

3. Es un material de soporte de las consultas del médico o de la enfermera, que requiere de una explicación previa para su comprensión. El material es utilizado como soporte a la transmisión de conocimiento y a menudo el individuo es tratado como cliente y receptor del conocimiento.
4. No se reconoce la importancia de la participación ni de la acción comunitaria. El material impreso de los programas de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares tendrían que ser una oportunidad para promover de una manera explícita la responsabilidad ciudadana y su participación en la comunidad.

#### Recomendaciones

- Fomentar y hacer explícita la participación de las personas de la comunidad en el diseño del material impreso.
- Contemplar dentro del contenido los aspectos diferenciales de la enfermedad con relación al género.
- Recoger las prioridades de la comunidad, sus necesidades, expectativas y proyectos.
- Incluir asociaciones de autoayuda...
- Ser de utilidad como material de soporte para los agentes de salud de la comunidad que han llevado a cabo una capacitación previa.
- Reconocer y tener en cuenta las necesidades de la familia de la persona enferma.

#### Bibliografía

1. Nutbeam D. Glosario de promoción de la salud de la OMS. Salud entre todos (separata técnica). Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1986.
2. Sánchez Moreno A, Ramos García E, Sánchez Estévez V, Marset Campos P. Estructuras de racionalidad en Educación para la Salud: Fundamentos y sistematización. Rev. San Hig Pública 1995; 69 (1): 8-10.
3. Participación de la comunidad en el desarrollo de la salud. Un desafío para los servicios de salud. OMS, serie informes Técnicos, 809. Ginebra, 1991.
4. Halm, M. Acabar con los mitos acerca de la cardiopatía en las mujeres. Nursing 2000, Vol.18, nº 2:31-2.
5. Valls C. La atención de género en la atención primaria. Quadern CAPS, (27) 1998: 46-52.
6. Virmani R. Pathology of Acute Ischemic Syndrome. Octubre 2002. en línea [http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/workshops/wise/session03\\_virmani.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/meetings/workshops/wise/session03_virmani.pdf) [10 marzo 2003]
7. Mont J.L. Tratamiento de la cardiopatía isquémica en mujeres: ¿existe discriminación en función del sexo? Medicina Clínica (Barcelona) 1994; 102: 374-5.
8. Sepilli, A. Principi En educazione Sanitaria, Modolo, M.A.; Sepilli, A. Pp 3-28, Roma, il Pensiero Cientifico, 1981.
9. Pérez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En Adelantado J. (coord) Cambios en el Estado del bienestar. Barcelona: UAB- Icaria Antrazyt; 2000: 267.
10. Beneduce R. (1999) Perché "guarire" sembra oggi sempre più difficile? Note per un'antropologia della guarigione. A La Guarigione. Maria Rosa Tinti (coord) Bergamo, Moretti&Vitali : 31-47.
11. Kawachi I. Long Live Community. Social Capital As Public Health. <http://www.prospect.org/print/V8/35/kawachi-i.html>.

### Lima Rodríguez, J., Lima Serrano, M., Casado Mejía R.: *El sector popular de cuidados*

#### Introducción

La gestión de la salud se estructura universalmente en torno a procesos asistenciales, que pueden ser considerados como itinerarios que siguen las personas enfermas y su familia para resolver los problemas de salud que se les presentan. La forma de afrontarlos es distinta en diferentes culturas y grupos sociales. Según Kleinman, en cualquier sociedad compleja se distinguen tres sectores de cuidados solapados: el sector popular, el sector folk o alternativo y el sector profesional u oficial. Cada uno de estos sectores tienen sus propias formas de explicar y tratar los problemas de salud, definiendo quién es el asistente, es decir, la persona a la que se le suponen los conocimientos y recursos necesarios para afrontar el problema y quién el asistible o persona que presenta el problema, especificando cómo ambas partes interactúan en la relación terapéutica.

El Sector popular de Cuidados se integra fundamentalmente en el ámbito familiar e incluye las redes sociales y actividades relacionadas con el cuidado de la salud que se desarrollan en la comunidad. En este ámbito se reconocen y definen inicialmente los problemas de salud, se inician los cuidados, recurriendo a un número importante de acciones terapéuticas que utiliza la población sin consultar a los otros sectores, como pueden ser: el autocuidado, el autotratamiento o la automedicación, el asesoramiento o tratamiento que recomienda un familiar, amigo, vecino, compañero de trabajo, la consulta a otra persona que ha vivido con anterioridad la misma experiencia, los grupos de autoayuda, la iglesia, el culto. Cuando se acude a otros sectores, se decide además, a quién consultar, si seguir o no las prescripciones, se evalúa la eficacia de prescripciones o tratamientos.

