

UNA VISION MAS ALLA DE LA ENFERMEDAD

Patricia Olaya*

A medida que acontecen situaciones de evolución mundial, se hacen replanteamientos en las formulaciones, acciones y definiciones para abordar los problemas sociales. En particular, los de salud-enfermedad, se han caracterizado por ser resueltos de una manera UNILATERAL, contestataria, desacorde con las causas socio-económicas y hasta descontextualizadas de las prácticas, creencias y valores de quienes en el tercer mundo padecemos los problemas.

Es así como en este orden de ideas se presenta desde hace unos años como alternativa económica, la teoría y ejecución neoliberal internacional como replanteamiento económico del sistema capitalista.

“La Actitud Intervencionista del Estado de las últimas décadas no mostró los beneficios esperados (en términos de justicia social y desarrollo económico), con lo cual se agudiza la crisis del papel del Estado a nivel mundial, pero especialmente en los países latinoamericanos. Frente a esta situación se intenta introducir cambios en el aparato estatal que permitan volcar el sistema productivo y los recursos nacionales, por una parte, hacia el pago de la deuda externa, y por otra, a interiorizar en cada país las pautas de producción y consumo determinadas por las reglas de la competencia a escala mundial” (1).

Haciendo una integración entre: condiciones sociales, económicas y políticas, nacionales e internacionales que sirven como contexto al proceso de toma de decisiones del sector salud; se podrá hacer una aproximación de los resultados, que por efectos de la nueva legislación en participación comunitaria en

* Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional.

salud, se van a obtener, no sólo desde el movimiento y participación ciudadana o de la sociedad civil en general sino también en el proceso de toma de definiciones del sector, acorde con los desarrollos y propuestas de los grupos poblacionales y sociales en el mejor de los casos.

Sobre los grandes y aún inexplorados cambios en materia de prestación de servicios de salud que ha suscitado la iniciativa estatal instrumentalizada en la Ley 10 del 90, Decreto 1416 (2), es pertinente reflexionar, analizar y desplegar nuevos delineamientos y acciones en el desempeño del profesional en salud y en particular del profesional de Enfermería, que como agente de cambio y liderazgo del equipo de salud, ha sido perfilado por las distintas iniciativas universitarias e internacionales.

Dentro de estos marcos de referencia, entramos a discernir e integrar varios considerandos como son:

- De un lado la necesidad de reconstruir los modelos tradicionales administrativos y por ende el quehacer de Enfermería acorde con los cambios legislativos y de operacionalización; con las expectativas y logros poblacionales.
- Del otro, fundamentalmente el rescate de las culturas de la salud que étnicamente existen en nuestro país; aspectos que integrados a la necesidad, que el individuo asuma en su vida –su cuerpo– su entorno, para fomentar una cultura de la salud que parta de la conciencia de su cuerpo, de su comunidad, para que sea unidad en concordancia con su ambiente.

Integrando los dos considerandos, pretendo ampliar el concepto del quehacer de Enfermería en referencia con la toma de decisiones de los individuos en los grupos sociales para modificar los procesos de salud-enfermedad en los mismos.

ENFERMERIA, dentro de las profesiones que tienen como objetivo propender por la preservación y consecución de la salud, debe profundizar en una labor *central* que se puede plantear en dos sentidos: uno conceptual y otro de campo.

Inscritos en los cambios administrativos, conceptuales y económicos que operan actualmente en el país; incluyendo nuevos paradigmas de las ciencias sociales y jurídicas que nos obliguen dinámicamente y eficazmente en el equipo de salud ante los nuevos retos impuestos al país en materia de descentralización administrativa.

Estos contenidos pueden ser abanderados con nuevas estrategias que exigen la visión profesional de Enfermería a partir del proceso salud-enfermedad, del proceso administrativo y de la función social de Enfermería; de tal manera que este Profesional participe de un equipo interdisciplinario de salud, o de prestación de servicios del sector salud, que propenda por potencializar las capacidades de: *Diagnóstico, administrativas, de veeduría y de toma de decisiones*, fundamentalmente con los moradores con quienes interactúa.

Entrando en materia, considero que no sólo son los conceptos expuestos los que deben modificarse como línea de base para un perfil acorde con los planteamientos de las ciencias sociales que permitan sobrepasar los enfoques meramente determinísticos para ubicar acciones en salud, de Enfermería como profesión, en un equipo; capaces de interpretar el sentir, quehacer y realidad de los pobladores; a la luz de la prevalencia e incidencia de la morbimortalidad de los mismos.

Contextualizando el quehacer del profesional de Enfermería y el de salud en general, se pretende garantizar un ejercicio profesional de cooliderazgo en donde las acciones de enfermería aún pudiendo ser particulares, puedan desarrollarse y coordinarse. En primera instancia con los otros profesionales de la salud y de su nivel de atención y en segunda instancia con los otros sectores sociales que pueden potencializar y materializar los proyectos de desarrollo con énfasis en salud, articulándose en pro de la construcción, con la población, de nuevas y mejores condiciones de vida.

Estos planteamientos se encuentran inscritos en una nueva visión de la atención primaria en salud, como estrategia integral de desarrollo a escala humana para abordar el proceso salud-enfermedad (3).

Sobre el segundo gran aspecto señalado vale la pena valorar, rescatar y/o potencializar la capacidad de autocuidado de los individuos sea cual sea la clase social a la cual pertenezcan; con el fin de posibilitar decisiones personales sobre situaciones de riesgo que redunden sobre sus familias y sobre el grupo social con el que se interactúa.

