecto de sus prácticas preventivas.

7. METODOLOGÍA

Diseño general

Se trata de un estudio de carácter exploratorio, sustentado en una estrategia metodológica cualitativa, realizado en un Centro de Salud de la red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Rosario.

Se considera que el estudio tiene carácter de primera aproximación para la formulación de interrogantes a recuperar a futuro, en estudios extensivos, que posibiliten incluir otras realidades en el contexto de la Atención Primaria.

Estrategia metodológica general

Se recurre en forma principal a una estrategia cualitativa, con aplicación de la técnica de entrevista semi-estructurada, a los fines de recuperar una aproximación más estrecha a los sujetos de estudio. Cabe señalar que esta técnica es particularmente adecuada cuando lo que se busca indagar refiere a cuestiones que se manejan diariamente, que no son parte de la conciencia reflexiva sino de la conciencia práctica de los informantes en su contexto cotidiano (Guber, 2005).

Se consideraron sujetos en estudio a los miembros del equipo del Centro de Salud y a los usuarios migrantes seleccionados que accedieron para atención en el efector en el período de estudio.

En forma complementaria se lleva a cabo una revisión de los registros de prácticas preventivas en las historias clínicas de usuarios migrantes que acudieron a la atención durante un mes.

El contexto del centro de salud

El presente estudio se radicó en un Centro de Salud, ubicado en el distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, dependiente de la Dirección de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública de ese municipio.

En el Centro de Salud seleccionado se realizan prácticas de enfermería: vacunación, curaciones, extracción de laboratorio, tratamiento supervisado de tuberculosis; atención médica: control de embarazo, control del niño sano, atención de enfermedades crónicas del niño y del adulto, atención de emergencias, prestaciones de salud sexual y reproductiva, prevención y tratamiento de enfermedades endémicas; psicología: atención clínica; trabajo social: acompañamiento de los procesos de atención, gestiones institucionales; odontología: atención clínica y prevención; y fonoaudiología: prevención y rehabilitación.

Al momento del estudio el equipo del Centro de Salud estaba constituido por 28 personas: 4 enfermeros, 3 administrativos, 9 médicos (1 médica pediatra, 1 médica clínica, 7 médicos generalistas) , 5 residentes de medicina general, 2 psicólogos, 2 fonoaudiólogas, 1 personal de limpieza en tareas diferentes, 1 mucama, 1 trabajadora social.

Definiciones conceptuales y operacionales⁴

Se plantearon las siguientes definiciones:

Persona que ha migrado/migrante: personas que realizan un movimiento a través de una división política para establecer una nueva residencia permanente. Se contempla tanto migración internacional (personas provenientes de otros países) como migración interna (personas dentro del país) (Haupt, 2003). A los fines operativos se considera como migrante toda persona que habiendo nacido fuera de Rosario vive actualmente en la ciudad, en particular en el área de responsabilidad del Centro de Salud seleccionado a los fines del estudio.

⁴ Según Samaja (1993:281) variable (o concepto de la teoría) es todo aquello que se puede predicar de las unidades de análisis y que presenta variaciones (de calidad, de orden, de relación o modalidad) en cada una de las unidades). Definirlas operacionalmente requiere identificar en el concepto dimensiones que sean abordables mediante una tecnología de acción para transformarlas en observables y los procedimientos para dictaminar qué categoría (o valor) de la variable le corresponde a cada unidad.

Prácticas preventivas o de autocuidado por parte de las personas migrantes: refiere a las prácticas que realiza el migrante, ya sea por los conocimientos adquiridos propios de su comunidad o por lo aprendido desde la biomedicina (Menéndez, 2005).

Prácticas preventivas individuales y poblacionales: prácticas preventivas a cargo del equipo del Centro de Salud. En el primer caso están dirigidas a individuos con un riesgo especial de padecer un problema de salud, en tanto que en el segundo tienen un alcance indiscriminado al grupo poblacional de un espacio (Rose, 1994).

Prácticas preventivas primarias, secundarias y terciarias: se respeta la propuesta de Leavell y Clark (1977) desarrollada en ANEXO 1, diferenciadas según grupos de edad, sexo y condición de embarazo:

Prevención primaria:

1- Grupo menores de 16 años, adultos hombres y mujeres no embarazadas:

- Inmunizaciones: de acuerdo a la edad. Según las Recomendaciones Nacionales de Vacunas Argentina 2012 (RNVA, 2012; SAP, 2012; AAP, 2007)
- Consejos de salud: indicaciones o comentarios que tengan que ver con modificaciones en estilo de vida, para prevenir accidentes o problemas de salud en el futuro. Por ejemplo: promover la lactancia materna, el uso del chupete, cuidado del cordón umbilical, protección solar, actividad física, uso de tabaco y/o de alcohol, prevención de lesiones por electricidad, utilización de cinturón de seguridad o casco, manipulación de los alimentos, tipo de alimentos, prevención de enfermedades de transmisión sexual, etcétera (PAPPS, 2008/9/12; CTF, 1994; PAPPSEP, 2008).

2- Grupo Mujeres cursando embarazo:

- Suministro de ácido fólico, hierro, vacunas y consejo médico (RNVA, 2012; Lumbiganon, 2007; Bhutta, 2002; Lassi, 2013; Peña-Rosas, 2012; Lumley, 2007).

Prevención secundaria:

1- Grupo menores de 16 años (PAPPSEP, 2008; AAP, 2007; McInerney, 2009; Blank, 2003)

- Control antropométrico (peso/edad, talla/edad, peso/talla) e índice de masa corporal (IMC) y su interpretación para definir el estado nutricional
- Evaluación del neurodesarrollo
- Evaluación de la agudeza visual con los optotipos de Snellen

- Evaluación del aparato genitourinario: práctica de examen testicular y examen para evaluar la existencia de adherencias balanoprepuciales.
- Cadera: examen físico para la displasia congénita de cadera desde la primera semana de vida y solicitud de radiografía de cadera bilateral comparativa a partir de los 5-6 meses.
- Suplementos: indicación de suplementos para reforzar la dieta, entre ellos hierro.

2- Grupo Adultos hombres:

- Tensión o presión arterial (TA): control de la tensión arterial en algún control para la detección de Hipertensión Arterial (JNC 7, 2003; USPSTF, 2009; Marin, 2012).
- Glicemia: evaluación de glucosa en sangre en los últimos 5 años de su vida según la edad (Parita, 2010).
- Perfil lipídico: existencia en los registros de la evaluación de lípidos en sangre (colesterol total, triglicéridos, LDL, HDL) en algún momento de su vida (ATP III, 2011; USPSTF, 2009).
- Cáncer de colon: solicitud de Sangre Oculta en Materia Fecal como estrategia de screening para el Cáncer de Colon en mayores de 40 años con algún familiar de 1º con Ca de Colon (USPSTF, 2008; Gualdrini, 2011).

3- Grupo mujeres no embarazadas:

- TA: control de la tensión arterial para la detección de Hipertensión Arterial (JNC 7, 2003; USPSTF, 2009; Marin, 2012).
- Glicemia: evaluación de glucosa en sangre en los últimos 5 años de su vida según la edad (Parita, 2010).
- Perfil lipídico: evaluación de lípidos en sangre (colesterol total, triglicéridos, LDL, HDL) en algún momento de su vida (ATP III, 2011; USPSTF, 2009).
- Cáncer de colon: solicitud de Sangre Oculta en Materia Fecal como estrategia de screening para el Cáncer de Colon en mayores de 40 años con algún familiar de 1º con Ca de Colon (USPSTF, 2008; Gualdrini, 2011).
- Papanicolau (PAP): Papanicolau en el último año como estrategia de detección de Cáncer de Cérvix en mujeres con 1 año o más desde el inicio de relaciones sexuales (INC, 2013).
- Senografía: Senografía Bilateral para el screening del Cáncer de Mama en mujeres mayores de 45 años sin factores de riesgo o mujeres de mayores de 35 años con factores de riesgo (PNCM, 2010).

4- Grupo Mujeres cursando embarazo:

- Hemoglobina: dosaje de hemoglobina plasmática para la detección de anemia del embarazo.
- Serologías 1º Trimestre de embarazo: laboratorio para la detección de HIV, Sífilis (prueba: VDRL), Toxoplasmosis y Enfermedad de Chagas.
- Serologías 3º Trimestre: laboratorio para la detección de HIV, Sífilis (prueba: VDRL), Toxoplasmosis, Enfermedad de Chagas (si existía foco o se movilizó a área endémica) y virus de la hepatitis B (HVB).
- Urocultivos: detección de Bacteriuria Asintomática en el embarazo.
- Examen físico: peso actualizado por consulta, toma de TA, auscultación de latidos cardíacos fetales y de los movimientos fetales y altura uterina (los últimos tres según corresponda a la edad gestacional) (Neilson, 2007).
- Proteinuria: solicitud del examen en busca de proteínas en una muestra de orina al azar para la detección de pre-eclampsia.
- Papanicolau (PAP): Papanicolau en el último año como estrategia de detección de Cáncer de Cérvix en mujeres con 1 año o más desde el inicio de relaciones sexuales.

Prevención terciaria:**1- Grupo menores de 16 años:**

- Patología cardíaca: conducta en cuanto a su patología cardíaca.

2- Grupo Adultos hombres:

- Diabetes Mellitus (DBT): tratamiento dietario, ejercicio físico y tratamiento farmacológico para el manejo de dicha patología (ALAD, 2006; ADA 2009).
- Hipertensión Arterial (HTA): de tratamiento dietario, ejercicio físico y tratamiento farmacológico para el manejo de dicha patología (JNC 7, 2003; Marin, 2012).
- Cardiopatía: tratamiento dietario, ejercicio físico y tratamiento farmacológico para el manejo de dicha patología.

3- Grupo mujeres no embarazadas:

- DBT: tratamiento dietario, ejercicio físico y tratamiento farmacológico para el manejo de dicha patología, así como conductas de seguimiento clínico con metodologías complementarias como examen de laboratorio, interconsultas con oftalmología, control del estado de los pies para evaluar circulación periférica, etc. (ALAD, 2006; ADA 2009).

- HTA: tratamiento dietario, ejercicio físico y tratamiento farmacológico para el manejo de dicha patología (JNC 7, 2003; Marin, 2012).
- Cardiopatía: tratamiento dietario, ejercicio físico y tratamiento farmacológico para el manejo de dicha patología.
- Papanicolau: prácticas curativas acordes a la presencia de una PAP alterado. (SIL bajo grado, SIL alto grado, Cáncer de Cervix)
- Senografía: conductas apropiadas para un tratamiento, según la patología detectada.

4- Grupo Mujeres cursando embarazo:

- Infección Urinaria y Bacteriuria Asintomática: tratamiento de estas patologías (Smaill, 2007).
- Proteinuria: abordaje terapéutico de esta patología.

Estudio por entrevistas a los integrantes del equipo de salud

Se seleccionaron como sujetos de estudio los miembros del equipo del Centro de Salud que tuvieran contacto con población migrante en el desarrollo de su tarea asistencial, con tres o más años de antigüedad de trabajo en la institución.

Ejes temáticos de las entrevistas al equipo del Centro de Salud

Se asume que para poder construir un proyecto terapéutico compartido que permita la agenda de prácticas preventivas es necesario el establecimiento del vínculo terapéutico. Se buscó construir algunas dimensiones para identificar prácticas del equipo del Centro de Salud en ese sentido a partir de establecer los siguientes ejes:

- a. Identificación de elementos para la construcción de un contexto de trabajo con el usuario: aquella información que el entrevistado mencione como relevante para conocer en los primeros momentos en que se establece contacto con la persona que ha migrado y consulta en la institución.
- b. Valoración del manejo de los tiempos de la consultas en el proceso de atención: administración de la información y de las indicaciones en el tiempo que contempla el proceso de atención.
- c. Reconocimiento de los modos de comunicación: modalidades de comunicación y acceso a la información

- d. Identificación de obstáculos particulares para aplicar prácticas preventivas: obstáculos identificados para aplicar prácticas preventivas en la consulta individual.
- e. Identificación de las prácticas preventivas de los migrantes desde la perspectiva del equipo.
- f. Identificación de prácticas preventivas individuales y poblacionales

Estudio por entrevistas a usuarios migrantes

Se seleccionaron migrantes usuarios adscriptos al Centro de Salud, con carácter de informantes clave, residentes en el área de responsabilidad del efector, tomando como criterios el sexo y el lugar de origen.

La identificación de los mismos se dio a partir de la estrategia conocida como muestreo teórico: se solicitó a los trabajadores del equipo que propusieran un grupo de usuarios migrantes cada uno, de modo de incluir migrantes con diferentes lugares de origen y de diferente sexo (Quintana Peña, 2006).

