



PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Psicología y Salud.

En la web encontrarás:



Bibliografía



Evaluaciones



Resumen



Tutorías

Accedé a:

- Clases particulares de varias materias.
- Un tutor para ayudarte a planificar tus semestres.
- Un tutor que te corrija tus trabajos de facultad.



@PsicoResúmenes



@Psico.Resúmenes



Índice

Módulo 1 - La Psicología de la Salud antecedentes y vertientes actuales	pág. 4
Módulo 2 - Evolución histórica del pensamiento y concepciones sobre el procesos salud-enfermedad-atención. Psicología, desarrollo humano y calidad de vida	pág. 22
Módulo 3: Determinantes y determinación social de la salud	pág. 52
Módulo 4: Modelos de atención en salud	pág. 75
Módulo 5 - Aportes de la Epidemiología a la identificación de problemas relevantes en la salud	pág. 104
Módulo 6 - Estrategia de APS. Niveles de atención en salud. Promoción y prevención	pág. 117
Módulo 7 - La perspectiva de derechos en el proceso salud-enfermedad-atención. Los usuarios y las organizaciones sanitarias: equidad, accesibilidad, participación	pág. 144
Módulo 8 - Aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad-atención. La atención a los problemas de salud y enfermedades en el 2do y 3er nivel. Relación asistencial. Habilidades psicosociales de los profesionales de la salud	pág. 158
Módulo 9 - Intervenciones psicológicas en los distintos niveles de atención de la salud y ante problemáticas específicas. La Psicología y los niveles de prevención. La Psicología y los equipos de salud. Aportes desde la experiencia	pág. 191

Módulo 1 - La Psicología de la Salud antecedentes y vertientes actuales

Contexto del surgimiento y desarrollo de la Psicología de la salud

Tres grandes factores incidieron en el surgimiento y desarrollo de la Psicología de la salud:

1) Cambios y demandas sociales:

- Cambios en los perfiles poblacionales y epidemiológicos. Aumento de esperanza de vida, disminución de mortalidad infantil y materna, cambio en las razones por las que las personas se enferman y mueren, etc.
- Cambios culturales. Los modos en cuanto a cómo nos percibimos subjetivamente. Cambios en las relaciones de género y generaciones.
- Incremento de la desigualdad, y su incidencia en la determinación social de la salud
- Psicopatologización del malestar se convierte en una forma privilegiada para medicalizar y medicamentar distintas formas de exclusión social, y en muchos casos, profundizándolas.

2) La crítica a las prácticas psicológicas predominantes: La psicología de la salud parte también de la insatisfacción con la psicología preexistente, criticando esta y sus prácticas, tales como:

- La disociación salud física/salud mental
- Lo psicológico escindido de lo social e histórico
- El enfoque individual
- Sesgo patologizante
- Subalternidad al saber médico
- Elitismo de las prácticas

3) Cambios en las concepciones de salud:

- Agotamiento del modelo biomédico, caracterizado por un fuerte reduccionismo biologicista y articulado en torno al saber médico.
- La salud como derecho y la crítica a su mercantilización
- Salud como complejo proceso integral e integrado a la trama de la vida
- Concepción holística y ecológica del proceso de salud-enfermedad-atención, con inclusión en lo subjetivo
- Descentramiento de las instituciones sanitarias reubicando el eje en los espacios cotidianos donde se produce la vida
- Desplazamiento del protagonismo de los técnicos en la atención, reintegrando a las personas comunes y corrientes centralidad en todo lo relativo a la producción y preservación de la salud.

Se da un cambio paradigmático en salud: De tener el foco puesto en lo biológico, en la enfermedad, en curar y en el individuo, **se pasa a poner el foco en lo social, la salud, la promoción y prevención, y en la comunidad.**

Antecedentes - Calatayud: la psicología y los problemas de salud

En relación con los problemas de la salud y la enfermedad, el pensamiento y la práctica psicológica se han visto notablemente influenciados por la propia evolución sobre los conceptos de salud y las tendencias dominantes y alternativas en la medicina. Esto dio como resultado de que:

- Quedarán diferenciados dos enfoques generales en cuanto a los objetos de atención prioritarios, los métodos, los espacios de actuación y el acento en la formación de recursos humanos, que resultan réplicas, por un lado, del modelo individual-restrictivo de la medicina clínica y, por el otro, del modelo social-expansivo. A cada uno de estos enfoques se vinculan diferentes modelos de actuación profesional psicológica, unos que se corresponden a la orientación clínica y otros a la orientación social
- Las diferentes construcciones teóricas o “escuelas” han formulado explicaciones propias, presumiblemente coherentes con sus planteamientos básicos en relación al papel de lo psicológico en la determinación de la salud y la enfermedad, lo que ha dado lugar a que en ciertos momentos se prioricen algunos aspectos de los problemas, así como a que existan explicaciones y prácticas diversas para los mismos problemas, o a que se de mayor énfasis a la orientación clínica que a la orientación social y viceversa.

Una revisión del asunto nos muestra entre los modelos de:

- **Orientación clínica:** a la psicología clínica, la psicología médica y a la medicina conductual.
- **Orientación social:** a la psicología comunitaria.

Psicología clínica

Es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales. Tuvo sus comienzos en 1896, cuando Lghtner Witmer estableció una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania. Witmer aplicó algunos de los métodos de laboratorio que habían sido desarrollados por la reciente psicología experimental a los problemas de casos individuales.

Algunos de los factores que desempeñaron papeles importantes en el crecimiento de la psicología clínica son:

- El desarrollo del test de inteligencia de Binet-Simon (1905)
- El avance de la psiquiatría a través de la actividad de Charcot y Janet, Freud y Meyer.
- Las grandes necesidades asistenciales que se generaron como consecuencia de la segunda guerra mundial, con la creación de fuentes de trabajo para los psicólogos, la creciente implicación de los psicólogos clínicos en el tratamiento de los enfermos a través de la práctica de la psicoterapia individual y de grupos.

Hoy puede considerarse que a lo largo del siglo transcurrido desde el inicio de la psicología clínica, sus características básicas siguen siendo las mismas:

- Es un modelo de actuación profesional **centrado en la enfermedad** más que en la salud;
- enfocado hacia el individuo, más que al grupo o a la comunidad;
- enmarcado, como referencia, en la enfermedad “mental”, estableciendo un límite que deja en segundo plano los problemas del soma, con lo que se expresa una dicotomía propia del paralelismo psicofísico;
- dirigido prioritariamente al diagnóstico;
- vinculado con más frecuencia al trabajo hospitalario que a la atención primaria en instituciones de la comunidad;
- estrechamente asociado a la psiquiatría (una disciplina médica);
- considerado algunas veces como una actividad paraprofesional subordinada

Sus características básicas le hacen aparecer más como un modo de aplicar la psicología a una parte de los problemas de la enfermedad, que como una teoría explicativa, ni siquiera de la llamada “enfermedad mental”.

En su interior existen diversas variantes condicionadas por los presupuestos teóricos que han sido aplicados, y la utilización tan reiterada de esta ha contribuido a diseñar una imagen y una expectativa social acerca del papel de la psicología en el sector salud que ha tenido un marcado impacto tanto en el público como entre las autoridades académicas de los servicios, tanto así que en ocasiones queda restringida la valoración que se hace de las posibilidades de aporte de la psicología y de los psicólogos.

La psicología clínica ha sido un antecedente muy importante del módulo actual de psicología de la salud. Avanzar hacia la psicología de la salud no puede negar rotundamente a la psicología clínica, sino que es necesario aprovechar sus experiencias y aportes situándolos dentro de una dimensión más abarcadora.

Psicología medica

Mientras que la psicología clínica surgió como consecuencia de la práctica de los psicólogos, la psicología médica tuvo su origen en la actividad de los médicos, muy especialmente la de aquellos dedicados a la medicina interna.

Ha sido definida como “la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina” (Delay y Pichot, 1969), o como “la disciplina que se ocupa del estudio de los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica(...)la aplicación de la psicología a la medicina” (Bustamante, 1969).

Se puede considerar que la psicología médica tuvo sus comienzos en Europa a principios del siglo, como reacción frente a la excesiva atención que se venía prestando por esa época a la descripción de síntomas, síndromes y “entidades nosológicas” y que tenía como eje los órganos y aparatos, en ese contexto, “el hombre” como unidad que protagoniza y padece la enfermedad, no aparecía en las valoraciones, no era el objeto de la medicina.

Se reconocen en esa época dos corrientes de pensamiento que facilitaron la posterior evolución de la psicología médica: el “Círculo de Viena”, y la “Escuela de Heidelberg”.