Asimismo, es necesario destacar, el papel educativo que se desarrolla en este sector respecto a la transmisión de conocimientos y habilidades y la adquisición de hábitos relacionados con la salud y sus cuidados.

El Sector Folk o alternativo, está formado por personas que se especializan en formas de curación, que pueden ser sagradas o seculares, o a una mezcla de ambas. En nuestro entorno no forman parte del sistema sanitario oficialmente reconocido y ocupan una posición intermedia entre el sector popular y el sector profesional. conforman un grupo heterogéneo en cuanto al método, a las prácticas y remedios que utilizan, compuesto por herboristas, curanderos, clarividentes, sanadores, etc., con una gran variación individual, aunque a veces se organizan en asociaciones y en general sufren el rechazo del sector profesional.

Es importante la proliferación que en estos momentos se viene produciendo de brujos/as, adivinadores, videntes, que a través de los medios de comunicación, llámense televisiones locales, cadenas radiofónicas o líneas telefónicas en las que se atienden las consultas de aquellos que quieren saber acerca de su futuro, incluyendo aspectos relacionados con la salud y con enfermedades. En la mayoría de los casos, las respuestas suelen incluir, junto a la evaluación del estado de salud y la adivinación o diagnóstico de los problemas, recomendaciones a seguir por el demandante de la consulta.

Por último, el Sector Profesional u oficial incluye las profesiones organizadas y sancionadas legalmente como la medicina científica occidental. Lo constituyen los médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, fisioterapeutas,

podólogos, etc. En la mayoría de los países occidentales, la medicina moderna constituye la base del sector profesional, debido a la hegemonía de esta disciplina y a la gran influencia que el modelo biomédico ha tenido y sigue teniendo sobre el desarrollo de los currículos académicos de los distintos profesionales que trabajan en el sector sanitario.

A pesar del gran desarrollo y de la hegemonía que durante siglos la medicina oficial ha venido disfrutando, en la actualidad se aprecia una crisis de credibilidad. Cuestiones, tan intocables hasta ahora, como es la eficiencia del propio sistema o aceptar modelos alternativos de gestión tanto en lo referente a la enfermedad como a la salud. Se empiezan a buscar soluciones socioculturales (educación, autocontrol, participación comunitaria) que pueden minar las bases sobre las que se sustenta el modelo médico hegemónico, al pretender devolver a los particulares sus responsabilidades, aparentemente arrebatadas anteriormente, partiendo de la necesidad de modificar los estilos de vida insanos, proteger el medio ambiente social, eliminando las desigualdades y potenciando, a través de la participación comunitaria y la educación para la salud, la autonomía individual frente a la salud y la enfermedad. Esto exige potenciar un mejor desarrollo del sector popular de cuidados como estrategias para conseguir que sus integrantes desarrollen estilos de vida saludables.

Sin embargo, aunque las propuestas teóricas parecen desarrollarse en este sentido, su materialización en la práctica se ve dificultada por un proceso continuo de profesionalización de la salud, que está produciendo una medicalización de la vida diaria, y por la oferta universal y casi totalmente gratuita de asistencia sanitaria que se realiza en nuestro medio. Esta situación está empobreciendo el patrimonio cultural que, con relación a la salud, la comunidad viene atesorando a lo largo del tiempo. Además, se tiende a considerar, desde el ámbito profesional de la salud, que los saberes tradicionales son acientíficos y por tanto inadecuados. Esta falta de reconocimiento, unido a las dificultades para su transmisión, que se realiza fundamentalmente de persona a persona al carecer de canales de divulgación en masa, contribuye a su detrimento, pues el saber tradicional se va agotando en sí mismo por desuso. Como consecuencia de todo ello, se evidencia, cada vez más, una mayor dependencia de la población hacia el sector sanitario, en detrimento de su propio desarrollo, como lo demuestran el progresivo aumento de la demanda de asistencia sanitaria o el creciente aumento del gasto farmacéutico, que apreciamos en nuestro entorno.