Las entrevistas se realizaron en el contexto del domicilio, para evitar el condicionamiento que podría generar su desarrollo en el Centro de Salud.

Ejes temáticos de las entrevistas a usuarios migrantes

Los ejes guía de las entrevistas a los migrantes fueron:

- a. Concepción de salud: en el sentido de qué entiende por “sentirse bien”, de modo de lograr una reflexión basada en lo que piensa y cree, sin condicionantes derivados de sus vínculos con los equipos de atención.
- b. Prácticas de autocuidado: las prácticas que realiza para sentirse saludable, “para sentirse mejor” y cómo las adquirió.
- c. Respuestas ante los cambios de su salud: acciones que decide asumir al experimentar cambios en su estado de salud.

Revisión de historias clínicas

Se realizó una revisión de los registros de prácticas preventivas en las historias clínicas de las personas identificadas como migrantes que accedieron a la institución para atención durante un mes. Se eligió el mes de mayo por ser un mes del calendario en el cual las diferencias estacionales son menos marcadas y eliminan el efecto de algunos motivos de consulta característicos de algunos períodos del año.

Se clasificaron según edad, sexo y condición de embarazo conforme los grupos planteados según nivel de prácticas preventivas: primarias, secundarias y terciarias.

Consideraciones Éticas

El manejo, procesamiento y análisis de la información de fuentes secundarias y el producido de las entrevistas fue realizado bajo estrictas normas de cuidado de la información, a través de codificaciones, que sólo estuvieron al alcance del autor de la tesis. Las entrevistas fueron realizadas previa lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 2). Una vez finalizadas se leyó el contenido de lo registrado para confirmar el acuerdo de los entrevistados.

8. RESULTADOS

Estudio por entrevistas

8.1. Entrevistas al equipo del Centro de Salud

El grupo de estudio quedó finalmente constituido por ocho médicos (seis médicos/as generales, una médica clínica, una médica pediatra), una psicóloga, dos enfermeras, una trabajadora social y dos personales administrativos.

La presencia de un referente barrial como habilitante

Ante la presencia de una persona que ha migrado y que comienza un proceso de atención en el Centro de Salud, los responsables de la atención buscan conocer cuánto tiempo ha transcurrido desde la llegada a la ciudad, si está alfabetizado y si conoce la lengua, en particular entre las personas de la etnia qom, así como entre quienes provienen de Paraguay. Asimismo se pregunta cómo se movilizan en el barrio, si conocen el circuito de atención y el acceso al Centro de Salud, así como también si poseen vínculos familiares, de qué viven y dónde, qué actividades de subsistencia desarrollan y en qué términos. Se revela un interés principal por conocer si se cuenta con alguna persona que actúe como un referente que facilite su inserción en la comunidad del barrio y en particular, su vínculo con el Centro de Salud. En términos generales, se busca conocer cuáles son las dimensiones que están operando positiva o negativamente en cuanto a la accesibilidad, tanto en relación con la atención de la salud como con otros espacios y/o derechos.

“(...) afortunadamente las personas de la etnia qom que migran al barrio por ejemplo, casi siempre cuentan con un referente que ya vive en el barrio. Cuando llegan por primera vez al Centro de Salud, son generalmente acompañados por algún referente que ya conoce el circuito de atención y que los acompaña por el mismo”.

Según los testimonios, las personas que acompañan a los migrantes en su primer contacto son, por lo general, usuarios que han construido un vínculo con la institución y actúan como facilitadores que, al momento de sugerirse conductas, funcionan como “*habilitantes*” para propiciar lazos de confianza. En algunos casos, al indicarse alguna práctica, es frecuente que el “recién llegado” al barrio busque la aprobación de su acompañante como condición para el avance de la consulta, quien tomará el rol de intérprete:

“(...) a veces ni te das cuenta y en lugar de hablarle al paciente le terminas hablando de los problemas de salud al otro, al que acompaña, que al fin y al cabo es el que te está entendiendo”.

No obstante, el desconocimiento de los circuitos de la red de atención se ve como un límite, con la impotencia experimentada ante los límites derivados de las condiciones laborales de los usuarios, que no dejan lugar a algunas estrategias de acompañamiento o instrucción para asistir las trayectorias si necesarias dentro de la red de atención cuando es requerida.

“El hecho que los pacientes no conozcan los circuitos institucionales podría salvarse rápidamente, pero no conocer cómo hacer para llegar al hospital o al CEMAR es más complicado, y más porque nosotros no estamos todos los días en el Centro de Salud, ni todo el día (...)”.

Las condiciones de vida como límite de la práctica

La ocurrencia de accidentes domésticos es advertida por los entrevistados como un problema particular derivado de las condiciones de vida de los migrantes en el barrio, que ofrecen escasas aristas para trabajar preventivamente. Los riesgos provocados por el uso de artefactos eléctricos en el hogar, con suministro derivado de conexiones clandestinas poco seguras y los recursos y modos de cocinar o calentar agua con fuego al interior del domicilio, con manipulación de agua hervida en ollas, son los que surgen como más significativos. Los integrantes del equipo no visualizan otro modo de abordar el problema

que no sea , a partir de reconocer las condiciones de vida como condicionantes y limitantes de las intervenciones desde el Centro de Salud.

“Me cuesta mucho porque pienso que a veces estoy errándole. Por ejemplo: cuando quiero prevenir los accidentes por manipulación de vapor para nebulizaciones en la casa y me quedo pensando si tiene cocina o no (...). Antes no me daba cuenta y me la pasaba dando consejos, hasta que aprendí que no todos cuentan con algunos elementos mínimos”.

Se advierte la dificultad de promover cambios en prácticas que se presumen riesgosas cuando se desconocen las condiciones de vida en los hogares, y la necesidad de aproximarse a ese conocimiento como vía para poder ofrecer pautas reales y orientadas a lograr cambios en las conductas. Sin esa aproximación incluso se pone en duda si las pautas o consejos preventivos que se brinden serán comprendidos:

“Es difícil romper con el imaginario que uno tiene hasta desde su propio hogar para tratar de establecer las pautas preventivas en el domicilio del otro. Cuando conozco la casa es fácil para mí poder decirlo, pero igual no sé si se me interpreta (...)”.

Para un entrevistado es clave propiciar un acercamiento a la cultura que portan los usuarios migrantes, de modo de no proponer prácticas preventivas para el hogar como si tuvieran un carácter universal, ajustándose a cada situación en particular:

“Las condiciones de vida de las personas que han migrado, en este barrio, son muy desfavorables en su mayoría. Para proponer algunas estrategias de cuidado en el hogar yo me propongo intentar recuperar la historia y las condiciones en que el grupo ha vivido antes de migrar, y evitar así trabajar sobre mis supuestos”.

Los entrevistados mencionan también las indicaciones relativas al hábito de fumar vinculadas con las condiciones de hacinamiento en que viven algunas familias, que facilitan la exposición de los niños al humo del cigarrillo. Se comenta que se intenta persuadir para su abandono con mayor énfasis cuando hay niños con problemas respiratorios o, mínimamente, sugerir que se fume fuera del hogar.

Las prácticas preventivas de los migrantes

Los trabajadores señalan que incluyen este tema en el interrogatorio frente a toda consulta por un problema de salud. Las respuestas a tal indagación estarían relacionadas con los

lugares de procedencia y su cultura de manera diferenciada. Aquellos usuarios con los que se tiene más vínculo pueden llegar a comentar abiertamente las prácticas que sostienen, sujeto sin embargo a la antigüedad de la relación con el referente del equipo de salud. Aún así, en el caso de las personas de la etnia qom, es muy difícil que revelen alguna información. Los entrevistados atribuyen esta dificultad a *“cuestiones culturales”*, posiblemente vinculadas con la preocupación de prevenir una sanción de parte de un *“médico blanco”*:

“Es muy común que uno se dé cuenta de que el paciente cree que si uno se entera de que hizo algo sin autorización, uno lo va a retar (...)”.

Las personas de la etnia qom sólo llegan a hacer comentarios respecto de sus prácticas tradicionales, luego de varios años de haber sido atendidos por el mismo profesional. Uno de los entrevistados menciona que suele preguntar directamente: *“¿qué tomó, qué hizo, qué usó o qué intentó antes de asistir a la consulta?”*; pero advierte que generalmente en el caso de las personas de la etnia qom es el acompañante el que da la información:

“Los qoms tienen un montón de prácticas y costumbres pero no te dicen nada. Todavía hay chamanes. Ellos se manejan con las plantas que traen de allá. Cuando vos le preguntás al chamán, este no te revela nada. El paraguay no es de ir a los curanderos o tomar muchas cosas. Ellos vienen por nuestra medicina”.

“Siempre desde enfermería le preguntamos lo que han hecho. Todos los grupos ya manejan nuestra medicación básica como los analgésicos. Las otras medidas como el baño con agua para bajarle la fiebre, la conocen pero no las hacen porque muchas veces creo que no tienen los medios para hacerlo”.

Los criollos y especialmente los provenientes de Paraguay manejan una inmensa cantidad de sustancias que consumen como infusiones o té con fines terapéuticos. No es muy frecuente que comenten abiertamente lo que consumieron, pero *“a partir de repetir las preguntas puede darse que finalmente informen lo que hicieron”*. Según un entrevistado a ellos se les puede preguntar directamente sin problemas:

“Para los dolores abdominales o para la gripe en general usan algunos tipos de té, que después me tengo que poner a buscar para que es, porque no lo sé. Utilizan algunos ungüentos en el pecho para el resfrío”.

Algunos integrantes del equipo no avalan las prácticas tradicionales y se muestran resistentes:

“Aunque seguro ellos manejan todo tipo de sustancias, para mí son un peligro y trato de recomendar que no usen cualquier cosa, o que no mezclen o que antes de hacer eso vengan que los veo, sobre todo cuando hay niños en el medio (...).”

A pesar de todo esto, un entrevistado acota advertir un descenso en la utilización de medicinas tradicionales:

“Yo hace muchos años (más de 15 años) que trabajo en este Centro de Salud y he notado una franca disminución del uso de algunos remedios caseros que antes los qoms usaban más. Ahora ya hay algunos que desconocen algunas recetas que los más viejos usan”.

El tiempo de la consulta y la oportunidad de intervención

Se advierte con cierta reiteración la preocupación por la distribución del tiempo en la consulta. De igual modo la referencia a un mayor tiempo dedicado en la primera consulta, cuando se trata de usuarios migrantes. Esta primera consulta tiene de por sí *“otros tiempos”* y requiere de otro *“tipo de información”*, con la dificultad mencionada de que la misma debe ser transmitida con frecuencia con la mediación de otra persona, que oficia de referente. En particular cuando la persona no habla la lengua castellana, y pertenece a la etnia qom o proviene de Paraguay. En este caso es imprescindible la presencia de un intérprete en la consulta.

El problema del idioma subsiste, al punto que un entrevistado reconoce que durante mucho tiempo incurrió en el error de *“naturalizar las herramientas de comunicación”*, y al escribir una indicación o al comunicarla verbalmente no constataba si había sido efectivamente comprendido:

“(...) me ha pasado de estar acelerado y no parar de hablar en toda la consulta y en un momento darme cuenta que el paciente me está mirando sin entender nada. Cuando desacelero me doy cuenta que a veces no es que hablo rápido, es que no me entiende el idioma (...).”

“Los paraguayos y a veces los qoms vienen con algún paciente conocido que ya vive en el barrio y te aclara que viene a traducir, así que me comunico con traductor”.

Según un integrante del equipo la presencia de *“mujeres abuelas a cargo de los nietos”*, presumiblemente con largo tiempo en la comunidad, facilitaría enormemente el desarrollo de la consulta y su duración.

Una opción superadora, si bien dilemática, es dosificar las indicaciones, para evitar abrumar con la cantidad, aún con riesgo de pérdida de oportunidad. Aún así, la “dosificación” favorecería una mejor comprensión y alentaría el regreso del usuario:

“Si pido algún método complementario a algún “qom” y le tengo que dar dos o tres indicaciones juntas, seguramente el tiempo de la consulta es mayor. Por eso a veces prefiero “dosificar” lo que necesito para que la persona no se confunda y vuelva”.

“Uno entiende que sería mejor indicar todo lo necesario para que no se pierdan las oportunidades, pero a veces uno prefiere jugar con que lo va a volver a ver y va indicando de a poco todo lo que se necesita. Es un riesgo, pero cuando indicás todo junto no vuelve más, seguro (...)”.

“En el caso de la comunidad qom no puedo hacer un paquete (de indicaciones). En esas consultas debo explicar varias veces lo mismo. A veces creo que no me puedo explicar bien”.

