



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Sacchi, Mónica; Hausberger, Margarita; Pereyra, Adriana
Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del
Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta
Salud Colectiva, vol. 3, núm. 3, septiembre-diciembre, 2007, pp. 271-283
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130305>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta

Perception of the health-disease-care process and aspects that influence the decreased use of the Health Care System among poor families in the city of Salta

Mónica Sacchi¹
Margarita Hausberger²
Adriana Pereyra³

¹Lic. en Sociología, Universidad Católica Argentina. Magíster en Salud y Sociedad, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Miembro del Comité Académico, Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Salta (UNS). Profesor Adjunto de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias de la Salud, UNS, Argentina. vandam@unsa.edu.ar

²Lic. en Nutrición, Universidad Nacional de Salta (UNS). Especialista en Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, UNS. Jefe Trabajos Prácticos Ciencias sociales y Desarrollo Comunitario. Facultad de Ciencias de la Salud, UNS, Argentina. marga61h@hotmail.com

³Lic. en Enfermería, Universidad Nacional de Salta (UNS). Magíster en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Fundación Universitaria Dr. René Favaloro. Profesor Adjunto Cátedra Enfermería Quirúrgica. Facultad de Ciencias de la Salud, UNS, Argentina. apereyra@unsa.edu.ar

RESUMEN El proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida. El propósito de la investigación ha sido indagar acerca de los aspectos que dan cuenta de la baja utilización del sistema público de salud por parte de familias pobres de la ciudad de Salta bajo la cobertura del Programa de Atención Primaria de la Salud. Los resultados muestran que la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos como el trabajo y la alimentación fundamentalmente, opaca la percepción de un problema de salud, especialmente en los adultos, siendo los niños/as los sujetos de mayor atención. La organización del Sistema Sanitario, así como las relaciones que en su interior se establecen entre los usuarios y los prestadores desestiman la concurrencia a los centros asistenciales.

PALABRAS CLAVE Proceso Salud-Enfermedad; Familia; Percepción; Políticas de Salud; Características Culturales.

ABSTRACT The health-disease-care process is an individual and social construction through which the person elaborates his illness, and conditions the kind of help he will look for. The perception of this complex process is personal and subjective and it can only be understood in the context of the universe of beliefs, values and behaviors of the sociocultural environment of each person, as well as his life material conditions. The purpose of this paper has been to better know the factors that explain why the poor families of Salta City covered by the Primary Attention Health Program, under use the health public system. The results show that the perception of the health problems are very much influenced by the material conditions of their life and the sociocultural values towards health. The need to solve daily problems, like getting a job or getting food lessens the importance of health problems, specially in grown people, while health problems of children receive greater attention. The organization of the Sanitary System, as well as the relations between end users and health service providers discourage the concurrence to the health centers.

KEY WORDS Health-Disease Process; Family; Perception; Health Policy; Cultural Characteristics.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos (1).

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud que se convierte en necesidad, y ésta en demanda de algún tipo de atención. Se considera que hay utilización cuando esta demanda es realmente satisfecha por algún sistema de salud, formal o no.

De los diagnósticos y procesos de evaluación interna realizados por los Centros de Salud en la ciudad de Salta, surge como problema la baja utilización del al Sistema Sanitario por parte de algunas familias que están bajo su cobertura. Indagar la complejidad y la relación de las distintas dimensiones que entran en juego, ha sido el propósito del presente trabajo.

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelve cotidianamente

cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (2).

Estos factores configuran distintos modos de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.

Dada la ausencia de términos específicos en castellano resulta difícil distinguir entre la enfermedad como padecimiento (*illness*) y la enfermedad como un estado reconocido y clasificado por la intervención de un profesional (*disease*). El primero alude a la dolencia vivida por el sujeto y la segunda a la condición objetiva (1). Esta doble perspectiva de la idea de enfermedad permite comprender más claramente el porqué de los comportamientos de las personas frente a situaciones de "enfermedad", ya que en algunos casos una dolencia considerada banal por un profesional puede desencadenar la intervención de distintos referentes o agentes de salud. Pero también sucede que un cuadro de enfermedad grave, diagnosticado como tal por profesionales, no es causa necesariamente de una búsqueda de ayuda.

¿Qué es lo que determina que una persona demande atención, ya sea por una práctica de cuidado (prevención) o bien por una de reparación (asistencia)?

Como señalan Kornblit y Mendes Diz (1) el fenómeno *enfermedad* involucra distintos aspectos; no se limita exclusivamente al hecho de estar enfermo por sufrir algún tipo de alteración. La percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este último aspecto depende fundamentalmente de los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como del *lugar* que ocupe la salud en su vida cotidiana.