Los representantes de estas corrientes abogaron en favor de que el médico clínico no abandone, aun en el caso de la afección de aspecto más claramente somático, la búsqueda de factores psicológicos que pudieran formar parte de la patogenia o determinar que su aparición quede matizada por un componente psicógeno. Señalaron asimismo el valor incalculable que tendría para el médico adquirir en su formación un conocimiento de los hombres en el más amplio sentido de la palabra.

Otra base del desarrollo de la psicología médica estuvo en el interés progresivo que a partir de la década de los años 50 tuvo el estudio de la relación médico-paciente y la adaptación de los enfermos a las condiciones hospitalarias y al cumplimiento de los tratamientos.

La psicología médica ha padecido de las limitaciones de la medicina clínica. Su interés básico está en la situación de enfermedad, en los concomitantes psicológicos de la condición de enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tenga una buena comprensión de los pacientes.

Inicialmente fue un campo limitado y sin una visión dirigida hacia la prevención de las enfermedades y además con una comprensión en el contexto social sesgada por una base teoría de poco rigor metodológico

Medicina conductual

Comenzó como una continuidad del modelo de la psicología médica, resaltando el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestación de las enfermedades y buscando medios para su tratamiento.

En su base se encuentra el análisis experimental de la conducta y su auge en Estados Unidos hacia la década de los años 60, época en la que se registraba un interés por trasladar a la práctica asistencial los resultados obtenidos mediante el trabajo experimental.

Miller (1983) la define como “un campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad”.

Schwartz y Weiss (1978) la describen como “el campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

Desde esta corriente, al hablar de interdisciplinariedad, se expresa un reconocimiento de que “los problemas de salud son multifactoriales y no exclusivos de un enfoque o un profesional determinado, sino patrimonio de variados enfoques y profesionales” (Carrobbles, 1984).

La medicina conductual sugiere un especial interés por la conducta y por el cambio conductual, pero su actividad funciona como parte de la práctica médica, y explícitamente busca dejar fuera el espacio de los problemas de salud que se manifiestan como “trastornos mentales”, que ha tenido una relación muy estrecha con la psicología.

Su énfasis es en relación con manifestaciones de la enfermedad, siendo menor su desarrollo en relación con la promoción de salud y la limitación de los riesgos para el desarrollo de procesos patológicos, ya sea en el ambiente social o en las personas. Al concentrarse en el tratamiento de síntomas e incluso de manifestaciones clínicas más estructuradas, se corre el riesgo de prestar poca atención a la persona y a sus modos globales de interacción con su realidad circundante, en donde se encuentra la fuente de muchos de sus problemas y dificultades adaptativas.

Piña, Obregon, Corral y Marquez (1995) destacan que en el campo de la medicina conductual no se presenta una definición sobre salud, la que habría sido necesaria para formular las bases de su práctica y su desarrollo tecnológico. La ausencia de un modelo psicológico de salud que permita analizar, describir y explicar por qué y bajo qué circunstancias una persona enferma o no, es quizás la principal limitación de la medicina conductual.

Los autores concluyen señalando las siguientes observaciones centrales a la medicina conductual:

- 1) Incorporación acrítica de una gran variedad de principios y técnicas provenientes de múltiples marcos teóricos entre los cuales no existe coherencia conceptual
- 2) presencia de un pragmatismo tecnológico que ha dado por sentado, sin una revisión exhaustiva de sus supuestos, que los procedimientos y técnicas surgidos del análisis experimental y empleados en el ámbito de la psicología clínica, pueden ser extensivos para los problemas de la salud física
- 3) tendrían un valor relativo en el terreno de la rehabilitación, sin embargo, en los niveles de la evaluación, investigación, y sobre todo en la prevención, las limitaciones de naturaleza conceptual y metodológica, relativas a lo que se define como comportamiento y el conjunto de eventos que se relacionan con este, siguen estando presentes

Conclusión de los enfoques de orientación clínica

El examen de estos tres desarrollos de la psicología como aplicaciones al campo de la salud y la enfermedad permite apreciar cómo las diferentes aproximaciones que se han hecho al problema siguiendo una línea de pensamiento clínico-individual han tenido muchas limitaciones.

La primera es que, al tener como eje la enfermedad, se han venido planteando los mismos esquemas de la medicina para describir manifestaciones, relaciones etiológicas particulares, y procedimientos terapéuticos específicos. De este modo, lo esencialmente psicológico, el análisis cuidadoso de sus regularidades y la construcción de bases de suficiente generalidad, han quedado relegados ante la producción de un gran número de resultados parciales e inconexos.

Estos desarrollos han carecido también de un análisis de la problemática de la salud y la enfermedad desde una perspectiva ecológica y de comprensión de la actividad humana en el ambiente social. El hecho de que las búsquedas han estado estimuladas por la necesidad de creación de procedimientos traducibles en soluciones prácticas y por urgencias del trabajo profesional en contextos asistenciales, ha traído como resultado que todos estos esfuerzos no sean más que aproximaciones parciales, que en conjunto, no producen una completa respuesta a los problemas básicos.

Psicología comunitaria

Se separa de la línea clínica individual y comienza a desarrollar un enfoque social. Entre sus antecedentes se encuentran la dinámica de grupos y organizativa y los procesos de toma de decisiones de Kurt Lewin y otros psicólogos sociales, quienes parten de las premisas de que muchos de los problemas de las personas pueden resolverse de la mejor manera posible en el ámbito comunitario, y de que cuando los ciudadanos y los grupos se reúnen para enfrentar eficazmente un problema que afecta a la comunidad se produce un sentimiento de realización.

En la década de los 60, en Estados Unidos, la psicología aplicada se orientó hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de salud, entonces aparece la comunidad como objeto de intervención.

De acuerdo a Costa (1984), lo que animó a los psicólogos involucrados en este desarrollo es diferenciarse de los objetivos marcadamente individuales y asistencialistas de los psicólogos clínicos y por otro lado, enfatizar en los objetivos comunitarios y sociales y en una perspectiva preventiva y educativa.

La posición central de estos psicólogos se centraba en:

- 1) la insatisfacción con el modelo clínico, el cual genera atribuciones erróneas acerca del origen de las enfermedades, soslaya el estudio de la adecuación del entorno, y no cuestiona las condiciones sociales de existencia, excluye la participación y no fomenta la salud como un concepto integrado
- 2) la insatisfacción con la psicoterapia, debido a sus limitaciones para resolver los problemas de la gente
- 3) insatisfacción con el rol tradicional del psicólogo centrado en el psicodiagnóstico
- 4) irrupción de los avances de la ciencia del comportamiento, que brindan la posibilidad de proveer a los psicólogos de rigor metodológico y criterios evaluativos de su acción profesional
- 5) las aperturas que en esa época se dieron en USA para el activismo social a partir de la creación de ciertos programas para el trabajo de salud en la comunidad

La psicología comunitaria se apoyó en el modelo de competencia, que parte de la idea de que la “incidencia de los problemas de salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad de ciudadanos es una razón variable que depende, por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, y por otra de los sistemas de autoestima y apoyo social”.

En este sentido, los problemas de salud puede ser reducida:

- 1) Desarrollando sistemas comunitarios competentes (escolar, laboral, sanitario)
- 2) Desarrollando competencias en el ciudadano a fin de que este maneje adecuadamente sus fuentes de estrés y sea hábil en obtener recursos y sistemas de apoyo social
- 3) A través de ciudadanos competentes y Sistemas Comunitarios Competentes introducir cambios ecológicos a fin de ejercer algún control sobre el estrés económico y social. De este modo, el desarrollo de competencias se integra como parte de un esfuerzo político de cambio social con persistencia multidisciplinaria e intersectorial.

Este modelo supone un conjunto de acciones a ser emprendidas por los psicólogos en su trabajo con la comunidad, entre ellas:

- 1) la promoción de conductas saludables en las personas y animarlos a tener su estado de salud profesionalmente controlado
- 2) influir en el diseño del entorno ambiental (viviendas, parques, áreas de recreación)
- 3) facilitar el acceso a los servicios de salud
- 4) fomentar los sistemas de apoyo social
- 5) socializar el conocimiento científico sobre el cuidado de la salud para hacer a las personas más competentes y participes en su autocuidado, así para que dispongan de mejores recursos para enfrentar situaciones nocivas y de tensión
- 6) potenciar la participación de la comunidad en los proyectos de salud
- 7) facilitar el acceso a los servicios psicológicos
- 8) disponer de la capacidad de evaluar las intervenciones que se realizan sobre la comunidad
- 9) darle a las intervenciones carácter interdisciplinario e intersectorial

La psicología comunitaria ha estado vinculada a problemas más cercanos a la llamada “salud mental” que a la salud en un sentido general.

