

¿QUÉ ES LA ANEMIA?

Hacia una necesaria construcción social de la anemia como una enfermedad

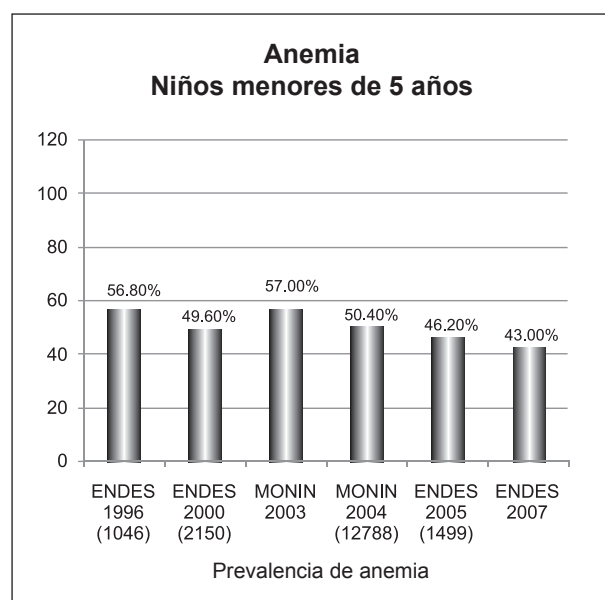
Por: Pablo Alberto Molina Palomino*

Sumilla:

El presente artículo muestra, valiéndose de cifras estadísticas generadas por distintos institutos del país como el INEN y el INASA, una visión panorámica del serio problema en materia de salud pública que representa la anemia ferropénica, especialmente en el grupo etario de niños menores de cinco años. Tomando esto como base emplea elementos teóricos formulados por la psicología aplicada, al campo de la salud y su dimensión social. Además, propone una explicación alternativa a la continuidad social de la anemia más allá de los esfuerzos realizados por el Estado. Se la sitúa dentro de una dinámica social generadora de un “rol del enfermo de anemia” en base a la articulación de representaciones sociales y creencias en torno a dicho mal en las que intervienen diferentes elementos como el discurso médico y la estructura social. El dilema aquí planteado es que dicho “rol del enfermo” de anemia aún debe ser articulado y consolidado para fortalecer la lucha contra esta.



En 1996 la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) registró los niveles de hemoglobina de 1046 niños menores de 5 años a nivel nacional, hallando un alarmante índice de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro de casi 57%; se hallaba que 1 de cada 2 niños en todo el Perú sufría de este mal. Mediciones posteriores, empleando criterios de selección y tamaños de muestra distintos¹ registraron fluctuaciones en el mismo indicador a lo largo de una década, lo que se resume en el cuadro.



FUENTES: ENDES 1996, ENDES 2000, MONIN 2004, ENDES 2005, ENDES 2007.

Como muestra el cuadro, la anemia por deficiencia de hierro o “ferropénica” es el problema de salud más grave que afronta el Perú. En términos clínicos, este mal implica una disminución de los niveles de hemoglobina en la sangre que es causada principalmente por una dieta deficiente en hierro con el agravante de una situación de pobreza muy marcada que imposibilita a muchas familias ofrecer los alimentos más nutritivos a sus miembros. En etapas tempranas la anemia causa cansancio, sueño excesivo, falta de concentración y palidez. Sus efectos más severos son la disminución del rendimiento y la capacidad física e intelectual, así como la disminución de las defensas del organismo frente a los otros agentes dañinos del exterior. Estos dejan al organismo más vulnerable frente a otras enfermedades. Esto resulta mucho más preocupante en el caso de los niños por comprometer seriamente sus capacidades y su potencial de desarrollo

humano. En el caso de mujeres gestantes, la anemia incrementa el riesgo de partos prematuros, retrasa el desarrollo del feto causando el nacimiento de niños con bajo peso e incrementa el riesgo de fallecimiento de la madre en sala de parto.

La peligrosidad de la anemia, combinada con la magnitud de las cifras, nos da una escalofriante idea del alcance de este problema y al mismo tiempo nos obliga a reflexionar sobre ese consagrado precepto de la democracia, de la “igualdad de condiciones y oportunidades” y repensarlo en dimensiones como la salud pública y el desarrollo de los niños.

