

DESAFÍOS DE LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Por Kátia Edmundo

Presentación

Las reflexiones presentadas en este artículo están basadas en percepciones e ideas movidas por un diálogo permanente entre las cuestiones propias de una práctica e inserción profesional dirigida a las clases populares en Río de Janeiro/Brasil* [¹; ²] y el contacto con los debates proporcionados por las innumerables sesiones asistidas en el ámbito de la XVI Conferencia Internacional de Sida y de la participación en la Aldea Global, en cuyo espacio podemos “sentir” más efectivamente los “movimientos sociales” en sus procesos de construcción del conocimiento. No reflejan resultados de una recolección y análisis de datos sistematizados sobre la conferencia; se destinan a establecer *puntos de diálogo* a partir del tema de la integralidad de la atención en la perspectiva de la epidemia de VIH/sida.

Para comenzar, la constatación de que la epidemia de Sida es contexto-dependiente y sus números actuales³ apuntan para la vulnerabilidad estructural a que están sometidas las poblaciones pobres del mundo.

Consideramos que la convergencia de factores negativos que producen la vulnerabilidad al HIV/SIDA debe ser contrapuesta por la convergencia de acciones de enfrentamiento distribuidas por las distintas partes del mundo. Tan sólo la construcción compartida de soluciones podrá generar el movimiento necesario para la producción social de la salud, pasando por la revisión y reconstrucción de las políticas sociales y económicas, de las instituciones de formación y atención, de los servicios y prácticas de salud en todo el mundo. Parker, (1994)⁴ nos recuerda que: *“Si las estructuras de la desigualdad social continúan existiendo, la diseminación de la infección por el HIV y SIDA continuará y continuará siguiendo las fisuras y fallas creadas por la opresión, prejuicio y discriminación social y económica. La lucha contra el SIDA surge necesariamente dentro de la lucha más amplia contra la injusticia, contra la pobreza y la miseria...”* Innumerables son los grupos sociales al margen de la sociedad, sufriendo el impacto directo de una política productora de desigualdades e injusticias sociales.

Desarrollar acciones de prevención y tratamiento del HIV/SIDA en escenarios de vulnerabilidad socio-económica viene presentándose como un gran desafío para naciones de todo el mundo y en este contexto, para América Latina. El artículo pretende enfocar tres aspectos complementarios: la distancia entre el discurso y la práctica de la integralidad en la atención; el paradigma socio-político y el derecho a la salud; el planeamiento y gestión de servicios y programas de salud pública.

La distancia entre el discurso y la práctica en la perspectiva de la integralidad

La integralidad en la atención⁵ puede ser definida como el conjunto de servicios, prácticas y técnicas desarrolladas por profesionales y por el sistema de salud para la garantía del “cuidado” en los términos apuntados por Ayres (2003)⁶. Se trata de un concepto plural y dinámico. Presupone acogida, actuación basada en la relación

social que se establece entre el profesional y la población, la valorización de la cultura local, el compartimiento de significados y sentidos atribuidos a la vida cotidiana, la integración entre acciones curativas, preventivas y promocionales de la salud. Debe tener la educación en salud como principio orientador, así como el reconocimiento de que la relación entre el profesional y la población, debe estar basada en los principios de la equidad y de la participación social.

Lo que se observa en el campo científico es que por un lado, hay un discurso sobre la importancia de una atención integral, articulada y contextualizada, presente en la fundamentación teórico-metodológica de las intervenciones e investigaciones realizadas en todo el mundo. Por otro lado, los resultados de estas mismas intervenciones e investigaciones presentados en el ámbito de la conferencia, en gran parte, nos remiten a constatar la existencia de una laguna en términos de experiencias prácticas que puedan ampliar las propuestas metodológicas de intervención en la dirección de promover una atención integral a personas afectadas por la epidemia de HIV/SIDA. Se ha observado una reducida exposición de trabajos producidos a partir del contexto latinoamericano. En la región, no obstante, se verifica la existencia de experiencias, sobre todo en el campo de la educación popular y salud pública, generadoras de capacidades y aprendizajes para ser intercambiadas en la perspectiva de una acción más integral de prevención y tratamiento del HIV/SIDA.⁷

Tratándose del HIV/SIDA, queda evidente que la integralidad de la atención presupone la fuerte asociación entre prevención y tratamiento y más que eso, debe preconizar una intervención de carácter ampliado, en que los condicionantes y determinantes de una mejor calidad de vida, sean igualmente enfrentados. Esta es ciertamente una perspectiva de intervención que encuentra consonancia con el paradigma socio-político de la prevención apuntado por Cristina Pimenta⁸ en su plática sobre prevención durante la conferencia, y que puede, de cierta forma ser extendido para el conjunto de la atención en salud.