Saforcada (1992) considera como una de las limitaciones de los psicólogos comunitarios estadounidenses “que los determinantes socioambientales tomados en cuenta para operar en ellos a fin de resolver los problemas encarados, son casi siempre los pertenecientes al mismo nivel ecológico del ecosistema de la comunidad en cuestión. Los pertenecientes a sistemas y estructuras más amplios no son trabajados ni considerados”.

Un análisis exhaustivo de los resultados de la psicología comunitaria puede asumir que:

- 1) la psicología comunitaria representa una intención de reconocer los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para la salud y la enfermedad en una perspectiva que desplaza el acento desde el individuo hacía el medio social, por lo que resulta un enfoque más cercano a la evolución del pensamiento sobre la causalidad de la enfermedad, que en la actualidad reconoce su dimensión interactiva y ecológica, y que, por tanto, representa un paso avanzado con respecto a los modelos individualistas de aplicación de la psicología
- 2) su diseño metodológico basado en el llamado modelo de competencia no contribuye suficientemente ni a esclarecer el modo de participación de las variables psicológicas ni de las sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, ni

- tampoco al desarrollo tecnológico requerido, debido a un planteamiento simplista tanto del individuo como del ambiente, así como de las relaciones entre estos
- 3) su orientación general no logró rebasar, en la práctica, el campo de la llamada salud mental.

A pesar de estas limitaciones constituye un importantísimo antecedente de una concepción de psicología de la salud, y muchas de sus experiencias son válidas para el trabajo en instituciones de salud de atención primaria, y para el diseño y aplicación de proyectos y políticas de promoción de salud siempre y cuando logren ser insertados en una formulación de mayor amplitud.

Hacia el concepto de Psicología de la Salud

Según Stone (1991) la psicología de la salud nace en USA en la década de 1970. Según Calatayud (1997) el término psicología de la salud se utilizaba en Cuba desde 1968. La psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud.

Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que reciben.

Se pueden destacar varias cosas de la psicología de la salud:

- 1) no es una nueva psicología ni una psicología diferente que trata de reclamar el carácter de disciplina independiente o propia, sino que es una rama aplicada de una disciplina más general
- 2) le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, que se asume en su carácter multicausado, incluyendo también entre sus intereses los problemas que se desprenden de la atención de la salud y las enfermedades de las personas, lo que supone de hecho no solo asuntos organizativos o económicos, sino también de carácter psicológico
- 3) se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos, sino también de la producción de teoría e investigación, así como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- 4) la concepción de psicología de la salud se relaciona con todos los problemas de salud, ya sea que estos se expresen en términos de enfermedad primordialmente a través de manifestaciones “mentales” o “corporales”, división, que por demás resulta impropio, ya que no es más que una referencia contemporánea al viejo planteamiento dualista.

Stone (1979-1991) considera que la psicología de la salud “comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en

la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo del sistema total". Y agrega que bajo esta perspectiva, "cualquier rama de la psicología que tenga que ver con el sistema de salud debe ser una subdivisión de la psicología de la salud".

La División de Psicología de la Salud de la APA la define como "las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud".

Esta última definición implica varias cosas:

- 1) que el campo de la psicología de la salud está relacionado con las contribuciones especiales que los psicólogos puedan hacer a la salud
- 2) que el término salud debe ser entendido como la manera más amplia posible, para incluir tanto la salud como la enfermedad, la salud física como la mental, y trastornos específicos y diagnósticos, tanto como el sentido general del malestar, la robustez, o el bienestar
- 3) el campo no debe estar limitado a la investigación o a la construcción de teorías, pero sí debe estar relacionado con la aplicación de la investigación y la teoría a la prevención, tratamiento y prestación de servicios
- 4) todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea al nivel del individuo, el grupo o el sistema social en general, es de interés legítimo para el psicólogo de la salud

La psicología de la salud no surgió a partir de un desarrollo en el plano científico básico ni a partir de un descubrimiento particular. Su origen es el resultado de la evolución de la práctica, y está sobre todo marcado por los cambios que se produjeron en las demandas que los servicios de salud hacían los psicólogos, como resultado de los cambios operados en los problemas que estos servicios se veían en la necesidad de atender. Así, el "pecado original" se reitera: los psicólogos comienzan a realizar acciones que no están sustentadas en una teoría de fundamento con suficiente coherencia, lo que ha dado lugar a prácticas de orientación y acentos muy disímiles y a un reforzamiento de un eclecticismo, que de hacerse crónico, podría comprometer esencialmente las perspectivas futuras.

Según Mucci y Benain (2005), la Psicología de la Salud como un caleidoscopio. El objeto representa algo en permanente construcción, dinamismo y cambio. Las piezas se combinan y aportan desde su singularidad, pero también debe ajustarse al objeto (marco conceptual) y el resultado dependerá de la mirada (enfoque)

Una valoración general

La psicología de la salud surge bajo las demandas y requerimientos de la práctica, su motor impulsor no ha estado en la teoría, sino en los cambios que se han operado en el estado de salud de la población y en las prioridades de los servicios de salud, las cuales son variables en dependencia de la situación de cada país

Consecuentemente, los esfuerzos de los psicólogos han encaminado, sobre todo, a adaptar y adecuar las experiencias y aportes procedentes de diversas áreas de la psicología a los nuevos requerimientos, lo que ha permitido, por un lado el aprovechamiento de viejas modalidades de participación en el sector salud (como las provenientes de la psicología clínica tradicional, la psicología médica, la psicología comunitaria o de la medicina conductual), e incluso de otros campos, como la epidemiología, la educación para la salud tradicional o la investigación de servicios de salud.

Los países con más desarrollo económico, en general, han sido los más productivos en términos de su representación en la literatura, sin embargo, puede apreciarse que en países en desarrollo como los latinoamericanos se produce también un marcado interés por esta área. A los psicólogos de estos países nos corresponde ser extremadamente cuidadosos en la lectura e interpretación de los aportes procedentes de los países desarrollados, porque nuestros problemas son diferentes en parte, y porque podemos correr el riesgo de convertirnos en replicadores de una psicología de la salud que quizás no puede brindar todas las respuestas que requieren nuestros problemas.

Es necesario evitar las definiciones estrechas de la psicología de la salud que limiten el campo innecesariamente.

La psicología de la salud requiere ser hecha en los servicios de salud más que en cualquier otro contexto. Las universidades pueden y deben jugar un relevante papel para estimular el reconocimiento del campo, desarrollar conceptos básicos y para producir conocimiento y tecnologías aplicables, pero son los servicios de salud, especialmente aquellos de carácter público, a los que les corresponde abrir el espacio para dar entrada a la psicología, favoreciendo la integración de los psicólogos a sus programas prioritarios y la creación de puestos de trabajo para estos en unidades y servicios de todo tipo.

La psicología de la salud necesita definir mejor cómo deben ser sus relaciones con otras disciplinas, particularmente con la medicina, tanto en el plano científico y de investigación. Será necesario trabajar en la dirección de adoptar modelos médicos de interpretación de los problemas y de actuación, pero también será necesario entender la importancia y pertinencia del trabajo conjunto con otros profesionales de la salud, e incluso comprender que estos, muy especialmente los médicos y enfermeras, deben disponer de recursos procedentes de la psicología y aplicarlos en su trabajo.

La psicología y el campo de la salud

Calatayud (2015) propone que el campo de la salud se vea y comprenda desde diferentes planos, todos interrelacionados:

1. La salud de las personas, como un componente esencial del proceso de vida, un proceso dialéctico en permanente desarrollo que incluye diferentes estados (entre ellos bienestar y eficiencia y los de enfermedad y muerte) y el tránsito entre los mismos, así como sus diversas expresiones y sus determinantes biológicos, ambientales, económicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales.
2. Los conocimientos científicos o populares, las representaciones culturales y las prácticas derivadas que se relacionan tanto con la salud entendida como bienestar,

como con el riesgo de enfermar, las enfermedades, la recuperación y el final de la vida.

3. Las políticas públicas, los sistemas, servicios, programas e instituciones de todo tipo de relación con la promoción y fomento del bienestar y la salud.
4. Los instrumentos legales de todo tipo y nivel y las políticas y prácticas correspondientes que garanticen el derecho a la salud, la vida en ambientes saludables y el pleno acceso de todos los ciudadanos y ciudadanas a todas las posibilidades de alcanzar el más alto nivel de salud posible, incluyendo los recursos más avanzados para la recuperación de la salud, y a los que protejan a toda la sociedad de potenciales acciones dañinas a la salud de cualquier procedencia.
5. La formación de recursos humanos para el trabajo en el campo desde la perspectiva de las muchas disciplinas implicadas, de las diferentes áreas de las ciencias y las tecnologías. Asimismo la formación de los recursos humanos no profesionales: activistas y promotores de salud, representantes comunitarios, etc
6. La investigación científica, la orientación y prioridades de la misma, los recursos disponibles, el uso de los conocimientos y su introducción en la práctica social, en relación con la promoción y gestión de la salud positiva, la prevención y la atención de las personas enfermas.
7. Las prácticas de las profesiones que se vinculan con el campo, sus regulaciones éticas y corporativas
8. La participación de los ciudadanos, ya sea en términos políticos, sociales y comunitarios en la gestión de su propia salud y en la toma de decisiones sobre la misma

Lo que es común en todos los planos de ese campo, es la presencia del factor humano. Las personas son las protagonistas de su salud, y esta es un componente principal de sus vidas, sus motivaciones, sus realizaciones; su afectación es fuente de malestar subjetivo.