“Tengo algunas mujeres que son más grandes, como abuelas que se encargan de todos los nietos y que generalmente la tienen más clara que yo. Después hay otras mujeres en las que me tengo que tomar más tiempo y cuando se van me queda la sensación que no me entendieron mucho. Es un arte”.

“Algo que uno tiene en cuenta es en relación a lo que pide en el momento en que se encuentra con el paciente que migró. Por ejemplo yo me pregunto: cuáles son las indicaciones sin las cuales no se puede ir el paciente?; qué es lo que le tengo que pedir o hacer sí o sí hoy? (...)”.

Sobre la indicación del Pap

La compleja tarea de entablar una comunicación, un diálogo en un lenguaje comprensible, se pone en evidencia cuando se solicita la realización de una práctica, como por ejemplo la realización del Pap, que podría despertar resistencias de otro orden.

Esta situación se repite en todo pedido de recolección de información, llevando a algunos profesionales a ser muy insistentes y reiterativos en sus pedidos, incluso con la certeza que en algunos casos no han sido comprendidos:

“Sobre todo con el Pap, a veces no sé si se me entiende lo que quiero transmitir. Por eso repito y repito algunos consejos o indicaciones y re-pregunto que es lo que se me entendió”.

“Yo les machaco y machaco sobre el Pap, no se si me entienden o no, pero después de tanto repetir seguro que la idea les queda en algún lado (...). (...) a veces viene por una angina (dolor de garganta) y les digo sentate en la camilla, y me miran y me dicen que ya se hicieron el Pap, y les tengo que aclarar que es para verles la garganta y no para repetir el Pap (...). (...) insisto mucho en el Pap, sobre todo cuando consultan por anticoncepción (...).”

En algunas de estas conductas, el equipo advierte que no hay relación entre estos inconvenientes y la cantidad de años de residencia en Rosario de los usuarios o de contacto con el Centro de Salud. De hecho los médicos reconocen que es frecuente tener dificultad para acordar la realización del Pap con mujeres que hace años que llegaron al área e incluso son atendidas siempre por el mismo profesional. Según una trabajadora médica, la condición de migrante establece una diferenciación en relación a la indicación de esta práctica. Para la práctica del Pap en la población de la etnia qom es necesaria una programación y alguna estrategia que no se da con los otros grupos. La mayoría en este grupo no conoce lo que es el Pap, ni para qué sirve:

“Más allá de toda explicación, con las mujeres qom en las primeras consultas les explico todo hasta que me van conociendo y logro en alguna oportunidad hacer el Pap. Es muy difícil que pueda hacerlo en la primera. Generalmente no saben qué es. Eso sí, con las chicas de la etnia qom que nacieron en Rosario es más fácil que con las mujeres mayores que llegaron desde el norte, porque es como si ya tuvieran incorporado desde chicas algunas de estas cosas (...).”

¿El género como obstáculo?

La perspectiva de género aparece con mucha fuerza en el relato de las entrevistas. En particular el relato sobre la aplicación de prácticas preventivas permite visualizar diferencias de género en relación con la práctica del Pap y el acuerdo con el consumo de anticonceptivos orales. La primera presenta sus dificultades, ya sea en su ejecución en el Centro de Salud, así como en la ejecución de la misma en las derivaciones al segundo nivel (para colposcopia). Se menciona que los hombres de la etnia qom y los hombres provenientes de Paraguay con frecuencia no acuerdan con que la mujer acceda a un examen ginecológico practicado por un médico hombre, situación que no se registra de igual modo entre migrantes de otros grupos:

“(...) cuando estoy en la consulta y la mujer es qom, estoy seguro que se me va a complicar para hacer el Pap y sé que voy a tener que remar la situación. Ahora cuando la

mujer es de Paraguay, a pesar de saber que sus parejas no están de acuerdo, cuando estamos solos en el consultorio, a veces me recuerdan ellas que debemos hacerlo y noto que quieren aprovechar la oportunidad porque su marido no está”.

Con respecto a las indicaciones de anticoncepción, un trabajador de enfermería menciona que las personas de la etnia qom no suelen utilizar con frecuencia los anticonceptivos que se ofrecen desde el Centro de Salud, porque prefieren utilizar sus propios métodos y aporta:

“Cuando se les indica anticonceptivos a las mujeres de la etnia qom, aceptan y acuerdan, pero después no los utilizan. Evidentemente los métodos que utilizan para no tener hijos funcionan, porque no tienen muchos hijos. El método es usando té de algunos yuyos que combinan”.

Un médico hombre destaca asimismo una diferencia en relación al comportamiento cuando estas mujeres están solas o acompañadas en la consulta. Ese profesional aporta:

“No sólo hablan sin ningún problema, sino que incluso hasta hacen chistes y se ríen. Pero cuando son acompañadas por un hombre no hablan y cuando se retoma alguna cuestión, que fue discutida sin la presencia del hombre, no contestan”.

Sobre el registro de riesgos de la salud

Se rescata con cierta recurrencia que las personas migrantes aparentan manejar un umbral relativamente alto para la percepción de los signos y síntomas de algún problema de salud lo que retardarían la consulta. Para proponer estrategias preventivas los profesionales mencionan tener que apelar a evaluar los antecedentes de “alarmas” al momento de la consulta en la evolución de su problema de salud. Existen situaciones en que la consulta se produce de manera muy tardía y se supone que la indicación de alguna práctica preventiva podría no tener el efecto que se pretende.

Un entrevistado advierte que muy posiblemente los “problemas que aparentan ser particulares o exclusivos de los migrantes” no tengan que ver con el problema en sí, sino con los signos de alarma, porque a veces consultan *“muy tarde”*.

Se señala como una conducta común entre los migrantes de la etnia qom, no solicitar ser atendidos, ni reclamarla incluso habiéndose acercado a la institución. Se hacen presentes en la sala de espera, por algún problema de salud, pero no lo comunican. Ante esta

situación, el equipo del Centro en su totalidad trabaja con la consigna de estar atentos para no pasar por alto tal oportunidad de intervención, preguntando activamente a las personas para qué están allí o a quién esperan. Un trabajador, sin embargo, aún cuando reconoce algunas cuestiones particulares que requieren atención especial cuando se trata de migrantes, afirma que la alta cantidad de usuarios que atiende por día no le permite verlos con rasgos particulares y termina naturalizando su trabajo:

“Algunas veces uno se da cuenta que lo que está haciendo no lo estudió en ningún lado, y toma decisiones basadas en su propia práctica en este lugar. Existen algunos problemas de salud con algunas cuestiones de presentación particulares de los migrantes de algunas zonas, que hacen que debas estar atento, pero que se han transformado en algo tan frecuente que no son la excepción, por eso lo vivo como natural (...).”

Un caso particular, donde se presenta un escaso nivel de alarma, es la detección temprana de las tuberculosis. Se reitera con respecto a las personas de la etnia qom, la dificultad de reunir información por la vía tradicional del interrogatorio a la persona afectada. Más allá del vínculo que se tenga con esa persona y del tiempo bajo atención con el profesional de referencia, rara vez el afectado da cuenta de un desmejoramiento de su salud:

“En cuanto a la tuberculosis las personas de la etnia qom no te dicen mucho. A veces el acompañante te cuenta que algún familiar está realizando tratamiento para tuberculosis, que lo abandonó o que el mismo paciente lo interrumpió cuando vivía en el norte. A veces te cuentan que algún familiar falleció porque tenía tos y después te enterás que era tuberculosis”.

Para ampliar la capacidad de detección uno de los entrevistados menciona que interroga en cada consulta acerca de síntomas respiratorios para buscar activamente la tuberculosis:

“Generalmente pregunto y pregunto sobre si tiene tos o sudor o descenso de peso sin que el otro lo mencione, porque a veces tiene alguno de estos síntomas y ni se enteró (...). Insistimos mucho todo el tiempo sobre la tuberculosis, pero no logramos obtener el grado de registro del problema que uno quisiera”.

Algunas personas que han migrado viajan por trabajo fuera de Rosario por un tiempo y cuando vuelven se acercan al Centro de Salud comentando que notan un descenso de su peso. Se remarca que afortunadamente estos episodios de presentación espontánea tardía de las personas afectadas cada vez son menos frecuentes, y que se han disminuido los tiempos de captación de estos problemas de salud.

Reconocimiento de prácticas diferenciadas a migrantes

Los entrevistados del equipo recuperan algunas particularidades en la atención de los migrantes que, por sus condiciones físicas, modos de vida, promueven la aplicación de medidas clínicas particulares y diferentes que las destinadas a población no migrante.

En el proceso de atención se toman decisiones específicas, respaldadas en el conocimiento surgido de la experiencia compartida por los pares profesionales y en la propia experiencia de atención en el efector:

“A una persona de la etnia qom vos le pedís una placa de tórax y quizás aparece el corazón un poco redondeado, entonces debés pedir una ecografía de corazón, y es muy probable que informen un derrame pericárdico leve. A este paciente se le solicita una TSH porque seguro va a estar hipotiroideo, todo esto aunque no tengan ningún síntoma cardíaco. A esto lo aprendí de una compañera del Centro de Salud que hace muchos años que trabaja con migrantes. Esto no está escrito en ningún libro”.

En el mismo sentido otro profesional plantea en relación con el caso de los niños/as de la etnia qom:

“(…) a veces pueden consultar porque están mal por un cuadro de virosis de vías aéreas con broncoespasmo. Si sólo le indicás un tratamiento sintomático y lo aguantás va a empeorar y vas a terminar indicando un tratamiento antibiótico días después. La mayoría de las veces indico el antibiótico desde el inicio. A un criollo en la misma situación lo esperás y se resuelve solo. Por otro lado, ese mismo niño al que decido tratar, probablemente pasa días enteros en la calle pidiendo con su mamá”.

Con una alta presencia de migrantes de zona endémica para la enfermedad de Chagas, los médicos mencionan tener presente la solicitud de serología (prueba de análisis sanguíneo) para detección por laboratorio. Generalmente se intenta que la persona que viaja a zona endémica informe el viaje cuando regresa, por la eventual posibilidad de infección. En el caso de los niños se indaga acerca de las condiciones serológicas de la madre, que la mayoría de las veces se controla en las pruebas definidas durante el embarazo:

“A un/a niño/a que accede al centro de salud para una consulta y que es migrante qom generalmente se va con un laboratorio básico con serología para Chagas. A un criollo no le pedís nada. Esto lo hacemos porque sabemos que algo vamos a encontrar (...)”

Estrategias preventivas reconocidas como habituales

Los profesionales a cargo de las consultas clínicas no diferencian las prácticas preventivas habituales implementadas con los migrantes de aquellas indicadas a los no migrantes, y en los registros de las historias clínicas dan cuenta del uso de protocolos de prácticas

clínicas según cada caso.

Para los niños/as recién nacidos o lactantes las prácticas que con mayor frecuencia se ejecutan son la evaluación de las variables antropométricas (peso corporal, talla, perímetro cefálico), el estado de vacunación, la evaluación del desarrollo neurológico, el examen físico, advirtiendo la inclusión del examen genital, la evaluación de la displasia de cadera y la suplementación con hierro como práctica preventiva.

En niños/as mayores el equipo advierte la importancia del examen cardiovascular, la evaluación de la agudeza visual en el consultorio y de la consideración de la salud bucal, con posterior consulta con el odontólogo del Centro de Salud, en caso de ser necesario.

Uno de los profesionales señala que a partir de la aplicación de la Asignación Familiar por Hijo ya no le preocupa el “tema de la comida ni de las vacunas”, dado que es un requisito que el cumplimiento del plan de vacunas sea valorado por personal de enfermería.

Para el grupo de las mujeres en edad reproductiva, se destaca la realización del Pap y la senografía como las prácticas que, según coinciden los entrevistados, son las más frecuentemente realizadas y a las que más atención les destinan. Identifican como criterio para la realización del primer Pap al año de inicio de las relaciones sexuales. Para la senografía el criterio es indicarlo en mujeres mayores de 40 años sin factores de riesgo o desde los 35 años en aquellas con algún factor de riesgo. Otras prácticas enunciadas son el examen físico con toma de tensión arterial, la medición del peso con cálculo del índice de masa corporal y el examen cardiovascular.

Para los adultos (hombres y mujeres en edad reproductiva), lo que se ofrece es la realización de glicemia en mayores de 20 años y perfil lipídico; a partir de los 40 años glicemia, perfil lipídico y control de tensión arterial cada 2 años. En cada oportunidad se insiste en el control del estado del plan de vacunación para la vacuna doble adultos. Para uno de los profesionales algunos estudios establecen que a partir de la migración, y sobre todo luego de la urbanización, los migrantes tienen predisposición a enfermedades crónicas no transmisibles y sobre todo a la diabetes mellitus.