La prevención medicalizada, que viene siendo construída por efectivos adelantos biomédicos no será suficiente para lidiar con una temática cuya centralidad de la intervención está concentrada en las condiciones de vida y salud de la población, en especial de la población pobre. Las llamadas nuevas tecnologías en salud comprenden un conjunto de aplicaciones de descubrimientos científicos, cuyo núcleo central consiste en ser capaz de producir una mejor calidad de vida, llegando a niveles impensados de ingeniería genética que nos posibilita conocer casi todo sobre el cuerpo en funcionamiento, y lo somete a padrones normativos que revelan la salud y/o la enfermedad de una persona. Los procesos de producción y aplicación del conocimiento construído y acumulado en el mundo es, sobre todo, un espacio de poder, con fuertes repercusiones sobre la vida y la salud de las poblaciones.

El Biopoder en las relaciones sociales y políticas

Tomando las interpelaciones de Foucault (2000)⁹ sobre biopoder¹⁰ podemos considerar que a partir de una serie de intervenciones políticas y económicas históricamente contextualizadas, la acción sobre la sociedad se dirige para la incidencia de epidemias, para el control de las tasas de natalidad, longevidad y mortalidad, forjando las tecnologías de “control” de la población. Una tecnología de

poder que “embute”, “integra”, “modifica parcialmente”, se implanta, y se apropia de los espacios sociales para el control de los cuerpos. El biopoder es la forma de poder que orienta la vida social por dentro, interpretándola y rearticulándola.¹¹

Al biopoder le es facultada la posibilidad de “hacer vivir”, así como de “dejar morir”. Según Braga e Vlash (2004)¹², el biopoder, utiliza “pseudo-argumentos biológicos, e escoge a quien dejar morir”. La misma sociedad que “deja morir” de sida en el mundo es capaz de desarrollar tecnologías precisas para impedir la entrada del HIV en el cuerpo humano, como los microbicidas prometen. Es sabido, no obstante, que tan sólo las acciones en el campo biomédico no serán suficientes para garantizar el control de la epidemia del HIV/sida. Lo que puede ser comprobado por la existencia de medicamentos anti-retrovirales eficaces a disposición de algunos grupos poblacionales en el mundo, cuyo acceso es invariablemente limitado y reducido a otros, en virtud de políticas sociales excluyentes e injustas que refuerzan las marcas de la producción de iniquidades que las políticas macroeconómicas imponen al mundo.

El paradigma socio-político y el derecho a la salud

Como nos problematiza Camargo (2003)¹³, el paradigma de intervención comportamental que en muchas partes del mundo es el modelo vigente de prevención, está basado en el aumento de la información sobre las formas de transmisión del HIV/sida y el acceso al preservativo masculino. El hecho es que el acceso a este insumo, todavía no está garantizado en el campo de la salud pública y, por lo tanto, no se instituye como una práctica cotidiana capaz de proteger a las poblaciones afectadas. A partir de la intensa movilización social de los grupos afectados por la epidemia presentes en todo el mundo, el mensaje de la prevención, aunque basado en los principios de la intervención comportamental debe ser considerado una estrategia de “hacer vivir” y para tanto, el acceso a este dispositivo debe igualmente ser considerado un *derecho* de la población.¹⁴ Debe, no obstante, estar basada en una armadura teórico-metodológica que tenga el enfrentamiento de las vulnerabilidades estructurales frente al HIV/sida como presupuesto orientador.¹⁵

La experiencia de grupos tradicionalmente aislados, colocados al margen de la sociedad, como grupos homosexuales, profesionales del sexo y usuarios de drogas que adquieren nuevos “lugares sociales” más fortalecidos a partir de la existencia de la epidemia de sida en el mundo, puede ser considerada una expresión de la democracia viva, del enfrentamiento real de las injusticias sociales, en especial, en los espacios de la micro-política. El “simple” hecho de distribuir preservativos en espacios públicos, puede traer en su interior algo muy “transformador” de las relaciones sociales. En este diálogo, en términos históricos, una novedad: las prácticas sexuales son abordadas y hay un reconocimiento de que existe práctica sexual *por placer* en la sociedad. Aunque tales prácticas estén subordinadas a un “insumo” de protección y seguridad – el preservativo, cuyo “modo correcto de usar” es diseminado por los más distintos abordajes preventivos presentes en el ámbito del sector salud y/o educación, esta información debe seguir siendo difundida para reducción de los números de la epidemia entre nosotros.

Como recuerda Perlbart (2000)¹⁶: “al lado del poder, está siempre la potencia. Al lado de la dominación, está siempre la insubordinación. Y se trata de cavar, de

continuar cavando, a partir del punto más bajo. Es simplemente allí donde las personas sufren, allí donde son las más pobres y las más explotadas; allí donde los lenguajes y los sentidos están más separados de cualquier poder de acción y donde, no obstante, él existe; pues todo eso es la vida y no la muerte." Los innumerables movimientos sociales, sus agendas y luchas políticas en la efervescencia de la Aldea Global en Toronto, son demostraciones concretas de las innumerables posibilidades de lucha política libertadora.