La representación social que el paciente tenga de su problema determinará qué acciones y procedimientos realizará. Esta representación está construida socioculturalmente y tiene implicancias no sólo cognitivas o racionales, sino también valorativas y actitudinales. Por ejemplo, la ausencia del control del embarazo en algunas

comunidades, tiene que ver con la vivencia de un proceso "natural" en el cual no es requerido ningún tipo de intervención (3).

LA PERCEPCIÓN

Los distintos conjuntos sociales prestan distinta atención a los procesos mórbidos de acuerdo con su propia vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con condicionantes estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a cómo nos situemos para observarla. De la misma manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se mire.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeña, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso (4).

Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que se denomina *autocuidado* (5). Este comportamiento responde a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales sólo una es o puede ser la utilización del sistema de salud. Este recorrido previo a la demanda, no sólo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la "mirada" del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a

pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

Como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad-atención. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana (6).

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianaemente vemos.

Por lo tanto, es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder (7 p.34).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El propósito de la investigación ha sido indagar acerca de los aspectos que dan cuenta de la baja utilización del sistema público de salud por parte de familias pobres de la ciudad de Salta (a).

Para ello se realizó un estudio cualitativo que permite interpretar desde las propias concepciones y valoraciones de los individuos, los comportamientos realizados. La población en estudio estuvo conformada por familias bajo la cobertura del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) de los cuatro centros de salud

cabecera de la ciudad de Salta, que han manifestado una baja utilización del Sistema de Salud durante el año 2005. Para su identificación se realizaron entrevistas a los supervisores del Programa de APS de cada uno de los centros de salud, con el objeto que proporcionaran información acerca de las familias hipo utilizadoras de los servicios de salud, tomado el criterio de De la Revilla, que las define como aquellas que concurren a instituciones sanitarias menos de dos veces por año (8).

Se aplicaron entrevistas en profundidad a una muestra intencional de veinte familias de los cuatro centros de salud (b), siendo el criterio de inclusión que ningún miembro de la familia hubiera utilizado algún centro asistencial privado o público (centro de salud u hospital) en los últimos seis meses del año 2005. De esta forma, fueron excluidas las familias que al inicio de la entrevista expresaron que habían utilizado algún centro asistencial en dicho período. En las entrevistas se indagaron los siguientes aspectos o dimensiones: el perfil sociodemográfico de la familia; la percepción y el comportamiento en relación al proceso salud-enfermedad en adultos y niños; los recursos para el cuidado de la salud familiar y la percepción y utilización del Primer Nivel de Atención. Con el fin de preservar su identidad, los entrevistados figurarán con nombres ficticios.

RESULTADOS

El análisis interpretativo de los resultados fue realizándose de manera conjunta con la recolección de información, ya que si bien se había confeccionado una guía con las dimensiones a relevar, por tratarse de una estrategia metodológica cualitativa, los investigadores fueron conduciendo el diálogo a lo largo de las entrevistas en función de los aspectos particulares que cada situación proporcionaba. Este proceso implicó desde sus comienzos, una preocupación directa por registrar la experiencia, tal como es vivida, sentida o experimentada por la propia gente con el propósito de que cada individuo reconstruya el mundo social donde vive, y describa el significado de sus experiencias acerca del

fenómeno en estudio. Se transcriben solo algunos testimonios de las personas entrevistadas, seleccionados por la significación y recurrencia de lo que expresan.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DINÁMICA FAMILIAR

Las familias estudiadas (ver Cuadro 1) corresponden en su mayoría a hogares en situación de pobreza estructural con necesidades básicas insatisfechas, fundamentalmente en lo que se refiere al estado precario de las viviendas, ubicadas generalmente en asentamientos periurbanos, en condiciones de hacinamiento manifestadas, ya que en su interior habitan familias numerosas. La infraestructura barrial de estas viviendas es deficitaria, muchas de ellas no disponen de agua potable, ni cloacas, algunas incluso carecen de energía eléctrica.

A lo anterior se suma el hecho de que, de acuerdo con lo expresado por los entrevistados, los recursos con los que cuentan resultan insuficientes para garantizar los derechos básicos, como una alimentación adecuada, educación, vestimenta, entre otros. Los relatos dan cuenta de jefes y jefas de hogar desocupados, trabajadores con inestabilidad laboral o en condiciones de trabajo precarias, oficios de baja remuneración como peones, albañiles, empleadas domésticas o bien beneficiarios de subsidios (c).

Los modelos de las familias entrevistadas muestran una gran diversidad, no solo en su conformación sino en la dinámica que se despliega en su interior. Son mayoritariamente numerosas, con una alta proporción de niños/as y adolescentes.