Contribuir al desarrollo del sector popular exige conocerlo en sentido amplio, para, a partir de este conocimiento, potenciarlo. En este sentido las enfermeras por su cercanía al sector popular y por que en su trabajo utilizan conocimientos y habilidades adecuadas para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, se convierten en un elemento fundamental en este desarrollo.

Por este motivo realizamos un estudio del sector popular en nuestro medio, que se sitúa geográficamente en Sevilla capital y en municipios próximos a la misma, como son Alcalá de Guadaíra, Camas, Dos Hermanas, Gines, Guillena, La Algaba, San José de la Rinconada y Utrera.

#### **Objetivo**

Analizar al sector popular de cuidados, identificando a sus componentes, los problemas de salud abordados con mayor frecuencia y las prácticas llevadas a cabo para resolverlos.

#### **Metodología**

Estudio descriptivo realizado durante el periodo 2002-03, en el que se procedió a:

- ✓ Recogida de datos: Cuestionarios, entrevistas y observación participante.
- ✓ Variables estudiadas:
  - Componentes del sector
  - Problemas abordados en el Sector popular de cuidados.
  - Causalidad asignada a los mismos.
  - Consecuencias para el que los sufre.
  - Autocuidados empleados.
- ✓ Análisis estadístico mediante programa SPSS.
- ✓ Análisis de entrevistas.

#### **Resultados**

##### *Descripción de la muestra*

Nuestra muestra está configurada por cien individuos con una edad comprendida entre 15 y 92 años, de los cuales, el 14% son menores de 25 años, el 42% se encuentran entre 26 y 50 años, el grupo comprendido entre 51 y 75 años conforma el 34% de la muestra y el resto son mayores de esta edad.

En relación a sexo género contamos con 37 hombres y 63 mujeres.

Respecto a la ocupación encontramos estudiantes (10%), amas de casa (32%), empleados por cuenta ajena (25,7%), jubilados (18,6%) y el resto se reparte entre autónomos, desempleados y profesionales.

En cuanto al nivel de estudios, la mayoría poseen estudios primarios (37%), seguido de los que tienen estudios secundarios (24%), siguieron estudios universitarios representan el (20%) y estudios no reconocidos (14%), el último lugar lo ocupan los que no tienen estudios (4%)

Composición de sector popular de cuidados

Los individuos que actúan como asistentes pertenecen al grupo familiar y a las redes sociales (amigos, vecinos compañeros de trabajo). Intervienen individualmente o integrados en asociaciones de autoayuda. La elección se hace en base al parentesco, la amistad y atendiendo a los conocimientos y experiencia que se les supone.

En este sector de cuidados, es frecuente que la persona que en un caso intervino como asistible, en otro momento se convierta en asistente, generando un conjunto de relaciones de reciprocidad propias de este sector.

El principal área de cuidado es la familia, donde se reconocen los problemas de salud y se tratan, siendo la mujer, como madre, esposa e hija la mayor proveedora de saberes y de cuidados. Así, el perfil corresponde, en el 70% de los casos al de una mujer del entorno familiar.

*La significación del problema de salud.*

Este sector utiliza una explicación amplia que incluye junto los signos, manifestaciones o causa que origina el problema, los efectos que éste tiene sobre las ocupaciones, actividades, expectativas y deseos de la persona enferma. Dotando, así, de significación al problema. Como afirma Collier. "No es la enfermedad, sino la persona enferma el objeto de los autocuidados".

Conocer este aspecto del enfermar, nos puede ayudar a entender las decisiones y acciones que se toman en este ámbito, así como su particular racionalidad.