Afortunadamente, del análisis del cuadro se desprende una alentadora disminución de 13.8% en el transcurso de una década desde el año de 1996 hasta el año 2007. Es en este punto que vamos a dirigir nuestra atención a las acciones que el Estado, en la forma de planes y programas de seguridad alimentaria, nutrición y alimentación, ha tomado para afectar positivamente en la disminución de estos índices. Solo por mencionar los planes de mayor envergadura a lo largo de los distintos gobiernos, tenemos:

- 1986 – Plan de Seguridad Alimentaria, bajo el 1º gobierno de Alan García.
- 1998 – Plan Nacional de Nutrición y Alimentación, bajo el 2º gobierno de Alberto Fujimori.
- 2002 – Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010 bajo el gobierno de Alejandro Toledo.
- 2007 – Estrategia Nacional CRECER bajo el actual 2º gobierno de Alan García.

Aunque es muy discutible o debatible el nivel de impacto que los distintos programas han podido tener sobre la disminución de los niveles porcentuales de anemia en el Perú, si llegan a transmitirnos el mensaje de que el Estado conoce de esta problemática y toma algún tipo de acción con el fin de subsanarla. Sin embargo, los resultados obtenidos en el lapso de una década son verdaderamente, decepcionantes cuando son contrastados con las metas y expectativas de mejoría trazadas en cada uno de los mencionados planes².

Esto es señal evidente de que algo al interior de la planificación, elaborada y sustentada por la legitimidad jurídica del Estado, no está funcionando bien. El reducido apoyo alimentario debido a la enorme cantidad de beneficiarios, el mal diseño, la indeterminación, multiplicidad y superposición de objetivos, así como la mala asignación de recursos

están identificados como sus principales problemas internos³. La multiplicidad de agendas junto con una inexistente continuidad o coordinación diluye la efectividad y la magnitud de resultados que estos planes podrían obtener.

Sin embargo, los mencionados problemas no constituyen la única traba en el desarrollo de una política de prevención favorable. Se trata de un enfoque eminentemente asistencialista que privilegia estrategias de alimentación complementaria (vasos de leche, comedores populares, desayunos escolares, etc.) y la vigilancia nutricional (en términos de control sólo de peso y talla), pero que escasea en educación nutricional, avocada a la concientización del problema y la generación de una vigilancia social que traspase los marcos de los programas prediseñados. Este enfoque expresa una seria falencia que revela la desatención de la dimensión social del problema de la anemia en poblaciones críticas como los niños menores de 5 años.

Esta dimensión social hace que su prevalencia en distintos grupos etarios (no solamente niños menores de 5 años) sea perpetuada no solo por una mala disponibilidad y calidad alimentaria, sino también por una serie de hábitos y creencias erróneas que generan una situación que, en términos más teóricos, podría traducirse como la ausencia de representaciones sociales orientadas a la generación de roles de enfermos y de patrones de respuesta o alerta frente a los síntomas más tempranos de la anemia.

Los aportes más tempranos de la psicología social en la explicación de las representaciones sociales resultan muy valiosos para dar inicio a este análisis. Nieto Munuera, al abordar la dimensión social de la salud, habló acerca de esta en términos de conjuntos de creencias fuertemente ancladas en un grupo matriz de individuos y de condiciones sociales, demográficas y culturales marcadas y comunes; pero al mismo tiempo como generadoras de tendencias y comportamientos en torno al objeto de la representación⁴. Su teorización es decisiva en cuanto que otorga protagonismo a las poblaciones dentro del plano de la salud, entendiéndola de esta forma como un proceso que traspasa las fronteras de la atención médica localizada.

Por otro lado, Schufer de Paikin caracteriza el concepto de “rol del enfermo” como un marco dentro del cual se posiciona a determinados individuos catalogados como enfermos, ya sea por ellos mismos o por terceros, de modo que su diagnóstico médico pueda ser reconocido a nivel



Leo Matiz

biológico y fisiológico, siendo luego confirmado y aceptado a nivel social por medio de la modificación del carácter de las relaciones y vínculos dentro de una estructura social definida⁵. Paikin ha hecho referencia al rol del enfermo como una categoría construida y otorgada por esa matriz de individuos a la que hizo mención Munuera, pero que requiere de la certificación de un profesional médico para ser legitimada.