De acuerdo con lo expresado por las personas entrevistadas, los relatos dan cuenta de vínculos intrafamiliares donde se evidencian relaciones de poder y autoritarismo que provocan situaciones de sumisión o dependencia, especialmente por parte de las mujeres. Las familias definen los distintos posicionamientos de cada uno de sus miembros, de acuerdo con su cultura y experiencia de origen, que desde una perspectiva de género, muestran aspectos significativos:

Cuadro 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS. CIUDAD DE SALTA. AÑO 2005.

ENTREVISTADO	EDAD	EDAD PAREJA	ESTUDIOS	HIJOS	ORIGEN	FAMILIARES	OTROS HIJOS	TRABAJO FAMILIAR PRINCIPAL	TIPO DE FAMILIA (Nº MIEMBROS)	CONDICIÓN LABORAL	BENEFICIARIOS DE PLANES SOCIALES
María Ester	36	40	Secundario/incomp.	8	Salta	-	-	Preparador físico	Nuclear (10)	Estable	Subsidio \$300
Roberto	60	-	Secundario/incomp.	8	Chaco	Hija/esposo	2	Mecánico	Ampliada (12)	Estable	-
Alfredo	61	53	Primario/comp.	2	Salta	Suegra	-	Chapista	Ampliada (5)	Estable	Bolsón alimentario
Paulina	43	-	Primario/comp.	2	Bolivia	-	-	Costurera	Monoparental (3)	Inestable	Subsidio \$150
Juana	19	24	Primario/comp.	1	Bolivia	Cuñana	-	Vendedor ambulante	Ampliada (4)	Inestable	-
Rosa	23	33	Primario/incomp.	4	Bolivia	Sobrina	-	Albañil	Ampliada (7)	Inestable	-
Carina	26	25	Primario/comp.	2	Salta	Abuela/sobrina	-	Albañil	Ampliada (6)	Estable	Subsidio \$150
Teresa	29	47	Primario/incomp.	8	Bolivia	-	-	No trabaja	Nuclear (10)	Inestable	Subsidio \$150 y Bolsón alimentario
Paula	50	51	Primario/incomp.	7	Caldera*	Nuera/yernos/hijos	3	Empleado verdulería	Ampliada 3 filas. (15)	Estable	-
Liliana	27	27	Primario/comp.	4	Salta	-	-	Artesano	Nuclear (6)	Inestable	Subsidio \$150
Josefina	59	-	Primario/incomp.	1	Melón*	Yerno/hijos	2	Vendedor ambulante	Ampliada (6)	Estable	-
Juan	43	-	Primario/comp.	2	Cafayate*	-	-	Empleado carnicería	Monoparental (3)	Inestable	-
Patricia	38	50	Secundario/incomp.	7	Salta	Hijo/anterior	1	Empleado clínica	Ensamblada (11)	Estable	-
Leonor	30	30	Secundario/comp.	4	Cachi*	-	-	Peón rural	Nuclear (6)	Inestable	Bolsón alimentario
Felipe	57	58	Secundario/incomp.	4	Cachi*	Yerno/hijos	6	Peón rural	Ampliada (14)	Inestable	-
Cornelio	56	-	Analfabeto	2	Jujuy	Nuera/hijos	6	Cartonero	Ampliada (11)	Inestable	Bolsón alimentario
Patricia	27	55	Primario/comp.	2	Salta	-	-	Changarín	Nuclear (4)	Inestable	-
Nélida	73	-	Primario/comp.	3	Coronel Moldes*	Yerno/hijos	4	Pensionada	Ampliada (10)	Inestable	Bolsón alimentario
María	23	27	Secundario/comp.	2	Salta	Madre/hermanos	6	Chofer	Ampliada (12)	Estable	Bolsón alimentario
Clara	36	-	Primario/incomp.	6	Quebrachal*	Yerno/hermanos	4	Empleado doméstica	Monoparental (7)	Inestable	Subsidio \$150 y Bolsón Alimentario

Notas:

* Localidades del interior de la provincia de Salta.

Fuente: Elaboración propia.

"mi marido es el que sabe todo, él trabaja... yo no tengo mucho control, él me dice para qué alcanza y a qué médico llevar los chicos... él conoce todo." (Liliana, 27 años).

En la mayoría de los casos analizados el hombre ejerce el poder a través de la toma de decisiones y es denominado el jefe de la familia, especialmente cuando es el proveedor de los recursos económicos, ya que esto reafirma su rol de jefe:

"vivimos con mi mamá... pero mi marido es el jefe, él trabaja y nos da para lo que necesitamos." (María, 23 años).

Esta mirada es ratificada por uno de los varones entrevistados que expresa: *"soy el jefe y mantengo la casa"* (Alfredo, 61 años).

A pesar de que en muchos de los casos, varios miembros del hogar son los responsables de generar el ingreso familiar, cuando existe la presencia del padre, siempre es consagrado como el principal productor:

"los hijos más grandes que trabajan, ayudan a su padre en todo: los gastos, luz, gas, comida..." (Catalina, 47 años).