#### La experiencia de los síntomas

La percepción del estado de salud como alterado, se desarrolla a partir de una serie de síntomas o de manifestaciones que la persona, en la mayoría de los casos es capaz de explicar. A partir de las respuestas obtenidas, observamos que siete de cada diez personas dicen sentir dolor, siendo éste el problema que aparece con mayor frecuencia. Este en algunos casos es vivido de forma muy negativa en comparación con otros padecimientos. Como explica una de nuestras informantes: "Lo más importante, por dolor, por molestia, por sufrimiento y por padecimiento, el dolor de cabeza"

Al analizar el tipo de dolor referido por las distintas personas estudiadas, hemos encontrados algunas diferencias significativa en función de la variable sexo/genero de la persona que afirma padecerlo. Así podemos distinguir:

- Dolores osteoarticulares, localizados en cuello, espalda y extremidades. La mitad de la muestra afirma tenerlos, con frecuencia. Con una mayor incidencia en hombres (65%).
- Dolor de cabeza, ocupa el segundo, siendo las mujeres las que se ven más afectadas con una relación dos a uno respecto a los hombres.
- Dolor abdominal y de estómago aparece en tercer lugar, citados por el dieciocho por ciento de los encuestados, sin que se aprecien diferencias en su distribución al relacionarlas con sexo/genero.
- Los dolores menstruales que aparecen durante la "regla", son referidas por cinco de las mujeres estudiadas.

A continuación, en cuanto a su incidencia aparecen los problemas respiratorios que se refieren como resfriados, catarro, disnea de esfuerzo, que se detectan en uno de cada diez de los individuos estudiados.

Un grupo de manifestaciones, expresadas exclusivamente por mujeres, coincidiendo con la menopausia, son los calores, los sofocos y la jaqueca.

Y finalmente, con menor incidencia aparecen: El estreñimiento, los picores, los problemas sexuales, la obesidad, los ardores, los problemas circulatorios, las hemorroides, los problemas oculares, la incontinencia urinaria, los problemas genitales o la pérdida de memoria.

#### El origen de los problemas de salud

Cuando preguntamos sobre el motivo o la causa que origina el problema de salud nos responden:

- El trabajo: En el cuarenta por ciento de los casos, tanto por su intensidad, dureza o por la propia situación laboral (insatisfacción, inseguridad).
- El estrés, anteriormente considerado como problema, también se señala como causa.
- La edad, se cita, (10%) como una causa natural, especialmente por los de mayor edad.
- La alimentación, bien por comer en exceso, o por consumir cosas inadecuadas
- El tiempo en términos meteorológico, para los dolores osteoarticulares y de cabeza.
- Con frecuencia, se consideran como causa de otros problemas las enfermedades osteoarticular, infecciones, bajas defensas, mala circulación sanguínea, hernias de hiato, ácido úrico, colesterol.
- Otro grupo lo constituyen los derivados de las características propias de la mujer como son la menstruación, la menopausia, o el embarazo.
- En ocasiones, se hace referencia al insomnio, o al sedentarismo.
- Por último se citan causas sobrenaturales como la suerte, el azar, o la voluntad divina.

La enfermedad como condicionante de la cotidianidad.

La enfermedad, ya sea la diabetes, el cáncer de pulmón o el reuma, no tienen significación por ellas mismas. No pueden existir en sí, existen porque se producen como efecto sobre las ocupaciones, las actividades, las expectativas, los deseos de alguien.

Observado que casi el noventa por ciento de los individuos aseguran que las molestias que presenta tienen consecuencias para su cotidianidad. Consecuencias entre las que destacan:

- Modificaciones en el estado de ánimo en más del sesenta por ciento de los casos.
- Dificultades para desarrollar las tareas habituales (arreglar la casa, estudiar, salir a la calle, etc.) que aparece en la mitad de la muestra.
- Alteración de las relaciones familiares, en uno de cada cinco personas estudiadas.
- Imposibilidad de asistir al trabajo, esto último en menor grado ( un cuatro por ciento de los casos).

En función de la significación que se otorga al problema de salud, se inicia la demanda de ayuda al asistente que la ofrece en términos de asesoramiento y de autocuidados.

#### Los autocuidados.

La medida más utilizada es la automedicación. Los consultados manifiestan disponer de medicamentos en casa. Los prescritos por su médico para la hipertensión, diabetes, bronquitis, etc., junto a otros de uso habitual, que se utilizan para: los dolores habituales, la fiebre, los catarros, los ardores, el insomnio, el estreñimiento, las hemorroides, las quemaduras, etc.

Un 15% utiliza medidas relacionadas con la dieta, las infusiones digestivas (menta poleo, manzanilla), laxantes o bicarbonato.

El calor o el frío local y las frías de alcohol y los masajes y el reposo constituyen el tercer grupo de medidas más utilizadas.

El frío local para los dolores de cabeza.