Para favorecer este ejercicio, sólo en la medida en que nos dimensionemos como parte de un equipo que entra en los desarrollos de la gente a la cual "brindamos un servicio", reconociéndolos como sujetos activos, capaces de proponer y ejecutar planes de salud en concordancia con los sectores civiles, económicos, culturales y educativos.

Así se comenzará un nuevo perfil y quehacer del profesional de enfermería y de salud en general, contrario al sentido tradicional del trabajador extramural, puesto que no se trata de seguir solamente EXTENDIENDO servicios, sino de propiciar espacios concretos sobre necesidades sentidas de los pobladores para priorizar acciones y transformar situaciones.

Metodológicamente, sugiero rescatar e integrar aspectos culturales y sociales que no rompan con la cotidianidad de las gentes, que se direccionen a rescatar la memoria colectiva de los sujetos protagonistas de su HISTORIA, fomentando su participación activa para la práctica transformadora (4).

Con respecto al punto de la cultura de la salud, es importante hacer una mirada retrospectiva y evaluar: ¿Cuál ha sido el impacto de nuestras acciones en Educación para la Salud?

En algunos de los casos se ha desconocido la realidad económica y/o cultural de la gente; han sido colocados en contraposición o han sido violentados en la

ejecución del papel típico del “Educando”; se trata por el contrario de insertarlo en el juego de la reflexión-acción con enfoque demostrativo, que tienda a generar corriente de opinión capaz de diseminarse como creencia, práctica y actitud en salud en la población.

En este sentido diversas experiencias se han desarrollado y en algunos de los resultados se han visto extremos de las estrategias, siendo más comunes las de educación para la salud, centradas en la relación vertical educador-educandos, en donde el uno sabe y el otro aprende, en donde unilateralmente el profesional en salud ejecuta (5).

Es importante para el profesional de enfermería conocer y vivenciar la metodología que filosóficamente construya o permita una relación acertiva y de conjunto de los grupos con quienes se comparte; que nazca del sentir y del saber que cada uno vivencia en salud-enfermedad, respondiendo a una práctica familiar o del grupo al cual se pertenece. Esta anotación tiene su relevancia en el trabajo interdisciplinario y extramural, ya que cada profesional de la salud tiene supropia visión y concepto sobre una situación determinada y si resulta difícil ponerse de acuerdo en un concepto para replicarlo en la gente, imaginémonos cuál es efecto de nuestras “palabras” sobre la gama de creencias que en salud se han tejido por generaciones. No por esto deja de ser válida la presentación de una visión diferente y explicitarla para ser revalidada o considerada por un grupo o por personas con quienes se interactúe.

Es aquí donde la metodología horizontal, de educación activa y de “sujetos” tiene su razón de ser, pues permite la expresión del conocimiento individual, expuesto como posibilidades en abanico del grupo, enriqueciendo realidades y favoreciendo otros puntos de vista sobre un mismo problema. En este aspecto metodológico, como agentes de cambio, como orientadores y educadores tenemos el reto de construir nuevos paradigmas de educación para la salud, que en la apertura del sector salud, la ley establece entre otros aspectos positivos: “los mecanismos financieros para empezar a corregir el desbalance entre los servicios curativos y preventivos que el mismo estudio sectorial de salud/89 identificó como desequilibrio epidemiológico- administrativo y busca responder a la falta de resolutiveidad de los servicios básicos y a la ineficiente administración al establecer medidas para el desarrollo de sistemas de gestión” (6).

Pretendo generar algunas inquietudes alrededor del quehacer integral del profesional de enfermería, centradas en las disposiciones estatales y las necesidades; retos que en salud- enfermedad ameriten una nueva visión, que como en el “ahorcado del Tarot”, requieren un tratamiento innovador y unos rumbos consistentes con las estrategias planteadas para el presente cuatrenio. Unas de ellas son:

- ¿Cómo fomentar y reflejar un estilo idóneo que como profesión permita reconstruir una nueva cultura de la salud en los colombianos?
- ¿Es pertinente replantearnos los criterios de liderazgo de enfermería en los equipos de salud e iniciar una labor de cooliderazgo en los mismos?

- ¿Cómo fundimos sin perdernos en el actual proceso de salud-enfermedad de nuestros grupos sociales, de los cuales hacen parte los servicios de salud?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. YEPES, José Francisco, et. al. "La salud en Colombia". Análisis socio histórico. Min Salud, Bogotá, 1989, p. 124.
2. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. "La Participación y Organización de la Comunidad para el Desarrollo Social". Consejería para el Desarrollo Social, Bogotá, abril 1990, p. 186.
3. CENDALES, Lola, et. al. "Los otros también cuentan". Elementos para la recuperación colectiva de la Historia. Dimensión Educativa. Bogotá, 1990, p. 165.
4. GRANADA, Edmundo. "Método Epidemiológico: Conocimiento y Política". Documentos CEAS. Quito, Ecuador, julio 1987, p. 20.
5. SOTO, Arturo. Informe final de Investigaciones Científicas: "Investigación Científica en el Quehacer de las Ciencias de la Salud". Nota Revista CERON. Guatemala, abril 1981, p. 30.
6. MINISTERIO DE SALUD. Manual Técnico para los Comités de Participación Comunitaria. Decreto 1216, Bogotá, junio 1989.
7. QUEVEDO, Francisco. "El proceso Salud-Enfermedad hacia una Clínica y una Epidemiología no Positivistas". Ponencia en el Seminario Permanente "Salud y Administración", 19 de junio de 1990 Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios. Postgrado en Administración en Salud.