La salud comprende un componente subjetivo y de comportamiento, no puede entenderse la salud sin entender este componente. Existe una unidad inseparable entre estos componentes y los biológicos y sociales, la salud es unitaria.

Las personas no son receptores pasivos de influencias, son activos protagonistas de su propia salud, y aquí radica un elemento básico para entender por qué los modelos de causalidad derivados de la acción de agentes biológicos sobre un “huésped” en un ambiente en el que se destacan sus elementos físicos, tan propios de los primeros tiempos de la epidemiología, no pueden ser aplicados de manera universal.

En psicología de la salud se entiende que su radio de acción y sus objetos concretos de trabajo pueden estar en los individuos, en las familias, en los grupos, en las comunidades, en las instituciones y en la sociedad en su conjunto, todo depende de cual sea la naturaleza del problema que deba ser reconocido, evaluado, interpretado y sobre el cual se debe actuar para obtener un resultado deseado para el mejoramiento de la salud. Incluye asimismo los problemas que se desprenden de la atención de la salud y la enfermedad, lo que supone de hecho diversos asuntos psicológicos, son acciones que se producen por personas y para personas.

La psicología en el campo de la salud implica asumir una definición en tanto disciplina aplicada, por el campo (la salud) y no por un método (el clínico), la psicología clínica resulta insuficiente para abordar toda la complejidad del campo.

Asimismo, se debe entender la integralidad biopsicosocial (y también cultural y espiritual) no solamente en el discurso sino también en la práctica.

Tensiones, logros y potencialidades en el desarrollo de la psicología en el campo de la salud

Entre las tensiones, se aprecian:

1. Se mantiene el dominio de una psicología centrada en la enfermedad y fundamentalmente, en la llamada enfermedad mental, con lo que se contribuye a la sobrevivencia de un modelo restringido de práctica profesional y mercado laboral y sobre todo, a privar a la población de los beneficios de la aplicación de la psicología en una perspectiva de salud.
2. Consecuentemente, es pobre, relativamente, la producción de conocimientos y más pobre aún la introducción en la práctica social de tales conocimientos
3. Dentro del lento desarrollo del campo, es más lento aún el desarrollo de la psicología aplicada a problemas de salud en conglomerados humanos así como a la promoción y gestión de salud positiva y la prevención
4. No hay políticas de integración de la psicología a sistemas y servicios de salud nacionales o locales, la psicología sigue encasillada como una disciplina y profesión del área de la "salud mental"

Entre los logros:

1. La progresiva aparición de la psicología de la salud como disciplina en los programas de grado
2. La emergencia de programas de formación a nivel de maestrías y doctorados
3. La existencia y creciente actividad de organizaciones científicas internacionales y nacionales en la región
4. La consolidación de algunas publicaciones periódicas especializadas

Como potencialidades:

1. La posibilidad de integrar los avances alcanzados en nuestra región, vincular actores y producciones, integrar y sistematizar conocimientos provenientes de diferentes áreas y enfoques
2. La articulación de los desarrollos de otras áreas de la psicología de la región, como las provenientes de las neurociencias, en particular en lo referente al neurodesarrollo, la psicología comunitaria, la psicología ambiental, la psicología política y la psicología económica
3. Los desarrollos de un nuevo paradigma de salud en la región, como el de Salud Comunitaria, en el contexto del cual puede alcanzar el mayor sentido el desarrollo de la psicología en el campo de la salud
4. Las posibilidades que brinda el progresivo desarrollo de políticas públicas orientadas a la inclusión social, el mejoramiento del acceso a la salud y los programas que derivan de esas políticas, para generar espacios de trabajo para realizar acciones de psicología de la salud.

Entre las áreas de trabajo que esos espacios pueden generar se encuentran la contribución a la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas de salud, el fortalecimiento de la atención primaria de la salud y la promoción de salud, así como la nutrición y el desarrollo infantil, entre otras.

Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué

En primera instancia, la psicología de la salud tiene como tarea fundamental la de contar con un modelo teórico en el que se defina con precisión qué es lo psicológico y cómo es que interactúa con lo biológico y lo social. Se requiere, asimismo, en un segundo momento, disponer de los recursos metodológicos que posibiliten tanto la práctica de la investigación como el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención en todas sus variantes.

En este sentido, Piña plantea que la dimensión psicológica de la salud consiste “en la participación del individuo comportándose -categoría general que incluye conceptos que tradicionalmente se enmarcan en los rubros de atender, percibir, sentir, razonar, imaginar, hablar y pensar, principalmente-, entendiendo al comportamiento como la interacción molar del organismo con el ambiente físico, químico, ecológico y/o social (...) pero también comprende a fenómenos que forman parte del lenguaje de los afectos, la motivación y la personalidad”.

Para los propósitos que involucran la descripción, el análisis y la investigación, esa dimensión psicológica puede ser desagregada en tres factores:

- a) la forma en la que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos;
- b) las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con múltiples situaciones que directa o indirectamente afectan la salud, y
- c) las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica

En cuanto a el papel del psicólogo en el campo de la salud, Piña plantea que este debe darse en términos profesionales como **desprofesionalización**: es decir, el psicólogo a partir del conocimiento generado por y desde la disciplina básica, transfiere el conocimiento a otros profesionales practicantes de alguna interdisciplina particular como la medicina, promoción de salud, enfermería, trabajo social, etc, por un lado, o a los usuarios de los servicios, por el otro, con el objeto de que sean ambos quienes hagan uso de dicho conocimiento -previamente traducido a un lenguaje tipo interfase-.

O sea, dicho de otras palabras, el psicólogo de la salud debe asumir, sin demérito de otras actividades sustantivas, el papel de una suerte de educador en el sentido amplio del término. De un educador capaz de identificar la dimensión individualizada de los problemas sociales y de su evaluación; de alguien capaz de enseñar a otros a seleccionar, adaptar y utilizar los procedimientos y las técnicas para generar los cambios deseados en los comportamientos que pueden afectar potencialmente la salud o que coadyuvan a su recuperación una vez que se ha perdido.

Hitos para la Psicología de la Salud en Uruguay

- **Década del 60 y 70:** psicología crítico alternativa de Carrasco
- **Dictadura:** el psicólogo como psicodiagnosticador, ausencia de tema salud en plan 78 de la EUP
- **Recuperación democrática, 1985 en adelante:**
 - Facultad de Medicina (Programa Docente en Comunidad, Psicología Médica, Ciclo Básico)
 - CPU: influencia de Alma Ata (Comisión de Salud)

Para historizar la psicología de la salud en Uruguay existen muchos momentos, y si bien los hitos de la psicología de la salud en Uruguay son varios, el origen tenemos que ubicarlo en el planteo de J. Carlos Carrasco.

Su planteo formulado en los años 60 y 70 de construir una psicología crítica alternativa tiene mucho que ver con la psicología de la salud.

Este planteo tuvo un momento de quiebre con la dictadura, ya que esta significó un momento de quiebre para la psicología misma, y el psicólogo pasa a ser visto como un psicodiagnosticador (se lo limitaba al psicodiagnóstico), y existía una ausencia del tema salud en el Plan 78 de la EUP.

Con la recuperación de la democracia en el año 1985 y posteriormente el tema salud empieza a tener un espacio en los temas universitarios, desde la facultad de medicina se retomó el plan de estudio que había sido interrumpido en años de dictadura. La facultad de medicina poseía un programa docente en comunidad, lo que permitió la incorporación de psicólogos al mismo en el departamento de psicología médica, y la inserción de psicólogos en ciclo básico problematizando temáticas de salud, estos pueden ser considerados antecedentes para la conformación de la psicología de la salud en Uruguay, aunque aún no se hablaba de ella.