En el caso de las mujeres embarazadas lo que se realiza es el examen físico relativo al embarazo, indicándose las pruebas de laboratorio que corresponden a cada trimestre con sus respectivas serologías. Se realiza la suplementación con hierro, el cultivo de la orina con el fin de buscar una infección urinaria en el embarazo y la toma de cultivo de flujo entre las semanas 35-37 de gestación.

Estrategias preventivas con alcance poblacional

Según los entrevistados, los problemas de salud para los cuales deberían establecerse estrategias diferentes a las que se proponen dentro de los márgenes de la consulta, son aquéllos en los cuales se conoce o percibe algún tipo de dificultad para captar a la población dentro del efector y para los cuales es necesaria una práctica preventiva de mayor amplitud. Se trataría de estrategias, que identifican como poblacionales, siendo su objetivo exceder los márgenes del consultorio, el caso a caso, al extender la intervención a todo el espacio de cobertura del Centro de Salud.

Se reconoce el caso de la aplicación de vacunas, una práctica cotidiana en el Centro de Salud, ejecutada desde enfermería y promocionada por el resto del equipo, según los relatos reunidos, vinculados con una experiencia realizada a partir de identificar áreas en el barrio con debilidades particulares vinculadas con las condiciones de vida para su implementación. Ante tal situación se implementan postas en tales lugares, con la participación de todo el equipo. Se afirma que el sostenimiento periódico de esta estrategia a lo largo del tiempo ha permitido expandir la captación y aplicación satisfactoria del esquema de vacunas, según calendario oficial (RNVA, 2012) y en particular personas de mayor riesgo por padecer problemas de salud como Diabetes Mellitus, insuficiencia cardíaca, mujeres embarazadas, niños.

Un problema de mayor complejidad sería la enfermedad de Chagas, que entre migrantes pertenecientes a la etnia qom o provenientes de Paraguay, requiere de intervenciones diferentes a las sostenidas hasta el momento, en el caso a caso, dentro de cada consultorio.

“Deberíamos tomar más en equipo algunas situaciones, ya que con el tema de las migraciones se complica todo porque se van perdiendo pacientes todo el tiempo y se hace imposible sostener un seguimiento continuo”.

“En realidad es tan precaria la atención que le ofrecen en Paraguay que tenés que empezar de cero con cualquier tema que tomes y el Chagas no es la excepción”.

Por su parte para algunos entrevistados existe una dificultad en la captación de la tuberculosis. No es un problema que afecte a toda la población, sino que deben darse determinadas condiciones para que se presente o se sostenga en un grupo. Se señala que

estaría ligado a determinadas condiciones de vida, las que particularmente se dan en determinadas áreas del barrio, generando condiciones para su contagio y sostenimiento en el tiempo. El problema ligado a la presencia de tuberculosis es su captación tardía. Por consiguiente, la estrategia que proponen algunos miembros del equipo es la de entrenar a todos los pacientes y allegados para que estén alerta cuando alguien presente tos, estimulando su consulta en el Centro.

También se recuperan algunas reflexiones que se vincularían más con intervenciones intersectoriales en tanto refieren a las condiciones materiales y sociales de vida, en un contexto de marginalidad y urbano que potencialmente afectaría a los migrantes.

“(…) el barrio tiene algunas condiciones que nosotros desde el Centro de Salud no podemos modificar pero que afectan a los que viven acá. La falta de cloacas, de desagües o el problema del ineficiente abastecimiento de la red eléctrica. Pero el principal problema debe ser la falta de agua y su mal uso”.

“(…) un tema para trabajar poblacionalmente es en relación a los accidentes por la electricidad, dada la mala calidad de las conexiones en los domicilios”.

8.2. Entrevistas a las personas que han migrado

El grupo de personas entrevistadas se constituyó por cinco migrantes de Chaco (etnia qom), cuatro de Corrientes, dos del norte de Santa Fe, dos de Buenos Aires y tres de Paraguay. Las edades fueron entre 25 a 46 años.

La concepción de salud según los migrantes

Cuando los entrevistados son invitados a pensar sobre qué hacer para sentirse bien o sentirse sanos, las respuestas se presentan en dos dimensiones que tienen relación con el lugar de origen de cada uno.

Las personas de la etnia qom dirigen sus respuestas en función a las tareas o actividades recreativas y/o personales. Por ejemplo un entrevistado menciona que para sentirse bien elige escuchar música sólo y luego sentarse en el patio, “en un rinconcito”, con algunas

hojas para escribir alguna historia o cuento sobre personas que observa dentro o fuera de la familia. Por su parte, otro advierte:

“Me siento bien cuando anda bien la familia porque me las puedo rebuscar (trabajar), en cambio ahora yo estaba trabajando y mi familia no estaba bien, entonces yo tuve que dejar de trabajar, y eso me pone mal”.

Para otro entrevistado de la etnia qom *“sentirse bien es estar solo o con otra persona charlando”*. Mientras que otro entrevistado de la etnia qom refiere que lo que aprendió sobre estar bien esta relacionado con lo que el doctor le dijo acerca de comer sin sal. En su caso si no se siente bien también descansa o hace reposo.

Por su parte, los migrantes provenientes de Paraguay apuntan a otro tipo de aspectos, mas relacionados quizás con el hecho de su relación con el sistema de salud o con las prácticas médicas. Ante la pregunta antes comentada mencionan prácticas como comer *“bien sano o saludablemente”*, una buena higiene personal que significaría una buena salud o visitar al médico.

Estrategias de autocuidado de las personas migrantes

Cuando el interrogante apunta a conocer las estrategias que utiliza el entrevistado para resolver una situación en la que no se sienta bien, la mayoría de las personas de la etnia qom apunta a la misma dimensión de autoatención del punto anterior, relacionada con prácticas domésticas o recreativas. Uno de los entrevistados comenta que cuando no se siente bien busca hablar con alguien mayor de su comunidad para que lo ayude a buscar la solución *“a su malestar”*. A veces logra sentirse mejor ayudando en la cocina a su madre, o en alguna actividad a su padre o quizás prestando ayuda en otra familia de la comunidad. Una persona de la etnia qom menciona que limpiando la casa y luego saliendo a pasear es la forma en que puede sentirse mejor. Otros prefieren recostarse y descansar hasta que *“el malestar”* pasara. Sin embargo, uno de los entrevistados, quien también pertenece a la etnia qom, comenta que si no se siente bien prefiere consultar al médico en el Centro de Salud:

“Por el tema de la salud, si me siento mal, sino me hallo, si tengo dolor o una enfermedad o dolor de cabeza o de espalda, voy al Centro de Salud al médico de

cabecera y veo si me dan un calmante o algo. Yo tengo una doctora de cabecera que trabaja en Juan B. Justo. No lo pienso mas, voy directamente al médico".

El mismo entrevistado sostiene:

"A veces le pido a mi tía a ver si tiene algo. Algunos de acá saben de medicina y esas cosas. Antes cuando vivía en Chaco tomaba muchas cosas que te daban, pero cuando me vine acá a Rosario me explicaron más científicamente, y acá encontré una medicina que me parece mejor, por las farmacéuticas. Ahora no tomo tanto porque tengo miedo de tomar. Las cosas que te dan allá son muy fuertes. Tengo miedo por el tema del corazón, que te hagan mal".

En el relato se menciona una experiencia en el barrio con profesionales de Médicos del Mundo, con quienes el entrevistado habría logrado, gracias a los intercambios con ellos, aprender *"las cosas de la ciencia"*. En ese sentido aclara:

"Allá, cuando me dolía el estómago había palo santo o paico para tomar, pero ahora me tomo una buscapina directamente".

De igual modo, entrevistados provenientes de Paraguay comentan que, de no sentirse bien, se recuestan y duermen un rato mientras que otros prefieren tomar *"un ibuprofeno"*. A diferencia otro persona comenta que si tiene dolor de cabeza intenta no hacer ninguna actividad o si no se moja la cabeza *con "jugo de yerba"*.

Con respecto al lugar en donde aprendieron sus prácticas de autoatención, hay coincidencia en cuanto a identificar sus vínculos cercanos como transmisores de un saber común (madres, abuelas, incluso una hermana mayor):

"De estas cosas aprendí de ir preguntando. Algunas las aprendí de enseñanzas de mis padres o de mis abuelos, pero igual yo siempre voy a esos espacios donde la gente se une y se debaten los problemas y ahí aprendo escuchando. A eso lo hago tanto en el Centro de Salud tanto dentro de mi familia".

Acerca de cuándo decidir solicitar ayuda por algún problema, en forma recurrente se comenta que cuando el *"problema continúa"* deciden preguntar *"a otro lado"* y se cita al médico del Centro de Salud como la principal opción. Un entrevistado menciona además que pregunta *"para aprender"* y no sólo para que le aporten una solución.

Cuando se hace referencia a prácticas realizadas en reemplazo a las sugeridas por el *"médico blanco"*, los testimonios son diversos. Un entrevistado de la comunidad qom menciona que algunas veces elige consumir algunas hierbas que aprendió de quien en la comunidad es conocido como *"piogoná"*. El piogoná es quien tiene ese tipo de información.

El piogoná “no enseña a hacer” sino que lo hace él solo e indica cómo continuar. Esto se explica refiriendo el caso de necesitar consumir alguna infusión, el piogoná la prepara y la entrega.

“Si usted no se siente bien trata de ir a algún médico o persona que tiene otras capacidades y consultarlo cómo se cura su enfermedad, tanto al blanco (médico) como al piogoná”.

“Si a mí me preguntan por qué alguien se siente mal yo digo lo que hice cuando me sentí igual y le digo a la otra persona con quien ir y se la presento”.

“Nosotros como comunidad aprendemos así, escuchando, charlando o mirando lo que otra persona hace. Y nos consultamos entre nosotros lo que aprendimos. Y vamos enseñándonos así”.

Entrevistados provenientes de Paraguay a diferencia no mencionan otra opción diferente a las sugeridas por el médico del Centro de Salud, o bien actúan inspirados por las indicaciones recibidas en situaciones similares recibidas previamente.

“Si me duele la cabeza me compro o me tomo un ibuprofeno cuando siento algún dolor. Algunas veces me lo recetó la doctora y entonces ahora me los compro sola”.

8.3. Relevamiento de la información de las historias clínicas

En este apartado se presenta la información relevada de las historias clínicas de migrantes que fueron atendidos en el mes de mayo de 2010 en el Centro de Salud.

En un intento de aproximación al quehacer de los profesionales en la aplicación de las prácticas preventivas con migrantes, se recuperó en particular la ocurrencia relativa de registros vinculados concretamente a los actos médicos en términos preventivos contemplando la clasificación propuesta por Leavell y Clark según niveles, primarias secundarias y terciarias.

Cabe la salvedad que la ausencia de registros puede no corresponder estrictamente a la ausencia de tales prácticas y sí a un posible subregistro, es decir una falencia grave en la utilización de un instrumento tan esencial para la práctica médica como es la historia clínica, con serias implicancias en la calidad de la atención.

Se reunieron 573 historias clínicas de personas migrantes que recibieron atención en el

Centro de Salud: 256 corresponden a menores de 16 años (120 varones y 136 mujeres), 44 a embarazadas y 273 adultos (excluidas embarazadas, 55 varones y 218 mujeres).

En ese total de historias clínicas se identificaron 2793 registros de prácticas preventivas las que clasificadas según los niveles de prevención definidos corresponden 554 al nivel primario (PP1), 2058 al secundario (PP2) y 181 al terciario (PP3). Se aprecia un franco predominio relativo de prácticas preventivas secundarias (Cuadro n°1).

Cuadro n°1. Presencia relativa de prácticas preventivas según nivel

20 prácticas PP1 por cada 100 prácticas preventivas registradas	554 en 2793
74 prácticas PP2 por cada 100 prácticas preventivas registradas	2058 en 2793
6 prácticas PP3 por cada 100 prácticas preventivas registradas	181 en 2793

Es interesante observar cómo esta mayor presencia relativa de registros de PP2 se sostiene al discriminar según edad y condición de embarazo (Cuadro n° 2)

Cuadro n°2. Registro de prácticas preventivas primarias, secundarias y terciarias según edad y condición de embarazo

Grupos según edad y condición de embarazo	PP1	PP2	PP3	TOTAL
Menores de 16 años	249	1119	0	1368
Adultos Hombres	46	123	63	232
Adultos mujeres (excluidas mujeres embarazadas)	179	597	118	894
Mujeres embarazadas	80	219	0	299
TOTAL	554	2058	181	2793

A continuación en los cuadros nº 3, 4, 5 y 6 puede observarse la mayor presencia relativa de registros de PP2 para los distintos grupos contemplados según edad y condición de embarazo. Se destaca en particular cuando se trata de menores de 16 años. En segundo orden, en el grupo de mujeres cursando embarazo.