Lo que ninguno de los autores está señalando es que en la dimensión social de la salud, intervienen dos grupos que manejan discursos diferentes sobre los objetos de representación. Así, si para Munuera es ese “grupo matriz de individuos” el que va a ser depositario de una serie de representaciones y creencias, para Paikin son los profesionales de la salud quienes van a determinar en buena medida quien está enfermo y quien no lo está partiendo del conjunto de conocimientos médicos que han recibido en sus estudios. De la negociación entre ambos discursos es que se construyen los roles, y sobre estos roles es que la población va a articular acciones para buscar sanar a sus “enfermos”. Así, el “rol del enfermo” se construye en un proceso constante de negociación.

Pero, ¿cuál es el objeto de representación al que Munuera alude? ¿Qué se negocia? Lo que propongo

aquí es indagar sobre las representaciones y creencias que se hace la gente sobre lo que una enfermedad representa y qué hacer frente a ellas, lo que podría sintetizarse en preguntas tan simples como “¿Qué es una enfermedad?” o “¿Estoy enfermo?”.

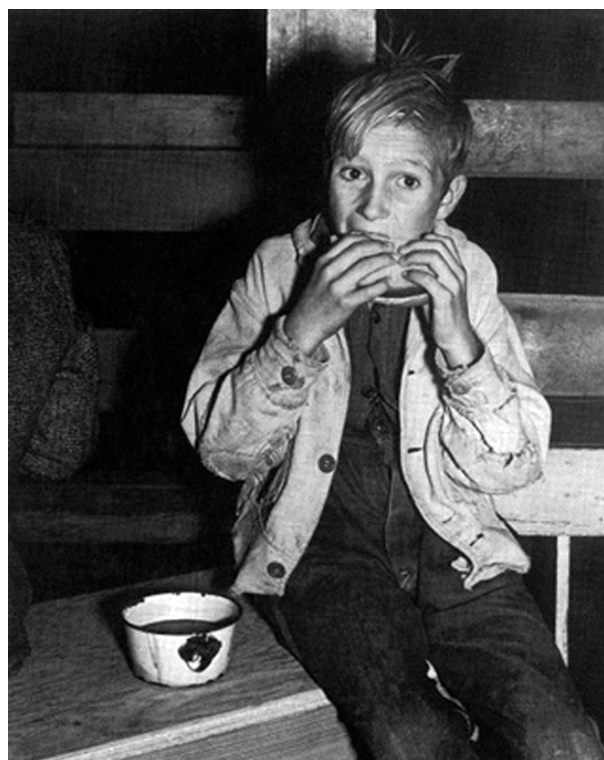
La psicología aplicada al campo de la salud de los años 50 desarrolló el “*modelo de creencias en salud*” como una herramienta teórica metodológica que condensó tres percepciones importantes sobre la enfermedad: “ser consciente de la gravedad del problema de salud, de la amenaza que representa para uno mismo y ser capaz de sopesar la toma de acciones preventivas”⁶. El modelo apunta a que las representaciones de gravedad, riesgo/amenaza y la toma de acción en relación al resultado determinan la creación de comportamiento y reacciones. Es decir, aquello que no sea considerado como un problema de salud grave y con alto riesgo para su transmisión no será afrontado directamente por la población, se adentrará silenciosamente en ella. Curiosamente, la deficiencia de micronutrientes como el hierro (anemia ferropénica) es conocida como el “hambre oculta”.

