

Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Licenciatura en Comunicación Social

Tesina

Comunicar Hábitos Saludables

(abordaje desde el programa
preventivo de OSEP)

Alumna: Assumma Araya, Verónica Liliana
Reg. N° 10107

Directora: Lic. Claudia García

Mendoza – Abril 2010

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo tiene como finalidad conocer en profundidad la actualidad de un programa de salud preventivo de la obra social de empleados públicos de Mendoza, OSEP; que se denomina “Hábitos Saludables”.

Para cumplir ese propósito, realizamos una intensa búsqueda de material bibliográfico, textos de ponencias de congresos, información en Internet y lo organizamos para darle forma y que nos ayude a explicar las diferentes problemáticas planteadas.

Los autores tomados son especialistas en promoción de la salud, comunicación para la salud; mientras que hay otros trabajos de varios autores que aportan datos relevantes sobre la antropología alimentaria. Todos ellos contribuyen en la teoría y en la práctica a brindar respuestas a los cuestionamientos presentados.

Dicho programa busca detectar, contactar y abordar integralmente a afiliados y su grupo familiar que padecen obesidad. Cabe mencionar que este programa preventivo de OSEP no ha sido formalmente constituido, pero se ofrece a los afiliados y éstos son derivados diariamente por profesionales de prestadores propios de la obra social y otros externos que reconocen en “Hábitos Saludables” una opción válida para la contención y seguimiento de chicos con obesidad.

Así mismo, se ofrecerá un marco teórico que contribuya a tener una semblanza sobre la obesidad infanto-juvenil en todo el mundo, Argentina y particularmente en nuestra provincia, a fin de brindar apoyo logístico y estrategias válidas de comunicación para mejorar su desarrollo.

“Hábitos Saludables” es un programa muy bien pensado, pero que no tiene apoyo comunicacional que le permita llegar al público al cual está destinado. De hecho, es el único programa preventivo de OSEP que no cuenta con isologotipo, folletería ni ningún otro elemento para su difusión.

Nuestro desafío es brindar herramientas sencillas y prácticas para que los afiliados que estén interesados y aquellos que sufran de obesidad puedan acceder rápidamente al tratamiento e incorporar “Hábitos Saludables” a sus vidas.

Capítulo I. Historia de la Promoción de la Salud

1.1. Introducción

Uno de los fundamentos de este trabajo es brindar soluciones desde la comunicación para el programa preventivo “Hábitos Saludables” de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza.

El marco teórico general está vinculado, en primera instancia; con los cambios alimentarios históricos y luego, con la promoción de la salud. (y la comunicación para la salud)

Cabe destacar que desde los 70 fueron varios los tratados y cartas sobre la promoción de la salud que se sucedieron y a todos ellos adhirió nuestro país; pero sólo después del 2000 esas proclamas se vieron convertidas en políticas públicas concretas.

Mendoza ha sido pionera en esta temática y OSEP no se quedó atrás. El gobierno provincial en su conjunto le dio presupuesto y estructura real a la promoción de la salud y comenzó a implementar planes preventivos al alcance de todos los mendocinos.

Los centros asistenciales estatales, escuelas y espacios públicos en general se volvieron escenarios de la promoción y educación en salud. El ejemplo más claro fue el programa: “Merienda Saludable” en el cual la Dirección General de Escuelas junto con el Ministerio de Salud y la OSEP trabajaron en conjunto y lo llevaron a cabo con gran éxito.

Todas las políticas públicas implementadas en el área de salud fueron monitoreadas y rediseñadas de acuerdo a las necesidades vistas en las evaluaciones de dichos programas.

Hoy nos encontramos con un claro estancamiento y en algunos casos, la marcha atrás con planes que estaban en pleno funcionamiento; pero que por razones políticas fueron relegados. Caso testigo es el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, que además de quitarle contenido, se está incumpliendo la ley que le dio origen.

Es por esto que insistimos en la importancia de la promoción de la salud para que las personas puedan cuidar y mantener su salud. Desde la comunicación hacemos nuestro aporte y nos volvemos parte fundamental, como nexo, entre los profesionales de la salud y todas las personas a quienes se destinan los Planes de Comunicación para la Salud.

1.2. Promoción de la Salud. Inicios

Aunque parezca redundante, no queremos dejar de mencionar todos y cada uno de los precursores de la promoción de la salud a lo largo de toda la historia.

Son ricos aportes que sirvieron para llegar al más importante documento conocido, el más aceptado de todos que es la Carta de Ottawa.

En ella se resumen siglos de lucha contra la enfermedad y a favor de la concientización, empoderamiento, formación, información y acceso a los servicios de salud de las personas

El marco teórico en el que nos apoyamos tiene como pilares fundacionales la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y en concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) como herramientas insustituibles para lograr que todas las personas puedan tener salud.

Nuestro trabajo se basa en estos documentos que nos ayudan a explicar cómo se fue modificando el concepto de salud en la historia mundial y cómo luego se va incorporando el concepto de promoción de la salud y atención primaria de la salud.

Así mismo, podremos conocer cabalmente los cambios sufridos por la humanidad, avances y retrocesos en los cuidados de la salud. De la autora Helena Restrepo y su libro “Promoción de la Salud” tomamos datos destacados.

“El interés creciente en el área temática de la Promoción de la Salud –PS-, hace indispensable que se revisen los antecedentes históricos que dieron origen a la actual disciplina, teniendo como marco histórico el desarrollo de la salud pública en la cultura occidental. En la extensa historia de la salud pública, se señalan los hechos más relevantes con relación a los elementos esenciales de la PS, aceptados en la actualidad. No se hace referencia particular a la cultura oriental por desconocimiento de su evolución, aunque se sabe con certeza que también ella, ha tenido importantes influencias en la teoría y práctica de lo que constituye hoy el vasto campo de PS.

El valor dado a la salud en cada sociedad, es fundamental para comprender la historia de la salud pública y de la medicina. Dicho valor está influenciado a su vez, por las ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado en el mundo a lo largo del tiempo con relación a la concepción de la salud. En este artículo se revisan en forma muy sucinta, algunas de estas corrientes y las implicaciones que han tenido sobre el desarrollo de nuevos paradigmas, que promulgan acciones positivas de carácter más integral para alcanzar un nivel de salud óptimo y mejor calidad de vida de las poblaciones. Por esta razón, no se incluyen muchos hechos y nombres importantes en la historia de la medicina clínica y la epidemiología, que dieron reconocidos triunfos a la humanidad

sobre la enfermedad”. (RESTREPO, Helena, *“Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”*, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p15)

. Contribución a la salud en el imperio romano

La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública.

Desde el siglo III se empezó la construcción de los famosos acueductos que incorporaron caudal de agua de fuentes lejanas diferentes al Tíber, única fuente que tenía roma. Las casas romanas fueron construidas con cañerías y desagües y magníficos baños públicos con cuartos para vestirse, roperos, agua caliente y fría, y piscinas de natación. Se considera este aporte pertinente a la promoción de la salud, por la importancia que tiene el contar con agua para que una comunidad sea saludable.

Otra contribución de los romanos, no menos importante para las políticas públicas en salud, fue la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público (Guthrie 1947, pp. 99-100). Pese a todo lo bueno, el imperio romano cayó por la corrupción moral y política, problemas que siguen atentando contra la equidad hoy en día.

. Los árabes y la salud

La contribución de los árabes fue muy importante para la medicina y hubo nombres famosos de médicos cirujanos y terapeutas con gran conocimiento sobre medicamentos. Con relación a la PS, es digno de mención el filósofo judío Maimónides, nacido en Córdoba- España, quien escribió una guía de salud personal llamada Libro del Consejo, que exalta la importancia del carácter sobre las viles riquezas, y en su obra- *Sobre las causas y naturaleza de la Enfermedad*-, hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre la salud física y mental.

De los musulmanes también es digno mencionar, la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos, y por la noche “se tocaban suaves músicas para adormecer a los que sufrían de insomnio”; pero lo más relevante desde el punto de vista de la PS fue la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo (Guthrie 1947, pp 104-133)

De la Edad Media se puede decir que fueron muy pocos los avances en higiene y salud pública. Durante este período ocurrió la gran epidemia de la “*Peste o Muerte Negra*” que devastó al mundo en el siglo XIV y de la surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de la salud comunitaria, que se aplicó y se sigue aplicando hasta nuestros días, para evitar la expansión de

epidemias por viajeros. (RESTREPO, Helena, *“Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”*, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p18)

. La salud en el Renacimiento

El Renacimiento contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en la salud pública. Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios acumulados desde la antigua Grecia, con pocas excepciones. Sin embargo, para efectos de la PS, es muy positivo el movimiento renovador en el arte y la literatura y la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media, sobretodo, la actitud abierta hacia todo lo creativo que se apoderó de la humanidad. El cuerpo humano con Leonardo da Vinci dejó de ser solamente un *“instrumento de pecado”*. En Medicina se destaca el humanismo de Paracelso. En la historia de la salud pública se registra un nombre importante, Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y los mecanismos de transmisión de ellas, en su obra *–De Contagione–* publicada en 1546 (Guthrie 1947, pp. 192-195)

La expansión del mundo con el descubrimiento de América produce el choque entre los conocimientos y prácticas de las culturas del nuevo mundo y de los europeos, que tuvo grandes repercusiones para la salud. Seguramente, no sólo intercambiaron enfermedades sino medidas de prevención y promoción, pero es lamentable la escasa información que se tiene al respecto. Parece que algunas culturas indígenas estaban bastante más adelantadas que los españoles en la concepción de la salud y la enfermedad. Es importante anotar, que uno de los hechos más negativos en la historia de la salud pública y de la PS, después de la conquista de América, es sin duda, el gusto que despertó el tabaco y el aumento enorme de su consumo hasta nuestros días.

. Avances en los siglos XVII y XVIII

El siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, no así en la salud pública, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con éste, el reconocimiento de seres vivos como causantes de enfermedades. En este período se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología que dominaron por mucho tiempo los enfoques de la medicina.

El siglo XVIII por el contrario, sí marcó grandes cambios. En primer lugar. En primer lugar, porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como de la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque este reconocimiento determinó el que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas; pero los movimientos que se dieron fueron muy diferentes, de un lado, se impuso una corriente absolutista, autoritaria, que consideraba que la protección de la salud debía ser hecha por el Estado autocráticamente, por medio de leyes y regulaciones policíacas. Un exponente de este movimiento es Johann Peter Frank en Alemania, a él se le deben excelentes aportes a la salud pública, *“trató pacientes, reorganizó hospitales, enseñó a estudiantes, e*

instruyó a monarcas en cómo proteger la salud de sus súbditos”; denunció que la pobreza en Pavia era la principal causa de enfermedades y aunque fue un defensor del autoritarismo del Estado, en materia de salud pública sus enfoques son amplios y sociales; escribió una obra en seis volúmenes – *Sistemas de una Política de la medicina integral*-, en ella discutió con erudición las causas sociales de la enfermedad, incluso la influencia del “*teatro*” en la salud del pueblo.

Entre las obras más destacadas y representativas de esta época se encuentra el *Catecismo de la Salud*, joya histórica publicada en 1794, escrita por Bernhard Christoph Faust, médico general de un pueblo pequeño alemán, quien dedicó su vida a **promover la salud y el bienestar general de su pueblo**. El Catecismo fue escrito para maestros, padres y niños. Sus mensajes son de una simpleza y claridad sobresalientes tan aplicables en su tiempo como en la actualidad, resaltando aspectos de la PS y del bienestar:

En aquel entonces como ahora, los mensajes saludables no llegaban a los analfabetos y por consiguiente, a los sectores más pobres.

Ya vemos que el acceso a la información siempre ha estado signado de acuerdo a la posición económica de los sectores de la sociedad. También sabemos que eso se da de la misma forma en el acceso a los servicios de salud, al que sólo tienen acceso los de mayores recursos económicos.

. Medicina Social

El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva; son muchos los nombres ilustres de esta época como Bernard, Pasteur, Jenner, Finlay, Snow, etc.; aquí se mencionarán solamente aquellos que contribuyeron más al campo de la PS, es decir a las relaciones entre salud y condiciones de vida determinantes de enfermedad. En este período se relaciona la filosofía con la salud, a través de los pensamientos del estudiante de leyes Jeremy Bentham(1748 – 1832) , quien con su doctrina de “ *la mayor felicidad para el mayor número*”, enfatizó la necesidad de la existencia de una legislación sanitaria (Guthrie 1947, p. 472).

Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano.

Federico Engels, quien no siendo del área de salud escribió varias obras sobre las enfermedades y sufrimientos de los trabajadores; describió las enfermedades ocupacionales, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de las toxinas ambientales, el alcoholismo, los accidentes, y en fin,

las raíces de la enfermedad y la muerte prematura de los trabajadores en Inglaterra. También analizó la mala distribución del personal médico y efectuó un estudio epidemiológico sobre mortalidad y clase social.

. Virchow

El más grande representante de esta época, considerado el padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la PS, es Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas, y que para asombro de muchos, se convirtió en uno de los más célebres “salubristas- políticos” de la historia. Por esos fascinantes azares de la vida, fue Virchow el elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la terrible epidemia de tifo que azotaba la provincia de Silesia en el invierno de 1847- 1848, cuyos resultados son clásicos en la historia de la salud pública.

Virchow recomendaba era lo que la PS reconoce hoy como pre- requisitos para ser saludables: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, a tener un gobierno autónomo elegido por ellos, además de la separación Iglesia/Estado, que los impuestos que se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas); es decir que se “empoderaran” esos grupos de excluidos, para usar los términos de hoy. La importancia de este trabajo radica en que Virchow se atrevió a declarar abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre.

Posteriormente, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, se envolvió en un movimiento de reforma de la Medicina criticando duramente la práctica médica inhumana basada en el “amor por el dinero”. Por esta causa, desarrolló un activismo político y fundó un periódico llamado “Reforma Médica” en el que se debatían los temas de una necesaria reforma de la medicina, y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorables. (RESTREPO, Helena, “Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p22)

1.3. Otros antecedentes de la Promoción de la Salud

. Sigerist

La historia más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico-práctica de la PS, se inicia precisamente con Henry Sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así:

- La promoción de la salud,

- La prevención de la enfermedad,
- La restauración del enfermo, y
- La rehabilitación

Fue el primero en usar el término de PS para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro. El Programa de Salud propuesto por Sigerist consiste en:

1. Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud
2. Mejores condiciones posibles de trabajo y vida para la gente.
3. Mejores medios de recreación y descanso.
4. Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado.
5. Centros médicos de investigación y capacitación

A Sigerist se le puede considerar también como el precursor de las “Escuelas Saludables” cuando dice: “la escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública”. Su influencia se mantiene aún en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública.

. McKeown

El progreso de la salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos, pero un control limitado, por medio de la inmunización y el tratamiento... para reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que de la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado

Los argumentos de McKeown se consideran fundamentales en el marco teórico de la PS que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud. En América Latina, son dignas de mención las corrientes de medicina social y de “*epidemiología social*” en las décadas del 60 y 70, que hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública, y que contaron con grandes pensadores de la salud pública.

En el marco de referencia de la nueva disciplina de la PS se destacan diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, etc., de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la PS, y que quedaron en gran parte incluidos en la Carta de Ottawa de 1986. Ese documento de la Promoción de la salud se considera como el de máxima excelencia tanto en lo conceptual como en lo

instrumental y 40 años después sigue siendo de gran valor para los profesionales de la salud y afines.

1.4. Nuevos Conceptos de Salud

En este artículo se presenta el marco conceptual de referencia de la Promoción de la Salud –PS-, y se discuten algunos aspectos que aún son objeto de controversia en el campo de la salud pública. La Literatura disponible permite efectuar una reconstrucción muy enriquecedora de la evolución de la teoría y de la práctica de la PS en las últimas tres décadas, así como plantear inquietudes sobre la necesidad de continuar con la construcción de esta nueva área de trabajo, que se perfila como la más desafiante para el momento histórico actual, en el campo de la salud pública. (RESTREPO, Helena, “Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p24)

Como preámbulo de la descripción sobre las contribuciones más notables a la nueva teoría de la PS, es fundamental señalar que su desarrollo se inicia con un cambio trascendental del concepto de salud.

El concepto biomédico hizo crisis, y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del “*bienestar humano*”, y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas “*necesidades básicas*” y el derecho a otras “*aspiraciones*” que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.

No se puede separar este nuevo concepto de salud de la búsqueda de una práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente, y ello es ciertamente, un objetivo central de la PS. Salud ya no es sólo disponer de atención a la enfermedad sino que implica muchas otras cosas, por lo tanto, la cobertura y acceso a los servicios de salud no puede ser más la “meta” de la salud pública. La interrelación de la PS con la equidad social está determinada a su vez por el nuevo paradigma de salud, y tiene hoy grandes implicaciones en los procesos de reforma de los sistemas de salud. (RESTREPO, Helena, “Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p26)

1.5. La Carta de Ottawa

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la PS; porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. (ver texto completo en anexos)

Allí, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembro de la OMS para alcanzar la Meta *“Salud para Todos en el Año 2000”*, que no avanzaba como se esperaba, *“el desarrollo de la Promoción es una reacción al fracaso anterior... es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos”* (Malher, 1986). La PS surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.

La Carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la *“abogacía”* o *“cabildeo”*, la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud, y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar.

La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la PS; contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber:

1. Construir Políticas Públicas Saludables
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales)
3. Fortalecer la acción comunitaria
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida)
5. Reorientar los servicios de salud

Los documentos y numerosos artículos y libros posteriores a la Carta de Ottawa, constituyen el bagaje con que cuenta la salud pública actual para jugar un papel más comprometido con los principios éticos de la vida en comunidad. No obstante, su desarrollo conceptual y metodológico ha sido un proceso de construcción difícil en los últimos años.

Tal como decíamos en la introducción de este capítulo, es el contraste que se dio principalmente en América Latina entre lo teórico y lo práctico. Si bien la participación fue activa y Argentina siempre adhirió a estas conferencias, recién casi 30 años más tarde pudieron comenzar a ponerse en marcha.