Cuadro nº 3. Presencia relativa de prácticas preventivas a menores de 16 años según nivel

18 prácticas PP1 por cada 100 prácticas preventivas registradas	249 en 1368
82 prácticas PP2 por cada 100 prácticas preventivas registradas	1119 en 1368
Ninguna PP3	0

Cuadro nº 4. Presencia relativa de prácticas preventivas a adultos varones según nivel

20 prácticas PP1 por cada 100 prácticas preventivas registradas	46 en 232
53 prácticas PP2 por cada 100 prácticas preventivas registradas	123 en 232
27 prácticas PP3 por cada 100 prácticas preventivas registradas	63 en 232

Cuadro nº 5. Presencia relativa de prácticas preventivas a mujeres adultas excluidas cursando embarazo según nivel

20 prácticas PP1 por cada 100 prácticas preventivas registradas	179 en 894
67 prácticas PP2 por cada 100 prácticas preventivas registradas	597 en 894
13 prácticas PP3 por cada 100 prácticas preventivas registradas	118 en 894

Cuadro n° 6. Presencia relativa de prácticas preventivas a mujeres cursando embarazo según nivel

30 prácticas PP1 por cada 100 prácticas preventivas registradas	80 en 299
73 prácticas PP2 por cada 100 prácticas preventivas registradas	219 en 299
Ninguna PP3	0

A continuación se presentan las relaciones de ocurrencia relativa de registros de PP1 seleccionadas, según los grupos definidos.

Se aprecia una relativa menor ocurrencia de registro de inmunizaciones a mujeres cursando embarazo, en una relación cercana a la mitad de las correspondientes en los otros grupos (Cuadro n°7).

Cuadro n°7. Presencia relativa de indicación de vacunas según grupo etáreo y condición de embarazo

Menores de 16 años: 88 de cada 100	218 en 249
Adultos varones: 82 de cada 100	38 en 46
Adultos mujeres excluidas embarazadas: 79 de cada 100	143 en 179
Mujeres embarazadas: 43 de cada 100	35 en 80

El consejo de salud, en cambio, se destaca por una escasa presencia relativa en todos los grupos definidos, siendo particularmente escaso cuando se trata de menores de 16 años (Cuadro n°8).

Cuadro n°8. Presencia relativa de indicación de consejo de salud según los grupos y condición de embarazo

Menores de 16 años: 12 por cada 100	31 en 249
Adultos varones: 17 por cada 100	8 en 46
Adultos mujeres excluidas embarazadas: 20 de cada 100	36 en 179
Mujeres embarazadas: 17 de cada 100	14 en 80

De igual modo, se observa una escasa presencia relativa de registros correspondientes a la prescripción tanto de hierro como de ácido fólico a mujeres embarazadas (Cuadro n°9).

Cuadro n° 9. Prescripción de ácido fólico y hierro a mujeres cursando embarazo

Ácido fólico: 18 de cada 100	15 en 80
Hierro: 20 de cada 100	16 en 80

A continuación se presenta la ocurrencia relativa de registros de diversas prácticas preventivas secundarias para los grupos considerados (Cuadros n° 10 a 13).

En particular amerita señalarse la escasa relación registrada respecto a la evaluación de la agudeza visual y la indicación de suplementos entre los menores de 16 años. Cabe tener en cuenta que en el primer caso es una práctica que forma parte del examen físico de rutina. La segunda en cambio responde a una prescripción específica.

Con respecto al resto de las prácticas, con valores similares, se destaca la menor presencia relativa de registros de evaluación de la displasia congénita de cadera (Cuadro n°10).

Cuadro n°10. Prácticas preventivas secundarias en grupo de menores de 16 años

Evaluación antropométrica: 21 de cada 100	245 en 1119
Evaluación de neurodesarrollo: 20 de cada 100	215 en 1119
Evaluación de la agudeza visual: 3 de cada 100	42 en 1119
Evaluación del aparato cardiovascular: 18 de cada 100	205 en 1119
Evaluación de genitales: 16 de cada 100	185 en 1119
Evaluación de displasia congénita de cadera: 14 de cada 100	164 en 1119
Indicación de suplementos: 5 de cada 100	64 en 1119

La solicitud de Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF) se presenta escasamente en el caso de adultos hombres y mujeres, excluidas mujeres cursando embarazo (Cuadros n°11 y 12). Según los registros, esta determinación se solicitó comparativamente en menor medida que otras registradas.

En el grupo de mujeres que no cursaban embarazo la solicitud de senografía bilateral tiene

la segunda menor frecuencia relativa con respecto a las demás prácticas (Cuadro nº12).

Cuadro nº11. Prácticas preventivas secundarias en grupo de adultos hombre

Toma de presión arterial: 36 de cada 100	45 en 123
Solicitud de glicemia: 33 de cada 100	41 en 123
Solicitud de perfil lipídico: 27 de cada 100	34 en 123
Solicitud de SOMF: 2 de cada 100	3 en 123

Cuadro nº12. Prácticas preventivas secundarias en grupo de mujeres excluidas mujeres cursando embarazo

Toma de presión arterial: 25 de cada 100	153 en 597
Solicitud de glicemia: 24 de cada 100	146 en 597
Solicitud de perfil lipídico: 19 de cada 100	114 en 597
Solicitud de SOMF: 1 de cada 100	5 en 597
Realización de Pap: 19 de cada 100	115 en 597
Indicación de senografía bilateral: 10 de cada 100	64 en 597

Para las mujeres cursando embarazo se observan relaciones similares de registro de prácticas, siendo la más escasa la correspondiente a la solicitud de proteinuria (Cuadro nº 13).

Cuadro nº13. Prácticas preventivas secundarias en mujeres cursando embarazo

Solicitud de Hemoglobina: 18 de cada 100	40 en 219
Solicitud de serología 1º trimestre: 16 de cada 100	36 en 219
Solicitud de serología de 2º trimestre: 14 de cada 100	31 en 219
Solicitud de urocultivo: 17 de cada 100	39 en 219
Examen físico durante el embarazo: 17 de cada 100	38 en 219
Solicitud de proteinuria: 5 de cada 100	12 en 219
Realización de Pap durante el embarazo, o menos de año: 10 de cada 100	23 en 219

9. CONSIDERACIONES FINALES

El material reunido en el desarrollo de este trabajo, aún cuando tentativo y de carácter exploratorio, abre un espacio de interrogación como punto de partida para el encuentro de las diferentes perspectivas, las de los profesionales y la de los usuarios, en este caso migrantes, posibilitando detenerse en particular en aquellos aspectos que ofrecen un espacio para la identificación de estrategias de intervención orientadas a fortalecer la interrelación entre población y servicios de salud.

Elementos para fortalecer el vínculo

Los integrantes del equipo de salud destacan como elemento clave en el desarrollo del encuentro con la población y en particular con los migrantes, el establecimiento del vínculo desde el mismo primer encuentro. Se lo reconoce como una herramienta de alto valor. En tanto vínculo relacional, será la arena para el despliegue de acuerdos y superación de desencuentros, cuya fortaleza es la comunicación bilateral. Ahora bien, ¿Cómo se establece el vínculo? ¿En qué medida está condicionado por el tiempo compartido con el usuario? ¿Es posible hablar de vínculo con un trabajador o con un equipo? Apelando a ese vínculo: ¿Cómo encaminar prácticas preventivas en particular?.

Pensar el vínculo como una herramienta podría contribuir a iniciar un trabajo de exploración específico de los modos de encuentro entre usuarios, familias y comunidad con el equipo de salud y con algunos profesionales en particular que les sirvan de referencia. Wagner (2001) aporta el concepto de transferencia, que puede ayudar a entender este encuentro. Se trata de la transferencia, que este autor propone ligar a la clínica general. Plantea que cuando alguien se vincula con otro, individuo o institución (un equipo, un centro de salud) se acostumbra a transferir afectos hacia estas personas o instituciones. Estas transferencias serán siempre bilaterales: los pacientes, los grupos, también despiertan sentimientos positivos o negativos entre los profesionales que los

atienden. Descubrir qué tipo de vínculo es el adecuado para cada caso, es un reto para una atención de calidad.

Un elemento crucial en este espacio de encuentro tiene que ver con la capacidad comunicacional de los actores involucrados y con la posibilidad de superar, desde el inicio del vínculo, obstáculos que son de diverso orden. En términos generales puede afirmarse que tratándose de grupos poblacionales con escaso nivel de educación y de alfabetización, el obstáculo mayor es del orden de lo comunicacional, del lenguaje, no circunscripto, a aquellos que emplean otras lenguas maternas, algunos en exclusividad. De allí que los esfuerzos de los miembros del equipo de salud estarían destinados, cualquiera fuere la estrategia de intervención abordada, a lograr "comprender y ser comprendido" por ese otro migrante. Objetivo al que se aspira habiendo atravesado experiencias erradas, como consecuencia de *"naturalizar las herramientas de comunicación"*, y no detenerse a constatar si las indicaciones prescriptas habían sido comprendidas.

Un trabajo realizado por investigadores de Rosario del Subprograma para Pueblos Originarios del Programa Médicos Comunitarios concluye que la mayor dificultad en el campo fue ser "aceptados" por los vecinos tobas. Para romper con este obstáculo demandan la presencia de sujetos provenientes de una institución gubernamental provincial que trabaja con pueblos originarios, para que funcione como nexo entre el equipo y las familias tobas. Lograron comenzar a constituir las primeras redes después de 8 meses de haber iniciado (Carracedo, 2008).

Esta preocupación es compartida en particular con los usuarios pertenecientes a la etnia toba o los provenientes de Paraguay, los que con frecuencia sólo hablan la lengua originaria. En esos casos suelen concurrir, al menos a las primeras consultas, acompañados por algún vecino que oficia de "intermediario". La identificación de un referente vecino y usuario del centro de salud contribuye favorable y sustancialmente la posibilidad de establecer un vínculo con el recién llegado (Stival, 2016).

En este orden, una producción de Goldberg (2013) acerca de la desigualdad social y su relación con las condiciones de acceso y sostenimiento en el sistema de salud de los migrantes bolivianos en Buenos Aires y San Pablo mostró que uno de los principales limitantes para el acceso al sistema de salud de los inmigrantes es la barrera lingüística. Según lo referido por este autor, se logró subsanar tal dificultad, o bien disminuir su dimensión, con la intervención de Agentes Comunitarios en Salud. En otros estudios se propone instalar la figura del capacitador intercultural, que actuaría como enlace intercultural. Se trata generalmente de un hablante de la lengua indígena que recibiría

capacitación intercultural en salud para trabajar como operador acompañante del paciente en el tránsito por las instituciones de salud (Stival, 2011).

Por su parte en una producción se encontró que, contrariamente a lo que sostienen los referentes de las organizaciones indígenas de la zona de referencia del centro de salud, ninguno de los integrantes del equipo advirtió que el no uso de la lengua qom fuera una limitante para la comunicación y que en todo caso esa dificultad se suele superar con el acompañamiento de familiares o vecinos que propician de traductores (Stival, 2016).

Hasta aquí se identifican dos alternativas para encarar los límites a la atención derivados de las diferencias lingüísticas. Por un lado la propuesta de intermediarios/ acompañantes asignados por el Estado (según el estudio de Goldberg) y por otro la referencia asistida por la figura de un vecino, según lo recopilado en esta indagación. También en este orden se inscribe la presencia de “mujeres abuelas a cargo de los nietos” que viven hace mucho tiempo en el barrio y que actúan como facilitadoras de la comunicación en el desarrollo de la consulta y el establecimiento del vínculo con el equipo de atención.

Otros autores destacan la utilización de las redes de parentesco en los recorridos migratorios de personas de la etnia toba (desde el Chaco con destino a Rosario), como estrategias colectivas de protección (Fernandez, 2011; Stival, 2016). Se trataría de estrategias que cumplen un rol articulador del individuo con el Estado, procurando garantizar en cierta medida su derechos como ciudadanos (Levin, 2004).

Con relación a los migrantes en el presente estudio se han encontrado, algunas diferencias en cuanto a las conexiones que evidencian los migrantes en su contacto con el efector de salud. Se trata de las personas que han migrado en estrecha vinculación con sus núcleos familiares, que los llevaron a abandonar su lugar de origen para llegar y establecerse en un nuevo destino, la gran ciudad. En razón de ello es que puede afirmarse según García Canclini, que no serían “tan pequeños o inferiores” al ejercer su capacidad para mantener redes multiconectadas (García Canclini, 2004)⁵.