Otro grupo lo forman el ejercicio moderado, la relajación, el descanso o las infusiones relajantes.

En ocasiones, estas medidas se acompañan de ayuda para realizar las tareas domésticas.

#### **Discusión**

En las últimas décadas se viene poniendo de manifiesto la incapacidad del sector oficial de cuidados para, por sí solo, mejorar el estado de salud de la población. Esta ingente tarea exige aumentar el grado de autonomía y responsabilidad de los individuos y la comunidad para la toma de decisiones y medidas relacionadas con el cuidado de la salud y la enfermedad.

El sector popular de cuidados dispone, junto a un patrimonio cultural atesorado a lo largo del tiempo y transmitido a sus miembros, una racionalidad propia, que les permite desarrollar procesos asistenciales útiles para resolver un número importante de problemas de salud.

En los momentos actuales, la medicalización de la vida social está empobreciendo la capacidad de los individuos para autocuidarse haciéndoles cada vez más dependientes del sector oficial de cuidados, desde un discurso que considera las practicas populares inadecuadas.

Devolver a la sociedad su capacidad de autocuidado y el protagonismo que le corresponde en la gestión de la salud, nos obliga a identificar y reconocer, junto a la racionalidad del sector, aquellas prácticas que resultan útiles, prestigiándolas y promoviéndolas. Al mismo tiempo, debemos contribuir a mejorar aquellas que lo requieran.

Entendemos que las enfermeras, como profesionales de los cuidados, conforman un grupo profesional que ocupa, dentro del sector oficial de cuidados, una posición privilegiada para contribuir a este propósito.

#### Bibliografía

Canals J. "La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua". Actas del VII. Congreso de Antropología social

Coe R. "Sociología de la Medicina". Alianza. Madrid.1970.

Collière MF. "Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados". Rol de Enfermería 178-179: 71-80. 1993.

Comelles J.M. "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales". Jano 18-29 Septiembre. volumen XXIX nº 660, 357-362. 1985.

Comelles J.M. "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". En Porta y Alvarez-Dardet. Revisiones en Salud Pública nº 3. Masson. Barcelona. 1993.

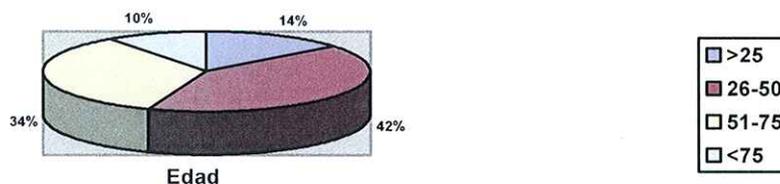
Guía de Asociaciones Andaluzas de Ayuda mutua y voluntariado. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 1995.

Guío Y., "Pensamiento mágico, enfermedad y mal". Jano. 1002: 411-418. 1992.

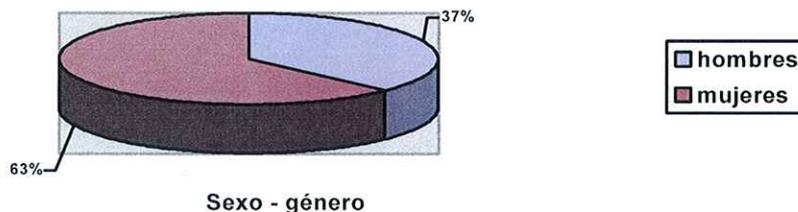
Uribe J.M. "Educar y Curar. El dialogo cultural en atención primaria" . Ministerio de Cultura. Madrid. 1996.