Servicios y prácticas en salud en la perspectiva de la integralidad

La *potencia para la vida* está presente en las clases populares, hay un reconocimiento de la subjetividad de la multitud, del deseo y de la vitalidad que le son propias y pueden ser accionadas, aunque esta potencia sea constantemente descartada por medio de mecanismos de selectividad y discriminación accionados por la sociedad y por lo general, concretizados por la práctica de los servicios públicos de salud. La fuerza y la subjetividad contenidas en las estrategias cotidianas encontradas por la población son ignoradas bajo la forma de una concepción homogeneizadora del perfil de la pobreza, que insiste en no garantizar visibilidad a las producciones sociales existentes en los distintos territorios populares. La integralidad de la atención en los servicios precisa superar la lógica especialista y burocrática y adherir a una lógica "basada en la comunidad", en especial en los sentidos, en la cultura y en la dinámica local. El "saber de la práctica" adquirido en gran parte por iniciativas y grupos organizados de la sociedad civil actuando en los campos de la prevención, asistencia y apoyo a la persona que vive con sida en varias partes del mundo, precisan ser accionadas para la reorientación de los modelos de atención vigentes en los servicios y prácticas en salud pública.

Acompañar la trayectoria del movimiento social en su esfuerzo por producir y compartir prácticas y saberes en el escenario creado a partir de la conferencia internacional de sida, ilumina el reconocimiento y la emergencia de un *modelo de atención productor de salud*, capaz de enfrentar la epidemia de sida a partir del "hacer vivir" mencionado por Foucault. Producido por una movilización social basada en el compartir de sentimientos, prácticas, y acciones cotidianas de resistencia, que al ser creadas y recreadas por dentro de la cultura local aunque originadas por los mecanismos de control de la sociedad, puedan transformarse en espacios de concretización del derecho a la vida. Vida esta que como nos dice Perlbart (2000)¹⁶ no se restringe a los factores biológicos, vida que incluye "la sinergia colectiva, la cooperación social y subjetiva en el contexto de producción material e inmaterial contemporánea, el intelecto general". Vida repleta de afectos, construcción compartida de los conocimientos, de las soluciones y de la solidaridad.

REFERENCIAS

* Ver Centro de Promoção da Saúde – www.cedaps.org.br . El programa de sida está estructurado desde 1996 y tiene como foco la cooperación técnica para el desarrollo de acciones de prevención del HIV/sida y promoción de la salud por parte de un conjunto de 86 asociaciones comunitarias de base, representantes de favelas y barrios de periferia del Estado de Rio de Janeiro/Brasil, denominada: Red de Comunidades Saludables en la lucha contra el Sida. El término "comunidades saludables" está relacionado al movimiento internacional preconizado por la OPAS/OMS y respecta a los movimientos para la producción social de la salud – www.opas.org.br

¹ EDMUNDO, K. 2003. A experiência do Centro de Promoção da Saúde nas comunidades populares do Rio de Janeiro. In: *Aids e Desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Passarelli, C A, Parker, R, Pimenta, C, Terto Jr, V. Rio de Janeiro: ABIA. pp.116-147.

² EDMUNDO K, GUIMARÃES W, VASCONCELOS M do S, BAPTISTA AP, BECKER D. Network of communities in the fight against AIDS: local actions to address health inequities and promote health in Rio de Janeiro, Brazil. *Promot Educ.* 2005;Suppl

³ UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic, 2006

⁴ PARKER, R. Building Solidarity: AIDS, Sexuality and Politics in Brazil. Rio de Janeiro: Relume - Dumará: ABIA-IMS, UERJ, 1994.

⁵ ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

⁶ AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

⁷ VALLA, V. Popular education, community health, and social support in a context of globalization. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):7-14, 1999

⁸ Ver: http://www.kaisernet.org/health_cast/uploaded_files/TuesdayPlenaryPP1.pdf

⁹ FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

¹⁰ Michel Foucault ministro, en el Collège de France, un curso titulado Il faut défendre la société, y trata de la noción de biopoder (BRAGA, S. VLASH, V.,2004)

¹¹ HARDT, M.; NEGRI, A. Império. Tradução de Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2001.

¹² BRAGA, S. VLASH, V. Os usos políticos da tecnologia, o biopoder e a sociedade de controle: considerações preliminares. *Scripta Nova. Revista eletrônica de geografia y ciencias sociales*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2004, vol. VIII, núm. 170(42).

¹³ CAMARGO, K. Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 27, p. 70-80, agosto 2003

¹⁴ PAIVA, Vera, PUPO, Ligia Rivero and BARBOZA, Renato. The right to prevention and the challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, Apr. 2006, vol.40 suppl, p.109-119.

¹⁵ PARKER RG, EASTON D, KLEIN CH. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS*. 2000;14 Suppl 1:22-32.

¹⁶ PELBART, Peter Pál. *Exclusão e biopotência no coração do Império*. São Paulo, PUC/SP, 2001. (mimeo). Mise en ligne le vendredi 10 mai 2002. Version originale de [Pouvoir sur la vie, puissance de la vie](#), [Multitudes 9 : mai-juin 2002](#)

Sobre la Autora:

Kátia Edmundo es Psicóloga, Doctora en Educación y Doctoranda del Programa EICOS/IP/UFRJ. Miembro del equipo de coordinación general del Centro de Promoção da Saúde – CEDAPS/Brasil. E-mail: Katia@cedaps.org.br

Vea versión en portugués [aquí \(Link\)](#)