Un problema que surgió fue la división de los seguidores en de dos corrientes, cada una de las cuales privilegia una dimensión de la PS; una de ellas, especialmente fuerte en Estados Unidos, prioriza los cambios de comportamientos o estilos de vida mediante intervenciones más individuales; la otra, defiende la acción socio-política que involucra más actores y trasciende al sector de la salud; en esta corriente se han ubicado más los canadienses y los europeos, con el desarrollo de experiencias más integradas y multisectoriales como las de ciudades saludables. (**RESTREPO, Helena**, *“Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”*, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p28)

. Incorporación de la PS en América Latina

Concretamente en los países de América Latina y el Caribe, la incorporación de la PS como una de las estrategias para el logro de la equidad, no ocurrió tan rápido después de la Conferencia de Ottawa en 1986, lo que motivó la realización de las conferencias de Santa Fe de Bogotá (Colombia) y de Puerto España (Trinidad y Tobago).

Para muchos no es claro si la PS es una ciencia, una disciplina, una política, o un programa. La mejor concepción sobre la PS, en opinión de Bunton y McDonald (1992), es que se acerca más al concepto de una *“disciplina académica o mejor aún a un conjunto (set) de varias disciplinas académicas”*, es decir, que la PS incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política Social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Lo interesante es que esta mezcla no resulta en una *“colcha de retazos”*, sino que con elementos de todas esas disciplinas, crea un nuevo *“vestido”* que tiene identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir *“bienes sociales”* en la forma más efectiva, ética y equitativa posible.

Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no sólo más productiva, sino más justa, equitativa, constituye la esencia de lo que persigue la PS, y por ende la salud pública. (**RESTREPO, Helena**, *“Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”*, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p29)

Resumiendo, podemos resaltar que:

- 1) La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con

metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más “salutogénicamente”, alcanzando mayor bienestar con equidad social.

- 2) La unión de los esfuerzos de todos los actores sociales y productivos para lograr producir más salud, no implica el desconocimiento de las responsabilidades de la persona en su nivel individual para con su salud y la de los demás, pero prima el trabajo con las comunidades mediante nuevos modelos y escenarios de acción.
- 3) La discusión sobre las bases conceptuales y los argumentos que se esgrimen en su contra, es útil y necesaria para continuar la construcción teórica y práctica de la PS, y para apropiarse de conceptos, estrategias y métodos que permitan mejores acciones de la nueva salud pública.
- 4) La PS no se opone al mejoramiento de los servicios de salud para la atención de riesgos y enfermedades, pero señala la necesidad de reorientarlos para que cumplan un mejor papel en el mejoramiento de la salud colectiva.

. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Diferencias.

Muchas veces estos conceptos se confunden, por eso vale la pena consignar algunas aclaraciones; para distinguirlos.

- 1) Los objetivos: en prevención se busca reducir los factores de riesgo y las enfermedades; también protegiendo a los individuos
En la PS se dirigen a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones saludables (para la población)
- 2) A quienes se dirigen las acciones: personas y grupos de riesgo
PS las acciones se dirigen a la población en general
- 3) *Los modelos con los cuales se implantan:* En la prevención primaria los modelos son los clásicos de salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo.

Para destacar mencionamos una de las similitudes entre PS y PE que es el enfoque poblacional, cuando la prevención opta por la modalidad poblacional para tener un impacto importante en los índices de enfermedad y mortalidad, debe abarcar un porcentaje muy alto de población de mujeres a riesgo, en este caso, aunque el procedimiento a usar sea de carácter individual, el enfoque de la intervención es poblacional.

También es un ejemplo el de la “*rehabilitación basada en la comunidad*”, que busca implantar un modelo poblacional para todos los discapacitados donde la intervención permita un mejoramiento de toda la sociedad con la integración de los discapacitados.

En la PS es claro que los modelos son **socio-políticos, ecológicos y socio-culturales**. Los alcances de estos modelos van hacia la interacción sobre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.

- 4) *El tipo y el papel de los interventores*: Son similares para la PS y la prevención primaria

Los actores políticos y los comunitarios. El papel de ellos va dirigido a generar condiciones para que individuos y grupos desarrollen la capacidad de actuar, se empoderen y tomen decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo.

- 5) *Las estrategias*: programas masivos de detección y detección precoz

Implicaciones operativas de la Carta de Ottawa

- . **Construcción de Políticas Públicas Saludables (PPS)**
- . **Creación de entornos favorables a la Promoción de la Salud**
- . **Fortalecimiento de la acción comunitaria. Empoderamiento.**
- . **Desarrollo de aptitudes personales**
- . **Reorientación de los servicios de salud**

La agenda propuesta por Hancock menciona estos puntos principales para incluir en la agenda:

- Construir políticas públicas saludables
- Reducir inequidades
- Crear ambientes de apoyo
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar ayuda mutua
- Desarrollar habilidades personales
- Ampliar las destrezas para afrontar problemas
- Reorientar los servicios de salud
- Impulsar la investigación, y
- Establecer nuevas estructuras para PS

El impulso a la investigación es un punto muy importante porque se necesita con urgencia que las intervenciones y los programas de PS, demuestren su efectividad en términos de resultados y de impacto sobre los niveles de salud y de calidad de vida de los grupos poblacionales, pero para lograrlo, se requiere de una investigación participativa que involucre actores de toda índole, y que parta de un esquema muy flexible dentro de cada contexto.

Las actuaciones en los ambientes, sobretodo en los físicos, son de las más aceptadas por un grupo importante de defensores de la PS, como se anotó anteriormente. Es una realidad que el deterioro ambiental es uno de los grandes problemas de la humanidad, y que el siglo XXI continuará con esta prioridad, por lo tanto lo que se impulse desde la ótica de la PS, será una contribución necesaria para la sostenibilidad ambiental.

La Declaración de Yakarta de 1997 agregada a la agenda de la PS un énfasis especial en los mecanismos de movilización social, como la formación de alianzas estratégicas entre instituciones y organizaciones de los sectores público y privado para el trabajo concreto de PS.

En la aplicación de las estrategias de acción de PS, el enfoque tradicional da más peso a las intervenciones de educación para la salud, que pretenden que cada individuo cambie sus conductas al tomar conciencia sobre las causas de la mala salud y sobre cómo modificarlas; el problema con este enfoque es creer que los cambios en el ámbito comunitario son la sumatoria de cambios en los individuos, los que según la evidencia existente, no es verdadero.

Es una lástima que este enfoque se mantiene en la mayoría de los trabajadores de la salud, en gran medida, por las dificultades que encierran las intervenciones de tipo poblacional y multisectoriales, que requieren destrezas y habilidades diferentes a las que usualmente ellos poseen dentro de los equipos de salud, como ya se ha mencionado.

Como puede verse la definición de la agenda de acción en PS es un proceso dinámico y que continúa en construcción, por consiguiente, los aportes de experiencias en diferentes contextos de países pobres y ricos serán de gran valor.

. Instrumentos para su implementación

Si se acepta que la PS es una nueva disciplina que toma elementos de muchas otras, es necesario admitir que el arsenal metodológico que se podría incorporar a su aplicación es muy amplio y versátil. Existe por lo tanto, un vasto campo para la investigación en este sentido, que es necesario promover. En este artículo no se pretende presentar con detalle todas las particularidades teórico-prácticas de cada uno de los campos metodológicos que tienen aplicación de la PS, porque eso es objeto de publicaciones especializadas de expertos en cada disciplina, sino ofrecer un menú amplio de los instrumentos más comúnmente utilizados en la operativización de la PS.

Un primer grupo de instrumentos se ubica en el área de la educación y comunicación de salud. Si se revisa la literatura con respecto a métodos de la promoción se encuentra profusión de referencias a las metodologías educativas, que es explicable porque la educación para la salud o educación sanitaria es más antigua que la PS.

. Comunicación social y PS

Con relación a la comunicación social aplicada a la PS, es pertinente considerar los conceptos más aceptados hoy. Beltrán define la comunicación como "... el proceso de interacción social democrática, basado en el intercambio de símbolos, mediante el cual los seres humanos intercambian voluntariamente experiencias en condiciones de libre e igualitario acceso, diálogo y participación. Todos tienen derecho a comunicarse para satisfacer necesidades de comunicación por el disfrute de recursos de comunicación. Los seres humanos se comunican con múltiples propósitos.

El principal no es el ejercitar influencia sobre el comportamiento de otros" (Beltrán 1998); es decir que para este reconocido experto latinoamericano, la comunicación implica libertad ante todo. Del Bosque (1998 a,b) afirma que " el proceso de intercambio de información modificando a los sujetos participantes, constituye el fenómeno conocido como comunicación" y reconoce tres tipos: la comunicación interpersonal "que optimiza el empoderamiento individual y facilita la autogestión"; la comunicación grupal, "fundamental para implementar estrategias de participación comunitaria" y la masiva que, "despierta interés, crea opinión e imagen y predispone al público hacia conductas saludables".

Aún sabiendo que podemos ser mediadores y multiplicadores de salud, desde la comunicación aceptamos que la organización de programas de salud nos permite:

- aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas, soluciones,
- influir sobre las actitudes para crear apoyo en la acción personal o colectiva,
- demostrar o ejemplificar habilidades,
- incrementar la demanda de servicios de salud, y
- reiterar o reforzar conocimientos, actitudes, conductas.

Pero no por eso podemos:

- compensar la carencia de servicios de atención a la salud, ni
- producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden, ni tampoco
- ser igualmente efectivos para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes. (OPS 1992)

. Comercialización Social

Respecto al marketing aplicado a la salud se bifurcan las opiniones a favor y en contra, pero desde los 60 el marketing fue pensado para fines sociales (social marketing) y las famosas 4 P's del marketing tradicional quedaron renombradas de esta manera:

Producto: lo que se quiere cambiar en la conducta de la audiencia

Precio: lo que el consumidor debe entregar para recibirlos beneficios del programa, que en salud son más costos intangibles, como modificación de creencias o hábitos

Plaza: (o lugar) los canales que se utilizan para alcanzar la audiencia, como la radio, la TV, el megáfono, etc., y

Promoción: el cómo se da a conocer el producto, qué estímulos se utilizan (OPS 1992). (**RESTREPO, Helena**, *“Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”*, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p45)

Luego del fracaso sistemático de muchas campañas, son muchos los opositores y tienen sus razones fundadas en el valor ético. Los educadores de salud también han hecho serias objeciones al uso de la comunicación y el mercadeo en el campo de la salud, poniendo en duda sus resultados a largo plazo.

Aceptamos que las técnicas de comunicación son cada día más eficientes y han creado una *“globalización del mercado y la publicidad”* que no se puede desconocer, y que es necesario mantener una vigilancia cuidadosa por parte de los gobiernos y autoridades de salud, para que respeten los derechos de las personas y no sean utilizadas con fines propagandísticos comerciales y aunque no se ha dicho la última palabra, el mercadeo social aplicado a problemas de salud, sigue en aumento y tanto la OMS como la UNICEF lo recomiendan y utilizan para fines de salud pública.

. Acceso a la tecnología

La brecha entre los excluidos y aquellos que tienen acceso a las tecnologías es cada vez más grande y las perspectivas indican que seguirá creciendo. Por eso lo mencionamos como una barrera para la promoción de la salud.

Para la PS es pues un elemento muy importante a considerar en lo que respecta a su operativización, que tiene implícita la equidad en términos de igualdad de oportunidades. La disponibilidad de tecnologías que faciliten el funcionamiento de redes, la formación de alianzas, el intercambio de experiencias y conocimientos, serán cada día elementos insustituibles para la promoción. (**RESTREPO, Helena**, *“Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”*, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p52)

. De la teoría a la práctica

Para pasar de la teoría a la práctica en PS, es necesario utilizar en forma simultánea y complementaria diversos mecanismos y metodologías que sirvan para implantar los procesos que se quieren activar, según se ha visto, a lo largo de este artículo. En ese sentido, para el desarrollo de la estrategia y los procesos políticos la negociación, la concertación y la búsqueda de consensos son instrumentos de gran valor.

Para resumir, podemos mencionar:

El de la promoción de la salud, sabemos, es un campo difícil; y pasar de la retórica a las acciones concretas implica la puesta en marcha de complejos procesos a veces desgastantes. Los esfuerzos de muchos tienen que unirse en frentes pluralistas y compartidos, lo que siempre es difícil de conseguir en los grupos humanos.

La revisión somera que se ha efectuado de los métodos e instrumentos que se incorporan cada vez más a la práctica de la PS verdadera para influir en los determinantes de la salud, se puede concluir que:

- 1) Es necesario que una verdadera maquinaria social se active para que la PS pueda mostrar resultados en términos de mejoramiento de la salud y de la calidad de vida.
- 2) La construcción de la agenda para la acción en la PS, es un proceso dinámico y debe continuar enriqueciéndose con aportes de experiencias concretas en diferentes contextos.
- 3) Las acciones políticas de la PS deben orientarse a colocar la salud como componente de la *“política pública social”*, que hace necesario utilizar herramientas de eficacia política como la abogacía o cabildeo; la búsqueda de pactos y alianzas estratégicas con sectores, grupos e instituciones influyentes; manejar las técnicas de información y comunicación modernas, y sobre todo, la movilización de la ciudadanía para producir colectivamente el bien social de la salud.
- 4) La participación comunitaria y el empoderamiento individual y colectivo, son elementos indispensables en toda agenda de acción de la PS.
- 5) Los procesos que se deben impulsar para la PS deben ser continuos, y basados en principios éticos, de democracia participativa y de justicia social; la PS no puede concebirse como un medio de manipulación de las comunidades con fines de lucro o de servicio a intereses mezquinos.
- 6) Las iniciativas y procesos de PS deben tener el potencial de ser masificados, para obtener impactos mayores con relación al mejoramiento de ambientes y de bienestar de las poblaciones locales.
- 7) Son necesarias las infraestructuras para la implantación y desarrollo de experiencias y programas de PS, y deben incorporarse a ellas, recursos técnicos de varias disciplinas, así como recursos financieros para apoyar a las organizaciones comunitarias.
- 8) Los avances tecnológicos de la información y la comunicación deben ser accesibles a las comunidades, para fortalecer los procesos comunicativos entre sí y con el resto del mundo. En una era de

globalización, la brecha por la accesibilidad a estas tecnologías, es cada día más vergonzosa.

A medida que se avanza en el desarrollo de la PS en los países latinoamericanos, se obtiene mayor conciencia por parte de los trabajadores de la salud para cambiar y reconocer la importancia de una nueva salud pública, basada en los principios y mecanismos de acción de esta estrategia integral; pero aún hay mucho camino por recorrer y para conseguir que se reduzcan las resistencias a los cambios.

La capacitación de los trabajadores de la salud se vuelve imprescindible, ya que de esa forma se convierten en multiplicadores-promotores de la salud.

La PS no es un problema sólo de inversiones, aunque ellas sean importantes, sino de cambios a todo nivel para involucrar a los actores sociales capaces de construir sociedades más justas, equitativas y con mejor calidad de vida. **(RESTREPO, Helena, "Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable", Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001, p54)**

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Bourdieu

. Conceptos iniciales de la Sociología de Pierre Bourdieu

Desde los artículos seleccionados intentaremos explicar la problemática de la obesidad, especialmente en niños, sus bases, sus implicancias y la inserción en sociedad de aquellos que sufren sobrepeso.

Bourdieu, gran pensador, nos da herramientas destacadas que nos permiten acercarnos a una explicación sencilla y concreta. Fernando Vizcarra es un investigador que nos aclara los conceptos de hábitus, campos y representaciones; pilares en la obra de Bourdieu.

Pierre Bourdieu reconoce que el mundo social está condicionado por “estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones. (Bourdieu, 2000: 127.) y propone el concepto de campo no sólo como un esquema básico de ordenamiento de las realidades sociales y particularmente culturales y simbólicas, sino también como una herramienta de recorte metodológico.

Sin embargo, hay otras perspectivas teóricas originales enfocadas a estudiar los sistemas simbólicos. Los trabajos de investigación empírica de Bourdieu, atendieron la dimensión cultural destacando el ámbito del consumo. Su enfoque reconoce que las clases sociales responden tanto a una base económica como a un sistema simbólico determinante en las relaciones de poder.

De este modo, sus estudios combinan la meditación teórico filosófica con análisis estadísticos y etnográficos. Así, el arte, la moda, los museos, el deporte o la vida escolar se convierten en objetos de estudio para responder, de acuerdo a Néstor García Canclini, a dos preguntas esenciales:

1. ¿Cómo están estructuradas –económica y simbólicamente- la reproducción y la diferenciación social? 2. ¿Cómo se articulan lo económico y lo simbólico en los procesos de reproducción, diferenciación y construcción del poder? (García Canclini, 1990: 14).

2.1.1. Campo

Para Bourdieu un campo es un espacio social estructurado y estructurante compuesto por instituciones, agentes y prácticas. Está estructurado en la medida en que posee formas más o menos estables de reproducción del sentido, desplegando así un conjunto de normas y reglas no siempre explícitas que establecen lógicas de relación entre los agentes adscritos.

Bourdieu confirma que “los agentes tienen una captación activa del mundo, sin duda construyen su visión del mundo. Pero esta construcción se opera bajo coacciones estructurales. (Bourdieu, 2000: 133).

Concebidos como espacios multidimensionales donde lo simbólico tiene una importante función reproductora, los campos administran y orientan la energía social y son capaces de construir aspiraciones e imaginarios colectivos.

“Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego... (Bourdieu, 1990: 136).

2.1.2. Sistemas de relaciones de fuerza

Pierre Bourdieu concibe a la sociedad como “un sistema de relaciones de fuerza y de sentido entre los grupos y las clases”. (Bourdieu, Passeron, 1970: 20, citado en García Canclini, 1990).

El campo es el territorio social y simbólico del consumo, de los oficios y habilidades, del ocio, de los sueños y aspiraciones, de los temas de conversación y discrepancia. Cada visión del mundo es una división, cada elección, múltiples renunciaciones, según Bourdieu.

2.1.3. Campos y Capitales

El capital es la riqueza del campo y su apropiación y control el objeto de la lucha.