Giovanni Berlinguer, por otra parte, ha trabajado las múltiples acepciones de la *enfermedad* enmarcada en contextos sociales, políticos, económicos y hasta religiosos, demostrando que no es sólo un concepto, sino un fenómeno que se reconstruye y redefine constantemente a lo largo de la historia en la medida que las sociedades se van reproduciendo. Ejemplifica bien esto al señalar que:

“...todo se complica cuando hay que definir la enfermedad: cuál es la naturaleza del fenómeno que se quiere controlar... En los países subdesarrollados, hoy, enfermo quiere decir esencialmente desnutrido o afectado por morbos infecciosos... hoy cuando se habla de enfermos graves, se piensa más bien en los tumores, en las enfermedades mentales y en las cardiopatías”⁷

Víctor Vich, por su parte, se refiere a ella como la ruptura de la normalidad atemporal del funcionamiento del organismo, parafraseando la conceptualización de Foucault sobre la actividad del discurso médico en la construcción de la enfermedad como un relato que interrumpe o que desvía la narrativa lineal del organismo sano⁸.

Munuera, nos presenta el *modelo de la acción social* desarrollado por Ewart y que hace hincapié en tres elementos claves para el desarrollo de propuestas de intervención y promoción de la salud: “los escenarios, las relaciones sociales y las



Dorothea Lange

estructuras organizativas”. La acción directa siempre deberá estar situada en un marco de relaciones y un lugar concreto.

El desarrollo previo de estos modelos y análisis nos demuestran que la “*enfermedad*” constituye un concepto social redefinido constantemente por la aparición de diversas circunstancias y contextos. Un concepto manejado a nivel de representaciones sociales, un conjunto de creencias generalizadas, por personas integrantes de una red o estructura social de relaciones y vínculos dentro de la cual se definen roles de enfermo usando dichas representaciones que se fundamentan en la gravedad, el riesgo de contagio, así como la toma de acciones.

Sin embargo, en este punto de articulación de las representaciones sociales con la generación de un “rol de enfermo” es necesario añadir lo que el discurso médico tiene que decir sobre la anemia para, en consecuencia, acercar esta formulación teórica al caso específico de esta como problema de salud en el Perú y, finalmente, cuestionarnos si la anemia esta siendo observada en toda su gravedad y riesgo para cada uno de los peruanos y en qué medida la respuesta a esta pregunta se refleja en las cifras mostradas al inicio de este artículo. En otras palabras, preguntarnos si existe un “rol de enfermo de anemia” realmente definido y posicionado junto con todas las implicancias que, de acuerdo

a lo hasta aquí formulado, esto trae para la articulación de patrones de comportamiento y reacción por parte de la población para contrarrestar dicho mal.

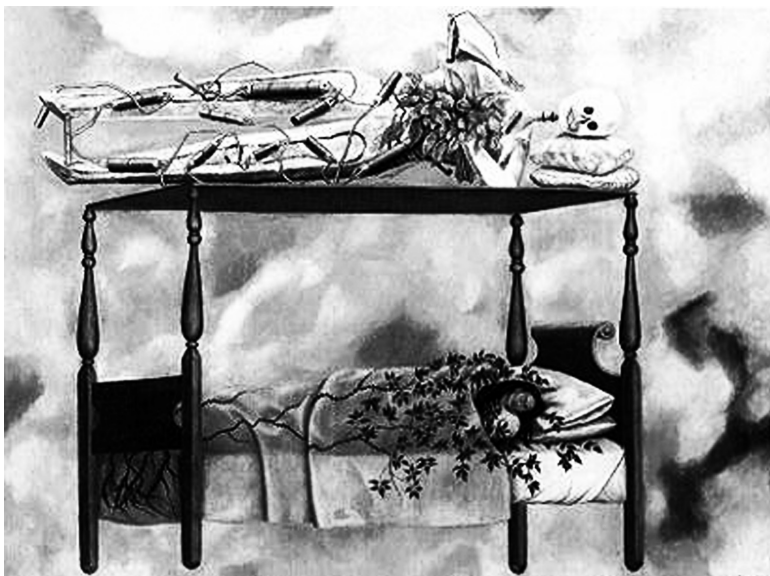
En lo que respecta al conocimiento médico y nutricional común o general, la anemia ferropénica es un estado severo de deficiencia de hierro en la sangre causado por una mala dieta, la presencia de parásitos o pérdida abundante de sangre. Es decir, no es considerada en sí como una enfermedad sino como una consecuencia severa de un cuadro de deficiencia de hierro. Un doctor o nutricionista comprende los riesgos de esta condición, pero, al no ser transmitido este conocimiento a los pacientes y familiares, no se esta dando la carga de gravedad y riesgo a la anemia y, por tanto, decrecen las posibilidades de articular representaciones y patrones de comportamientos sociales destinados a su prevención y saneamiento.