Se hace evidente como imperiosa necesidad del equipo de salud conocer el contexto

⁵ García Canclini (2004) refiere que los migrantes y los no migrantes, se mueven en un mundo que oscila entre lo global y lo local. Destaca el término "los grandes", refiriéndose a quienes cuentan con más capacidad para desplazarse en espacios interculturales o geográficos, en tanto "los pequeños" son aquellos que estarían destinados a la inmovilidad. Los grandes se mueven, generando una red de conexiones donde el pequeño se transforma en su nudo de la red, mientras él se mueve, garantizando la no pérdida por ejemplo de su capital. Citando al autor: "el fuerte es el que logra no ser desconectado, y por eso añade conexiones...ahora el capital que produce la diferencia y la desigualdad es la capacidad o la oportunidad de moverse, mantener redes multiconectadas".

socio-cultural y la historia de vida del migrante para encaminar el proceso de atención compartido. Así se llega a reconocer como una falencia no haberlo tenido en cuenta anteriormente: “antes no me daba cuenta y me la pasaba dando consejos” sin aparente retorno, es “imposible que el otro tome algunas medidas propuestas si uno no conoce el contexto o las condiciones en las que el otro vive”.

En la propia experiencia de trabajo se dan cuenta de pautas establecidas para indagar en la consulta, dirigida a identificar las herramientas con que cuentan los migrantes, basado en la propia experiencia de trabajo, en ausencia de elementos adquiridos en procesos formativos específicos. Entre los aspectos que refieren indagar figuran el lugar y modalidad de la migración, relaciones vinculares y referencia con vecinos del barrio (red social), reconocimiento de los circuitos en la ciudad y aspectos laborales. Se revela una necesidad y una aspiración a integrar la consulta dentro de una perspectiva más amplia de atención. Es necesario plantear el adiestramiento del personal de salud para adecuar las organizaciones de salud a las características socioculturales de los usuarios que se asisten, ya que no se cuenta con formas organizacionales y de gestión interculturales, sino que más bien depende de la apertura y sensibilidad de los integrantes de cada equipos (Carracedo, 2008).

La continuidad de la atención

En el primer contacto con el migrante aparece la amenaza de que se discontinúe el proceso de atención luego de esa primera consulta. Está presente la sensación de que “se pierda al paciente” y que no haya otra oportunidad de verse. El equipo queda situado así en una dicotomía que subyace en la que se ubica ese contacto como el primero de varios o como la única oportunidad. Esa incertidumbre existe, y se hace el trabajo moviéndose en diferentes dimensiones. Por un lado, se intenta manejar una consciente distribución del tiempo velando por evaluar la administración del mismo en esa primera consulta versus las siguientes. En los párrafos previos se plantearon algunos elementos que los trabajadores de este Centro de Salud valoran al tomar contacto con una persona que ha migrado. Se podría suponer que este tipo de valoraciones se podrían agotar en esa primera consulta, pero se nota que además de intentar hacer una lectura ampliada del otro, según lo detallado, los entrevistados trabajan y/o están atentos a la distribución de las prácticas indicadas en el tiempo en las diferentes consultas que constituyen el proceso de atención de esa persona. ¿Cuál sería el criterio con el que cada trabajador elige definir la distribución de las prácticas que implementa en el “tiempo de la consulta”?

Esta pregunta que aparece en otras producciones, hace pensar en la necesidad de profundizar intervenciones de reflexión acerca de conocer la diferencia en los tiempos que se dan entre los diferentes usuarios por parte de los equipos de salud. En este sentido se pone en relevancia lo trabajado por Stival (2016: 13) *“mientras no se incluya en los debates sobre los “tiempos tobas” el modo en que están organizados los tiempos, los recursos y las expectativas de las institución de salud, será el Otro-qom el que termine siendo el responsable de su no adecuación/no adaptación a los tiempos establecidos del servicio, será el Otro el que no cumpla con las expectativas temporales de la asistencia, será el Otro un “lento” en la institución. Más que ordenar y explicar los desencuentros a partir de quienes no cumplen con nuestras expectativas temporales, quizás el desafío sea debatir el modo en que se organizan y estructuran los propios servicios de salud para atender las complejas situaciones de salud-enfermedad-atención que atraviesan las diversas poblaciones en los distintos contextos locales”*.

En cualquier caso, de lo que se trata es ver cada encuentro como una oportunidad de intervención. Varios de los entrevistados hicieron evidente un deseo de “optimización de las prácticas” en cuanto a uso de las “oportunidades en el consultorio”, ya que la prescripción de “paquetes de indicaciones” conducen a la posibilidad del no cumplimiento o que el otro “no vuelva más”. ¿Cómo se podría encontrar un criterio para dosificar la cantidad de indicaciones? Ofrecer una cantidad abrumadora de indicaciones es una garantía de deserción. La interrogación respecto de cuáles serían las indicaciones imprescindibles según los motivos de consulta y conforme los perfiles de los pacientes, podrían aportar a la elaboración de pautas de atención conforme los perfiles de los pacientes, considerando en particular el caso de los migrantes.

Noción de salud y prácticas de autocuidado

La necesidad de establecer un vínculo en el espacio de la consulta, en las condiciones referidas, inevitablemente plantea contemplar la noción de salud que sustentan los sujetos con miras a abordar la preocupación central en este estudio: cómo contextualizar las prácticas preventivas, desde el conocimiento médico, recuperando las acciones de autocuidado, en la incertidumbre de la estabilidad y la continuidad del vínculo que se establece.

Desde la perspectiva de Menéndez el desarrollo del concepto salud/ enfermedad/ atención/ cuidado señala que el tipo de respuestas que asumen los sujetos, portan o

denotan una noción de salud que no siempre son coincidentes con la perspectiva médica. Esto se visualiza particularmente cuando se interroga a los migrantes respecto sus prácticas de autocuidado para evitar la enfermedad. Resultan significativas las respuestas centradas mas en aspectos de vida y “sentirse bien”, vinculados a prácticas relacionadas con sus modos de vida y cómo generar las condiciones para lograrlo. Refieren acciones individuales, con implicancias preventivas o con el fin de potenciar la salud en términos de la denominada “salud positiva”. Todas estas conductas que el usuario decide ocurren inclusive antes del contacto con un curador (Menéndez, 2003).

En particular para las personas de la etnia toba, la consulta al sistema de salud no ocupa el primer lugar ante el advenimiento de algún padecimiento. Aún en el caso en que se acuda a la consulta con el equipo de salud, esto no excluye acciones en paralelo con el piogoná de manera complementaria. Se trataría seguramente de una búsqueda de “apoyo espiritual” (Fernández, 2011). Sin embargo en forma recurrente no vinculan a los curadores, por fuera o no del sistema de atención como los referentes en sus procesos de aprendizaje respecto de cómo actuar frente a malestares o los problemas de salud.

A diferencia de este grupo, las personas provenientes de Paraguay responden a lo indicado por el médico del Centro de Salud.

La perspectiva preventiva en la atención

El esfuerzo por cuantificar la presencia relativa de registros de prácticas preventivas de distinto nivel, primarias, secundarias y terciarias, conforme la clasificación de Leavell y Clark (1977) en las historias clínicas de personas migrantes, respondió al interés de reflejar en qué medida esos distintos tipos de prácticas preventivas están presentes en el espacio de consulta.

Aún con la presunción de una posible omisión de registros, particularmente en todas aquellas indicaciones vinculadas con prácticas de salud, de autocuidado, atribuible a limitaciones en un contexto de atención exigido, con alta demanda e incertidumbre respecto de la continuidad de la atención, las evidencias encontradas resultan elocuentes.

A pesar que en las entrevistas al equipo de salud se recuperó con énfasis la importancia de la indicación de prácticas preventivas primarias, el análisis de las historias clínicas no refleja ese resultado, lo que se destaca por el contrario fue una mayor presencia relativa de registros a favor de las prácticas preventivas secundarias en cada uno de unos grupos

de pacientes considerados.

Queda como interrogante, qué efectivamente se le indica a la persona que es atendida, aún dependiendo de la edad o condición de embarazo, ya que la presencia del registro de consejo médico ha sido escasa y no se sabe si es que no hubo registro o que no se pudo ejercer el mismo, por la falta de espacio o condiciones, por dificultades de comunicación o por no considerarse pertinente.

La necesidad de reconocer la trascendencia del registro, en el caso de las prácticas de tipo secundarias, aparece como inminente ante el bajo número de registros de agudeza visual y de indicación de suplementos dietarios en el grupo de menores de 16 años, la solicitud de SOMF en los otros grupos de adultos y el bajo número de registros de solicitud de proteinuria en el caso de las mujeres embarazadas.

Prácticas preventivas dirigidas a la población de referencia

La perspectiva del equipo de salud sobre el impacto de sus prácticas fuera del ámbito del consultorio, lleva a ubicar la dimensión poblacional y las correspondientes estrategias de intervención.

En sintonía con la reflexión de Rose (1994) respecto de estrategias poblacionales de intervención, apuntando a problemas que afectan a la población general, algunos entrevistados extendieron tal designación a la práctica de inmunizaciones. Esta designación no se correspondería estrictamente a la proporcionada por este autor y otros, como Castellanos (1997) al definir estrategias de intervención poblacionales. A diferencia de las estrategias individuales, de orden curativo, preventivo, sobre individuos respecto de condiciones específicas y subsidiarias de la clínica, las estrategias poblacionales están orientadas a la promoción de la salud y la transformación de las condiciones de vida. Por consiguiente no se diferencian por el número de personas incluidas sino por el nivel de análisis, de organización de la realidad en la cual se asientan los problemas o las acciones en salud.

En el caso de las inmunizaciones la limitación tenía que ver con dificultades ligadas al acceso a la vacuna por parte de los usuarios, y la estrategia fue generar postas de vacunación adicionales, fuera de la institución.

Con respecto a la detección de la enfermedad de Chagas y de tuberculosis, se planteó la

necesidad de lograr un alcance poblacional, habiendo encontrado algunas limitaciones para su abordaje desde la exclusividad del consultorio. En ambos casos, se plantea como problema la dificultad por parte de los usuarios migrantes para reconocer estas patologías como problemas de salud. *“Los usuarios no consultan por Chagas o tuberculosis porque no toman dimensión de lo que padecen o de lo que padece el familiar”*. Las propuestas de abordaje de estos últimos dos problemas sí tomaron una direccionalidad estrictamente poblacional, en tanto buscaron generar una red de trabajo con los mismos vecinos, a partir de talleres, con identificación de vecinos clave, organizaciones o instituciones, con el fin de multiplicar la información acerca de los signos de alarma para la detección precoz por parte de los propios pares.

La preocupación por el mejoramiento de las condiciones de vida parte de reconocer cómo repercuten en las formas de enfermar o morir de las personas. Las “intervenciones intersectoriales” hacen referencia a la responsabilidad de resolución específica por parte de cada área. Esto no quita la responsabilidad de poner en agenda el problema por parte de los efectores de salud, los que tienen la posibilidad de conocer el efecto negativo de las condiciones adversas que no se resuelven oportunamente.

Por último y como inicio

En el desarrollo de la presente investigación se buscó una primera aproximación a las prácticas de carácter preventivo tanto entre los miembros de un equipo de un centro de salud como de las personas migrantes que acceden a dicho efector.

En el transcurso de los relatos reunidos están presentes algunos elementos emergentes vinculados con los recorridos y vivencias de los sujetos indagados que debieran ser profundizados en futuras investigaciones. Si bien la vinculación entre los equipos y los usuarios migrantes ocurre en el cotidiano, sería oportuna alguna producción para conocer cuáles son las herramientas de comunicación que transmiten las escuelas profesionales y si existe algún apartado específico sobre la comunicación con poblaciones de migrantes; en cuanto a la relación de los usuarios migrantes con los efectores de salud, sería pertinente profundizar el reconocimiento de los circuitos que implementan los usuarios migrantes que no hablan la lengua española; y en virtud de la necesidad de los equipos de conocer el contexto socio-cultural de los usuarios que atienden, es necesaria alguna investigación que releve las herramientas con que cuenta el equipo de salud para conocer el mismo.

En función de eso se pueden ensayar otras preguntas que habilitarían nuevas producciones de conocimiento: teniendo en cuenta las migraciones constantes en un mundo globalizado: ¿de qué modo los espacios académicos dan cuenta de las singularidades de la población?, ¿cómo es abordada la problemática de la población migrante en el diseño curricular de las carreras de grado?, ¿cómo responden las redes de salud a dichas demandas?, ¿cuál es el modo en el que los equipos de salud son interpelados durante los procesos de atención de población migrante?, ¿cómo es el acceso de la población migrante a las redes de atención?, ¿cuáles son las representaciones de la población migrante en relación al proceso salud/enfermedad/atención/cuidado?, ¿cuáles son las tensiones en el proceso de atención para aquellos que logran acceder?