#### Anexos

##### Distribución por Edad



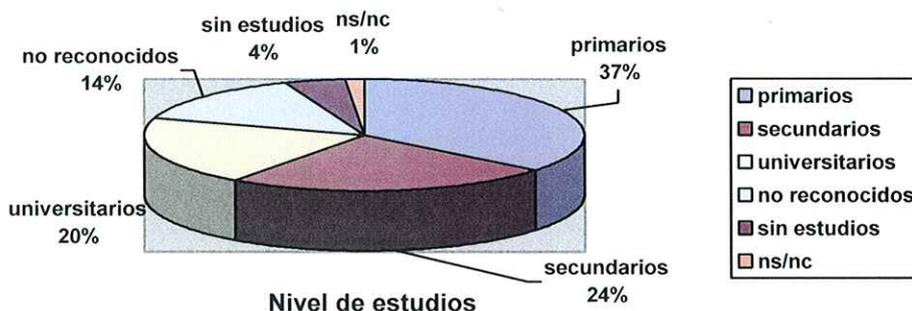
##### Distribución sexo-género



##### Distribución según ocupación



#### Distribución según nivel de estudios



#### Bermejo Sanchis, M., Benito Herranz, M. L., García Berral, M. J., Hernández García-Alcalá, J., Jordán Martín, M., Martínez Ruiz, M. T., Martínez González, O., Ramos Román, J. M., Ruiz-Giménez Aguilar, J. L.: *Evaluación Cualitativa de una Estrategia de Formación en Educación para la Salud (E.p.S) en un Área de Salud de Madrid*

Es para mí una satisfacción participar en este encuentro. Me corresponde comentar en nombre del grupo de formadores del Área 1 de Madrid, el desarrollo de esta evaluación.

La formación en Metodología de E.p.S primer nivel, se inició en 1997, como parte de una Estrategia de Promoción de Salud en el Área 1 de Madrid, con el objetivo, de dotar a sus profesionales de Atención Primaria de una formación en Promoción, Educación para la Salud y Participación Comunitaria, y también de incrementar las actividades de promoción en los Centros de Salud.

Las líneas de trabajo de dicha Estrategia, planteadas en el 2000 fueron:

1º. Plan de Formación en E.p.S primer nivel para los 4 años siguientes.

Elaboración de la estrategia de implantación de EpS de segundo nivel, que aporta al primero, el abordaje de habilidades sociales, la solución de problemas, y el manejo del estrés. Este segundo nivel de Metodología en EpS se implantará a finales del 2003.

2º. Proyecto de Escuelas Promotoras de salud.

El desarrollo del proyecto puede verse muy claramente en la *Guía de promoción de salud para trabajar con agentes de salud comunitarios*, (publicación del instituto madrileño de la salud, Área 1, Atención Primaria, 2003).

3º. Iniciar la línea de trabajo de acreditación de los proyectos educativos.

Guía de acreditación de proyectos de acreditación del Área 1, terminada.

4º. Propuestas de líneas de futuro en los Consejos de Salud.

Desarrollados en los diferentes centros de salud del Área 1.

Los más de 35 Cursos impartidos por el Grupo de Formadores de EpS del Área 1 en los que se han implicado el 100% de los EAP, con la participación de 913 profesionales, (76%) administrativos, auxiliares de enfermería, celadores, enfermeras, matronas, médicos, pediatras, trabajadores sociales.

Una vez realizada la evaluación *cuantitativa*, de la formación en E.p.S, primer nivel, cuyos resultados fueron presentados en la CONFERENCIA EUROPEA DE SANTANDER, y que analizó entre otros:

la cobertura, la metodología empleada en el curso, la valoración de los docentes, programa del curso, el proceso, la duración, horario, la satisfacción global, claridad de los objetivos.

Los formadores en Metodología de Educación para la Salud, se plantearon la necesidad de completarla con la evaluación CUALITATIVA.

#### Objetivos que se plantearon fueron

- Aportar, con la perspectiva del tiempo, la visión de los profesionales, respecto de la EpS.
- Analizar los discursos de los profesionales sobre:
  - La utilidad
  - El desarrollo de estas actividades en los centros.
  - Cómo ha repercutido esta formación de EpS en su satisfacción
- Conocer aspectos sobre los contenidos del curso, el equipo docente, la metodología utilizada,
- Recoger demandas, demandas, necesidades para avanzar en el desarrollo.

#### Metodología

Se formaron 4 grupos de 8 personas, en total 32 profesionales que hubieran participado en la formación, de diferentes profesiones, teniendo en cuenta la edad y el sexo.

La evaluación se realizó conjuntamente con evaluadoras externas y el Grupo de formadores, con la intención de formación y análisis en esta metodología.

La secuencia fue:

- Colaboración en la composición de los grupos de discusión.
- Transcripción de los discursos
- Dos sesiones conjuntas de análisis de los datos recogidos en los discursos.
- Dos sesiones de análisis de los resultados con todos los formadores.

#### Estudio Cualitativo

#### Resultados en Relación