Las mujeres de las familias estudiadas, se asumen como amas de casa, responsabilidad que no es considerada "trabajo", a pesar de tener a cargo el cuidado de muchos niños y de realizar diversas actividades para la reproducción social de la familia con muy pocos recursos:

"recibo el plan Jefes de hogar, pero yo no puedo hacer nada de trabajos, tengo que cuidar los chicos, la casa... no puedo trabajar" (Teresa, 29 años).

Otra de las características recurrentes en los hogares entrevistados es que la mayoría son migrantes del medio rural a la ciudad. Este fenómeno, presente en muchas familias, parece estar asociado a patrones de *distrees*, en el sentido de que manifiestan haber venido en busca de mejores condiciones de vida, en una migración siempre forzada, aunque los pormenores varíen, los desórdenes que ocasionan en los estilos de vida y en su recomodación, definen estados psicosociales de vulnerabilidad, que se

combinan y potencian con las inserciones socioeconómicas subordinadas en el medio en que se incorporan (9):

"en esa época, en Metán había mucha pobreza; no había nada y de esa manera decidimos venirnos para acá. Fue muy duro, muy difícil..." (Josefina, 59 años).

Esta situación, presente en distintos relatos, muestra la influencia de la procedencia a la hora de percibir y actuar frente a un problema de salud. Cosmovisiones distintas del sistema médico formal y que, con una fuerte impronta identitaria, determinan el cómo, el qué, el cuándo y especialmente a quién recurrir. El origen de la migración es siempre económico y resulta ser una decisión tomada por otros (padres, abuelos), en edades muy tempranas. Josefina relata que:

"a los diez años me hicieron ocupar de niñera, desde entonces nunca más volví a ser libre, siempre tenía que estar trabajando, después solo volvía a visitar a mis padres al campo..."

Los testimonios dan cuenta de la necesidad de dejar el lugar de origen para poder mejorar sus condiciones de vida, aunque las personas se perciben sin un lugar de pertenencia: no son de acá ni de allá. Hay una doble exclusión: por su condición de pobreza y por provenir de zonas rurales o incluso de otro país, como Bolivia, donde tenían otros modos de vida y un capital social que en la ciudad han perdido.

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

Como se analizaba anteriormente, los casos presentados corresponden a familias de pobreza estructural, que condicionan las concepciones de salud y, por ende, los tipos de ayuda a los que acuden para solucionar los problemas de salud.

La cultura somática, es decir, la capacidad de poder sentir, escuchar al cuerpo, es escasa, y la lucha por la supervivencia "eclipsa" la propia percepción del proceso salud-enfermedad. La exigencia de conseguir el sustento diario

hace que se retarde la concurrencia a la consulta médica, y a veces, dificulta el darse cuenta de las molestias que se imponen cuando ya es imposible no registrarlas (5).

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas, ya que factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeña, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que perciba o se vea en el espejo de modo diferente (10). La preocupación cotidiana por satisfacer necesidades primarias desplaza la posibilidad de percepción de un problema de salud, ya que la lógica familiar es la del "día a día", en un contexto donde no hay garantía de ingreso diario para cubrir los gastos de alimentación o abrigo. Este hecho determina que lo económico sea el problema prioritario a resolver. Teresa (29 años) relata:

"mi marido está muy enfermo, hace cinco meses que no trabaja, no puede... Tengo que tenerle paciencia y a veces me pongo mal, porque aunque sea pudiera salir para conseguir algo, alguna changuita..." (d).

La dinámica familiar pone en evidencia la permanencia de familias de perfil patriarcal, donde la mujer es la responsable del trabajo doméstico y del cuidado de la salud familiar. Existe una "naturalización" de este rol, en los mismos testimonios de las mujeres, con una clara diferenciación de funciones de acuerdo al género:

"... yo estoy a cargo del cuidado de la salud de mi familia... mi marido trabaja..." (Patricia, 27 años).

La referencia para el cuidado de la salud, generalmente está a cargo de mujeres, portadoras naturales del saber, a las cuales se recurre ante alguna duda. Vecinas, familiares, amigas son los sujetos a los cuales se recurre para buscar orientación sobre la salud de algún miembro de la familia:

"ante un problema de salud, le pregunto a mi mamá con qué puedo curar, porque ella es del campo y sabe... en caso de resfrío una limonada caliente, a transpirar mucho y listo; depende de lo que tengas te curas con remedios caseros..." (Juana, 19 años).

El concepto de salud al que refieren es el de un medio para la vida y no como fin en sí mismo. La construcción del concepto de salud, está muy relacionada con el hecho de "poder hacer", lo que implica trabajar para los adultos, jugar o ir a la escuela en los niños: *"si pueden trabajar están sanos"* (Leonor, 30 años).