- **Plan IPUR 1988, incluye 3 cursos anuales que luego fueron integrados al Área de Salud:**
 1. Niveles de Atención en Salud
 2. Aspectos Psicológicos de la Atención Sanitaria
 3. Técnicas de Atención Comunitaria
- Creación del Programa APEX - Cerro, 1993
- **Publicación del libro Psicología de la Salud:** escenarios y prácticas por A. Gandolfi, 2002
- Creación en 2010 del Instituto de Psicología de la Salud

En el año 2010 se crea el instituto de Psicología de la Salud (ya que antes no existían institutos sino áreas), hito importante en la psicología de la salud de nuestro país debido a que es la primera vez que existe un instituto universitario con esta denominación, toma la historia y los antecedentes antes mencionados y le da la una institucionalidad que antes no poseía.

Proyecto del Instituto Psicología de la Salud (Uruguay)

Se propone una relación que supere los efectos de segmentación sobre los campos de conocimiento y las funciones universitarias, producidos por la estructura institucional en la que se ha venido trabajando en los últimos tiempos.

La conformación de un pequeño número de institutos permite reagrupar recursos humanos y acumulaciones académicas conformando equipos potentes con capacidades para impulsar y sostener programas integrales que desarrollen las funciones universitarias con niveles de excelencia, pertinencia y compromiso social a los que la Psicología Universitaria debe aspirar. Como producto de la nueva organización se diagramara un nuevo mapa, que habilitará nuevas relaciones y articulaciones en torno a núcleos temáticos que emergen como prioritarios en el actual estado de desarrollo de la Psicología nacional, regional e internacional. Proceso retroalimentado en el permanente diálogo de la Universidad y los universitarios con las realidades sociales.

La propuesta de creación del Instituto de Psicología de la Salud se define por la convergencia desde la epistemología de la multirreferencialidad.

Este trabajo ha apostado al efecto sinérgico del encuentro de perspectivas, fuertemente interrelacionadas en un campo de problematicidad que se constituye en referencia común para su proyecto.

Superando la falsa dicotomía entre campos disciplinares y campos de problematicidad, la creación de este nuevo Instituto se presenta como una oportunidad histórica de rebasamiento de los modelos tradicionales de hacer y entender la Psicología, abriendo paso a un enfoque coherente con la epistemología de la complejidad y la sinergia entre perspectivas.

El campo de problematicidad de la salud como proyecto

La Psicología de la Salud que se propone sostiene y construye su unidad a partir de un conjunto de definiciones básicas:

- 1) Una concepción del Ser Humano como “ser inconcluso”, histórica, social y culturalmente determinado, producto y productor de su propia realidad; y de su subjetividad como producto de las prácticas sociales. Concepción consistente con una ética como praxis de la constitución del sujeto: modelo de la autonomía.
- 2) Una forma de pensar la Psicología: el enfoque Crítico Alternativo de Carrasco en tanto posicionamiento, postura, un ángulo desde donde mirar, una actitud ética de la transmisión y de cómo llevar adelante la Psicología.
- 3) Un sustento epistemológico en el paradigma de la complejidad y de rescate de la multirreferencialidad. Asumir la irreductibilidad de los comportamientos humanos a una sola disciplina implica enfrentar el desafío de lo interdisciplinario con las contradicciones y potencialidades que esto implica.
- 4) Concebir la realidad no como una entidad fija, sino prosiguiendo sus mutaciones, generando así estrategias de cambio. Desarrollando conocimiento capaz de responder a las demandas de la sociedad; investigaciones capaz de desarrollar

mecanismos efectivos para vincular realmente a los investigadores con los problemas y con los actores directamente involucrados en los mismos.

- 5) El interés por el campo de las políticas públicas como contexto de las prácticas y como objeto de estudio e incidencia. El enlace entre conocimiento, sociedad y política entendido como un triángulo virtuoso que potencia la generación y uso de conocimiento situado.
- 6) Eclecticismo dinámico crítico: como postura antidogmática que se enriquece en la confluencia de aportes de distintas escuelas teóricas pero sometidas a la crítica de la praxis que habilita nuevas síntesis.
- 7) La valoración de la dimensión cultural en tanto articulador de lo socio histórico con lo simbólico subjetivo para la comprensión de las problemáticas y su transformación.
- 8) La definición que toda aproximación a los problemas humanos debe incorporar una múltiple perspectiva:
 - de Derechos Humanos,
 - de Género y
 - de Generaciones, considerando como referente la fase evolutiva en que se encuentran las personas.

Se entiende la Psicología de la Salud como un proyecto **académico, profesional y político** que se propone contribuir al estudio, comprensión y transformación de los fenómenos y procesos que ocurran en el campo de lo sanitario, los aspectos afectivos, cognitivos, actitudinales vinculares e imaginarios que los seres humanos y sus colectivos producen y ponen en juego en relación al proceso salud-enfermedad-curación y sus instituciones.

La noción de proyecto **académico** hace a un proceso intencionado que se despliega en el tiempo de acuerdo a la interacción entre sus potencialidades y las transformaciones propias del entorno. Incluye producción, transmisión y aplicación de conocimientos, a través de una praxis permanente en la que se modifican tanto las realidades como las concepciones teóricas y los instrumentos con que se opera sobre ella.

Es un proyecto **profesional** porque no solo impulsa la inclusión de los aportes de la Psicología como disciplina en el campo de la salud sino que promueve el reconocimiento del psicólogo como profesional especialmente formado para el manejo y aplicación de los instrumentos teóricos y técnicos propios de la disciplina, articulados con los provenientes de otras disciplinas en especial de las ciencias sociales y del comportamiento.

Es un proyecto **político** en tanto asume dentro de sus propósitos y a la vez tiene como condición para su pleno desarrollo, la transformación del mapa de saberes-poderes que históricamente ha hegemonizado el campo de lo sanitario.

El proyecto se basa en una concepción de salud que gira en torno a 3 ideas centrales:

- 1) **Concepción holística y ecológica del proceso salud-enfermedad.** No sanan ni enferman los cuerpos ni las mentes sino los sujetos integrados en un sistema de relaciones múltiples y complejas mediatizadas por la cultura.
- 2) **Descentramiento de las instituciones sanitarias como escenario privilegiado del trabajo con la salud para reubicarlo en los espacios cotidianos,** allí donde las personas interactúan en función de sus deseos y necesidades, sostienen diversas actividades, producen la vida misma.

- 3) Desplazamiento del protagonismo exclusivo de los técnicos en la atención a la salud para reintegrar a las personas comunes y corrientes su centralidad en todo lo relativo a la producción y preservación de su salud.**

Como producto de este doble descentramiento -de escenario y de protagonistas-, transitamos del modelo individual restrictivo hacia el **social expansivo**.

Perspectivas transversales

El instituto de Psicología de la Salud se basa en la articulación de cuatro perspectivas transversales:

- 1) derechos humanos
- 2) género
- 3) evolutiva
- 4) APS: atención primaria de la salud

Se proponen de esta forma 4 programas que compartan las anteriores perspectivas, tomando la centralidad de la vida cotidiana como núcleo significativo para la comprensión y transformación de los procesos psicológicos y que desarrollan una mirada disciplinaria desde la Psicología de la Salud en permanente diálogo con otras disciplinas.

Si bien cada programa tiene su epicentro específico, se promueve la elaboración de proyectos transversales, integradores:

- 1) **Programa de Desarrollo Psicológico:** contendrá líneas de trabajo académico centradas en los problemas inherentes a las transformaciones evolutivas subjetivas presentes a lo largo de todo el ciclo vital, estudiando sujetos biopsicoambientales en constante proceso de subjetivación y desarrollo. Dando cuenta del qué, del cómo, del cuándo, del porqué y del para qué de desarrollos parciales (biológico, neuropsicológico, afectivo-sexual, cognitivo) y sus interacciones en el cauce del proceso de socialización.
- 2) **Programa de Producción de salud y políticas sanitarias:** los desarrollos de la psicología de la salud abarcan tanto los espacios de la vida cotidiana como el sistema de salud. En ambos espacios, las intervenciones más allá de su diversidad, tienen sus componentes centrales en acciones como escucha, comprensión, sostén, apoyo, facilitación de la expresión, enunciación; establecimiento de conexiones en lo cognitivo y en las acciones, resignificación, activación de recursos y despliegue de potencialidades.

Se proponen diferentes líneas de trabajo académico, integrando actividades de investigación, extensión y enseñanza, como:

- Salud y calidad de vida en los espacios comunitarios.
- Relacionamiento entre comunidad y el Sistema de Salud.
- Los usuarios dentro del sistema de salud, trabajando los modelos y estrategias de intervención desde la psicología de la salud en los diferentes niveles de complejidad y en las distintas fases del proceso salud-enfermedad.

- 3) **Programa de Género y Salud Sexual y Reproductiva:** se basa en el paradigma de la Salud Sexual y Reproductiva, y en una concepción de la sexualidad como producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las

diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido.

Analizar las prácticas sexuales, los significados y las decisiones reproductivas en tanto prácticas sociales específicas permite pensar cómo se han construido las nociones vigentes en nuestra cultura acerca de la sexualidad y la reproducción.