*"The Term 'Iron Deficiency.' as used in this article, refers to a state in which body iron stores have been depleted. It implies neither the degree of depletion nor the presence of anemia. 'Iron deficiency anemia' refers to a hematologic state resulting from 'iron deficiency'."*⁹

*"La anemia es el problema nutricional de mayor prevalencia en el Perú. La anemia nutricional es un estado que se caracteriza por una concentración de hemoglobina en sangre anormalmente baja, constituye una consecuencia tardía debido a la carencia de uno o más nutrientes esenciales (principalmente hierro, la vitamina B12 y folato)... Hay evidencias de que la carencia de hierro es la causa más importante de anemia nutricional y ésta constituye el problema de micronutrientes de mayor prevalencia en el Perú."*¹⁰

La extrema precisión del lenguaje médico científico, que caracteriza la anemia como un "estado hematológico" o una "consecuencia tardía", no toma en consideración la dimensión social de su existencia como enfermedad. La mirada médica invisibiliza la subjetividad del sujeto y solo examina su corporalidad, no se fija en la persona sino en el cuerpo de la persona como objeto de análisis médico.¹¹

El concepto de anemia modelado por los médicos se halla desvinculado de la real dinámica social de



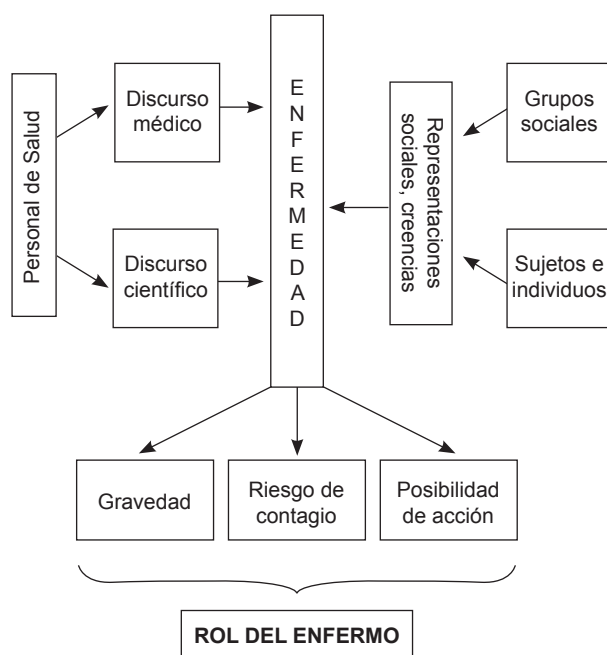
Frida Kahlo - El sueño

construcción de roles y representaciones, razón por la cual la población no presta la atención requerida a dicho problema en la medida en que el modelo de creencias en salud se ve perturbado por el "divorcio" entre la dimensión médica y la dimensión social, por un manejo de lenguajes técnicos y nociones de enfermedad que no transmiten claramente los elementos de riesgo y la magnitud del impacto de la anemia en la sociedad peruana. Una persona cualquiera no considera los tecnicismos y las precisiones de diagnósticos, solo requiere que el médico le diga qué está mal con ella, en una palabra, qué "enfermedad" tiene. Es un concepto social básico que, como ya hemos visto, delinea relaciones sociales diferenciadas enmarcadas en roles determinados.

En el momento en que el médico no es capaz de emitir un juicio severo y certero sobre la naturaleza de la anemia (¿enfermedad o no?) rompe con la cadena de suministros para la formulación de creencias y representaciones, anulando la formulación de comportamientos destinados a la prevención de la anemia puesto que el sistema biomédico de salud que predomina en nuestro país coloca al médico y, más importante aún, "la opinión o indicación del médico" como un referente absoluto que afecta incluso hasta la marca de la pastilla o el jarabe que vayamos a comprar en la farmacia.