2.1.4. Habitus y poder simbólico

Los campos producen habitus, que Bourdieu define como “un sistema de disposiciones adquiridas por medio del aprendizaje implícito o explícito que funciona como un sistema de esquemas generadores”. (Bourdieu, 1990: 141).

Mediante el habitus, el orden social se inscribe en los cuerpos posibilitando diversas transacciones emocionales y afectivas con el entorno social. El cuerpo, presente en la realidad y poseído por ella, es un recordatorio de las conminaciones sociales.

Y ello es así porque el cuerpo está (en grados desiguales) expuesto, puesto en juego, en peligro en el mundo, enfrentado al riesgo de la emoción, la vulneración, el dolor, la muerte, a veces y, por lo tanto, obligado a tomar en serio el mundo (y no hay cosa más seria que la emoción, que llega hasta lo más hondo de los dispositivos orgánicos). Por ello está en condiciones de adquirir disposiciones que también son apertura al mundo, es decir, a las estructuras mismas del mundo social del que son la forma incorporada. (Bourdieu, 1999: 186).

A través del habitus, el sujeto queda implicado en el mundo y tiende, con su carga de dudas y contradicciones, a actuar de acuerdo con el sentido práctico.

“... El espacio social tiende a funcionar como un espacio simbólico, un espacio de estilos de vida y de grupos de estatus, caracterizados por diferentes estilos de vida. (Bourdieu, 2000: 136).

El poder simbólico tiende a configurar el espacio y el tiempo de los sujetos, construyendo así categorías de percepción, apreciación y acción, y determinando en consecuencia aquellos esquemas básicos de ordenamiento de la realidad que posibilitan la percepción del mundo como algo evidente. Aquellos que monopolizan el poder simbólico tienen mayor acceso al ejercicio de la violencia simbólica.

El lugar por excelencia donde se materializa el poder simbólico es el lenguaje, las palabras. El poder simbólico se puede traducir en la capacidad de los sujetos para actuar en el mundo a través del lenguaje. Se lucha con las palabras, pero también por la posesión de éstas y por el monopolio de sus medios. Quienes tienen el poder para nombrar, el poder de nominación, tienen al mismo tiempo la fuerza para imponer categorías, clasificaciones, visiones (que a la vez son divisiones) del mundo. La fuerza del discurso, capaz de revelar y consagrar determinados modos de sentir y hacer el mundo, de hacer visible y constituir, está en función de su poder simbólico, que es un poder de conocimiento y reconocimiento de la palabra, del emisor y del lugar social desde donde habla. (VIZCARRA, Fernando, *“Premisas y conceptos básicos en la Sociología de Pierre Bourdieu”*, México, 2002, p67)

2.2. Lectura crítica de Verón a Bourdieu

Cingolani desglosa la obra de Bourdieu y nos aporta mucha claridad en conceptos clave del gran pensador sobre representaciones, campos y hábitos; desde la Teoría de la Discursividad.

2.2.1. Representaciones subjetivas, simbólico y hábitos

“Los objetos del mundo social, como lo indiqué, pueden ser percibidos y expresados de diversas maneras, porque siempre comportan una parte de indeterminación y de imprecisión y, al mismo tiempo, un cierto grado de elasticidad semántica.” (CD, 136).

Es importante aclarar que en Bourdieu no aparece jamás “simbólico” a solas, sino que la partícula es siempre parte de términos compuestos tales como “capital simbólico”, “violencia simbólica”, “poder simbólico”, entre otros. Evidentemente, Bourdieu le da una importancia ambivalente: aparece como aspecto considerable en su descripción de la dinámica social, pero siempre aparece en relación de dependencia a la cuestión económica o material, o en términos de pugnas sociales.

El autor atiende a las expresiones lingüísticas en tanto manifestación de las clasificaciones, muchas de las cuales se ejemplifican en sus textos como oposiciones duales:

(...) expresan el estado de las relaciones de poder simbólico: pienso por ejemplo en las parejas de adjetivos: pesado/ligero, brillante/apagado, etc., que estructuran el juicio de gusto en los dominios más diversos. (CD, 136).

Las clasificaciones sociales, como es el caso de las sociedades arcaicas, que operan sobre todo a través de oposiciones dualistas masculino/femenino, alto/bajo, fuerte/débil, etc., organizan la percepción del mundo social y, en ciertas condiciones, pueden organizar realmente al mundo mismo. (CD, 140).

El lenguaje para Bourdieu es un espacio donde se legitimen las relaciones de poder.

Los grupos se delimitan por completo –con todo lo que los contrapone a los otros grupos- en las palabras corrientes en que se expresa su identidad social, es decir, su diferencia. (LD, 192).

Bourdieu entiende que la lengua es –justamente- todo lo contrario a eso: es un espacio en el cual se estructuran las diferencias, y que cada palabra o enunciado lingüístico por parte del hablante es un intento clasificatorio del mundo, a la vez que un movimiento auto-clasificador. Por ende, es un espacio de lucha y poder.

Pero aquí aparece un hecho decisivo: para Bourdieu las legitimidades de los hablantes, el poder de que sus palabras construyan de una manera (y no de otra) la realidad, y que en su efectividad sea esa construcción y, no obstante, lo sea de manera disimulada, no proviene de las propias palabras ni tampoco de los propios actos de habla, sino “de fuera”: del entramado de relaciones sociales que se dan en el espacio de las posiciones sociales que estructuran que determinados sujetos estén legitimados para tomar la palabra, y para dar forma a las representaciones del mundo. (cf. WR, 106).

“El habitus de clase se expresa también en el habitus lingüístico”.

Bourdieu expone que su tarea como sociólogo consistió en ir más allá del antagonismo entre las “estructuras objetivas” y las “representaciones subjetivas”, intentando entre ambos espacios organizar estructuras de relaciones, puesto que es en esas relaciones que se halla la realidad social: la realidad social para Bourdieu tiene la forma de un entramado de posiciones, las cuales se definen

...por relación a las otras, por la proximidad, la vecindad, o por la distancia, y también por la posición relativa, por arriba o por abajo, o también, entre, en medio. La sociología, en su momento objetivista, es una topología social. (...). Ese modo de pensamiento relacional está en el punto de partida de la construcción presentada en la distinción. (CD, 130).

El lenguaje para Bourdieu guarda los mismos riesgos y caracteres de expresión del habitus que el resto de las prácticas simbólicas.

En realidad, las distancias sociales inscritas en los cuerpos, o, con más exactitud, en la relación con el cuerpo, el lenguaje y el tiempo (otros tantos aspectos estructurales de la práctica que la visión subjetivista ignora). (CD, 132).

2.2.2. Verón y su Teoría de la Discursividad

Atendamos uno de los postulados de Verón:

Toda producción de sentido es necesariamente social, ya que no se puede describir ni explicar satisfactoriamente un proceso significativo, sin explicar sus condiciones sociales productivas; todo fenómeno social es, en una de sus dimensiones constitutivas, un proceso de producción de sentido, cualquiera que fuere el nivel de análisis. (SS, 125).

2.2.3. Resumen

Winch plantea que las reglas que describe el científico social van a dar como resultado detalles acerca de qué mundo se construye al interior de una sociedad: las reglas aparecen en tanto que convenciones sociales que sirven para describir el sentido de las acciones. Y es por eso que el observador de la sociedad para Winch debe ocuparse de las categorías que utilizan los agentes, pues lo propone desde un afán analítico que dé cuenta del conocimiento y la relación que tienen (o establecen) los agentes con “la realidad”.

La descripción que Taylor hace del habitus bourdieano es el de una estructura encarnada de reglas (no necesariamente formuladas) que, según su lectura, no opera como causal de las acciones de los agentes, sino como norma “que anima” las prácticas. No es nuestra intención entrar en un debate sobre cómo interpretar esto en Bourdieu –en torno a si el habitus como principio explicativo aparece o no por momentos como una reificación de la regla, y si guarda o no una relación causal con las prácticas-. Sí, sin embargo, nos interesa señalar una cuestión. Nuestra lectura nos condujo a enfrentarnos a una suerte de constante en torno a la descripción de reglas, y es la siguiente: en las visiones de corte más sociologista (como la bourdieana, y definida también es este caso por Taylor) las reglas suelen aparecer descritas como normatizadoras de las prácticas. Por el contrario, en la visión de teorías de raíz semiótica (como es el caso de la propuesta por Verón, las reglas aparecen siempre como productivas: son reglas que, en su conjunto, describen cómo se produce sentido en la sociedad (y no cómo se prescribe que debe producirse el sentido).

Sobre esta distinción a la que nos condujeron las lecturas de los textos, sustentamos nuestra investigación de las condiciones de reconocimiento en los

discursos de televidentes, con una vocación de describir allí, a partir de juegos de regularidades y desvíos, los sentidos producidos por esos discursos y esas prácticas, antes que ver en ellas el reflejo de coerciones “estructurales”. (CINGOLANI, Gastón, *“Una lectura crítica desde la Teoría de la Discursividad de Eliseo Verón”*, Universidad Nacional de Rosario, p10)

2. 3. Antropología Alimentaria

Patricia Aguirre es una especialista en Antropología alimentaria y sus textos resultan de gran importancia para conocer acabadamente la historia mundial de la alimentación.

Nos explica cuáles han sido los cambios en la alimentación de los seres humanos y su incidencia en la vida de los mismos.

2.3.1. Transiciones alimentarias

-1ra transición: De vegetarianos a omnívoros

a) La revolución de las proteínas y los ácidos grasos

En cualquier especie la forma como el individuo se traslada y la forma como se alimenta tienen que ver no solo con su supervivencia inmediata sino con sus estrategias para adaptarse al ambiente y a sus variaciones. (AGUIRRE, Patricia, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/3transiciones.pdf>)

La forma de trasladarse determinará su forma de manejo del espacio y su capacidad de supervivencia frente a las especies depredadoras.

La forma de alimentarse condicionará las formas de intercambio con el medio físico-químico, las relaciones interespecíficas (con las otras especies dentro de una cadena trófica) e intra-específica (con los miembros de su propia especie en una escala jerárquica por ejemplo).

Resumiendo: la primera gran transición alimentaria fue el omnivorismo, el que dispara el proceso de encefalización, que dispara a su vez, el sistema de retroalimentación positiva viso-motor que favorecerá la fabricación de herramientas, la colaboración para la obtención y el consumo de alimentos la que –finalmente- lleva al cambio de la presión selectiva, donde, por primera vez una especie pasa, por un cambio conductual, de presa a depredadora y comienza un proceso de colonización de hábitats muy distintos de los que la vieron nacer de la mano de sus propias creaciones (esa “externalidad” llamada cultura).

b) La alimentación en las bandas de recolectores cazadores paleolíticos

Desde el punto de vista temporal, hemos vivido millones de años como cazadores recolectores, no más de diez mil años como agricultores y apenas ciento cincuenta años produciendo industrialmente nuestra alimentación.

En el tiempo largo de la especie el modo de vida de los cazadores-recolectores ha modelado nuestro cuerpo hasta e punto que podemos decir, sin equivocarnos, que el nuestro es un cuerpo paleolítico encerrado en un ambiente industrial (o pos-industrial como llaman algunos autores a ésta modernidad tardía).

Estas características del cuerpo paleolítico fueron modeladas por la forma de vida de la que dependen tanto la dieta como la tasa de actividad.

La etnografía nos muestra que los cazadores recolectores subutilizan su fuerza y subexplotan su medio.

Algunos autores piensan los sistemas alimentarios paleolíticos como una búsqueda de equilibrio entre **las presiones reproductivas** de la población humana que promueven la intensificación de la producción y el consiguiente **deterioro del medio** que tal intensificación produce. (AGUIRRE, Patricia)

-2da transición. De cazadores-recolectores a agricultores

a) La revolución de los hidratos de carbono

En las sociedades estatales que conocemos desde hace 6000 años, comenzamos a tener evidencias que la organización social –que habita o excluye respecto a la alimentación- **forma no ya un tipo de cuerpo característico, sino dos “cuerpos de clase”** porque las sociedades estratificadas cultural y políticamente darán origen a cocinas diferenciales (alta cocina, cocina aristocrática o cuisine y baja cocina, cocina campesina o cocina a secas).

Tres son los movimientos críticos que soporta la alta cocina:

- a- el ayuno religioso, donde el rechazo a los alimentos (y al contacto sexual) se considera camino hacia la santidad.
- b- los movimientos morales (que pregonan la renuncia voluntaria a los placeres de la mesa, de la carne, o el lujo).
- c- la austeridad revolucionaria que tiende a sustituir (al menos en los primeros momentos) la división en alta y baja cocina.

Sin embargo los movimientos críticos no están estrictamente dirigidos a la “alta cocina” sino al consumo ostentoso que marca la extrema desigualdad del sistema social.

La existencia de este acceso diferenciado a los alimentos que genera cocinas diferenciadas darán como resultado **cuerpos también diferenciados**, donde el bienestar económico será directamente proporcional al tamaño de la cintura.

- 3ra transición. De agricultores a industriales

a) La revolución del azúcar

El siglo XVIII será signado por la escasez crónica y el hambre crónico, por la combinación de la expansión demográfica e insuficiencia productiva.

La mayor parte de la población vivirá y trabajará en un estado de desnutrición permanente, asimilada como una condición de vida normal.

Para eso la alimentación sufrirá una transformación en cinco áreas:

- Conservación (frascos, latas y congelados, sustituirán más que complementar, los viejos sistemas de conservación a base de sal, grasa, vinagre, ahumado, secado, embutido, etc.).
- Mecanización (la aplicación de maquinarias para producción industrial de alimentos, picadoras, lavadoras, hornos, continuos, envasadoras, etc.).
- Transporte (asegurada la conservación y la cantidad, nuevas redes de transporte –trenes, barcos frigoríficos, etc.- los pondrán en aquellos lugares.
- Venta mayorista-minorista (retrocede la feria, el mercadeo a cielo abierto de productos frescos, de proximidad, funcional en ciudades pequeñas y aparecen nuevas modalidades (los almacenes) para el comercio de los nuevos tipos de alimentos (envasados, importados, estandarizados).
- Seguridad Biológica (con los nuevos formatos, el comensal no puede confiar en si mismo para evaluar el alimento, un “sistema experto” tiene que garantizar el producto, su origen, procesamiento, calidad, higiene, etc.

Sin embargo ha sido la producción industrial de alimentos lo que ha permitido que el planeta llegue a la disponibilidad plena.

Pero, si los países y gentes pobres cifraran su esperanza en alimentarse según el perfil de consumo de los países y sectores que tiene demasiado, el planeta colapsaría. Si hay una salida no está el elevar el nivel de consumo de los pobres equiparándolo a los ricos sino en modificar ambos perfiles de consumo alimentario.

Tres grandes transformaciones alimentarias:

- **la primera transición –el omnivorismo- que nos hizo humanos;**
- **la segunda –de los cereales- que nos hizo desiguales y**
- **la tercera –la de los azúcares- que nos hizo opulentos. (AGUIRRE, Patricia, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/3transiciones.pdf>)**

2.3.2. Principales modificaciones en la Comensalidad

Sumadas a las problemáticas de producción y distribución, en Argentina y en el mundo urbano, se están transformando las *condiciones de comensalidad* – recordemos que somos omnívoros se instaló definitivamente la comensalidad sobre la alimentación vagabunda, como la manera humana de comer, no porque nos gustara sino porque brindaba ventajas de supervivencia.

. Ideas generales

Nuestro cuerpo es producto de la adaptación de la cultura de caza de recolección a ambientes donde la alternancia de abundancia escasez eran la norma.

La segunda revolución alimentaria todavía está impactando en el cuerpo magro de los cazadores recolectores que fuimos ya que apenas nos hemos adaptado a la alimentación basada en cereales, pero si la revolución biológica fue grave, más lo fue la transformación cultural, donde la apropiación sesgada del excedente agrario creó instituciones tan conocidas como la pobreza, la guerra, la estratificación social, o el estado.

La tercera revolución alimentaria nos legará la transformación total del medio ambiente y un aumento extraordinario de la población, reinstalando la posibilidad de la opulencia alimentaria que generará un sinnúmero de nuevos problemas.

La biología ahorradora será la misma pero la cultura ordenadora –las gastronomías- están en vías de desaparición, no porque falten los valores sino porque son tantos y contradictorios que el comensal queda sólo frente a la decisión sobre qué comer.

Antes, el medio natural (con la escasez) obligaba a una alimentación vagabunda, ahora el medio social (con la abundancia) lo sitúa en el mismo tipo de alimentación solitaria.

Los biólogos moleculares calculan una mutación viable cada 1000 años. Por lo tanto, cualquier solución a la crisis alimentaria de las pos modernidad, no hay que esperarla (nunca hubo que esperarla) de la biología sino de la cultura. (AGUIRRE, Patricia, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/3transiciones.pdf>)

2.4. Antropología Alimentaria en Argentina

- La cultura de la leche

Tomando las investigaciones de Patricia Aguirre, presentamos en este apartado una investigación sobre la cultura de la leche en nuestro país que nos brinda precisión en este tema que ocupa un lugar destacado en la alimentación

de todos. (AGUIRRE, Patricia, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/CulturadelaLeche.pdf>)

En los referentes culturales la leche es una sola. El consumo en el hogar y las instituciones tomando en cuenta el sentido que el comensal da a su consumo.

Si la población Argentina es en 80% bebedora de leche esto se debe a la colonización biológica y cultural europea.

La segmentación de la oferta (leche común –de sachet- y diferenciadas: con calcio, con vitamina A y D, con hierro, enteras, descremadas, semi –descremadas, azucaradas, larga vida, etc.) refleja la fragmentación social, de manera que hay tantas leches como sectores de ingreso en la sociedad Argentina por lo que podríamos decir “dime que leche tomas y te diré quien eres”.

2.4.1. Rol del estado e incidencia de las políticas públicas

El estado es un gran difusor a través de sus políticas públicas, leyes, regulaciones e instituciones, ya que son ellas las que legislan, regulan y aprueban qué se puede y qué se debe consumir y por qué.