Se organiza en base a cuatro líneas fundamentales:

- Mujeres, reproducción y subjetividad
- Derechos sexuales y reproductivos y servicios de salud
- Masculinidades, sexualidad y reproducción
- Violencia basada en Género, adolescencia y juventud

4) Programa de Derechos Humanos: tiene como objetivos

- a) promover la reflexión sobre los derechos humanos, su dimensión ética y sus contenidos concretos
- b) contribuir a la producción de conocimientos específicos y acciones transformadoras alentando el intercambio con diversos actores sociales
- c) colaborar en la búsqueda de mecanismos que profundicen el reconocimiento y la consolidación de los derechos humanos y la defensa de la dignidad humana
- d) contribuir a los procesos de construcción de la memoria histórica y la investigación sobre los efectos del terrorismo de Estado que vivió nuestro país en el pasado reciente

El programa de DDHH se estructura en base a 3 líneas de trabajo:

- Ética, Derechos Humanos y Subjetividad
- Memoria y trauma social
- Tensiones entre políticas, normatividad y ejercicio de derechos humanos

Módulo 2 - Evolución histórica del pensamiento y concepciones sobre el procesos salud-enfermedad-atención. Psicología, desarrollo humano y calidad de vida.

Paradigmas

El paradigma **individual-reduccionista** se sustenta en el pensamiento médico que se organiza alrededor de la enfermedad y en la clínica. La reflexión y la búsqueda queda enfocada a un hombre yacente, descontextuado y tomado en cuenta sólo como reservorio de la enfermedad, en una perspectiva eminentemente biologicista. Se busca una única causa, por lo tanto en este pensamiento predomina la unicausalidad de la enfermedad, lo que se busca es justamente el agente patógeno (el germen), de modo tal que se pueda generar una relación unívoca entre una causa, un efecto y un tratamiento.

El paradigma **social-expansivo** se sustenta en las ideas de que las concepciones y prácticas en salud deben ubicar al hombre en su contexto social y de la responsabilidad del Estado en el cuidado de la salud de la población.

Las concepciones acerca de la salud y la enfermedad - de Lellis

Los conceptos de salud y enfermedad han presentado múltiples variaciones a lo largo de la historia en dependencia de los distintos factores que han determinado las condiciones de vida de los colectivos sociales: las estructuras de producción y consumo, los avances científico-tecnológicos, las creencias sociales que pautan como debe protegerse, cuidarse o restablecerse la salud una vez alterada o dañada. En otras palabras, la concepción de salud es una construcción sociocultural.

Concepto clásico de salud: en la Edad Antigua existían dos perspectivas antagónicas en relación a la salud y a la enfermedad. En la era pre-hipocrática había una concepción mágico-religiosa, siendo la salud una bendición de los dioses y la enfermedad un castigo por desviarse de las pautas que regulaban los comportamientos relacionados con la salud, Platón representaba esta corriente. Con Hipócrates se da una perspectiva materialista de la salud. La salud pasa a ser un estado natural y el más preciado de los bienes, mientras que la enfermedad es concebida como un desequilibrio y/o una desviación de las normas vinculadas con la dieta, el consumo de agua, las relaciones con el medio ambiente. Las patologías eran pensadas como las manifestaciones de cambios internos del organismo que obedecían a factores externos, mientras que la curación se relacionaba con el retorno a un estado natural que suponía la readaptación al entorno.

La salud y la enfermedad en la Edad Media: la creciente influencia de la iglesia católica en Europa explica que las enfermedades fueran asociadas directamente a la intervención de lo sagrado. La ciencia, o más propiamente el saber de la época, estaba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza escolástica, lo que hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de las enfermedades como asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios.

Concepciones sobre la salud en la modernidad: En el siglo XVII el dualismo cartesiano será un hito muy importante tanto para la investigación científica como para los abordajes

en salud, marcando un antes y un después, planteando una disociación entre mente y cuerpo, planteo fundamental de la diferenciación entre salud mental y salud física.

A su vez, la conceptualización de la salud como ausencia de enfermedad e invalidez comienza a cobrar relevancia en este momento histórico(modernidad). Difundida a partir de la hegemonía del discurso biomédico desde principios del siglo XIX, lo *sano* se fue invisibilizado y la salud era considerada como tal sólo cuando se perdía.

Paralelamente a esta perspectiva médico-reduccionista, surgieron otras visiones que defendieron la idea de que la salud y la enfermedad rebasaban los límites del cuerpo físico. La subjetividad, el comportamiento individual, las relaciones sociales y la influencia de los ámbitos culturales comenzaron a ser visualizados como determinantes de los procesos salutogénicos y también del malestar. **Ernest Sigerist** (1941) fue uno de los representantes más importantes de este enfoque, para el cual un individuo sano es aquel que manifiesta un adecuado equilibrio entre su cuerpo y su mente, hallándose ajustado a su entorno físico y social, y contribuyendo al bienestar de su sociedad. Plantea que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad sino **que es algo positivo**, *“una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida le impone al individuo”*.

Concepción actual sobre la salud-enfermedad: la OMS define la salud por primera vez como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedades”.

A partir de esta definición surge un interrogante central: ¿acaso los individuos “sanos”, de diversos entornos culturales y políticos, presentan siempre un completo y continuo estado de bienestar físico, mental y social?. En respuesta, Milton Terris (1975) plantea que “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente ausencia de malestar o dolencia”.

Esta concepción ya no incluye el término “completo”, pues la salud no puede ser entendida en términos ideales o absolutos, sino que debe ser comprendida como una cuestión relativa a cada contexto social y momento histórico que implica aspectos subjetivos (la sensación de cada uno de sentirse bien) y aspectos objetivos (ligados a la realización de las actividades diarias y al funcionamiento en lo social). Es fundamental en este punto destacar la diferencia entre la salud pensada como un estado ideal a alcanzar y el proceso de salud concebido como capacidad para tomar decisiones, afrontar responsabilidades y vivir con autonomía en el ámbito concreto de la vida cotidiana. El término *proceso* refiere a una situación dinámica, que se modifica continuamente en función de las circunstancias vitales de los seres humanos, opuesto al concepto de *estado*, concebido como un escenario de bienestar continuo que se mantiene inalterable a lo largo del tiempo y de los distintos contextos socio-históricos.

A estas nociones es necesario adicionarles otras, ya que la conceptualización de la salud requiere considerar que en algunas fases precoces o subclínicas de ciertas enfermedades -como las distimias, los tumores, las úlceras en etapas precoces, algunas crisis epilépticas parciales-, las personas pueden seguir manteniendo tanto la sensación de bienestar como la capacidad de realizar sus tareas cotidianas-

Recapitulando:

- Las concepciones varían en cada contexto histórico-social, por lo cual la salud es caracterizada como una construcción social relativa.
- La salud es un *proceso*, que depende de los factores sociales y ambientales asociados al bienestar logrado en un determinado momento histórico-social, y que asume como premisa la mutua transformación que se produce a través de la interacción permanente entre las personas y sus entornos.
- Existe cierto grado de incertidumbre en la aplicación de categorías para diferenciar la salud de la enfermedad. No es posible distinguir con absoluta certeza si un organismo atraviesa un proceso cuyas manifestaciones se asocian con lo saludable, o con lo patológico, ya que la vida se expresa, al mismo tiempo, en múltiples situaciones que reflejan aspectos positivos y negativos
- La salud debe ser considerada como un conjunto de cualidades sistémicas complejas y en un fenómeno multidimensional. La inexistencia de daño morfológico, la ausencia de limitaciones funcionales, un grado alto de bienestar subjetivo, el desarrollo de las potencialidades de la personalidad, la calidad del ambiente físico, un contexto familiar continente, son algunas de las variables cuyas interrelaciones deben ser entendidas, siempre en conjunto, para comprender integralmente al concepto.

Considerando lo anterior, se plantea la definición de la Cátedra:

Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental -el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada-, considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes humanos, teniendo en cuenta que estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida (Cátedra 1 de Salud Pública y Salud Mental, pág 5)

Concepciones de salud

Concepción	Características	Ubicación histórica
Somático-fisiológica	Salud: ausencia de enfermedad. Objetivismo	Desde los orígenes al presente
Psíquica	Incorpora la subjetividad, lo anímico	Inicios en S. XVIII y desarrollo en S. XX
Sanitaria	Salud como estado positivo. Incidencia social en el enfermar. Prevención	Medidas profilácticas desde la antigüedad, perspectiva científica S XIX
Político-legal	Salud como obligación o derecho	Políticas de protección social, S XIX y XX
Económica	Salud y productividad. Costos de la salud y la enfermedad	Siglo XX
Social	Relatividad cultural. Participación	Segunda mitad del siglo XX
Ideal	Salud como estado ideal	Desde la antigüedad

El campo de la salud pública: surgimiento histórico y nociones básicas

Con el desarrollo tecnológico acaecido a partir de mediados del siglo XVIII (revolución industrial) comenzaron a desplegarse una serie de transformaciones que impactaron sobre las condiciones de salud-enfermedad, de vida y de muerte de los seres humanos. Grandes migraciones del campo a las grandes ciudades posibilitaron condiciones de vida paupérrimas: vivir bajo situaciones de constante explotación laboral, en circunstancias precarias y sin normas de higiene o salubridad.