Esta percepción de lo que es estar sano o enfermo tiene una directa relación con los comportamientos que se despliegan ante un padecimiento. Una molestia pasa a ser una enfermedad solo cuando inhabilita para el trabajo o las actividades cotidianas (juegos o estudio para los niños y jóvenes) trabajo intra y extra doméstico para los adultos:

"estar sano es estar continuamente haciendo algo, y no dejar de trabajar..." (Alfredo, 61 años). Teresa (29) expresa: "estar sano es no estar enfermo... uno se pone mal, no tiene fuerza, si uno está enfermo no alcanza el dinero, porque no puede uno trabajar o hacer las cosas".

Este modo de percibir el proceso salud-enfermedad condiciona los tipos de ayuda buscados y las prácticas desarrolladas para el cuidado, donde en un juego dialéctico tanto la representación del estar sano o enfermo como las experiencias previas, configuran los procesos de toma de decisiones evaluando las ventajas de las distintas alternativas. Este recorrido no es sólo racional sino que está mediado por sentimientos, recuerdos, sensaciones, valoraciones, que no son factores cognitivos sino actitudinales y emocionales.

LOS PRIVILEGIADOS SERÁN LOS NIÑOS

Se privilegia el cuidado y la atención de los niños/as, pero frecuentemente surge la preocupación por los adolescentes, de los cuales se expresa que se drogan y consumen mucho alcohol.

La etapa del embarazo es una de las que más se toman en cuenta para el control y el cuidado, pero percibido no como el cuidado de la salud de la embarazada en sí sino del niño que está creciendo en su vientre:

"para los controles de embarazo, sí, sí, fui, había que cuidar el bebé..." (María Ester, 36 años).

Las mujeres no embarazadas y los hombres en general retrasan la búsqueda de ayuda ante un problema de salud y no realizan controles ni prácticas preventivas, ya que priorizan el trabajo o el cuidado de los hijos, acudiendo únicamente en casos considerados de emergencia o gravedad:

"a los chiquitos sí los llevo a los controles de rutina... cumplo con los esquemas de vacunación". [...] "sólo llevo a los chicos, cuando se enferman, yo ya sé que están mal, por ejemplo, de la garganta o cuando tienen fiebre..." (Rosa, 23 años).

La dimensión de género, es otro de los factores que permite comprender la percepción de las sensaciones relativas a la salud y a la enfermedad. Son las mujeres, en general, las que se muestran más perceptivas a las sensaciones del cuerpo, para que así sea influyen la maternidad, la mayor responsabilidad en el cuidado de la salud de su familia y el que se constituyan en interlocutoras "naturales" del sistema médico. Aún con estos componentes, ellas relegan el cuidado de su propia salud por la de sus hijos y por el cuidado del hogar:

"cuando estaba embarazada me hacía controles. Ahora hace dos años que no me controlo... no tengo tiempo, mi marido trabaja, yo tengo que cuidar los chicos" (Liliana, 27 años).

A pesar de ser conscientes de la postergación de su propia salud, manifiestan tener otras preocupaciones:

"nosotras no nos preocupamos de uno, debería ir a la primera y no cuando estoy en las últimas... uno tiene problemas y lo deja pasar..." (Paulina, 43 años).

La decisión de cuándo recurrir a un centro asistencial está atravesada por dimensiones que se vinculan y de modo creciente opacan la posibilidad de registrar un problema de salud. Es así que sólo cuando el síntoma es muy alarmante o el dolor muy intenso, se hace difícil negarlo y recién entonces se busca algún tipo de ayuda:

"...sólo me atiendo si es algo serio, que me pare, que tenga que estar en cama..." (Juana, 19 años). Otra mujer expresa: "nos tenemos que estar muriendo para ir al médico..." (Clara, 36 años).

LOS RECURSOS FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que se denomina autocuidado.

Percibe la enfermedad y actúa frente a ella en forma diferente. En todo momento coexiste "ese saber de la gente", mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y la mezcla con diferentes grupos sociales, entre éstos, los grupos de iguales y los grupos de la salud institucionalizada con sus discursos y sus propias percepciones. Esta construcción, va conformando sus propias concepciones, manifiestas en relatos que dan cuenta de la automedicación como uno de los recursos utilizados:

"cuando tengo un problema común como la gripe, me hago pasar con pastillas, que uno compra, bayaspirina, analgésicos, o hago limonada, y a transpirar, remedios caseros..." (Juana, 19 años)

Las historias familiares producen un cúmulo de saberes, a veces contradictorios, por haber atravesado situaciones similares. Tal aprendizaje tiene sus orígenes en experiencias previas: con sus otros hijos, con familiares o referentes en sus vidas, simultáneamente con saberes del sistema médico oficial:

"cuando los chicos se enferman yo soy ducha en el tema, porque mi hijo siempre ha sufrido con bronquitis, así que yo tengo una farmacia aquí, de todo, para los bronquios, la diarrea, el dolor de cabeza, para la vista... pero yo no los medico sola..." (María, 23 años).