El discurso médico-salubrista que anima las políticas públicas sobre la leche ha cambiado varias veces en el último siglo, legitimando desde el estado discursos opuestos con el correr del tiempo. Un ejemplo es la promoción de la leche en polvo hasta los 70 y el brusco cambio por la promoción de la lactancia materna a partir de esa fecha. Pero a rasgos generales se puede decir que el estado ha seguido irreflexivamente los avatares de la industria imponiendo o promocionando tantos productos como la industria láctea y/o farmacéutica quisiera vender.

El complejo lácteo colocó desde 1945 un sensible porcentaje de su producción de leche en polvo (que en la década del 80 llegó al 30%) en los programas asistenciales del estado. Difundiendo entre la población pobre el consumo de este producto que, por su alto precio, les resultaría difícil de comprar (y que discontinúan cuando el estado deja de proveer). Cuando un producto es distribuido masivamente por el estado se llena de sentido (como bueno, confiable, alimenticio porque se supone que el estado actúa para el bien común (y es apoyado técnicamente, además, por campañas medico-sanitarias).

Por otra parte la Industria lechera tiene capacidad de presión sobre el gobierno nacional, por su contribución al PBI (1,6 %), al producto agropecuario (6%) e industrial (3%), a la creación de empleo (30000 puestos), a la generación de divisas a través de las exportaciones, a la política exterior (el MERCOSUR se lleva el 80% de las exportaciones lácteas). Por lo que difícilmente el estado contradiga aquello que resulta beneficioso para la industria láctea (FIEL. 2001).

2.4.2. El consumo y el mercado segmentado

En la cultura alimentaria argentina, la leche es un “alimento principal” (staple) para una “clase de edad”: los niños. En el discurso **“la leche es el mejor alimento para los niños”**. Esta frase que es saber del “sentido común” que se repite como una verdad evidente nos lleva a varios desarrollos:

La **“leche”** de la que se habla en el saber popular que la califica como “el mejor alimento”, no es la leche materna propia de los seres humanos como mamíferos y que fue durante millones de años no solo el mejor alimento para los niños sino además único, la leche vacuna.

Para los niños: las distintas formas de preparar y tomar leche, marcan as distintas etapas de crecimiento. Un bebé succiona leche ya sea materna o vacuna, se transforma en niño cuando comienza a beber (en taza) o tomar (con cuchara). En nuestra investigación ante la pregunta acerca de la edad apropiada para dejar de tomar leche, la gran mayoría opina que es un alimento que, mientras no interfieran los gustos personales, habría que tomar de por vida. Las madres la consideran el alimento por excelencia de la categoría hijo lo que explica que sus respuestas se refieran a la categorización social con frases como “hasta que se casen”. (AGUIRRE, Patricia, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/CulturadelaLeche.pdf>)

Por ser el alimento de los “hijos” tiene una profunda resonancia femenina, sin ser exclusivamente “alimento femenino” puesto que los varones (en tanto “hijos” deben tomarlo) se puede decir que entra en la categoría de los alimentos **preferenciales para el género femenino**.

Hasta el sustantivo leche es femenino, pero no se toma “leche” sino “la” leche designando una leche dada (tácticamente por la madre). No mucho tiempo atrás también era femenino “la yogourt” (Shavelzon, D 2000) que ahora se ha masculinizado y simplificado como “el yogur” pasaje que coincide con la reconversión de la industria láctea y su difusión masiva.

El consumo de leche es rutinario, es un alimento común cuyo prestigio se cimienta en sus propiedades para el crecimiento infantil, cuya preparación se realiza en la cocina. No es de extrañar, entonces, que su manejo recaiga exclusivamente en las mujeres, tradicionalmente encargadas de las funciones relacionadas con la reproducción. Al revés de las comidas masculinas como el asado (que se realizan fuera de la cocina, manejan el cuchillo, el fuego y la carne y son consideradas comidas “especiales” si no festivas), la preparación de la leche recae en las mujeres-madres. Apoya este carácter cotidiano, infantil y femenino el hecho que no existan comidas saladas tradicionales si –en cambio- postres lácteos, dulces, en su mayoría derivados de la natilla española o el muy emblemático dulce de leche. También como tarea femenina ligada a la crianza, a la salud y a la protección de los niños es la gestión de la **asistencia social alimentaria** (que entrega principalmente leche en polvo) para las

familias carenciadas, para los niños con riesgo de desnutrición, o como forma de control social).

Al “tomar la leche” se consume un alimento cargado de sentidos, marcador del consumo hogareño ligado a la maternidad y a la niñez, al postre dulce, a lo cotidiano, a la vaca (animal dador por excelencia). Señal del cuidado materno y la protección entre las edades (los grandes preparan la leche para los chicos) y la solidaridad entre las clases en la asistencia social. Tal vez por todos estos sentidos positivos “leche” significa “suerte” diciéndose a alguien afortunado que tiene “buena leche” (buena suerte) y al revés pobre del desafortunado que arrastra por el mundo su “mala leche” (mala suerte).

a) Los lácteos **dejan de ser marcadores de edad y de género**. Su consumo se generaliza, aunque siguen siendo alimento cotidiano y hogareño, aumenta el consumo público de lácteos, sobre todo de yogur asociado al reemplazo del almuerzo en el trabajo, en hombres y mujeres sin distinción.

Se segmenta la oferta como reflejo de la fragmentación social y el aumento de la pobreza. Porque la industria ofrece productos cada vez más caros para consumidores cada vez más específicos, los sectores de mayores ingresos gastan más en consumir mayor cantidad y variedad de lácteos, mientras los sectores de menores ingresos consumen principalmente leche fluida y en polvo, una por ser la más barata del mercado y la otra porque es provista por la asistencia estatal.

b) Las nuevas formas de consumo lácteo siguen una regla de oro: cuanto más pobre la familia más colectivo el consumo (leche en sachet de 1 litro), cuando mayor el ingreso más individual el consumo y porciones más pequeñas (lo que hace que en estos productos sea más caro el envase industrial que el lácteo que contiene).

a) Si es como pensamos que la segmentación de la oferta en busca de nichos de mercado responde a la creciente fragmentación social, debemos mencionar brevemente como estos **consumos diferenciados resultan en marcadores de la identidad del sujeto** que los incluyen (y también excluyen) en diferentes grupos de pertenencia. En ellos el consumo diferenciado marca los límites de inclusión, para los que el recurso fácil del precio como único parámetro no nos satisface. La elección (siempre condicionada) del producto y la ocasión de su consumo configuran una pluralidad de identidades.

b) **Las imágenes asociadas dejan de ser el crecimiento** y la salud para pasar a ser la belleza y la delgadez (en este modelo suelen utilizarse como sinónimos) que acompañan un estilo de vida saludable caracterizado por la preocupación por el cuerpo, el ejercicio físico y la estética corporal, la lucha contra el colesterol corporizado en las carnes rojas y las comidas ricas en grasas. En este esquema el yogur como lácteo predigerido, en envase pequeño, pasa a liderar el consumo de los que quieren comer poco, sano y nutritivo.

- c) La leche deja de ser un alimento cuyo saber manejaban las mujeres (cómo y cuánto hervirla, cuándo servirla, con qué combinarla, quién debía tomarla, etc.) y se transforma en un **saber de especialistas**.
- d) **Creciente competencia de otras bebidas emblemáticas** para caracterizar los consumos en la niñez y la adolescencia. La nueva cultura de la leche enfrenta la mala prensa de ser “sana”, concepto altamente repudiado por los adolescentes que desean diferenciarse de sus padres (que a su vez pretenden tomar leche para mantenerse en una juventud perpetua, al menos en la apariencia. Las lecherías han desaparecido, los adolescentes beben gaseosas edulcoradas, cerveza, los niños jugos sintéticos. (AGUIRRE, Patricia, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/CulturadelaLeche.pdf>)

2.5. Alimentos rendidores

Patricia Aguirre hace hincapié en aquellos alimentos que consumen los argentinos de menores recursos económicos y explica también las consecuencias que eso acarrea en el aspecto físico de los mismos.

Este texto sin dudas nos brinda mayores detalles acerca de la problemática planteada y nos acerca cada vez más a la explicación que buscamos.

En Argentina la crisis ha partido en “comida de ricos y comida de pobres” el patrón alimentario unificado que existía hace 30 años. En este artículo se analizan las variables macroeconómicas que incidieron en las estrategias de consumo de los más pobres, las representaciones culturales sobre el cuerpo (“fuerte”) y los alimentos (“rendidores”) que den sentido al consumo de ciertos productos y comidas, y las consecuencias que tienen éstas elecciones respecto de la salud. (AGUIRRE, Patricia, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/AlimentosRendidores.pdf>)

2.5.1. Introducción de la investigación

El siguiente trabajo se realizó en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) que agrupa el 35% de la población Argentina, para el período 1965-2000. Consta en dos partes, en la primera revisaremos los elementos macro que inciden en la crisis alimentaria del área y en la segunda analizaremos las estrategias que desarrollan los hogares pobres para enfrentarla.

La metodología de esta investigación se basó en la triangulación de datos cuali-cuantitativos provenientes de fuentes secundarias como el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y relevamientos propios que consistieron en encuestas sobre la estructura de ingreso y el gasto en alimentos y estudios de casos realizados durante los años 1988, 1991, 1995 y 1999 en hogares bajo la línea de pobreza.

(AGUIRRE, Patricia,
<http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/AlimentosRendidores.pdf>)

2.5.2. Políticas Públicas sobre alimentación

A pesar que Argentina invierte el 15% del Producto Bruto en Gasto Público Social esta inversión ha sido procíclica. Cuando hay más reparte más y cuando hay menor bienestar general reparte menos aunque la necesidad sea mayor. El estado les cobre a los pobres en impuestos más de lo que les brinda como asistencia (Aguirre, P. 2000).

Hemos aislado cuatro **prácticas** que en los hogares pobres permiten mejorar el acceso a los alimentos.

1) Diversificación de ingresos, que incluye:

- La utilización de distintos **mercados de trabajo** urbanos.
- El desarrollo de **redes** personales y familiares de amistad, vecindad y/o parentesco, constituyendo sistemas de ayuda mutua.
- La complementación de los ingresos con la **asistencia social alimentaria del estado** y organizaciones no gubernamentales o confesionales.
- La **auto-producción** alimentaria en huertas y granjas familiares.

2) Diversificación del abastecimiento

En el AMBA existen dos cadenas de abastecimiento alimentario, I circuito formal de ferias, almacenes. Supermercados, etc. Y el circuito informal de locales multifunción, vendedores ambulantes y quintas donde se cambia bajo precio por productos de dudosa salubridad.

2.5.3. La comensalidad de los pobres

Cuanto más pobre el hogar más predominan los platos colectivos, las sopas, los guisos, estos platos son funcionales a la comensalidad, al tiempo de la cocinera, a la tecnología de cocción, y a la percepción que los más pobres se hacen de su cuerpo y su lugar en el mundo.

Los sectores pobres resumen su ideal corporal en la noción de “fuerte” que para ellos sintetiza además salud y belleza. Se puede interpretar que ideal del cuerpo “fuerte” no es más que una relectura de su propia imagen caracterizada por el sobrepeso o que tiene que ver con los trabajos de mano de obra intensiva.

El ideal corporal, guía el principio de incorporación de los alimentos y a la vez se construye con los efectos de esa incorporación. Si el ideal está en la fuerza, los alimentos seleccionados para nutrir el cuerpo fuerte deberán cumplir esa condición.

El cuerpo es a la vez principio de incorporación y resultado expuesto de las elecciones estratégicas en materia de alimentación.

2.5.4. Los alimentos rendidores de los pobres

En el discurso de las madres al cuerpo “fuerte” se lo alimenta con alimentos “rendidores”. Para que un alimento “rinda” tiene que tener tres características debe ser barato, debe llenar y debe gustar.

a) Baratos:

En la pobreza, donde cada centavo cuenta, elegir una fruta que tiene categoría de “postre” frente a una carne roja que tiene categoría de “comida” por su valor nutritivo, simbólico y social, equivale a una locura.

b) Llenan:

Si un alimento es barato pero no brinda sensación de saciedad, ésta debe ser alcanzada a través del volumen, nivelando el efecto precio. Cuando hay bajos ingresos los alimentos deben saciar y lo hacen por su contenido graso.

c) Gustan:

El cuerpo coincidirá a su vez con las propiedades asociadas a la comida. Comidas fuertes para cuerpos fuertes entre los pobres y comidas sanas para cuerpos sanos entre los más acomodados.

Volvemos al punto central de este trabajo; las representaciones acerca de la comida permiten vivir, permiten una identidad positiva, pueden atenuar la crisis de acceso pero de ninguna manera logran superarla. Encubren la baja calidad de vida que se manifiesta como desnutrición oculta, como un hambre silencioso que sus cuerpos gordos tornan desapercibido. Lo mismo que los protege los condena. Las estrategias que les permiten una alimentación constante pero desbalanceada, los condenan al sobrepeso con malnutrición. (**AGUIRRE, Patricia,** <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/AlimentosRendidores.pdf>)

2.6. Fenotipo

. Argentina y la modificación del fenotipo

En este apartado hemos encontrado una investigación de CESNI (Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil); en la que paradójicamente colabora la empresa líder de comidas rápidas: Mc Donald's, contribuye en gran parte a conocer con precisión los cambios en la alimentación en Argentina.

Se habla de un nuevo fenotipo, es decir una modificación del genotipo y su ambiente.

2.6.1. Conceptos básicos

El fenotipo es la manifestación visible del genotipo en un determinado ambiente que determina qué individuos genéticamente susceptibles a una enfermedad terminarán desarrollándola. Con el transcurso del tiempo el medio ambiente puede modificar el genotipo a través de la modificación de algunos genes.

Los mecanismos hormonales y neurológicos de regulación del peso corporal se orientan abrumadoramente a que el peso sea el de siempre o el recientemente adquirido. Nuestro organismo está mejor preparado para recuperar peso perdido que para perder lo ganado en exceso.

Estamos modificando nuestro genotipo por la estimulación de los genes de obesidad producida por un medio ambiente obesogénico. Pero este proceso no depende exclusivamente de la modernización alimentaria. Tan importante como el aspecto alimentario es la actividad física con la consecuente disminución del gasto de energía.

La mecanización de nuestros trabajos, las mejores comunicaciones y mejor transporte han hecho que nuestro gasto energético disminuya sensiblemente en todas las edades y niveles. Ha contribuido la TV, el abono al cable, la computadora internet, los medios de transporte cada vez más accesibles, la falta de tiempo para hacer ejercicio, el temor a la violencia y a las drogas, la escasez de espacios públicos para la práctica de actividades deportivas, la falta de apoyo gubernamental a todas las actividades deportivas.

En nuestro país no hay muchos programas comunitarios de actividad física patrocinados por los municipios, hay experiencias exitosas en el mundo y en América Latina.

El Estado Nacional no tiene una Política definida ni normas para la prevención de la obesidad y el sobrepeso.

Argentina, como otros países en vías de desarrollo, es un país que está demográficamente envejeciendo en forma progresiva pero que sin este proceso de longevidad se haya acompañado de una seria consideración y prospección del costo del tratamiento de enfermedades crónicas que pueden prevenirse con un abordaje comunitario.

Las estadísticas de nuestro país en temas de nutrición son más que insuficientes. Tenemos datos de mortalidad y algunos de morbilidad, pero casi nada de estado nutricional, en especial en adultos.

2.6.2. Obesidad en el mundo y en América Latina

De acuerdo con la recopilación que intentamos presentar, evidentemente el sobrepeso y la obesidad parecen constituir un problema en nuestro país, ya instalado desde temprana edad, los primeros años, con una prevalencia

cercana al 5% (obesidad) y un sobrepeso que la duplica en prevalencia, presente en niños de diferentes niveles socioeconómicos, no exclusivamente en pobres o en no pobres.

En la edad adulta sobrepeso y obesidad aumentan en sus prevalencias y los últimos datos del viejo servicio militar obligatorio parecieran indicar que la tendencia al aumento en el peso corporal predominó en provincias con altos niveles de pobreza. (CESNI “*Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo?*”, p.14)

Haciendo una proyección sobre la población del censo de 2001, se podría estimar que el número de niños con sobrepeso y obesidad en la franja de 2 a 5 años rondaría los 200.000. Entre los niños de 6 a 9 años el número con esta condición alcanzaría unos 600.000. Y 1.700.000 chicos de 10 a 19 años padecerían de sobrepeso u obesidad.

Esto significa que el número total de chicos de 2 a 19 años con sobrepeso y obesidad podría situarse en aproximadamente 2.500.000.

Estas estimaciones son más difíciles de señalar para los adultos porque la prevalencia varía según los diferentes etáreos y los datos que existen no son suficientes.

2.6.3. Disponibilidad de alimentos

El concepto de disponibilidad o consumo aparente admite distintas definiciones. Una es la que deriva del análisis de las Hojas de Balance (de alimentos) de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y que se basa en las estadísticas de producción, exportación e importación y usos industriales de cada alimento. El remanente es la cantidad disponible para el consumo de toda la población.

El consumo aparente de grasas ha aumentado entre 10 y 15 gramos entre los años 60 y los últimos años. De esta manera, el aporte de calorías grasas en la dieta media argentina pasó de 29,9% a más de 32%, apenas por encima del valor recomendado (30%) por organismos internacionales y comités de expertos. En el período analizado se produjo además una variación en el tipo de ácidos grasos, aumentando la proporción de grasas saturadas.

El aumento en el consumo aparente de aceites, los cambios en el perfil de carnes (menos vacuna, más pollo y en menor medida aumento de la de pescado), el aumento de lácteos, sumado al de gaseosas y cervezas (compensando la disminución de vino) y el bajo consumo de frutas y hortalizas, son los datos más destacables en el análisis de cuatro décadas de disponibilidad de alimentos.

2.6.4. Las compras y el consumo de los hogares en la perspectiva de la obesidad

A diferencia de las hojas de balance de alimentos, las encuestas directas sobre consumo de alimentos permiten analizar una perspectiva más próxima a las decisiones de los hogares en relación con su alimentación. Sin embargo, estas encuestas no se realizan en forma regular y menos aún cubriendo grupos poblacionales representativos.