Esta situación fue objeto de múltiples denuncias por parte de quienes encarnaron ideales de reforma y/o revolución social. Es a partir de los escritos de Marx y Engels que comenzó a perfilarse lo que se dio en llamar “la cuestión social”, poniéndose de relieve las pésimas condiciones de vida de la clase obrera y su impacto diferencial sobre la salud.

Las manifestaciones incipientes de la salud pública, tal como las conocemos actualmente, se remontan al comienzo del siglo XIX en Francia gracias a los estudios de Villermé (1826), quien realizó estudios en fábricas textiles a partir de los cuales se logró demostrar la relación entre el aumento de la mortalidad y las situaciones que atravesaban los trabajadores.

Más adelante en Gran Bretaña Thackrah y Chadwick abogan por una intervención de los poderes públicos en el saneamiento de las ciudades.

El escenario de profunda vulnerabilidad y explotación social, consecuencia del industrialismo, explica, en parte, las grandes convulsiones sociales y políticas acaecidas

durante aquella época. A través de la Declaración de los Derechos Humanos, la libertad e igualdad de los individuos y la soberanía de la Nación se da sustento institucional a los Estados Modernos. Estos principios se trasladaron rápidamente al área sanitaria mediante la ampliación de los derechos específicos, y han permitido establecer los cimientos del sistema de salud francés.

Es en esta fase de la salud pública que comienzan a desarrollarse los primeros trabajos enmarcados en la denominada *medicina social*, cuyos epígonos plantearon que los factores sociales y la posición que el individuo ocupa en la estructura social determina la situación de salud. Frank (1790) afirmaba que “el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares (...) debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir”.

En este contexto, Rudolf Virchow plantea que “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”.

Una de las corrientes que surgen a partir de la medicina social son los estudios e intervenciones vinculados con el concepto de higiene, destinados a la protección y mejoramiento del medio ambiente. Para Bequerel (1875), la higiene es conceptualizada como una ciencia que versa sobre la salud con el doble objetivo de conservarla y perfeccionarla, diferenciando en:

- a) higiene privada, como aquella que trata de la salud individual
- b) higiene pública, como aquella que trata sobre la salud colectiva

Con la invención del microscopio, el área de la microbiología recibió un gran impulso, posibilitando la investigación e identificación de los agentes causantes de las patologías (bacterias, microbios, virus). Estos descubrimientos promovieron que investigadores sienten las bases para los tratamientos con antibióticos y la prevención de las enfermedades infecciosas.

Y si bien estas medidas curativas y preventivas ligadas al modelo médico fueron relevantes, diversos historiadores de la salud pública han demostrado que las grandes conquistas en la mejora de la salud se han obtenido gracias a cambios en las condiciones de vida de las poblaciones humanas, por ejemplo:

- el incremento del nivel educacional
- la mayor disponibilidad y seguridad de los alimentos
- la reducción en el tamaño de las familias
- la accesibilidad al agua potable
- etc

Concomitantemente a estas transformaciones emergieron procesos demográficos y epidemiológicos que representaron nuevos desafíos para la salud pública. Entre ellos:

- el aumento de la esperanza de vida
- reducción de la natalidad
- disminución de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (o crónicas)

Es necesario consignar que los modos de protección social han estado siempre presentes, aunque en un primer momento fueron vinculados a las redes de apoyo de carácter informal.

Es recién a finales del siglo XIX que el Estado interviene de forma más directa en la configuración de los modos de aseguramiento destinados a dar cobertura y protección.

Durante el siglo XX, se comenzaron a crear en Europa redes de dispensarios para asistencia integral de la tuberculosis, las enfermedades venéreas y las materno-infantiles, incorporando la figura de la visitadora social y los fichajes familiares. Durante el año 1920, Inglaterra concibió y promovió los centros ambulatorios de salud, con equipos multidisciplinarios y enfoques preventivos, antecedente muy relevante de las recientes formulaciones en torno a la Atención Primaria de la Salud.

La profunda crisis social y económica, que sobrevino a las dos guerras mundiales, planteó la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a garantizar los derechos básicos de los ciudadanos:

- En Inglaterra en 1948 se crea el National Health Service (Servicio Nacional de Salud), primer sistema de salud basado en los preceptos de universalidad, solidaridad y equidad.
- Creación de la ONU y dentro de está la OMS, esta última se especializa en proponer políticas de salud a nivel mundial, y formular iniciativas altamente importantes como por ejemplo: la Atención Primaria de la Salud, que ha sido la principal estrategia rectora de la organización de los sistemas de salud desde hace 4 décadas.

En 1974, Lalonde, ministro de Salud de Canadá, publica un informe en el cual se enfatiza que una importante proporción de las muertes prematuras, y de las incapacidades que sufrían los canadienses eran prevenibles a través de medidas que trascendían la acción de los servicios médicos. Debido a esto se propone, para valorar el grado de salud de las poblaciones, el modelo de **campo de salud** compuesto por 4 componentes:

- 1) **Biología humana:** incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental.
- 2) **Medio ambiente:** se define como todos aquellos factores que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control, por ejemplo: la contaminación ambiental o la inocuidad y pureza de los alimentos o del agua, así como también los factores sociales como el desempleo o la pobreza.
- 3) **Estilo de vida:** históricamente implicaba al conjunto de decisiones que adoptaba el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejercía cierto grado de control. Más adelante ciertos autores destacaron que es inapropiado trasladar la responsabilidad de la salud a la persona en forma exclusiva. Los patrones de conducta están relacionados con factores cognitivos y emocionales, los cuales se generan y manifiestan en contextos que recogen experiencias pasadas, situaciones culturales, políticas, económicas y del ambiente de una sociedad en particular.
- 4) **Organización de la atención de salud:** consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, psicología y odontología, la atención dispensada en los hospitales, hogares de ancianos, centros de atención primaria de la salud, proveedores de fármacos, y más.

Los esfuerzos encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de atención, se habían concentrado, a lo largo de las épocas, en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de

enfermedad y muerte actuales, se llega a la conclusión de que los determinantes más relevantes se hallan comprendidos en los otros 3 componentes del concepto, es decir, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida. Por consiguiente, resultaba evidente que se gastaban grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse evitado.

Las intensas discusiones y propuestas que desató el documento de Lalonde consolidaron un movimiento que se denomina **“La nueva Salud Pública”** que -en contraste con la salud pública tradicional, que actuaba sobre los aspectos biológicos del individuo y del medio ambiente-, **se ocupa de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades.**

A finales de la década de los 70, la Atención Primaria de la Salud comienza a ser adoptada como la principal estrategia para lograr la equidad y la reducción de las desigualdades en cuanto al acceso a la salud de las poblaciones.

En la década de los 90 se manifiesta, en forma aguda, una crisis en los sistemas de salud y en el campo de la seguridad social que no ha dejado de profundizarse aun más en los últimos años. Al ser cada vez mayores las brechas distributivas entre los sectores más acomodados y aquellos que captan menores recursos, el acceso equitativo a la salud para todos se obstaculiza, colocando permanentemente sobre el tapete la discusión acerca del rol del Estado como su principal garante.

El campo de la salud pública

La salud pública, en tanto responsabilidad colectiva, busca garantizar el derecho a la salud como una necesidad humana básica, tal como se expresa en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La salud pública es un compromiso del Estado y de la sociedad civil, que requiere de una respuesta institucional organizada. Mediante la autoridad sanitaria se debe lograr el compromiso y la participación de la sociedad en general, y, en particular, de los agentes sociales más específicamente concernidos en el cumplimiento de las Funciones Esenciales en Salud Pública, definidas como:

El conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del Estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública de mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva.

Milton Terris (1992) la define como:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para rehabilitación, así

como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

Promoción de la salud (PS)

Gracias a la reunión celebrada en Ottawa en 1986, la Promoción de la Salud comenzó a cobrar relevancia internacional. Es a partir del documento final de este encuentro que se comienza a visualizar la importancia de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Definiciones de PS:

La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (OMS, 1990).

Es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir (Nutbeam, 1986).