Para Leavell y Clark (1977) el proceso de desarrollo de la enfermedad se presenta ante un conjunto de factores que actuarían a favor de producirla o evitarla, con mayor o menor riesgo, pero siempre desde una perspectiva de determinadas condiciones que deben darse. Menéndez (2005) propone un análisis en términos de un proceso de atención con límites más difusos. Advierte que el modelo médico hegemónico encuentra su arena de desarrollo desde la formación médica, pero se expresa desde cualquiera de los integrantes del equipo, e inclusive desde los propios usuarios.

Se estima que quedaría abierto un espacio propicio para profundizar la concepción médica tradicional de la prevención versus cuando ella se plantea en términos de proceso y la connotación del contexto en que el mismo se desarrolla y tiene lugar el encuentro entre el equipo de salud y, en este caso, los migrantes.

Podría decirse que en la práctica de la medicina se ha acuñado un esquema discriminatorio de acciones preventivas, que han resultado propicias para el examen de los registros en las historias clínicas. A partir de los hallazgos resulta relevante la preponderancia de aquéllas en las que prevalece la intervención médica.

Por último, pero también como potencial inicio a recuperar en futuras investigaciones, se espera que este primer ensayo pueda ser útil como acercamiento a los sujetos que “viven y sobreviven en su cotidiano” (Menéndez, 2005: 38). Esto significaría encaminar la interrogación para lograr una más acabada comprensión del contexto social en que desarrollan la atención de los migrantes y cómo su condición de tales opera en el cuidado de la salud.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Alma Ata Declaración. (6-12 de septiembre de 1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS.. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Almeida-Filho N. (2000) La Ciencia Tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología. Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires..
- American Academy of Family Physicians (AAFP). (2007) Summary of Recommendations for Clinical Preventive Service..Disponible en: www.aafp.org
- American Academy of Pediatrics. (2000) Recommendations for Preventive Pediatric Health Care (AAP) PEDIATRICS Vol. 105 No. 3 March 1. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/105/3/645.full>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (ALAD) (2006). Guías ALAD 2006 de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org>
- American Diabetes Association (ADA). (JANUARY 2009) Standards of Medical Care in Diabetes—2009. DIABETES CARE, VOLUME 32, SUPPLEMENT 1,. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/32/Supplement_1/S13.full
- Arouca S. (2008) El Dilema Preventivista, contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva. 1º edición. Buenos Aires. Editorial Lugar.

B

- Barcenas-López R. (Julio-agosto, 2012) Baja cobertura de vacunación en niños y niñas migrantes indígenas. Salud Pública de México / vol. 54, no. 4.
- Bhutta ZA y Hasan B. (última revisión: Enero, 2002) Suplementación periconcepcional con folato o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

- Blank D. (2003) A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro);79(Supl.1). Editora: Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasil. 2003.
- Bou L.C. (2002) Los indios Tobas en Rosario, Argentina: Nuevos pobres urbanos. Disponible en: http://indiostobasenrosario_luis_cesar_bou.htm. Rosario.

C

- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF) (1994). Disponible en: <http://canadiantaskforce.ca/>
- Carracedo, E. (2003) Interacciones entre los efectores de Salud Pública y la población Toba demandante: análisis socio-cultural y epidemiológico de las enfermedades infantiles en los grupos tobas asentados en Barrio Empalme Graneros de la ciudad de Rosario. Tesis de Maestría. Rosario.
- Carracedo, E. (2008) En torno a la problemática de la interculturalidad en los saberes y prácticas bio-médicas. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Documento disponible para su consulta y descarga en Memoria Académica, repositorio institucional de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE) de la Universidad Nacional de La Plata. Gestionado por Bibhuma, biblioteca de la FaHCE. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar> y <http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>
- Castellanos, P.L. (1997) Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. En BARATA, R. (org.) *Condições de vida e situação de saúde* Rio de Janeiro. ABRASCO.
- Czeresnia, D. (2006) Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial. Capítulo: Una introducción al concepto de promoción de la salud de Paulo Marchiori Buss y El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción de Dina Czeresnia.
- Colomer, R. J. (2009) Recomendaciones de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia. Grupo de Prevención y Promoción de la Salud en la Infancia y Adolescencia. PAPPS. España.

D

- Díaz A. (2000) La dimensión socio-cultural y su relación con los patrones de utilización. Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Trabajo de investigación. Volumen III nº 1 y 2. Rosario.

E

- Equipo del Centro de Salud “Juana Azurduy”; Equipo del Área de Investigación en Salud. (2005/6). El Modelo de Adscripción en el Centro de Salud “Juana Azurduy” . Revista Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Vol. 7 (1 y 2). Rosario (Versión digital).

F

- Ferrante D. (Marzo, 2011) Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Argentina. Estudio de Cohorte Transversal. Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 2 - No 6.
- Fernández F., Stival M. (Enero-abril, 2011) Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al VIH-SIDA en las poblaciones qom de Rosario, Argentina. Desacatos, número 35, pp. 29-40.
- Fuks A. (2008) Migraciones y salud. Posibles. Buenos Aires. Argentina. Número 2.

G

- García Canclini, N. (2004) Diferentes, Desiguales y Desconectados. Mapas de la interculturalidad. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Gentile A., Bakir J., Firpo V. (Diciembre, 2011) Coberturas de vacunación en niños menores o igual a 24 meses y percepción de enfermedades inmunoprevenibles en Argentina. Estudio multicéntrico. Revista Hospital de Niños Buenos Aires; Vol. 53, número 243.
- Gentile A., Raerte A., Regatky N., Cortez R. , Caparelli M., Cerchiai R. (2012) Esquemas atrasados y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 2 años atendidos en centros de salud. Rev. Argent Salud Pública; 3(11):30-36
- Goldberg A., Sirviera C. (2013) Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. Saúde Soc. São Paulo, Vol. 22, n.2, p.283-297.
- Gualdrini U. (2011) Cáncer colorrectal en Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Propuesta de Programa de prevención y detección temprana, y acciones para su implementación. Ministerio de Salud de la República Argentina. Disponible en: www.msal.gov.ar
- Guber R. (2005) El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Editorial PAIDÓS. Buenos Aires.

H

- Haupt, A. (2003) Guía rápida de población. Population Reference Bureau. En línea: http://www.indec.gov.ar/glosario/textos_glosario.asp?id=30.
- Herrmann, J. (2013) Primer nivel de atención y condiciones crónicas de salud La capacidad de un Centro de Salud de la Municipal de Rosario para producir cuidados longitudinales e integrales en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Tesis Maestría de Salud Pública. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario.

I

- Instituto Nacional del Cáncer (INC) (2013). Prevención del cáncer cérvico-uterino.. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino.
- Instituto Nacional De Estadísticas y Censos. (Mayo, 2003) Encuesta Permanente de Hogares. (INDEC) Población Total clasificada por Condición de migración, lugar de residencia anterior y período de llegada al área según lugar de nacimiento.

K

- Kenneth W. Screening for Lipid Disorders in Adults. (2009) U.S. Preventive Services Task Force Program, Agency for Healthcare Research and Quality. Am Fam Physician. 80(11):1281-1282. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2009/1201/p1281.html>
- Krmpotic C. (compiladora) (2008) Cuidados, Terapias y creencias en la atención de la salud. Buenos Aires. Argentina. Editorial Espacio. 1º Edición. ISBN: 978-950-802-298-1

L

- Lassi Zohra S, Salam Rehana A, Haider Batool A, Bhutta Zulfiqar A. (2013) Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes. Editorial: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Assessed as up-to-date: 2 JAN 2013. The Cochrane Collaboration.
- Leavell y Clark. (1977) Medicina Preventiva para el médico en su comunidad. Brasil. Editorial Mc Graw-Hill de Brasil.

- Levin S. (Diciembre, 2004) Los desafíos de la ciudadanía en las sociedades contemporáneas. Revista SAAP (ISSN 1666-7883) Vol. 2, N°1. Buenos Aires.
- Lumbiganon P. (última revisión: 23 de agosto de 2007) Suplementos de múltiples micronutrientes para mujeres durante el embarazo: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lumley J. et al. (2007) Suplementación periconcepcional con folato o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, Número 4, artículo n.º: CD001056. DOI: 10.1002/14651858.CD001056.

M

- Marin M. (Marzo-Abril, 2012) Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. Revista Argentina de Cardiología. Vol 80 no 2.
- Marqués Molías, F. (2009) Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Educación para la salud. PAPPS. España.
- McInerny T. (2009) Tratado de Pediatría. American Academy of Pediatras. Editorial Médica Panamericana.
- Menéndez E. (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. Revista Alteridades. ISSN Impreso: 0188-7017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Menéndez E. (2003) Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência y Saúde Coletiva. Vol.8 N°1, pp. 185-207. ISSN 1413-8123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez E. (2005) Intencionalidad, Experiencia y Función: la articulación de los saberes médicos. Universidad Complutense de Madrid. España. Revista de Antropología Social.
- Merhy E. (2006) Salud: Cartografía del trabajo vivo. 1º edición. Buenos Aires. LUGAR Editorial.

N

- National Cholesterol Education Program: Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) (2011) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult

Treatment Panel III) (ATP III). J Am Med Acad 2001; 285: 2486-2497. Disponible en: <http://www.lipidos.org.ar/es/guisa.php>

- Navarro de Gimballi A. I., Méndez F. (2002) Mercados laborales y migraciones internas en Argentina: Un análisis descriptivo y probabilístico de las migraciones en los principales aglomerados del país. Universidad Torcuato Di Tella. Julio. Buenos Aires.
- Neilson J.P. (2007) Medición de la altura uterina durante el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, Número 4, artículo n.º: CD000941. DOI: 10.1002/14651858.CD000944.

O

- Organización Mundial de la Salud (1998) Promoción de la Salud: Glosario, World Health Organization. Ginebra. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

P

- Parita P. (April, 2010) Diabetes Mellitus: Diagnosis and Screening Department of Family Medicine, The Ohio State University, Columbus, Ohio. Am Fam Physician. 81(7):863-870. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2010/0401/p863.html>
- Peña-Rosas J.P., De-Regil L. M., Dowswell T., Viteri F. E. (Diciembre, 2012) Daily oral iron supplementation during pregnancy. Editorial: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Assessed as up-to-date: 1 NOV 2012. The Cochrane Collaboration.
- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) (2008-2009-2012) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: www.papps.org
- Programa Nacional de Cáncer de Mama (2010) Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. (PNCM) . Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-de-mama>
- Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud a la edad pediátrica (PAPPSEP) (Diciembre, 2008) Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Editorial: Direcció General de Salut Pública. Disponible en: www.gencat.cat/salut.

Q

- Quadri, A. (2015) Accesibilidad a estudios de Resonancia Magnética Nuclear en pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario en el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012. *Inv. en salud.* 11 (1): 21 – 43.
- Quintana Peña, A. (2006) Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Psicología: Tópicos de actualidad. UNMSM. Lima. Perú.

R

- Real Academia Española (RAE)(2001). Diccionario de la Real Academia Española. 22.^a Edición.
- Recomendaciones Nacionales de Vacunas Argentina (RNVA). Ministerio de Salud. (2012). Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/ayuda/51-programa-nacional-de-inmunizaciones>.
- Rose G. (1994). La estrategia de la Medicina Preventiva. Editorial MASSON. Barcelona.
- Rouquayrol M. (1999) Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. Epidemiologia e Saúde. Editorial MEDBOOK. ISBN: 9788599977842. Brasil.
- Róvere M. (2005) Una ciudad modelo en salud pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión. En: Políticas para la gobernabilidad. Rosario: PNUD. Municipalidad de Rosario.

S

- Samaja J.(1993) Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. EUDEBA , Buenos Aires.
- Sánchez D.M., Plaza Almeida J., Rodríguez F.M., Hoyos Vázquez M. (2009) Manejo del Niño Inmigrante: Calendario Vacunal *REV CLÍN MED FAM*; 2 (6): 294-299 España.
- Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) (2003). Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>
- Smaill F, Vazquez JC. (2007) Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Número 4, artículo n.º: CD000490. DOI: 10.1002/14651858.CD000490.pub2.