Los hogares pobres consumen menos energía y grasas totales que el promedio de la población y los productos “obesogénicos” contribuyen en menor proporción en su dieta. A esto debe agregarse que estos hogares gastan por lo menos cinco veces menos en proporción al gasto en alimento en comidas consumidas fuera del hogar, con lo que la diferencia en el consumo total de productos “obesogénicos” es mayor aún. (CESNI “*Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo?*”, p.24)

2.6.5. La alimentación de los niños en la perspectiva de la obesidad

Se da a conocer un estudio comparativo sobre frecuencia de consumo en una población infantil de nivel socioeconómico medio-alto.

En el año 2002 CESNI realizó una encuesta de frecuencia de consumo en 180 niños de 4 a 13 años de edad de NSE medio-alto del Gran Buenos Aires. El objetivo del trabajo fue conocer los hábitos de consumo de este tipo de población, que por sus características tienen un amplio acceso a toda clase de alimentos y poder evaluar así la calidad de su dieta. Para esta evaluación se utilizó un cuestionario en el cual se preguntaba la frecuencia (diaria, 2 a 3 veces por semana, 1 vez por semana, 1 a 2 veces por mes, menor frecuencia o nunca) con la cual se consumían diferentes tipos de alimentos, algunos de ellos de interés en términos de su contribución “obesogénica” a la dieta total.

a) Bebidas sin alcohol

Las bebidas analizadas son consumidas en forma variable por los niños entrevistados. Las gaseosas regulares constituyen las bebidas más consumidas, en tanto que las bebidas dietéticas a base de soja y jugos concentrados son las referidas como menos consumidas.

b) Azúcares y dulces

El consumo de azúcares y dulces varía mucho de acuerdo al tipo de alimento que se trate, si bien su consumo global es considerable. Azúcar común, alfajores, galletitas dulces, caramelos masticables, helados de agua y crema, tortas y masitas, son los alimentos que mayor proporción de niños (más de 90%) refiere consumir

c) Productos de copetín

El 99% de los encuestados consumen productos de copetín (papas fritas, chizitos, palitos, etc.) y el 42% los consume entre 1 y 2 a 3 veces por semana. En el rango de menor edad, se destaca la frecuencia de consumo de una vez por semana alcanza el 34%.

d) Comidas rápidas en el hogar

La mayor frecuencia de consumo (en el hogar) de comidas rápidas se presenta en la categoría de consumo más esporádico, una vez por semana y/o una a dos veces por mes. Ninguna de estas comidas se consumida en forma diaria. Las hamburguesas son las más frecuentemente consumidas en el rango de 2 a 3 veces por semana, seguidas por las salchichas (8,9%) y las patitas de pollo y pizza en tercer lugar con un consumo para ambas de 7,8%. Cabe destacar el consumo de pizza, que alcanza el 57,2% una vez por semana y refieren consumirla el 97,8% de los encuestados (Tabla 21).

e) Hortalizas y frutas

Las hortalizas (excluyendo los tubérculos) son consumidas por el 95,56%. El consumo diario es del 36,7% para todas las edades, destacándose el rango de 6 a 8 años con una frecuencia de consumo del 48% y el rango mayor edad con un consumo diario del 41% (Tabla 22).

2.6.6. La composición de alimentos y comidas rápidas e informales de consumo frecuente

Si bien es condición para que se produzca un aumento de peso y grasa corporal la existencia de un balance positivo de energía (es decir que la ingesta energética supere el gasto) son muchos los factores alimentarios que se han asociado a la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En el reciente informe FAO/OMS sobre “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas”, se considera que dentro de los factores alimentarios existe evidencia convincente de que la ingesta elevada de alimentos con alta densidad energética y pobres en micronutrientes aumenta el riesgo de obesidad. Con un nivel de evidencia probable se considera el marketing de alimentos con elevada densidad energética y el de cadenas fast-food y la alta ingesta de bebidas azucaradas.

Nuestra alimentación ha cambiado en los últimos decenios, uno de los signos vivibles de esos cambios es la mayor frecuencia de consumo de comidas preparadas fuera del hogar, muchas de las cuales son de elevada densidad energética debido a su mayor contenido de grasas. En general, los casos de alimentos de elevada densidad energética debido a su alto contenido de grasas, se acompañan con gaseosa y se adicionan con mayonesa y en algunos casos con papas fritas, incrementando aún más el contenido energético y de azúcares y grasas.

La industria alimentaria ofrece cada vez mayor variedad de alimentos, ricos en sabor y también en energía, grasas y azúcares, que en su mayoría se consumen fuera de los horarios habituales de comida. Ejemplo de ello es el incremento en la variedad de golosinas y snacks que se venden en los kioscos, en muchos casos con un costo accesible aún para el niño que lleva unas monedas para comprar algo en el recreo.

El creciente consumo de bebidas gaseosas y jugos artificiales ha desplazado al agua en las comidas principales de muchos individuos y a la leche sobre todo en las meriendas. La OMS considera que existe evidencia probable en la relación entre consumo de bebidas azucaradas y el aumento de peso y obesidad.

Paralelamente ha crecido también la variedad de alimentos “light”, reducidos en grasas y/o calorías cuyo consumo en algunos casos se promueve bajo el concepto sin limitaciones cuando pueden llevar conducir en ocasiones a ingestas de energía inadvertidamente elevadas.

2.6.7. Práctica de actividad física y uso del tiempo libre.

El uso de diferentes medios de transporte para trasladarse de un lugar a otro, la utilización del tiempo libre, las tareas domésticas, las actividades escolares y las ocupacionales son las cinco dimensiones desde las que puede analizarse el perfil y tendencias de actividad física de las poblaciones.

Los cambios en estilos de vida en la población argentina se aceleraron vertiginosamente en los últimos doce o trece años a través de la incorporación acelerada de avances tecnológicos en el ámbito laboral. Estos cambios acompañaron el rol cada vez más activo de las mujeres en la fuerza laboral y el abandono progresivo de muchas tareas domésticas que demandaban un mayor esfuerzo físico.

En años más recientes, esta tendencia hacia un mayor sedentarismo se ha visto agudizada por los problemas de inseguridad pública que influyó en la reducción de actividades al aire libre. Ejemplo, niños jugando en los cybers y las motos delivery deambulando por las calles. La penetración de electrodomésticos que reemplazan actividades que demandan esfuerzo físico en niveles medio-alto y alto, cuyos consumos alimentarios también son los de mayor contenido energético y de grasas y mayor su frecuencia de comer fuera del hogar.

La combinación heladera con freezer y microondas es quizá un paradigma de la “nueva cocina”, rápida, con la mayor preelaboración posible y el menor compromiso de las personas en el esfuerzo por cocinar.

El crecimiento de las actividades laborales vinculadas al área de servicios fue destacable a partir de los 90, reemplazando progresivamente a las ocupaciones industriales y demandantes de mayor esfuerzo físico.

Por otra parte, el crecimiento acelerado de la desocupación a partir de la segunda mitad de los 90 y que en la actualidad compromete a prácticamente el 20% de la población si se cuenta en ella a los beneficiarios de los Planes Sociales (Jefas y Jefes de Hogar) implica un salto cualitativo hacia mayores niveles de sedentarismo a nivel poblacional.

La incorporación de avances tecnológicos en el mundo laboral, fundamentalmente en las áreas de computación y comunicación va de la mano de un menor gasto calórico en las horas de trabajo.

La OMS recomienda un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada al menos 5 días de la semana para todas las edades, mientras que para el mantenimiento de un peso saludable y la prevención de obesidad se recomienda 60 minutos de actividad física por día, especialmente en personas sedentarias.

Una persona es clasificada como sedentaria o físicamente inactiva cuando realiza menos de 150 o 180 minutos de algún tipo de actividad física a la semana. Generalmente en los hombres la práctica de actividad física está más ligada al gusto, presentando mayor cantidad de adeptos al fútbol. En las mujeres, en cambio, esta práctica está muy vinculada a la obligación y al concepto estético.

Un estudio llevado a cabo por el Comité de Salud de la Asociación Argentina de Médicos, agrega que a la actividad (física) curricular obligatoria de las escuelas, se suma que aproximadamente el 70% de los niños lleva a cabo algún tipo de actividad física extracurricular, de intensidad y periodicidad variable.

Según los datos disponibles, a partir de los 25 años, el 77% de las mujeres y el 65% de los hombres son sedentarios. (CESNI "Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo?", p.46)

2.7. Obesidad en Argentina contemplando el factor económico

Tomando como referencia a Sergio Britos, nos referimos ahora al factor económico como determinante en la compra de alimentos y en la caracterización de los estilos de vida.

2.7.1. Conceptos previos

La obesidad es reconocida actualmente como una epidemia. Al punto que algunos ya la han bautizado como "globesidad".

Probablemente el mundo actual sea el más generoso en abundancia de alimentos a la vez que el contexto más mezquino en oportunidades de movimiento y actividad física. El resultado de la ecuación es: más calorías ingeridas y menos gastadas, más tejidos adiposos almacenado y kilos en exceso.

La importancia de prevenir la obesidad radica en los costos en calidad de vida y económicos de sus complicaciones (como diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer, artritis, entre las más reconocidas). Lo que también se acompaña de una merma en la productividad del trabajo asociada a las mismas.

Paradójicamente en el caso de Argentina y otros países en desarrollo, el contexto de alta incidencia de pobreza (60% en niños) se acompaña de un incremento en la prevalencia de obesidad, aún en poblaciones con manifestaciones de desnutrición. El caso típico es la coexistencia de la tríada desnutrición crónica (baja talla) – carencias marginales de micronutrientes (ejemplo: hierro, zinc, calcio, vitaminas A, C) – sobrepeso.

La información provenientes de estudios epidemiológicos publicados en nuestro país permiten estimar la prevalencia de obesidad en aproximadamente un 9% en niños (más un 15% con sobrepeso).

2.7.2. Las preferencias por los alimentos obesogénicos

El supuesto que subyace en este papel es que la prevalencia de la obesidad y su crecimiento acelerado en los últimos años, en diferentes contextos sociales y entre otras causas, está mediatizada por las preferencias individuales de las personas, la utilidad marginal que confieren a diferentes vectores de salud y bienestar –presente y futura-, el ingreso real disponible y la información a la que acceden al momento de decidir su alimentación.

Cada consumidor decide qué comprar y comer (también qué tipo y con frecuencia realiza actividades que demandan esfuerzo físico) de acuerdo con el placer o displacer que confieren a las diferentes canastas de consumo que pueden adquirir. El sabor, las características organolépticas de las comidas, tiene un rol muy importante en las preferencias, especialmente e los niños.

La densidad energética de un alimento (cantidad kilocalorías por unidad de peso o volumen) es otro factor preponderante vinculado –aunque no únicamente- con el contenido de grasa.

Los alimentos con alto contenido de grasa tienen elevada densidad calórica, sabor y textura agradables, alivian rápidamente la sensación de hambre y son una fuente muy económica de energía, rasgo que comparten con los alimentos de elevada proporción de carbohidratos simples (azúcares).

Estas características: mayor cantidad de grasas y azúcares en poco volumen, a un costo económico y hedónicamente atractivos convierten a esos alimentos, que en este trabajo denominaremos “obesogénicos” en poderosos promotores de la obesidad por su efecto (negativo) sobre el control de la ingesta energética.

2.7.3. Acceso a la información, conocimiento nutricional

Los mercados tienen la tendencia de ofrecer cantidades insuficientes de bienes públicos. Entendidos como aquellos bienes que una vez producidos es muy difícil impedir que todos los consuman.

Un ejemplo de bien público vinculado a la nutrición en general y a la obesidad es la información. Más específicamente, la información nutricional.

Una vez producida esta información, su distribución al conjunto de consumidores que da fuera del dominio de las empresas, asumiendo que aquellos sean capaces de entenderla.

Esta es la razón por la que la información publicitaria y de lealtad comercial de alimentos tiende a ser confusa, engañosa o directamente no provista y genera un espacio para la intervención del Estado en la promoción o regulación de la información necesaria. (BRITOS, Sergio, http://www.nutrinfo.com/pagina/info/obesidad_argentina.pdf)

Una cuestión adicional en este punto es la aplicación de un enfoque microeconómico en la provisión de información nutricional como bien público. Si la información que se suministra es costosa en términos del tiempo y la complejidad que demanda su comprensión, el costo marginal de los consumidores por utilizarla puede ser mayor que el beneficio que implica su uso. El resultado será la indiferencia a la información.

Un ejemplo, es cómo los nutricionistas –nosotros incluidos- proveen información acerca del significado de una buena alimentación. En muchas ocasiones, las guías alimentarias son tan complejas, poco atractivas y demandantes de tiempo que terminan siendo poco reconocidas o utilizadas por la población. (BRITOS, Sergio, http://www.nutrinfo.com/pagina/info/obesidad_argentina.pdf)

2.7.4. Conclusiones

La obesidad es un problema de nutrición pública, de alta prevalencia y vertiginoso crecimiento en países desarrollados. La información disponible en nuestro país es escasa pero relativamente consistente con un aumento en la importancia del problema, en especial en sectores de bajos ingresos y en niños pobres, en quienes las consecuencias son trascendentes a futuro e imponen un costo presupuestario dado por la carga de sus complicaciones en el gasto público.

La obesidad no es aún considerada un tema de agenda de las políticas de salud en Argentina. Sin embargo, el sector privado, productor de alimentos tiene un incipiente sensibilización y preocupación hacia el tema. Probablemente relacionada con su responsabilidad social en la promoción de obesidad.

La Teoría microeconómica aporta valiosos elementos de análisis aplicables al tema de la obesidad. En especial los que se derivan de la Teoría de la conducta del consumidor y del análisis de las fallas e imperfecciones de los mercados.

Se ha planteado la necesidad de profundizar el análisis del cambio de precios relativos que favorezcan (aumenten) las preferencias hacia alimentos saludables y posibles intervenciones del Estado en la información nutricional en rótulos de alimentos, en la regulación de la publicidad dudosa o engañosa, en la provisión de información educativa (campañas) y en limitaciones en el mercado de kioscos escolares.

Aspectos que se consideran parte de la visión microeconómica de la obesidad pero que no fueron tratados especialmente en este trabajo y se espera hacerlo más adelante son los siguientes:

- las preferencias y restricciones para la realización de actividad física
- el espacio para medidas impositivas en línea con la experiencia internacional sobre “fat tax” o “thin subsidies”
- la preferencia por mayores tamaños de porciones de alimentos
- el crecimiento del hábito de consumo de alimentos y comidas fuera del hogar
- el rol de los comedores escolares y otros programas alimentarios en la promoción de obesidad. (BRITOS, Sergio, http://www.nutrinfo.com/pagina/info/obesidad_argentina.pdf)

2.8. Obesidad en Mendoza

Adjuntamos en Anexos los resultados de una investigación cuantitativa del INADI (Instituto Nacional contra la discriminación, la Xenofobia y el Racismo)

Esa investigación fue realizada entre 2007 y 2008 y nos brinda detalles sobre la discriminación en nuestra provincia, orientada hacia las personas que sufren obesidad.

Dicho relevamiento, es uno de los pilares fundamentales de esta tesina porque es llamativo el grado de discriminación que sufren las personas en nuestra provincia.

Además Mendoza, en general tiene un alto índice de discriminación.

2.9. Actividades del Gobierno de Mendoza para promocionar hábitos saludables

Si bien no se mantiene en el tiempo, el gobierno de Mendoza a veces produce material de distribución masiva que pretende acercar información sobre la obesidad infantil y cómo prevenirla.

Cabe destacar que en los gobiernos previos al de la actualidad, se trabajaba en conjunto con la Dirección General de Escuelas, la Obra Social de Empleados Públicos y el Ministerio de Salud de la provincia impulsando actividades que llegaran a los niños para inculcarles hábitos saludables.

Las actividades eran variadas e integrales contemplando todos los espacios y tiempos de los niños. Meriendas saludables para la escuela, reducción de las horas frente a la tv y computadoras, como también los juegos electrónicos, mayor actividad física regular, entre otras.

Durante la gestión actual sólo podemos mencionar un suplemento que apareció hacia finales de 2008 con los diarios de mayor tirada de Mendoza y muestra ejemplos y estadísticas sólo del departamento de Las Heras.

Sin embargo no deja de ser material de apoyo, aunque no podemos medir su impacto ni saber si llegó al público al que fue destinado. Es un trabajo resumido del Ministerio de Desarrollo Humano, Familia y comunidad que en ocho carillas, hace una proclama de cómo debería ser la alimentación de los niños.

Esto demuestra que no hay una política pública clara que informe, contenga y atienda los casos de niños y familias que sufren sobrepeso. (ver suplemento en anexos)

Por otro lado, la provincia cuenta desde 2007 con su propia ley de Obesidad Mórbida con un centro integrador que se definió que sea el Hospital Scaravelli. Contempla la atención integral de todos los mendocinos con residencia comprobable en nuestro territorio. Hasta el momento no se conocen estadísticas que den cuenta de la puesta en marcha de la ley. (ver ley de Obesidad Mórbida en anexos)

Capítulo III: Comunicación y Salud

3.1. Conceptos preliminares

Estamos acercándonos al verdadero motivo de esta tesina.

En este capítulo conoceremos más sobre la relación que se establece entre comunicación y Salud ya sobre la base de los conceptos de Promoción de la Salud que surgieron de la Carta de Ottawa.

A través de Isaac Epstein incorporamos teoría válida para luego ser aplicada en nuestro Plan de Comunicación

La Comunicación de la salud es una especie, cuyo género es la comunicación de la ciencia. Esta, a su vez, abriga dos modalidades: la comunicación científica inter pares (primaria) y la comunicación pública de la ciencia (secundaria), ocurriendo lo mismo con la comunicación salud. La comunicación primaria o inter pares ocurre a través de lenguajes y códigos específicos apenas accesibles a los profesionales entrenados y con la formación en las respectivas disciplinas. La comunicación secundaria o pública debe ser hecha en lenguaje ordinario.