La utilización de la medicina tradicional, también forma parte de sus recursos para atender los problemas de salud. Niegan y admiten su uso develando aspectos significativos, ya que en muchos casos, esto implica desvalorización y conflicto de lo tradicional frente a lo oficial, que aún coexistiendo, guardan en sí mucho de desconocido, enigmático y prohibido:

"nosotros no creemos en curanderos... cuando es susto, por ahí, los hago ver por la señora que cura, solo cuando están llorones, molestos, no comen... ella le da agua bendita le toca el pechito y ya están bien..." (Liliana, 27 años).

Esto es expresado de forma contradictoria, casi tanteando al entrevistador, para medir hasta qué punto puede ser legitimada esta práctica, que es condenada desde el sistema oficial.

Otros, por el contrario, ante la actitud de aceptación y adhesión de parte del entrevistador, dan rienda suelta a sus conocimientos y experiencias manifestando seguridad, y cuentan con orgullo las prácticas que aplican cotidianamente. Roberto (60 años) refiriéndose a sus nietos expresa:

"cuando están resfriados, les pongo grasa de gallina, tecitos calientes y bayaspirina, los abrigo bien... yo no creo mucho, pero a veces lo llevo a la señora, que cura".

Leonor (30 años) resaltando el valor de la experiencia cuenta:

"mi mamá dice que cuando están resfriados hay que darles limonada y el té de cebollas con miel. Ella tiene cinco nietos y los cura así. Para el empacho les da paico (e) y cuando no quieren comer, están decaídos, los lleva al curandero para curar el susto..."

La búsqueda de ayuda en el sistema no oficial, resulta a veces una alternativa a la que se acude cuando perciben que el sistema de salud no les soluciona el problema que están sufriendo. Esto les acarrea conflictos no menores, con la carga de responsabilidad que esto significa:

"...yo lo saqué del hospital, me escapé y bueno, después tenía la policía acá... porque yo lo llevé

al curandero... ya era mucho, le ponían inyecciones, le daban remedios, no me decían nada y seguía igual... estaba mal, mucho tiempo y cuando lo veía así lo llevaba al curandero lo seguía haciendo curar, no se terminaba de cerrar la mollera... siempre me resultaba, así que me alejé de la salita." (Carina, 26 años).

Las características familiares y demográficas, así como las actitudes y expectativas previas y la propia percepción básica sobre el estado de salud influyen tanto en la accesibilidad, como en la utilización y satisfacción alcanzadas.

EL PAPEL DEL SISTEMA DE SALUD

De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de la gente entrevistada da cuenta de una relación distante y conflictiva con algunos de los miembros del personal de la salud, ya que el vínculo se establece desde un lugar de poder y autoridad, cuando ellos privilegian y valoran especialmente la relación que se produce con el recurso humano.

La calidad del vínculo es crucial a la hora de decidir si hacer o no una consulta al sistema de salud. La relación de asimetría que muchas veces se establece entre el paciente y el personal de salud provoca que la población adopte frecuentemente una posición pasiva y de sumisión en el ámbito de la consulta:

"a los médicos no les gusta que les pregunten mucho y uno con solo ver el carácter... hacen lo necesario nomás, no nos dan lugar, esa confianza. Yo creo que tengo miedo de faltarle el respeto..." (Paulina, 43 años).

Por otro lado, muchos de los entrevistados tienen la percepción de que siempre van a ser cuestionados por lo que hacen o dejan de hacer. Sienten interés en comprender lo que les está sucediendo respecto a su salud, pero la distancia que se establece y la velada o manifiesta expresión de que ellos no saben y tienen que hacer lo que se les dice, introduce una falta de diálogo en la consulta. La misma entrevistada lo sintetiza cuando dice:

"uno quiere saber, yo creo que estamos en derecho... y si no preguntamos también dicen que no preguntamos, que no nos interesa, no miran, no se fijan..."

La ausencia de interés por parte del personal de salud por conocer qué hizo el sujeto/paciente previamente o qué puede hacer para cuidar la salud o revertir un proceso mórbido, pone en evidencia dos cosas. Por un lado, la medicalización del proceso salud-enfermedad-atención, donde la mirada del propio sujeto o las acciones que pudo haber realizado no cuentan porque carecen de valor terapéutico, pero además, revela que la realidad sociocultural es pensada por los operadores del sistema sanitario como un *acto* y no como un *proceso*. El acto de intervención es una fotografía y no una película con pasado, presente y un futuro (como es la vida misma). El recorte que se produce es temporal (el aquí y ahora de la consulta), pero también es socioespacial, ya que, en general, no toma en cuenta el contexto y condiciones de vida del paciente y menos aún sus creencias. Como señala la Menéndez:

La mayoría de las formas de atención, incluida la biomédica, permanece frecuentemente ignorante de una carrera del enfermo que articula diferentes formas y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas (10).