- Stival, M. (2011) Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al VIH-Sida en las poblaciones qom de Rosario, Argentina. Desacatos número 35. México. Publicado en SCIELO. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100003
- Stival, M. (2016) Tiempo, procesos de atención y pacientes qom (toba). Una problematización de las perspectivas de los profesionales y personal de salud. Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Capítulo 3. Editorial USAM.
- Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) (2012) Calendario de vacunas. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/prof-calend-vacu.php>

T

- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1994) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Título original: Introduction to Qualitative Research Methods. The Search for meanings, 1984. Ed. Paidós. Barcelona.
- Texido E. (2008). Perfil Migratorio de Argentina. OIM.

U

- United State Preventive Services Task Force (USPSTF) (Mayo, 2006) Screening for Iron Deficiency Anemia—Including Iron Supplementation for Children and Pregnant Women. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. Publication No. AHRQ 06-0589. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf06/ironsc/ironrs.htm>
- United State Preventive Services Task Force (USPSTF) (2008) Screening for Colorectal Cancer. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspscolo.htm>
- United State Preventive Services Task Force (USPSTF)(Junio, 2009) Screening for High Blood Pressure: Reaffirmation Recommendation Statement. Am Fam Physician. 79(12):1087-1088. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2009/0615/p1087.html>

V

- Vignoni F. (Junio, 2010) Condiciones de vida, problemas de salud, y perspectiva del equipo de salud respecto de la población migrante que accede a un Centro de Salud de la ciudad de Rosario, en el marco de la Atención Primaria Integral. Centro de

Salud Juana Azurduy, Dirección de Atención Primaria Secretaria de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Informe Técnico Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

W

- Wagner G. de S.C. (2001) Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires. LUGAR Editorial.
- Wagner G. de S.C. (2003/2004) Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia. Publicación científica de la Secretaría de Salud Municipal de Rosario. Vol. 6 N° 1 y 2. Rosario.

ANEXOS

ANEXO 1

La historia natural de la enfermedad (HNE) es el nombre que se le ha dado al “conjunto de procesos interactivos que comprenden las interrelaciones del agente, del individuo susceptible y del medio ambiente que afectan al proceso global y su desarrollo, desde las primeras fuerzas que crean el estímulo patológico en el medio ambiente, o en cualquier otro lugar, pasando por la respuesta del hombre a ese estímulo, hasta las alteraciones que llevan a un defecto, invalidez, recuperación o muerte”. Pueden identificarse dos períodos: uno epidemiológico y otro patológico. En el primero se presentan las relaciones individuo susceptible-ambiente; mientras que en el segundo interesa las modificaciones que le ocurren al organismo vivo. Se trata de dos dominios que interactúan: el medio ambiente donde ocurren las pre-condiciones y el medio interno o lugar de la enfermedad, donde se procesaría, de forma progresiva una serie de modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas, propias de una determinada enfermedad. Algunos factores permanecen como limítrofes, situándose entre los condicionantes pre-patogénicos y las patologías explícitas. Tal es el caso de los factores hereditarios, congénitos o adquiridos como consecuencia de alteraciones orgánicas resultantes de enfermedades anteriores, que se podrían expresar como enfermedad si se presentaran determinados estímulos. El hombre se hace presente en todas estas etapas, ya sea como generador de las condiciones socio-económicas favorecedoras de anomalías ecológicas predisponentes a algunos de los agentes responsable de las enfermedades, así como la principal víctima del contexto de agresión a la salud por él favorecido. Dentro de la historia natural de la enfermedad se han propuesto dos períodos para facilitar su interpretación que son el período de pre-patogénesis y el de patogénesis. El *período de pre-patogénesis* es el primero y representa la etapa de la evolución de las interrelaciones dinámicas que comprenden por un lado a los condicionantes sociales y ambientales y del otro a los factores propios del individuo susceptible, hasta que se llegue a una evolución favorable o hasta la instalación de la enfermedad. En este período pueden ocurrir situaciones que van de un mínimo riesgo a uno máximo, dependiendo de los factores presentes y de la forma en que estos factores se estructuran. El período de *patogénesis* se inicia con las primeras acciones que los agentes patogénicos ejercen sobre el ser afectado. Se sigue de perturbaciones bioquímicas a nivel celular, continúa con perturbaciones en forma y función, evolucionando hacia defectos permanentes, cronicidad, muerte o cura. Se divide a este período en

diferentes etapas o niveles de evolución de la enfermedad según los diversos autores: subclínica, prodrómica y clínica; o pre-sintomática, clínica y de incapacidad; o interacción estímulo - huésped, alteraciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas, signos y síntomas y defectos permanentes / cronicidad. Las prácticas preventivas pueden ser realizadas en cualquiera de los dos períodos. (Leavell y Clark, 1977; Rouquayrol, 1999).

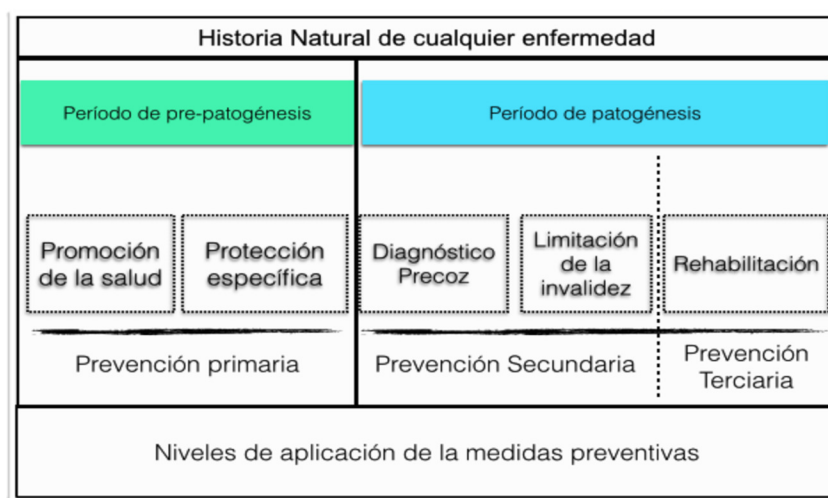
La prevención primaria se ejerce en el período de pre-patogénesis, antes que la enfermedad se presente. Comprende la protección y promoción de la salud. Estas medidas están destinadas a desarrollar una salud general óptima, por la protección específica del hombre contra agentes patológicos o por el establecimiento de barreras contra los agentes del medio ambiente. La prevención secundaria se ejerce desde el momento en que la enfermedad ya es detectable. Comprende el diagnóstico y tratamiento precoz, lo más temprano posible. Cuando el proceso de patogénesis ha agredido y la enfermedad ha avanzado en sus primeros estadios, la prevención secundaria debe ser continuada a través del tratamiento adecuado para evitar secuelas y limitar la invalidez. Más tarde cuando el defecto o invalidez ya se hallan establecido, se puede conseguir la prevención terciaria a través de la rehabilitación.

A su vez, estas tres fases de la prevención pueden subdividirse en cinco niveles, en los cuales se pueden aplicar medidas preventivas (Leavell y Clark, 1977; Rouquayrol, 1999). La prevención primaria comprende la promoción de la salud y la protección específica. La *promoción de la salud* incluye las medidas que no se dirigen a determinada enfermedad, sino que sirven para aumentar la salud y el bienestar general. La educación y la motivación por la salud son de vital importancia para resolver este objetivo. Los procedimientos que incluye la promoción son un buen patrón nutricional considerando los ajustes a cada fase del desarrollo. Todas las personas tienen salud en determinado grado, por lo que toda enfermedad que lleve a una persona al médico ofrece una oportunidad para el consejo (ejemplos: patrón nutricional de acuerdo a la etapa del desarrollo, vivienda adecuada, educación en todos los niveles, áreas de recreación, escuelas). La *protección específica* comprende medidas aplicables a una enfermedad o grupo de enfermedades específicas intentando interceptar las causas de las mismas, antes que alcancen al hombre (ejemplos: inmunizaciones, higiene personal, saneamiento ambiental, protección contra riesgos ocupacionales, protección contra accidentes, consejo genético, evitar el uso de alérgenos, control de vectores). La prevención secundaria incluye dos niveles de aplicación de las medidas preventivas que son *diagnóstico precoz* y *tratamiento inmediato* y *limitación de la incapacidad*. El nivel de diagnóstico precoz y tratamiento inmediato tiene como finalidad evitar la contaminación de terceros, cuando el problema es transmisible, curar o detener el

proceso evolutivo de la enfermedad para evitar complicaciones o secuelas y evitar la invalidez prolongada (ejemplos: encuestas para descubrir casos en la comunidad, exámenes periódicos individuales para la detección precoz de casos, tratamiento para evitar la progresión de la enfermedad). En cuanto a la limitación de la incapacidad, a este nivel las actividades preventivas apuntan al retraso de las consecuencias de las enfermedades clínicamente avanzadas, es decir a facilitar el tratamiento adecuado para interrumpir el proceso mórbido y evitar futuras complicaciones o secuelas. Lo que separa a este nivel del anterior a es el reconocimiento tardío del problema (ejemplos: evitar futuras complicaciones, evitar secuelas). La prevención terciaria incluye el *nivel de la rehabilitación*, que además de ser la interrupción de un proceso patológico, es también la prevención de la incapacidad total después que las alteraciones anatómicas y fisiológicas están más o menos estabilizadas. Tiene como principal objetivo reinsertar al individuo afectado en una posición útil en la sociedad, con la máxima utilización de sus capacidades restantes (ejemplos: rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, empleo para el individuo rehabilitado).

En cuanto a la potencia de aplicación de las medidas preventivas, la prevención primaria compromete a toda la población, la prevención secundaria ve dirigida a grupos de riesgo (según edad, sexo, factores predisponentes) y la prevención terciaria se dirige a las personas que han sufrido la enfermedad. En cuanto a los costos (económicos y de calidad de vida de los usuarios), siempre es más “económico” realizar medidas tendientes a la prevención primaria que a la prevención secundaria o a la prevención terciaria.

En el gráfico que se presenta a continuación se resumen los conceptos previos (tomado de Leavell y Clark, 1977)



ANEXO 2

Consentimiento informado

Proyecto de investigación: *“Prácticas preventivas del equipo de salud en relación con las prácticas preventivas de la población migrante, en un Centro de Salud del Sistema Público de Salud Municipal de la ciudad de Rosario”*

Investigador: Vidal Matías

Objetivo:

Ud. ha sido invitado a participar en la investigación *“Prácticas preventivas del equipo de salud en relación con las prácticas preventivas de la población migrante, en un Centro de Salud del Sistema Público de Salud Municipal de la ciudad de Rosario”*

Tiene como objetivo identificar las prácticas preventivas del equipo de salud en relación con las prácticas preventivas de la población migrante que accede a un Centro de Salud del Sistema Público de Salud Municipal del distrito noroeste de la ciudad de Rosario, a partir de sus pareceres.

Sujetos en estudio: migrantes que demandan atención al Centro de Salud así como los integrantes de equipo de salud del Centro.

Es un estudio observacional y se basa en las respuestas dadas a entrevistas pautadas en función del objetivo.

Los investigadores recuperarán la información sólo a través suyo y de los restantes sujetos que participen en este estudio.

El momento de entrevista será fijado de común acuerdo entre el investigador y Ud.

Beneficios

Su participación en esta investigación puede ser beneficiosa a nivel personal, de las personas que son atendidas en la red de servicios públicos de salud y/o de los equipos de profesionales de Centros de Salud de la red.

Alternativas

Usted puede elegir no participar en esta investigación.

Confidencialidad

Toda la información que se genere a partir de la presente investigación debe asegurar la protección de los sujetos involucrados y garantizar el secreto estadístico de la información utilizada (Ley Nacional de confidencialidad de información 17622/68 y Ley Provincial N° 6533/69 y la Ordenanza 2146/75)

La identidad no será utilizada para fines publicitarios. La información es estrictamente confidencial. Sólo el equipo de investigación tendrá acceso a los instrumentos relevados para producir y analizar la información básica.

En las bases de datos su nombre será reemplazado por una clave compuesta por las iniciales de su nombre y apellido.

Costos

Su participación en el presente proyecto no implica costo alguno, sólo cuenta la voluntad de conformar el grupo bajo estudio y aceptar la entrevista durante la cual se contestará al instrumento diseñado.

Comentarios

Las directoras del proyecto, Irene Luppi y Marisel Colauti, así como el investigador Matías Vidal quedan a disposición de los entrevistados para responder cualquier inquietud que Ud. pueda tener con respecto a este estudio y a sus derechos como individuos que forman parte de la investigación.

Su decisión de permitir la recopilación de esta información es voluntaria. Al firmar abajo, Ud. está autorizando su participación y la divulgación de los resultados que se obtengan, y que Ud. ha recibido una copia del presente Formulario de Consentimiento Informado para la Divulgación de Información para guardar con sus registros.

Vidal Matías

Nombre del investigador

Firma y aclaración del entrevistado

Fecha