(EPSTEIN, Isaac,
[http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20\(M%20Guardia\)%20.htm](http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20(M%20Guardia)%20.htm))

“Si la política en una óptica utilitarista, ya fue definida como el arte o razón para dividir recursos escasos, una política de salud y principalmente de salud pública requiere una definición clara y distinta de prioridades, problemas a resolver y sus respectivos costos-beneficio.” (EPSTEIN, Isaac,
[http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20\(M%20Guardia\)%20.htm](http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20(M%20Guardia)%20.htm))

3.2. Relación Médico Paciente

El problema de la insatisfacción con la prestación de cuidados médicos no es solamente una cuestión de escasés de financiamiento o de insuficiencia de equipamiento o personal, si bien es cierto en ciertas ocasiones, estos factores se tornan decisivos. La calidad de los cuidados médicos depende en último análisis, de la interacción médico paciente hay evidencia abundante.

Algunos de los obstáculos más frecuentes a la comunicación médico paciente son:

1. Envolvimiento Emocional: Las enfermedades pueden perturbar emocionalmente a las personas tanto por las incomodidades de ellas consecuentes como por la propia amenaza a la sobrevivencia. Existe también una creencia generalizada de que el médico debe mantener una cierta distancia social del paciente para reforzar su imagen.

2. Diferencia de estatus: La distancia social entre comunicadores, puede como se sabe, generar dificultades de comunicación. Las diferencias de educación, renta y posición social pueden hacer que el paciente oculte información. Por parte del médico, puede pasar a los pacientes la idea de que son apenas “casos” y no seres humanos.

3. Tiempo: La duración de la consulta es una cuestión que ocurre frecuentemente, y no siempre el tiempo es esencial, se supone que cuanto más tiempo un médico gaste con su paciente más satisfactorio será el resultado.

4. Diferencias de conocimiento: La diferencia de conocimiento del profesional y la del paciente puede generar una situación de incómoda dependencia del paciente con respecto al médico.

5. Comunicación unilateral: La comunicación del médico puede fluir unidireccionalmente. La comprensión del paciente depende de una interacción efectiva por las dos partes.

6. Dificultades lingüísticas: La propia naturaleza del lenguaje la torna sujeta a ambigüedades de interpretación. El médico debe realizar el compromiso entre la precisión y la comprensibilidad en su utilización del lenguaje ordinario del paciente.

La adecuación de la comunicación interpersonal médico paciente es relevante en la administración de la salud, sus inadecuaciones deben ser investigadas y atenuadas ya que de esto depende en buena parte el éxito de cualquier tratamiento médico. (EPSTEIN, Isaac, [http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20\(M%20Guardia\)%20.htm](http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20(M%20Guardia)%20.htm))

3.3. Comunicación de la salud en los medios

Los vehículos y periódicos especializados en temas de medicina no dirigen mensajes directamente al público. Este toma conocimiento de la investigación médica y de noticiero de salud en general, a través de los periódicos, revistas y programas de TV. La media, sin embargo, divulga enorme cantidad de información y relata muchos tipos de investigaciones y estudios, más aun hoy, hay poco acuerdo sobre la mejor manera de divulgar la información médica. (PEARN & CHALMERS, 1996). Se sabe que algunos obstáculos dificultan la población de la información médica.

Hay una tendencia frecuente entre investigadores y médicos en condenar la media y en atribuir la desinformación del público a la cobertura inadecuada por parte de la media. Muchos médicos desconfían de los periodistas y critican sus reportajes acerca de sus especialidades por infidelidad, simplificación y sensacionalismo (Science, 15/05/98). Los periodistas a su vez, tienden a culpar las fuentes científicas por proveer información intrincada o poco comprensible al público. El público frecuentemente reclama porque la información es

incompleta o confusa (de SÁ, J, 1995). Por todo esto la transmisión intencional de conocimiento médico para el público es perturbada por factores de naturaleza variada (EPSTEIN, I, 1998). Algunas de estas divergencias pueden surgir entre los diferentes usos de lo que se podría llamar “juegos de lenguaje”. (WITTGENSTEIN, L, 1958) “cultura de los investigadores” y “cultura de los periodistas”.

3.4. La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes

En el campo de la comunicación para la salud convergen una serie de saberes y perspectivas teóricas que a lo largo de los años sustentaron numerosas prácticas y áreas de intervención profesional, así como variadas definiciones y delimitaciones del campo. Las acciones de educación sanitaria deudoras de la tradición de la educación popular y la medicina social latinoamericana, las recomendaciones de los organismos internacionales de salud pública, las acciones tendientes a la modificación de conductas haciendo uso de los medios masivos de comunicación, la movilización comunitaria para la salud, la comunicación científica y la planificación de campañas, constituyen algunas de las áreas que hacen a este campo disciplinar. Si bien alguna de estas áreas implican estrategias de intervención que suelen considerarse contrapuesta y sustentadas en perspectivas teóricas disímiles, es posible distinguir algunos problemas comunes desde problematizar y potenciar las prácticas profesionales en el ámbito de la salud pública, tendiendo a la desfragmentación mediante la colaboración profesional, el trabajo intersectorial y la concurrencia de enfoques, perspectivas de enfoques y disciplinas diversas. (CASAS, Laura *“La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes”*. 10° CONGRESO REDCOM, Universidad Católica de Salta, 2008, p1)

- La comunicación para la salud

En las últimas décadas, y a partir del uso de los medios y dispositivos de comunicación en las acciones de salud colectiva, se ha conformado un campo disciplinar reconocido como “comunicación para la salud” que reúne una serie de experiencias y saberes, deudores de las distintas orientaciones en salud pública, los conocimientos proporcionados por la investigación en comunicación y los usos sociales de los medios masivos. En América Latina esta trayectoria estuvo movilizadora por las discusiones en torno a la implementación de políticas para el desarrollo al término de la segunda guerra mundial.

Es posible encontrar numerosas definiciones de comunicación para la salud; en términos generales podría decirse que algunas definiciones acentúan el uso de los medios de comunicación para cambios conductuales individuales y sociales a favor de hábitos saludables y otras, en cambio, ponen el acento en los procesos de comunicación para la movilización social, la definición de problemas de salud y la búsqueda y ejecución de soluciones para el logro de

una situación de salud deseada. Algunas definiciones marcan como preponderante el rol del estado o de las instituciones en la definición y la ejecución de las acciones sanitarias y otras, en cambio, hacen hincapié en las acciones de las comunidades.

Las definiciones de comunicación para la salud comparten la idea de que se trata de procesos de comunicación en pos de transformaciones, individuales y colectivas hacia una situación que se considera más favorable, más saludable.

- La trayectoria de la comunicación para la salud

Durante el siglo XX una de las corrientes de mayor influencia en las maneras de entender la salud pública, fue el sanitarismo, desarrollado en Estados Unidos hacia los años cuarenta. Esta corriente consideró al Estado como actor privilegiado de las transformaciones en materia sanitaria, las mejoras en la salud se logran primordialmente a partir de la incorporación de la tecnología. En América Latina, al término de la Segunda Guerra Mundial, la idea del progreso vehiculizada por la innovación científica, cede su lugar a la noción de “desarrollo”, basada en la intervención estatal planificada para el logro del crecimiento económico. La planificación se trasladará también al ámbito de la salud. **(CASAS, Laura “La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes”. 10° CONGRESO REDCOM, Universidad Católica de Salta, 2008, p3)**

A través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), se incluyeron actividades de educación sanitaria para la incorporación de las innovaciones científicas y de estilos de vida saludables.

Hacia la década del 60 se evidencia que el crecimiento económico no redundó en una mejora de la salud sino en la modificación de los perfiles de morbimortalidad, que mostraban la convivencia de las patologías propias de la pobreza (desnutrición, enfermedades infecciosas, etc.) y de la riqueza (accidentes de trabajo, enfermedades crónico degenerativas). Tampoco el desarrollo había garantizado regímenes políticos que redundaran en el desarrollo de proyectos colectivos acordes con las aspiraciones de libertad y autodeterminación de los países dependientes y de las clases oprimidas

Las décadas del 60 y 70, de fuerte movilización popular, particularmente en los países del llamado Tercer Mundo, imprimieron cambios fundamentales en el área de la salud pública y la comunicación social. Los movimientos sociales en EEUU, la capitalización de la experiencia de la reforma sanitaria implementada por la Cuba revolucionaria, la medicina social latinoamericana, las experiencias de educación popular, la comunicación alterativa y las discusiones respecto de las políticas nacionales de comunicación, produjeron aportes significativos todavía vigentes en el campo de la comunicación para la salud. **(CASAS, Laura “La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes”. 10° CONGRESO REDCOM, Universidad Católica de Salta, 2008, p4)**

La idea de servicios básicos de salud será tomada por los organismos definidores de políticas sanitarias y, ya en los 70, el informe Lalonde sienta las bases para la promoción de la salud, estableciendo la noción de “campo” de la salud, compuesto por la biología, los servicios (curativos y preventivos) el ambiente (social, psicológico y físico) y el estilo de vida (trabajo, estándares de consumo y riesgos asociados a las actividades de ocio). Este informe propone la promoción de la salud, la investigación, la eficiencia en la atención y el establecimiento de objetivos como estrategias de intervención.

La Medicina Social vinculó el área de la salud con las organizaciones políticas comprometidas, a partir de la influencia de los representantes de grupos sociales, en América Latina se hace posible la incorporación de las ciencias sociales en los programas de formación de profesionales de la salud y se desarrollan investigaciones en relación con la salud, las condiciones de vida y el trabajo.

Para esos años las acciones en los ámbitos académicos dialogaban con los movimientos sociales, como por ejemplo, los movimientos feministas que, cuestionando las políticas coercitivas de control de la natalidad y los supuestos respecto de los roles femeninos anclados en la maternidad en los que se fundamentaban los programas de salud, abrieron paso a la legitimación del enfoque de género como abordaje pertinente para la formulación de políticas sanitarias. A su vez, las experiencias de educación popular y de la llamada “comunicación alternativa” resultaron y a la vez constituyeron también estos procesos políticos transformadores. La pedagogía crítica hace de la educación una herramienta de cambio desarrollada en los contextos de la vida cotidiana y promoviendo situaciones dialógicas entre los involucrados.

La Atención Primaria de la Salud (APS) se recomienda como una estrategia adecuada para el logro de estos objetivos, y esta estrategia aún hoy es la que orienta el sistema sanitario en nuestro país.

En el Pacto de San José de Costa Rica, se estableció la comunicación como derecho, el derecho a la información y la comunicación, había sido también objeto de debate y se habían formalizado años atrás en las cartas regionales de derechos ciudadanos.

La Carta de Ottawa, resultante de la reunión celebrada en 1986 en esa ciudad a instancias de la OMS, definió la promoción de la salud como estrategia adecuada para el logro de la salud, entendido como el desarrollo pleno de las potencialidades. En materia de organización sanitaria tomó como modelo el sistema canadiense que había instalado centros de salud con equipos interdisciplinarios en coordinación con los hospitales, enfatizando las acciones de promoción.

En 1980 el “Informe Mac Bride” integrado por representantes de quince países y presidida por Sean Mac Bride se realiza para tomar conocimiento de los problemas de comunicación a nivel global luego de ADVERTIR

DESIGUALDADES EN LA INFRAESTRUCTURA y en los términos de intercambio de la información. Este documento define la comunicación democrática y describe experiencias de comunicación desarrolladas en varios países, así como las situaciones de desequilibrio, efectuando recomendaciones.

Pero estos documentos son contemporáneos a la instauración del neoliberalismo y la profunda crisis económico-social que se ve acompañada por el protagonismo de organismos financieros, como el Banco Mundial, en la definición de políticas sanitarias, particularmente en los países dependientes. Son contemporáneos también al fracaso de la implementación de políticas nacionales de comunicación y sistemas de comunicación democrática y del fracaso de las acciones que, en el plano internacional, perseguían la eliminación de las diferencias en el intercambio y la producción de información entre países dependientes y desarrollados. En los años 80 comenzará a discutirse e el ámbito de la comunicación los efectos de desarrollo combinado que había producido en la región la incorporación de tecnologías de comunicación y los usos sociales en contextos en donde se desmantelan gobiernos autoritarios y se discute el estatus de ciudadanía.

La llamada “Nueva Salud Pública” que resulta de esos debates, pasa a ser problema de sanitarias y de funcionarios públicos, manteniendo alejados a los trabajadores del sistema sanitario y a los destinatarios de las acciones de salud, desarrollándose particularmente en ámbitos académicos y políticos.

En el ámbito de la comunicación social, las reflexiones en torno a las políticas ceden lugar a las reflexiones y discusiones respecto de la incorporación de tecnología y las transformaciones devenidas de la convergencia tecnológica entre las tecnologías de la comunicación y la informática. En esta área también habían ganado terreno los organismos técnico financieros.

Puede decirse que en los últimos años conviven enfoques de salud pública que señalan la importancia del desarrollo de la investigación en salud para definir problemas prioritarios y direccionar políticas, que promueven el incremento de la calidad y la eficiencia en la atención también corrientes de pensamiento que promueven críticas al paradigma científico dominante, entendiendo que sigue enfocado a la enfermedad sin considerar la salud enfermedad como proceso y constructo complejo.

Resumidamente, de la trayectoria descrita puede inferirse que los usos sociales de la comunicación en salud implicaron en nuestra región la puesta en juego de una diversidad de saberes, relacionados con la salud colectiva y la investigación en comunicación, que se implementaron como respuestas a los problemas de salud, como propuestas de reformas sociales y como puestas en acto de proyectos y aspiraciones colectivas inseparables de los contextos histórico sociales de los que participaron.

Los distintos enfoques se mestizaron en las prácticas proporcionando propuestas de intervención en comunicación para la salud difundidas y recomendadas por los organismos definidores de políticas sanitarias, que constituyen el repertorio de acciones, estrategias y recomendaciones actualmente consideradas como propias del campo.

- Las acciones de la comunicación para la salud o la comunicación primitiva

Los textos de educación sanitaria y promoción de la salud, publicados por la OPS y la OMS, mencionan y describen una serie de estrategias y acciones de comunicación para la salud basadas en acciones de comunicación.

Si bien en estos textos, los objetivos de las acciones son, primordialmente, más que la transformación de la situación de la salud o la definición de políticas sanitarias, la modificación de hábitos y adopción de actitudes y conductas individuales y sociales para el logro de objetivos concretos de salud (por ejemplo habituarse en una alimentación saludable o reducir el consumo de tabaco o alcohol) todas las acciones incorporan la participación de los destinatarios en las instancias de definición de problemas y diseño, implementación y evaluación de acciones así como en la elaboración de materiales. Las estrategias promueven el trabajo en las áreas locales, regionales y masivas y la consideración de los modos de percibir y ponderar los problemas de salud de las comunidades participantes.

Las acciones de comunicación para la salud promovidas incorporan la instancia dialógica y la intervención en el contexto de los grupos sociales beneficiarios de estas acciones así como las acciones de abogacía que consisten en la capacidad de presiones para lograr cambios legislativos, de asignación de recursos o de gestión, a favor de la viabilidad de los proyectos y las acciones de salud.

En el caso de nuestro país, las acciones de comunicación deben implementarse en un sistema y una situación de salud que hacia 2004, y luego del punto de inflexión que significó la crisis del 2001, las autoridades sanitarias caracterizaban de este modo: mejoría en la salud de los argentinos, pero al mismo tiempo, presencia de enfermedades infecciosas emergentes.

Sin embargo, hay que pensar también que las acciones de comunicación deben desarrollarse en un país con un sistema de medios mayormente basado en publicidad, diseñado desde los grandes centros urbanos, sin participación de la comunidad en el diseño de políticas de comunicación y con profundas desigualdades en el acceso, tanto a las tecnologías de comunicación, como a las competencias necesarias para poder producir materiales de comunicación en distintos lenguajes, así como dificultades en el acceso a la infraestructura necesaria para realizarlos.

Deberíamos estar alertas ante una comunicación en salud que puede resultar también una comunicación primitiva en salud, con escasos recursos dedicados a las acciones de comunicación y el desarrollo de copias ineficaces y podríamos agregar, parciales, de modelos que funcionaron en otros lados.

Deberíamos preguntarnos también, si en ocasiones, la comunicación en salud, ya sea que se diseñe desde organismos gubernamentales como desde organizaciones sociales, no se convierte también en “arena donde se debate el conflicto político –la lucha por el poder- y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares” en lugar de herramienta transformadora o recurso eficaz.

Por último, la propuesta es entonces, además de pensar los contextos comunicacionales y sanitarios y abrir el campo a la diversidad de saberes y actores sociales que lo conforman, pensar, encada pequeña acción de comunicación para la salud, hacia dónde se quiere llegar con estas acciones, qué cambios individuales y colectivos se pretenden y qué modo de vida mejor se desea y se imagina colectivamente. (**CASAS, Laura** “*La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes*”. 10° CONGRESO REDCOM, Universidad Católica de Salta, 2008, p15)

3.5. OSEP. Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza

. La experiencia preventiva: avances y disyuntivas

La Dra. Teresa Zárate, de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP), realizó una exposición con el deseo de “acercar el trabajo de OSEP y compartir sus logros y sus dificultades”. Explicó también que, históricamente, OSEP “ha estado volcada a curar la enfermedad”; es por ello que considera que “trabajar desde una concepción de salud distinta de la tradicional significa reconocer y valorar la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y la necesidad de trabajar en promoción de la salud a través de dos componentes fundamentales: educación y comunicación para la salud”

Más tarde, Zárate se refirió a las dificultades que se presentan al aplicar medidas ligadas a la prevención: “para la puesta en marcha de intervenciones preventivas en OSEP enfrentamos diferentes obstáculos: culturales, organizacionales, de formación del recurso humano, de espacio físico y financieros”.
(**REVISTA MÉDICOS**,
<http://www.revistamedicos.com.ar/numero47/pagina34.htm>)

Entre las estrategias de OSEP para afianzar su perfil preventivo se cuentan “la consideración de los espacios públicos como ámbitos para promover la salud, la utilización de salones de usos múltiples y la capacitación del recurso humano”. Por ejemplo, se ha realizado un programa de “caminata saludable” y “una serie de talleres, en salones de usos múltiples, orientados a los beneficiarios”. “Por su parte, la capacitación es uno de los pilares y de las fortalezas de OSEP. Uno de los programas de OSEP es el Programa

Antitabaco que ahonda en la concientización de la población.” (REVISTA MÉDICOS, <http://www.revistamedicos.com.ar/numero47/pagina34.htm>)

Sobre la necesidad de la interdisciplinariedad, la Dra. Comentó que la obra social ha trabajado muy bien con el Ministerio de Salud y con la Dirección General de Escuelas en su propósito de llegar a grandes poblaciones. En la campaña de Autocuidado, por ejemplo se ha llegado a los alumnos del polimodal con el fin de concientizarlos acerca de la importancia de la prevención.