Otro de los factores que tiene que ver con la dificultad de acceso al sistema sanitario por parte de la población es la modalidad de organización que colisiona con la vida cotidiana de la gente:

"a mí me dicen que tengo que llevar a la gorda a hacer pesar y no... no voy..., porque es pérdida de tiempo, tenés que perder todo un día" (Juana, 19 años). Otra mujer expresa: *"para pedir turno tenés que ir a las 5 ó 6 de la mañana"* (Rosa, 23 años).

Familias numerosas, trabajo precario y una lógica cotidiana de tener que resolver lo esencial para poder seguir viviendo, combinado con un sistema que otorga los turnos de

modo que hay que hacer cola desde la madrugada, son factores que no contribuyen a su utilización, sino todo lo contrario.

Esta situación actúa como expulsor de la demanda, máxime en aquellos casos donde la experiencia es vivida como un espacio para el reclamo:

"por ahí me retaban... que por qué no la llevé, pero había que ir a las dos de la mañana a sacar el turno..." (Liliana, 27 años). Una mujer resignada manifiesta: *"no vale la pena... el tema de los turnos que es re feo, te tratan re mal..."* (Juana, 19 años).

Desde la propia percepción de la población entrevistada, el sistema de salud es visualizado por muchas mujeres como proveedor de recursos, más que como institución para el cuidado de la salud. Esta construcción de lo que se espera del centro de salud, da cuenta de la falta de concurrencia cuando no se dan estas condiciones:

"ahora ya no voy a la salita, antes iba porque me daban la leche..." (Carina, 26 años).

Sin embargo, es interesante destacar que también se valora al sistema de salud como proveedor del recurso humano, que se acerca al hogar, otorgándole una gran importancia al agente sanitario que los visita para los controles de salud en sus casas y sabe de sus problemas:

"aquí la mayoría no los lleva al médico a los chicos, esperamos que venga el agente sanitario a la casa y los vea a los chicos..." (Teresa, 29 años).

Valoran la cercanía, la confianza, el vínculo que se establece con alguien que sienten como un par; que muchas veces es del propio barrio y que está más cerca no sólo de lo que creen y sienten, sino que también comparte un modo de vida y un contexto familiar similar.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que la percepción de los problemas de salud está fuertemente

mediada por las condiciones materiales de vida que influyen en la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos, fundamentalmente el trabajo y la alimentación, ubican a la salud como un bien no prioritario. A pesar de ello, son los niños, por su percepción de mayor vulnerabilidad, los sujetos que reciben mayor atención en cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención. Las contadas veces en que acuden al sistema sanitario, lo hacen por los niños. Contrariamente, la búsqueda de atención para los adultos se efectiviza cuando ya no están en condiciones (fundamentalmente físicas) de realizar trabajos ya sean domésticos o productivos, estableciéndose una relación estrecha entre salud y capacidad de funcionamiento, como señala Milton Terris, apud Gómez López (11 p.276).

La salud es un medio para la vida, no un fin en sí mismo; por lo tanto, su cuidado es algo incorporado a la vida cotidiana como natural, no como un objeto de preocupación permanente.

Desde una perspectiva de género, en la gran mayoría las familias entrevistadas, el rol del cuidado de la salud ha sido asumido por las mujeres (madres, hijas, abuelas) que son las encargadas de evaluar la gravedad o levedad de un problema, y de realizar los primeros tratamientos antes de tomar la decisión de acudir o no al sistema sanitario. Éste suele ser su espacio acotado de decisión, en el cual el varón no suele participar, cargado de una enorme responsabilidad por las consecuencias que implica.

La dinámica familiar muestra diversas expresiones de relaciones de subalternidad con el jefe varón en la toma de decisiones de la vida cotidiana. Sin embargo, en lo referido al proceso salud-enfermedad-atención son las mujeres las que tienen que resolver este tipo de problemas, como una extensión *natural* de su responsabilidad por la reproducción familiar.

Como señala Coria esta función doméstica se circunscribe a la administración de los dineros de la carencia, ya que tiene que cubrir con pocos recursos las necesidades más inmediatas que le demandan mucha responsabilidad (12).

Las mujeres cargan con el peso de la responsabilidad del cuidado de la salud, responsabilidad que está acotada en cuanto a los recursos con que cuentan dada la precariedad de sus condiciones materiales de vida.