Esto representa la necesidad de pasar de un enfoque correctivo en la medicina actual a un enfoque más orientado a la prevención. Nos debe llevar no solo a añadir programas de educación nutricional y de modificación de hábitos y patrones

locales, sino a la concientización acerca de la gravedad del problema y del riesgo de sus efectos en la salud, incluso la creación de nuevos espacios de diálogo entre personal médico y pacientes fuera de los consultorios y hospitales. Para ello es necesario manejar cifras, hacerlas conocidas, darle una magnitud tal que en una pequeña localidad se pueda percibir que la gente está informada de la gravedad de la situación y dar el empujón inicial al desarrollo de la dinámica de roles y representaciones.



Interacción entre conocimientos y representaciones de grupos en la construcción de la enfermedad y el rol del enfermo en cuanto categorías y conceptos.

Es necesario que el médico y todo personal de salud deje de ser un agente corrector y pase a ser un promotor del compromiso de las distintas comunidades y grupos en la lucha contra la anemia. Además, éste esfuerzo debería expresarse en programas o planes enfocados únicamente en esta labor. Se debe tomar en cuenta la dinámica descrita, junto con todos sus elementos discursivos, como una mirada panorámica de los grandes cambios que una corrección en el enfoque de la medicina puede generar en la mejoría de graves situaciones para la salud de millones de peruanos, especialmente de niños menores de 5 años que deben poseer igualdad de posibilidades de desarrollo a escala nutricional.

NOTAS

- * Correos electrónicos: a20063071@pucep.edu.pe / pmolina2005@yahoo.com / pablih@hotmail.com
- ¹ INEI-ENDES 2000; CENAN-MONIN 2003; CENAN-MONIN 2004; INEI-ENDES 2005; INEI-ENDES 2007
 - ² Como expectativas de disminuir los índices de anemia hasta en un 40% en plazos no mayores a 5 ó 10 años.
 - ³ Alcázar (2007: 185-234) en "Investigación, políticas y desarrollo en el Perú". GRADE: Lima: 2007
 - ⁴ Nieto-Munuera (2004:67-68)
 - ⁵ Schufer de Paikin (1985:292)
 - ⁶ Nieto-Munuera (2004:63-64)
 - ⁷ Berlinguer (1994:17)
 - ⁸ Vich (2001:112)
 - ⁹ Pollitt (2004:120)
 - ¹⁰ MONIN (2004:44)
 - ¹¹ Vich (2001: 111)

BIBLIOGRAFÍA

- ALCÁZAR, Lorena. *¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma*. En: *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú*. GRADE: Lima, 2007.
- BERLINGUER, Giovanni. *La enfermedad: sufrimiento, diferencias y peligro, señal, estímulo*. Lugar Editorial: Buenos Aires, p.17-34; 55-70; 129-138. 1994.
- COMISIÓN TÉCNICA DE COORDINACIÓN MULTISECTORIAL DE POLÍTICA NUTRICIONAL. *Plan Nacional de Nutrición y Alimentación "Nutrición al alcance de todos" 1998-2000*. Presidencia de la República: Lima, 1998.
- NIETO-MUNUERA, Joaquín. *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. McGraw-Hill: Madrid, p.61-79. 2004.
- PERÚ. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. INEI: Lima, 2001.
- PERÚ. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2004-2005*. INEI: Lima, 2006.
- PERÚ. Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. *Informe Final: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2004*.
- PERÚ. Instituto Nacional de Planificación. *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria*. INP: Lima, 1986.
- PERÚ. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. *Plan Nacional por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010*. PROMUDEH: Lima, 2002.
- POLLITT, Ernesto. *Iron deficiency and behavior*. En: "Anemia ferropénica y desarrollo cognitivo. [S.I.] : [s.n.], p. 120-130. 2004.
- SCHUFER DE PAIKIN, Marta Leonor. *Expectativas del rol del enfermo*. En: *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina – Vol. 31, no. 3, p. 291-297. 1985.*
- VICH, Victor. *Desafíos a la autoridad: mirada médica, rol del Estado y representaciones del cuerpo y las enfermedades*. En: *El discurso de la calle: los cómicos ambulantes y las tensiones de la modernidad en el Perú*. Red para el desarrollo de las ciencias sociales en el Perú: Lima, p. 105-125, 2001.