Luego Zárate expresa que “si bien como Obra Social hemos avanzado en una concepción de salud positiva, que incorpora la promoción y la prevención, el incremento en los costos del sistema curativo de atención nos pone permanentemente en una disyuntiva: tener que decidir a qué aplicamos nuestros recursos”. (REVISTA MÉDICOS, <http://www.revistamedicos.com.ar/numero47/pagina34.htm>)

“Gestionar intervenciones de prevención en una Obra Social exige: medir y dar cuenta del impacto de las acciones, formar equipos comprometidos, ejercer decisión política para afrontar las presiones de la alta complejidad y abrirse a la innovación tecnológica y a la incorporación de nuevas drogas farmacológicas” (REVISTA MÉDICOS, <http://www.revistamedicos.com.ar/numero47/pagina34.htm>)

Para resumir, podemos decir que OSEP basa su intenso trabajo preventivo en:

- Colaborar con el mantenimiento del buen estado de la salud
- Modificar la idea de que la Obra Social cura la enfermedad
- Educar e incentivar la práctica de hábitos saludables
- Acercar al afiliado y reducir la distancia médico/afiliado
- Detectar precozmente patologías relevantes.

Como esta entrevista lo muestra, OSEP tuvo una clara inclinación hacia la prevención durante la gestión 2000/2008 que estuvo dirigida por el Lic. Marcelino Iglesias.

Pero el programa Hábitos Saludables no alcanzó a cumplimentar los requisitos formales para convertirse en uno de los que ya existían y sólo se redujo a una prueba piloto.

No obstante, el índice de consultas es alto y por momentos los profesionales se saturan de pacientes, disminuyendo la calidad de atención y la capacidad de seguimiento de todos los tratamientos que existen.

Todavía los afiliados se demuestran renuentes a concurrir, no aceptan que la obesidad sea una enfermedad y por ello también es grande la deserción de las familias que ingresan la programa Hábitos Saludables.

Por esto realizamos la búsqueda de material bibliográfico, Internet y otros que den fuerza a nuestra hipótesis; para que el directorio de OSEP actual lo analice y ponga en marcha un plan de comunicación para el programa.

Capítulo IV: El Plan de Comunicación

4.1. Introducción:

Luego de haber completado un intenso recorrido por la teoría, investigaciones y después de estar al tanto de varios casos que sirven como ejemplo, nos abocamos ahora a resumir este trabajo en un plan de comunicación.

Este plan nos permite encauzar todo el material recolectado y convertirlo en una propuesta de comunicación para el programa preventivo de OSEP que nos convoca: Hábitos Saludables.

Hemos tomado como ejemplo el plan ofrecido por PROAPS que es un programa de promoción de la salud de la provincia de Córdoba y que se asemeja en varios aspectos al que nosotros buscamos.

En esta primera etapa propuesta, sólo ofrecemos ideas simples, concretas y accesibles para que la institución le de al programa (Hábitos Saludables) el lugar que le corresponde; a la par de otros que se ocupan de prevenir enfermedades en la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza.

Nos referimos a la confección de un logotipo e isotipo para que pueda ser fácilmente reconocible por los afiliados, como el resto de los programas. Y el folleto correspondiente que explica de manera simple en qué consiste y cómo los afiliados pueden acceder al mismo.

Logotipo: es la representación gráfica del nombre propio, tal como la firma es registro del nombre de una persona. Debe ser legible y pronunciable.

Isotipo es una figura icónica que representa gráficamente a un programa. Tiene como función mejorar las condiciones de identificación, por lo que se deben elegir figuras estables y pregnantes, que sean de fácil lectura. Sus posibilidades gráficas son múltiples, puede ser una deformación creativa del logotipo, representaciones más o menos realistas, personajes u objetos, o composiciones abstractas.

El logotipo y el isotipo pueden aparecer separadamente, en combinación o alternativamente uno y otro. Cuando son indisociables se habla de isologotipo. (COSTA, Joan, *“Imagen Corporativa en el siglo XXI”*, 2° edición, Ediciones Crujía, Bs. As., Argentina.)

También se contempla en la propuesta la inserción del programa dentro del sitio web de OSEP, en el cual tampoco figura como programa preventivo (www.osep.mendoza.gov.ar) (www.osepmendoza.com.ar)

Actualmente la difusión del programa es “de boca en boca” y en muchas ocasiones los afiliados no logran ubicarlo porque no ha sido debidamente

promocionado por la institución y eso sin dudas constituye un problema para quienes están interesados.

Luego entonces todas las oficinas de informes contarán con el material necesario para convertirse en promotores del programa y podrán orientar a los afiliados para que logren en tiempo y forma acceder a la primera consulta del programa.

En la primera cita, el niño con problemas de sobrepeso concurre con su familia y luego es derivado para completar estudios de rutina. En esa instancia el afiliado se encuentra con todo el equipo del programa; integrado por: médico de familia, médico pediatra, nutricionista, psicóloga y profesor de gimnasia.

Y cuando se retira, solicita los turnos (personalmente y/o por teléfono) que le indican los profesionales. Como medida general, el equipo le pide al afiliado que saque su turno antes de retirarse del edificio Xeltahuina, que es donde funciona (Salta 877 de Ciudad)

Al momento terminar la consulta, los profesionales buscan acompañar al grupo familiar hasta la oficina de turnos para asegurarse de que cumplan con los requerimientos. También lo hacen porque de esa manera de demuestran interés a los afiliados y generan lazos más estrechos con ellos.

4.2. Elaboración del Plan de Comunicación:

Vamos a desarrollar un esquema que propone Gabriel Kaplún para realizar acciones concretas con esa comunidad, desde una convocatoria o una cartilla, hasta una campaña general que incluya varias acciones.

Presentamos ahora una propuesta de trabajo para lograr que nuestras acciones en comunicación resulten pertinentes y productivas en función de nuestros objetivos como equipo de salud.

Los materiales comunicativos tienen como objetivo no sólo proporcionar información sobre algunos temas o problemas que vive la comunidad, sino también, en determinados contextos, generar y facilitar el desarrollo de una experiencia de aprendizaje, una experiencia de cambio y enriquecimiento. Este puede ser un cambio conceptual o perceptivo, axiológico o afectivo, de habilidades y actitudes.

La propuesta de comunicación que vamos a desarrollar implica pensar la producción de acciones y materiales comunicativos con un sentido educativo y parte de preguntas simples que guían la construcción de un Plan de Comunicación.

4.3. Ejes para armar un Plan de Comunicación

Para realizar acciones o producir materiales de comunicación con un sentido educativo, debemos realizar una doble definición e investigación:

- UNA INVESTIGACIÓN TEMÁTICA: en la que definiremos el tema general a partir del cual nos vamos a vincular con un sector de la comunidad. Aquí responderemos la pregunta ¿sobre qué vamos a dialogar? A veces eso está definido por la propia especificidad del trabajo.

Ya sabemos que nuestro tema es la obesidad infantil y queremos llegar a los afiliados de OSEP que sufran esa problemática. A lo largo de este trabajo hemos ahondado en las características de la comensalidad y los cambios que se han sucedido desde el punto de vista de la antropología alimentaria.

- UNA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA: en la que indagaremos y definiremos ¿con quiénes nos queremos comunicar? Dijimos que toda acción comunicativa, toda construcción de mensajes desde la perspectiva de la promoción de salud, debe tener en cuenta principalmente a aquél con quien nos queremos comunicar. Entonces es muy importante poder responder claramente a esta pregunta.

Al respecto podemos decir que en una primera instancia buscamos llegar a ser reconocidos dentro de la obra social como un programa preventivo nuevo.

El público general son los todos los afiliados de OSEP. Pero al que más nos interesa llegar es a quienes no reconocen que tienen problemas de sobrepeso para acercarlos al programa “Hábitos Saludables”.

Es muy común que intentemos producir medios de comunicación “para todos”, “para cualquiera que lo quiera leer”, el problema es que pensando de esa manera obviamos una premisa fundamental: no todos somos iguales. Tenemos que pensar que no le gustan ni necesita las mismas cosas el anciano y la adolescente, el ama de casa y los niños, el joven que vive con los padres y el metalúrgico que sostiene una familia, etc, etc, etc. (www.proaps.cba.gov.ar)

Si no pensamos a quién le queremos hablar, a qué segmento de la comunidad, lo más probable es que solo le hablemos a las que más se parecen a nosotros. Porque, en general, tendemos a creer que todas las personas comparten nuestras creencias, nuestros valores, nuestros lenguajes y nuestros códigos.

Por eso hablamos de segmentar el público, es decir, determinar con precisión a qué grupo de la comunidad está dirigido este material que estamos armando, este taller, cartilla, encuentro, revista, volante, cuña radiofónica, festival, etc.

Luego entonces habrá que preguntarse ¿cómo son, cuál es la historia de aquellos con quienes queremos comunicarnos? Y también ¿qué piensan ellos de aquello sobre lo que queremos dialogar? Así podremos incorporar los

contextos y situaciones en que funcionarán nuestros mensajes y materiales, y las características del medio.

Una vez que realizamos las dos investigaciones (temática y diagnóstica) es necesario abordar una tarea un poco más compleja pero fundamental para que la producción de materiales y acciones sea efectiva y no desperdiciemos tiempo, trabajo y recursos que son cosas que siempre faltan.

El paso siguiente será definir tres ejes que estructuran el proceso de producción de materiales y acciones de comunicación:

- . **EJE CONCEPTUAL**
- . **EJE PEDAGÓGICO y**
- . **EJE COMUNICATIVO**

EL EJE CONCEPTUAL es el que responde a la pregunta general de **¿QUÉ?**: ¿sobre qué vamos a hablar?, ¿cuál es el tema? Este eje se construye a partir de la investigación temática.

La investigación temática es la que nos permite definir las ideas principales del tema sobre el que se busca generar una experiencia de aprendizaje. Es la que nos permite determinar el mapa conceptual: qué se dice primero y qué se dice después.

Como es imposible desarrollar un tema en toda su complejidad y extensión, la investigación temática, junto con la investigación diagnóstica nos permiten delimitar las cosas que vamos a decir en función de aquellos con quienes vamos a dialogar.

Es bueno pensar que “como vamos a trabajar de manera más centrada y específica, es importante la investigación diagnóstica porque nos permite saber cuáles son las necesidades reales de la población con la que trabajamos y no sólo lo que nosotros como profesionales de la salud tenemos para decir...”

EL EJE PEDAGÓGICO es el camino que le proponemos recorrer a los actores con quienes queremos entablar un diálogo. Es la distancia que hay entre lo que la gente piensa y siente hoy sobre algún tema (obesidad infantil) y lo que nosotros proponemos.

Este camino parte del lugar donde está el destinatario respecto al eje conceptual propuesto, y a partir de ese lugar plantea un recorrido en función de los objetivos propuestos para nuestra acción comunicativa.

EL EJE PEDAGÓGICO expresa los objetivos de nuestro Plan de Comunicación

Pero es imposible partir desde el lugar del otro si no lo conocemos. Por eso para poder definir el **EJE PEDAGÓGICO** tenemos que realizar la investigación

diagnóstica. Debemos conocer cuáles son las ideas previas sobre las cuáles, con la cuáles, y muchas veces contra las cuáles se va a construir una nueva concepción, una nueva conceptualización, una nueva actitud o una nueva habilidad.

Esta nos permite conocer los contextos y los actores con quienes queremos establecer un vínculo comunicativo. Esto implica entender qué saben, qué quieren, qué piensan y qué ignoran del tema o la problemática en cuestión con la que vamos a trabajar.

Hay que saber que nuestras acciones y nuestros materiales van a generar una tensión, un conflicto entre las ideas previas de los actores y nuestro planteo. Vamos a problematizar no sólo la concepción inicial de nuestros interlocutores, sino a veces también los aspectos afectivos y los valores. Esta tensión es la que permite y produce el cambio de concepción, de actitud, de acción.

“Ahora bien, no siempre ese conflicto implica la destrucción absoluta de las ideas previas. Muchas veces éstas son los cimientos con los cuales construir nuevas concepciones. Las mismas personas, a veces, tienen sobre el tema/problema varias opiniones en principio contradictorias que tienen intuiciones certeras” (www.proaps.cba.gov.ar)

Ya sabiendo con quiénes vamos a trabajar, sabemos también sobre qué queremos dialogar y hemos definido para qué, qué cambios queremos lograr. Entonces nos planteamos ¿cómo lo hacemos?

Ese es el **EJE COMUNICACIONAL**: ¿a través de qué recursos, medios, acciones es más útil y productivo entablar ese diálogo?. Aquí definimos el modo concreto en que proponemos recorrer el camino. Este eje puede ser simplemente: “una metáfora, una imagen o una consigna”.

Para encontrar este eje necesitaremos saber ¿cuáles son los lenguajes y códigos de la comunidad?, y más específicamente de aquellos sectores de la comunidad con los que vamos a dialogar en esta oportunidad. En función de esto podremos definir cuáles son los medios y acciones más adecuados, dentro de los que están a nuestro alcance.

Aquí es donde vuelve a cobrar importancia la investigación diagnóstica que realizamos, porque ese diagnóstico nos solo nos permitió conocer los códigos y lenguajes que la comunidad utiliza y disfruta, sino que además en la charla seguramente habremos recogido múltiples anécdotas, refranes, historias de la zona y de la gente que vivió allí, fragmentos de sus alegrías y sus penas, de sus fiestas y sus reclamos.

Todo eso surge de la investigación diagnóstica, se junta y dialoga con los saberes teóricos y técnicos de nuestra investigación temática, de nuestra formación profesional, y se transforman en insumos a partir de los cuales construiremos nuestro eje comunicacional.

La relación dinámica entre los tres ejes permitirá construir el camino que invitamos a recorrer.

El **EJE PEDAGÓGICO** es el que articula a los otros dos en tanto es el que expresa los objetivos de lo que queremos hacer. En este proceso nos daremos cuenta que lo que definimos como **EJE CONCEPTUAL** no debe ser sólo una exposición lógica de argumentos. **El EJE COMUNICACIONAL** puede llevarnos a repensar los otros dos, puede que desencadene nuevas ideas que nos hagan revisar otras posibilidades no previstas, y a la vez puede hacernos pensar en la consecuencia y pertinencia del planteo.

Proponemos en primera instancia que OSEP cree para el programa preventivo “Hábitos Saludables” su isologotipo correspondiente para darlo a conocer, igual que los otros ya existentes.

También pensamos que sería de gran utilidad confeccionar un folleto institucional (como todos los otros programas tienen) para ser entregado en los centros de informes de los efectores propios de OSEP, principalmente aquellos en los que se atienden niños. Lo más populosos son: Sanatorio Fleming y Hunuc Huar.

Una propuesta intrínseca es la capacitación de los agentes que están en contacto permanente con los afiliados (centros de informes, call center, etc) para que conozcan el programa y puedan ofrecerlo a los afiliados.

Finalmente, los actores con quienes dialogamos podrán o no haber cambiado algunas concepciones, percepciones, valores; pero sin duda habrán empezado a mirar otras posibilidades y habremos establecido vínculos que nos permitirán recorrer otros caminos.

Cumplida la primera instancia presentada (isologotipo y folletería institucional) luego nos gustaría incursionar en la Imagen e Identidad Corporativa del programa Hábitos Saludables que, sin dudas brindaría fuerte apoyo para que el programa que fortalezca, crezca y pueda seguir siendo promocionado sobre la base sólida de presentarse y mantener presente su Visión, Misión y Valores con los que se fundó.

CONCLUSIONES

La obesidad infantil ya es considerada una pandemia (globesidad) y es tarea del estado brindar información y atención médica para todos los mendocinos.

Por parte de OSEP sería oportuno darle al programa “Hábitos Saludables” el marco administrativo y todas las herramientas necesarias para que sean capaces de difundirlo, contactar a los afiliados que sufren esa enfermedad y contenerlos dentro del programa hasta que definitivamente incluyan hábitos saludables en sus vidas y se controlen periódicamente para no sufrir las consecuencias a largo plazo y sin la debida atención profesional.

Sabemos que no es tarea sencilla, pero sí creemos que con este humilde aporte que es nuestra tesina de grado; podremos contribuir para concretar las propuestas presentadas y así mejorar la calidad de vida de los afiliados de OSEP.

ANEXOS

ANEXO:

1) CARTA DE OTTAWA

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud:

Promoción de la Salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de la riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Prerrequisitos para la Salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Promocionar el Concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

Proporcionar los Medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

Actuar como Mediador

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucrados como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

La participación activa en la promoción de la salud implica:

- La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen a este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

- La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo,

las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

- **El reforzamiento de la acción comunitaria**

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

- **El desarrollo de las aptitudes personales**

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma, afronte las

enfermedades y las lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

- **La reorientación de los servicios sanitarios**

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios de los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

- **Irrumpir en el futuro**

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

- **El compromiso a favor de la promoción de la salud**

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- . a intervenir en el terreno de la política de salud pública y a abogar a favor de un compromiso público claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- . a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- . a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- . a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- . a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- . a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida.

La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza a favor de la salud.

- **Llamada a la acción internacional**

La Conferencia insta a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar a favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo "Salud para Todos en el año 2000" se hará realidad.

ANEXO

2) LEY DE OBESIDAD MÓRBIDA DE MENDOZA

Sanción Nro.: 07798

LEY 7.798

MENDOZA, 10 de Octubre de 2007.