La situación de migración muestra distintos comportamientos realizados cuando surge un problema de salud. En algunos casos, reconocen la realización de prácticas y la utilización de remedios naturales o caseros que conocen por su experiencia familiar en un medio rural, afirmando su origen y tradición. En otros, hay una negación de las prácticas tradicionales y una valoración del sistema oficial de salud, pero sobre todo, está presente una suerte de mezcla donde coexisten prácticas de ambos sistemas, con distintas jerarquías en cuanto a la percepción de su efectividad. Es claro sin embargo, que en muchas de las familias entrevistadas la búsqueda de agentes fuera del sistema oficial desplaza a la utilización del sistema público de salud, potenciado (de acuerdo a algunos relatos como los de Juana o Leonor) por la sensación de no pertenencia al lugar donde actualmente habitan, por provenir de otro medio sociocultural. Esta situación influye en la relación que establecen con el sistema de salud donde se visualiza una desvalorización y una distancia con el personal de salud.

La población entrevistada, en su mayoría desplazada de su lugar de origen por la búsqueda de trabajo, vive una doble exclusión: ser pobre y pertenecer a un contexto sociocultural diferente al de la ciudad. Esta situación la despoja de sus recursos para el cuidado de la salud, admitiendo con inseguridad en muchos casos, la utilización de un sistema de salud no oficial, que les es más familiar y menos hostil.

Las características sociofamiliares permiten interpretar los diversos comportamientos adoptados para el cuidado de la salud y para la atención de la enfermedad; son necesarios su análisis y su consideración para poder comprender la relación de la población con el sistema de salud.

NOTAS FINALES

a. Salta es una provincia ubicada en el noroeste de la Argentina. La base de su economía se sustenta en el cultivo del tabaco, la caña de azúcar, los cítricos, porotos, vid, ajíes, papas, algodón y soja. La minería y la producción de hidrocarburos (petróleo, butano) tienen también gran importancia. La Capital cuenta con más de medio millón de habitantes, de los cuales el 22% tiene sus necesidades básicas insatisfechas (NBI), el 32% es menor de 14 años y el 52% carece de cobertura de salud. Estos indicadores son aún más críticos en los barrios donde se realizó el estudio.

b. El trabajo de campo fue realizado por las licenciadas en enfermería: Marta Ramos, Angélica Alarcón, Miriam Mogro, y por las autoras del presente trabajo.

c. Los planes sociales que se implementaron para mitigar las consecuencias de la crisis socioeconómica fueron principalmente el Programa Jefes/as de Hogar: subsidio para familias con necesidades básicas insatisfechas (NBI) sin trabajo. Bolson alimentario: provisión directa de alimentos no perecederos distribuidos mensualmente a familias pobres. Plan Familias: subsidio a jefas de hogar con familia numerosa.

d. Trabajo irregular que efectúa una persona mientras espera otro estable.

e. Planta cuyas hojas son utilizadas como infusión para dolores estomacales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kornblit AL, Mendes Diz AM. La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Buenos Aires: Editorial Aique; 2000.
2. Gómez López L, Rabanaque Hernández MJ. Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2000.
3. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?. Salud Colectiva. 2006;2(1):61-74.
4. Llovet JJ. Servicios de salud y sectores populares: los años del proceso. Buenos Aires: CEDES; 1984.
5. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
6. Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. México: Fondo de Cultura Económica; 1990. p. 29-31.
7. Samaja J. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
8. De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona: Doyma; 1997.
9. Kalinsky B, Arrué W. Claves Antropológicas de la salud. Buenos Aires: Miño y Dávila; 1996.
10. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. 2005;1(1):9-32.
11. Gómez López LI, Rabanque Hernández MJ. Concepto de salud. En: Colomer Revuelta C, Álvarez Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2004.
12. Coria C. Dependencia económica y salud mental. En: Burin M. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1987. (Colección Controversia).

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo. Iniquidad y desarrollo infantil 0-2 años. Córdoba: CLACyD, Fundación Arcor; 2002. (Publicación N° 6).

Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo. Enfoque integral del desarrollo en la infancia: El futuro comprometido. Córdoba:

CLACyD, Fundación Antorchas, Fundación Arcor, Fundación Navarro Viola; 2003.

Gutiérrez A. Pobre, como siempre... Estrategias de reproducción social en la pobreza. Buenos Aires: Ferreira Editor; 2005.

Organización Mundial de la Salud. Transformando los sistemas de Salud: género y derechos en salud reproductiva. Ginebra: OMS; 2001.

FORMA DE CITAR

Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colectiva. 2007;3(3):271-283.

Recibido el 28 de febrero de 2007

Versión final presentada el 31 de julio de 2007

Aprobado el 20 de septiembre de 2007