(LEY GENERAL VIGENTE)

(DECRETO REGLAMENTARIO 1810/08, BO. 21/07/2008)

B.O. : 12/10/2007

NRO. ARTS. : 0012

*TEMA : CREACION PROGRAMA PROVINCIAL OBESIDAD MORBIDA NIÑOS
ADOLESCENTE ADULTOS*

SALUD MINISTERIO

*EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA,
SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:*

Artículo 1º - Créase el Programa Provincial de Obesidad Mórbida, destinado a la problemática de niños, adolescentes y adultos, que por su enfermedad así lo exigen.

Artículo 2º - Declárase de interés provincial la lucha contra la obesidad, enfermedad multifactorial y crónica, caracterizada por el incremento en el porcentaje de tejido adiposo corporal, así como una anormal distribución del mismo, que se constituye en factor de riesgo que incrementa la morbimortalidad, declarada como epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud e incorporándola como política de Estado.

Es considerada en sí misma, como factor de riesgo y/o como desencadenante o agravante de otras enfermedades, con costos socioeconómicos tanto para el Estado Provincial como a la Obra Social de Empleados Públicos (O.S.E.P.).

Artículo 3º - El Ministerio de Salud determinará en la reglamentación el área encargada de la aplicación y administración del Programa para la detección, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la obesidad, que deberá ser realizado por profesionales especialistas en la enfermedad, asegurando el acceso de los pacientes con dicha patología en todo el territorio de la Provincia.

Establécese como Centro de referencia para la patología prevista en el Art. 1º

al Hospital Scaravelli.

Artículo 4º - Serán beneficiarios del Programa Provincial de Obesidad Mórbida, todas las personas (niños, adolescentes y adultos), con residencia habitual y permanente en la Provincia de Mendoza, debidamente documentada, que no cuenten con cobertura social o que teniendo cobertura social, acrediten insolvencia para afrontar el costo de la terapia.

Artículo 5º - La condición de insolvencia deberá ser establecida por medio de los mecanismos correspondientes a cargo de los Hospitales, trámite que en ningún caso podrá omitirse, deberá contar con el dictamen técnico del médico solicitante.

Artículo 6º - El otorgamiento del beneficio se materializará, una vez que se haya cumplido con la evaluación pertinente y se encuentre avalada por un funcionario asistencial a nivel de Jefe de Servicio o de Departamento determinado por el Programa.

Artículo 7º - El Programa deberá remitir trimestralmente a las Comisiones de Salud de ambas Cámaras, un informe detallado sobre el desarrollo de las actividades con balance actualizado.

Artículo 8º - El gasto que demande el cumplimiento de la presente ley será atendido con recursos asignados al efecto por el Ministerio de Salud, de acuerdo a las previsiones presupuestarias que corresponda.

Artículo 9º - El Ministerio de Salud y la Dirección General de Escuelas (D.G.E.) deberán realizar programas educativos en las escuelas para promover la prevención de la obesidad mórbida.

Artículo 10 - El Ministerio de Salud será el encargado de:

a) Instrumentar campañas informativas a través de los medios de comunicación (escritos, orales y televisivos) relativas a la obesidad, dirigidas a la población en general, como así también campañas educativas acerca de las características de la enfermedad, sus consecuencias, aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y sociales y de las formas apropiadas de prevención y tratamiento.

b) Organizar las residencias médicas para la capacitación profesional en el marco de su política sanitaria, formando equipos interdisciplinarios capacitados, disponiendo las instalaciones y equipamiento adecuado para la atención de esta patología con tratamientos integrales acordes con la problemática.

Artículo 11 - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un período no mayor a noventa (90), días.

Artículo 12 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

*DADA EN EL RECINTO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA
DE LA PROVINCIA DE*

MENDOZA, a los diez días del mes de octubre año dos mil siete.

*Juan Carlos Jaliff
Analía V. Rodríguez
Andrés Omar Marín
Jorge Manzitti*

ANEXO

3) Fundamentos del programa preventivo de OSEP, “Hábitos Saludables”

HÁBITOS SALUDABLES

ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD INFANTO JUVENIL

Equipo Interdisciplinario:

Dra. Magdalena Médico

Dra. Carol Reyes

Lic. Marcela Pezzutti

Lic. Mariela Yúdica

Prof. Javier Domínguez

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA-EDUCATIVA PARA NIÑOS CON OBESIDAD

FUNDAMENTOS:

De acuerdo a los registros realizados en las escuelas de verano y en algunos consultorios externos de OSEP CERCA, se ha detectado cerca de 22.5% de niños con sobrepeso y 12.5% con obesidad, entre la población infantil.

Si bien hay un antecedente de trabajo desde la delegación de San Rafael, La OSEP no ha desarrollado para el conjunto de los afiliados, hasta el momento, una estrategia de abordaje integral de esta problemática, por lo cual presentamos una propuesta de abordaje integral.

VISIÓN:

Abordaje integral de la obesidad infantil para niños afiliados a la OSEP.

MISIÓN:

Conformación de un equipo de trabajo destinado al tratamiento de la obesidad infantil, sus aplicaciones y/o la prevención de las mismas desde un enfoque de abordaje integral, con respeto por las pautas culturales de cada familia incluida en la intervención.

OBJETIVOS:

1. Ofrecer a los niños afiliados y a sus familias herramientas que permitan adoptar un modelo saludable de vida.
2. Tratar los niños con sobrepeso, obesidad y sus complicaciones en base a pautas validadas, con criterios de integralidad y continuidad de la atención.
3. Consensuar con los profesionales que atienden a niños afiliados en distintas dependencias de OSEP la modalidad de trabajo.
4. Capacitar a los profesionales que atienden niños desde diferentes efectores y programas de OSEP en esta modalidad de abordaje.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Niños de 0 a 19 años afiliados a OSEP.

Divididos en 2 grupos: 0 a 11 años y de 11 a 19 años. El abordaje de este último grupo estará a cargo del programa "Adolescencia".

METODOLOGÍA DE TRABAJO:

- Educativo.
- Actividad física programada.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES:

CONSULTORIO DE ADMISIÓN INTERDISCIPLINARIO:

Población objetivo: niños de 0 a 11 años derivados con diagnóstico de obesidad o pacientes que consultan espontáneamente.

Acceso al consultorio: 4299881 – 4259881 – 4234947

Días de atención: jueves de 10.30 a 12.30 horas.

Miércoles de 15 a 17 horas.

Nº de consultas diarias: 4. Sesiones de 30 minutos por paciente.

Criterios de inclusión:

Sobrepeso con complicaciones.

Obesidad.

Fracaso de tratamientos previos.

Obesidad en pacientes con fenotipo alterado.

Consultas de seguimiento: programadas por el equipo, en los consultorios propios de cada profesional. Cuatro horas semanales.

TALLERES DE HÁBITOS SALUDABLES

Objetivo: ofrecer a las familias las herramientas necesarias que les permitan adherirse a un estilo de vida saludable, mediante una metodología participativa.

Días de atención: viernes de 16 a 18 horas.

Criterios de inclusión: los pacientes que cumplieron la etapa de admisión.

Nº de pacientes por taller: 15 niños con algún miembro de la familia como acompañante.

Equipo de atención:

Dra. Magdalena Médico

Dra. Carol Reyes

Lic. Mariela Yúdica

Lic. Marcela Pezzutti

Prof. Javier Domínguez

ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA Y ACTIVIDADES RECREATIVAS

Objetivo: habitar al paciente a realizar al menos tres horas semanales de ejercicios físicos programados acorde a la edad y patología. Consolidar hábitos saludables.

Criterios de inclusión: pacientes derivados por el equipo de referencia, que cumplieron la etapa de admisión.

Días de atención: lunes a sábados. Tres horas semanales por paciente.

RECURSOS:

Consultorio para el equipo interdisciplinario. Armario, historias clínicas, material de librería, folletos, Rp con pedidos de analítica impresos, planillas de registro de consultas, balanzas de palancas, pediómetro, tensiómetro con manguitos pediátricos, escritorio y sillas.

STS: falta codificar: sobrepeso, síndrome metabólico, gimnasios (convenios con gimnasios municipales y privados) falta incorporar gimnasios en Maipú y Luján.

Salón de usos múltiples, cuatro consultorios para la evaluación clínica mensual de seguimiento, E. multimedia, afiches, fibrones, cintas, material didáctico impreso, sillas, planillas de registro.

EQUIPO DE REFERENCIA:

Dra. Magdalena Médico, pediatra –neuróloga infantil; 12 horas semanales.

Dra. Carol Reyes, médico de familia; 12 horas semanales.

Lic. Mariela Yúdica, Lic. en Nutrición; 6 horas semanales.

Lic. Marcela Pezzutti, Lic. en Psicología; 12 horas semanales.

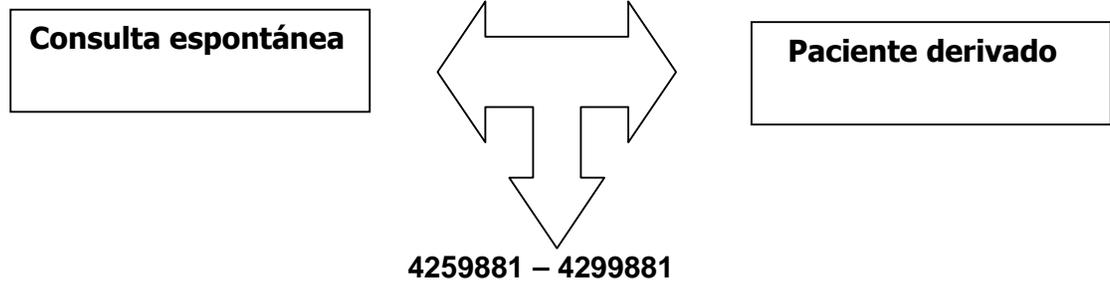
Prof. Javier Domínguez; 12 horas semanales.

Enfermero: decisión pendiente

Administrativos: decisión pendiente

Asistente Social: decisión pendiente

METODOLOGÍA DE TRABAJO



CONSULTORIO DE ADMISIÓN

Criterios de inclusión

- . obesidad
- . sobrepeso con complicaciones
- . fracaso de tratamientos previos
- . obesidad y fenotipo alterado

positivos

negativos

Orientación del paciente

Taller de hábitos saludables consultorio de seguimiento ejercicios físicos programados y actividades recreativas

PRIMERA EVALUACIÓN: 4° MES DE TRATAMIENTO

CRITERIOS DE PREALTA

NEGATIVOS

THS + CS + EFP – AR

EVALUACIONES BIMESTRALES
CUATRIMESTRALES

POSITIVOS

CS + EFP – AR

EVALUACIONES

EVALUACIÓN AL AÑO DE INICIO DE TRATAMIENTO

Criterios de alta

consultorio de seguimiento cada 3 meses

Criterios de prealta

continúa CS + EFP AR

Los siguientes recursos resultan imprescindibles para el desarrollo de las actividades del equipo de hábitos saludables.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES: consultorio de admisión y seguimiento.

1. consultorio con espacio para el equipo interdisciplinario de admisión y seguimiento
2. balanzas de palancas para menores de 4 años (hasta 16 kilos) y balanza de palancas de pie
3. pediómetro para lactantes y tallímetro de pie
4. cinta métrica de 2 o 3 metros inextensible para medir perímetro de cintura
5. camilla
6. material de librería, historias clínicas
7. armario para el resguardo de las historias clínicas
8. tensiómetro con manguitos pediátricos
9. horas de trabajo en psicología infantil, nutrición, educación física programada y médicas

ACTIVIDAD FÍSICA PROGRAMADA Y RECREATIVA:

1. espacios destinados al desarrollo de la actividad programada
2. espacios y recursos legales inherentes al desarrollo de la actividad recreativa

3. 12 horas semanales de actividad física

TALLERES PARA PADRES Y NIÑOS.

1. salón de usos múltiples: viernes de 16.30 a 18 horas y sábados de 9.45 a 11 horas
2. material de librería

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Admisión			15 a 17	10.30 a 12		
Psicología				14 a 17		
Med. Flia.		14 a 17				
Pediatría		9.30 a 11.30				
Nutrición				7.30 a 8.30		
AFP y R	14 a 17 psicomotriz	8 a 10	8 a 13 psicomotriz	14 a 16		
Talleres					16 a 18	10.30 a 11.30

Primer sábado de cada mes: reunión de equipo para evaluación de la intervención y elaboración de los talleres.

Último jueves de cada mes de 10.30 a 12.30 hs reunión de equipo para evaluación de historias clínicas.

Último viernes de cada mes reunión de capacitación interna. Horario de 16 a 18 hs.

AFP y R: actividad física programada y recreativa. A confirmar el lugar, según lo que se acuerde con municipios.

ANEXO

4) Mapa de la discriminación en Argentina – INADI-

ANEXO

4) Suplemento sobre Obesidad Infantil

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

AGUIRRE, PATRICIA “La cultura de la leche en Argentina”, <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/CulturadelaLeche.pdf>

“Del gramillón al aspartamo. Las transiciones alimentarias en el tiempo de la especie” <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/3transiciones.pdf>

“Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres” <http://latinut.net/documentos/antropologia/articlin/AlimentosRendidores.pdf>

BRITOS, SERGIO “Obesidad en Argentina: También una cuestión económica” http://200.89.72.103/documentos/Obesidad/docuybase/obesidad_hacia_un_nu_evo_fenotipo.pdf

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, 1986.

CASAS, LAURA “La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes”. 10° CONGRESO REDCOM, Universidad Católica de Salta, 2008.

CESNI (Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil) “Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo?” http://www.nutrinfo.com/pagina/info/obesidad_argentina.pdf

CINGOLANI, GASTÓN, “Una lectura crítica desde la Teoría de la Discursividad de Eliseo Verón”, Universidad Nacional de Rosario.

COSTA, JOAN, “Imagen Corporativa en el siglo XXI”, 2° edición, Ediciones Crujía, Bs. As., Argentina.

EPSTEIN, ISAAC, “Comunicación y Salud”, Cátedra UNESCO, San Pablo, Brasil.

INADI, “Hacia una Argentina sin discriminación”, Argentina, 2008.

INADI, “Mapa de la Discriminación en Argentina – Provincia de Mendoza”, Argentina, 2008.

LEY DE OBESIDAD MÓRBIDA, sanción 07798, Honorable Legislatura de Mendoza, 2007.

MACEIRA, DANIEL, “Atención Primaria en Salud”, Editorial Paidós, Argentina, 2007.

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, FAMILIA Y COMUNIDAD, “Obesidad Infantil, Mendoza, Argentina, 2008.

MONTERO, JULIO CÉSAR, *“Obesidad: una visión antropológica”*, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos aires, 2001.

RESTREPO, HELENA, *“Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable”*, Editorial Médica Internacional, Colombia, 2001.

REVISTA MÉDICOS,

<http://www.revistamedicos.com.ar/numero47/pagina34.htm>

VIZCARRA, FERNANDO, *“Premisas y conceptos básicos en la Sociología de Pierre Bourdieu”*, Méjico, 2002.

www.inadi.gov.ar

www.infosalud.mendoza.gov.ar

www.msal.gov.ar

www.revistamedicos.com.ar

www.oms.org

www.osepmendoza.com.ar

www.osep.mendoza.gov.ar

www.proaps.cba.gov.ar

www.salud.mendoza.gov.ar

www.wikipedia.com

ÍNDICE GENERAL

Carátula.....	1
Introducción.....	2

Capítulo I. Historia de la Promoción de la Salud

1.1. Introducción.....	3
1.2. Promoción de la Salud. Inicios.....	4
1.3. Otros antecedentes de la Promoción de la Salud.....	8
1.4. Nuevos conceptos de salud.....	10
1.5. La Carta de Ottawa.....	11

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Bourdieu.....	20
2.1.1. Campo.....	20
2.1.2. Sistemas de relaciones de fuerza.....	21
2.1.3. Campos y Capitales.....	21
2.1.4. Habitus y poder simbólico.....	21
2.2. Lectura crítica de Verón a Bourdieu.....	22
2.2.1. Representaciones subjetivas, simbólico y hábitus.....	22
2.2.2. Verón y su Teoría de la Discursividad.....	24
2.2.3. Resumen.....	24
2.3. Antropología Alimentaria.....	25
2.3.1. Transiciones alimentarias.....	25
2.3.2. Principales modificaciones en la Comensalidad.....	28
2.4. Antropología Alimentaria en Argentina.....	28
2.4.1. Rol del estado e incidencia de las políticas públicas.....	29
2.4.2. El consumo y el mercado segmentado.....	30
2.5. Alimentos rendidores.....	32
2.5.1. Introducción de la investigación.....	32
2.5.2. Políticas Públicas sobre alimentación.....	33
2.5.3. La comensalidad de los pobres.....	33
2.5.4. Los alimentos rendidores de los pobres.....	34
2.6. Fenotipo.....	34
2.6.1. Conceptos básicos.....	35
2.6.2. Obesidad en el mundo y en América Latina.....	35
2.6.3. Disponibilidad de alimentos.....	36
2.6.4. Las compras y el consumo de los hogares en la perspectiva de la obesidad.....	37
2.6.5. La alimentación de los niños en la perspectiva de la obesidad.....	37

2.6.6. La composición de alimentos y comidas rápidas e informales de consumo frecuente.....	38
2.6.7. Práctica de actividad física y uso del tiempo libre.....	39
2.7. Obesidad en Argentina contemplando el factor económico.....	40
2.7.1. Conceptos previos.....	40
2.7.2. Las preferencias por los alimentos obesogénicos.....	41
2.7.3. Acceso a la información, conocimiento nutricional.....	42
2.7.4. Conclusiones.....	42
2.8. Obesidad en Mendoza.....	43
2.9. Actividades del Gobierno de Mendoza para promocionar hábitos saludables.....	44

Capítulo III: Comunicación y Salud

3.1. Conceptos preliminares.....	45
3.2. Relación Médico Paciente.....	45
3.3. Comunicación de la salud en los medios.....	46
3.4. La comunicación para la salud: prácticas diversas, saberes concurrentes y problemas comunes.....	47
3.5. OSEP. Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza.....	52

Capítulo IV: El Plan de Comunicación

4.1. Introducción.....	55
4.2. Elaboración del Plan de Comunicación.....	56
4.3. Ejes para armar un Plan de Comunicación.....	57
Conclusiones.....	61
Anexos.....	62
Índice Bibliográfico.....	94
Índice General.....	96