Estas conceptualizaciones coinciden y se complementan en varios puntos, principalmente en que la PS se dirige a modificar los determinantes de la salud. La estrategia ofrece la posibilidad de asumir el cambio desde una política centrada en el consumo de servicios de atención médica, hacia una política promotora de factores que permitan el acceso a la salud positiva, como un derecho básico universal.

La PS se sustenta principalmente en un paradigma holístico de la salud, que integra todas las características del bienestar humano, conciliando dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones del ser humano.

La práctica de la salud pública debe estar comprometida con la satisfacción de tales necesidades y anhelos. Es en este sentido, que se han contemplado 5 ejes estratégicos principales para la PS:

- Construir políticas públicas saludables
- Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales)
- Fortalecer la acción comunitaria
- Desarrollar aptitudes personales y/o estilos de vida saludables
- Reorientar los servicios de salud
-

El último gran encuentro sobre PS fue celebrado en Finlandia en el año 2013, centrándose en el enfoque Salud en Todas las Políticas. El mismo se basa en la idea de que la salud se halla determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, por lo cual, una

política sanitaria eficaz debe articularse con las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y con la investigación.

Resumiendo, la PS se debe concebir desde estas cuestiones centrales:

- Debe ser interdisciplinaria para lograr sus objetivos. Lo primordial es que se conjuguen elementos de todas ellas, creando un campo teórico con identidad propia y con técnicas y metodologías adecuadas para contribuir al logro de una sociedad más justa y equitativa.
- Las intervenciones deben desarrollarse en dos niveles:
 - 1) Uno que abarque el ámbito “estructural”: en el cual se plantean las acciones para modificar los ambientes (físicos, sociales, culturales y políticos)
 - 2) Otro cuyas actividades estén dirigidas a lograr cambios en los “estilos de vida”

Prevención de la enfermedad

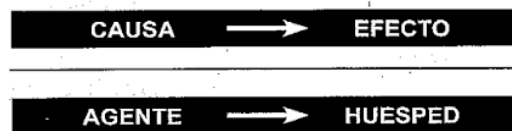
La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a evitar su aparición, mediante la reducción y/o eliminación de los factores de riesgo, sino también a proteger a los grupos más susceptibles y/o desarrollar actividades orientadas a mitigar las consecuencias de las patologías una vez desencadenadas. Se basa en el principio de que cuanto más temprana se efectúe a fin de evitar y/o actuar contra el curso de los trastornos, más eficientes y eficaces resultarán las medidas adoptadas.

De acuerdo al momento de la intervención suele clasificarse en:

- **Prevención primaria:** alude a las acciones adoptadas sobre ciertos grupos poblacionales, con la finalidad de suprimir los factores de riesgo y/o brindar medidas de protección específica ante enfermedades reconocidas. Por ejemplo, las actividades desarrolladas con el fin de prevenir el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, mediante el uso de preservativos; los programas educativos para enseñar cómo se transmite y cómo se previene el dengue.
- **Prevención secundaria:** se refiere a aquellas acciones orientadas a lograr el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado para el control de la/s enfermedad/es. El objetivo es evitar su aparición o retardar su progreso y la ocurrencia de secuelas discapacitantes. Por ejemplo, el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y el seguimiento del paciente.
- **Prevención terciaria:** tiene como objetivo mitigar o disminuir las secuelas discapacitantes asociadas con las enfermedades y/o lesiones una vez producidas, o bien reducir y/o evitar las recaídas o complicaciones mediante medidas de rehabilitación e inclusión, que permitan al sujeto recuperar sus capacidades físicas, psíquicas y/o sociales. En la prevención terciaria son fundamentales el control y el seguimiento, para lograr una efectiva adhesión al tratamiento y a las medidas de rehabilitación oportunamente adoptadas. Por ejemplo, la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura o luego de una cirugía reparadora sobre lesiones en la rodilla de un deportista.

Modelos de causalidad: hacia los determinantes sociales de la salud

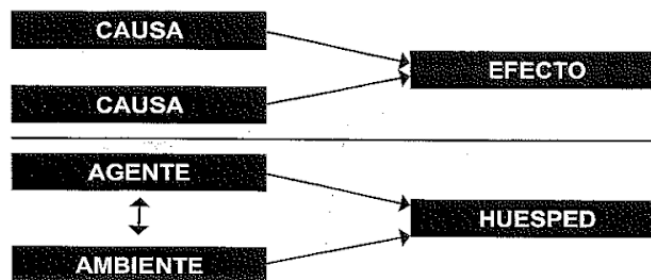
1) Modelo de causa simple/efecto simple



A fines del siglo XIX y principios del XX, el modelo biomédico impone la creencia de que un virus o una bacteria eran causa suficiente para ocasionar una enfermedad. Esta teoría, también llamada **del germen o de la diada agente-huésped**, afirmaba que existe una sola causa para cada efecto y que ambos eventos se relacionaban de forma lineal.

Se ha demostrado que este modelo presenta grandes limitaciones y es absolutamente insuficiente para explicar las causas de las enfermedades.

2) Modelo de causa múltiple/efecto simple

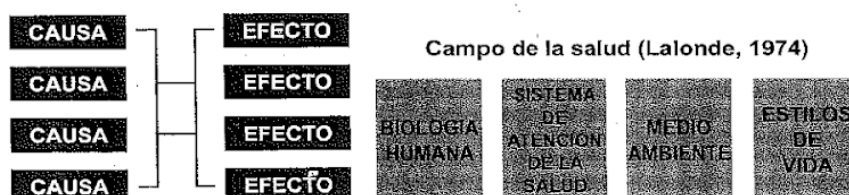


Universalmente, los profesionales y científicos adhirieron al modelo de “**causa múltiple-efecto simple**” o “**Modelo de triada Ecológica**” donde se sugiere que más de una causa actúa, **por sumatoria**, para producir una enfermedad. Así, no solo un agente afecta a un huésped, sino que el ambiente también actúa en la causación de las enfermedades.

A pesar del progreso que implicó esta forma de pensar el origen de las patologías, la misma no termina de desprenderse de la linealidad simplista de la unicausalidad.

Este tipo de causalidad responde a lo que se define como **modelo de la caja negra**, metáfora útil para representar un fenómeno cuyos mecanismos internos permanecen ocultos al observador.

3) Modelo de causa múltiple/efecto múltiple



Es elaborado en la década de 1980. Es homologable al concepto de **campo de salud**. Considerando que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso causal son muy complejas, y forman una unidad imposible de conocer de manera

exhaustiva, estos cuatro componentes no dan cuenta de la mayoría de los determinantes que actúan dentro de la compleja “trama de la vida”.

Según McDowell, la adopción mecánica de la multicausalidad ha falseado el carácter social de la enfermedad y de la salud, ya que concede el mismo peso a factores que son de naturaleza y jerarquía distinta.

Susser y Susser (1996) desarrollaron una conceptualización, a través de explicaciones multinivel, que agrupa desde las vías causales a nivel social hasta la patogénesis a nivel molecular. La enfermedad es concebida como un evento poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados. Las manifestaciones de salud tienen lugar de manera similar a un conjunto de cajas chinas, de modo que un sistema contiene a otro subordinado, y los cambios en un nivel influyen sobre el subsistema correspondiente, pero no necesariamente sobre la totalidad del sistema. Asimismo, las relaciones en cada nivel (del molecular al social), son válidas únicamente para explicar estructuras de complejidad y jerarquía similares, que no pueden ser generalizadas a otros niveles.

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El concepto de DSS comienza a cobrar gran auge en la década de los 90, debido a las limitaciones presentadas por los modelos de causalidad anteriores.

La OMS considera que los DSS son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; siendo que estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales y políticas que operan en diversos niveles: global, nacional, regional, local.

Esta perspectiva de los DSS centra su eje en la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades en la distribución de los bienes sociales, del ingreso económico, de la riqueza, del empleo, de la alimentación, del acceso a los servicios básicos (agua potable y saneamiento, educación, recreación y de los hábitos de vida saludable se manifiestan, generando diferencias indignas entre los grupos.

Diferentes propuestas facilitan la explicación y el análisis sobre cómo estas desigualdades son el resultado de las interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales individuales, comunitarias y macrocontextuales.

Modelos sobre los DSS: los determinantes sociales de la salud permiten la construcción de diversos marcos explicativos para analizar las relaciones entre las formas como se constituyen y se desarrollan las sociedades y su influencia sobre la situación de salud de las poblaciones.

Modelo de Dahlgren y Whitehead (1992): las capas de la influencia en la determinación de la salud

Para estos autores, las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, ubicadas en los individuos, grupos comunitarios y las circunstancias sociopolíticas son las que permiten explicar cómo se determinan los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones.

El diagrama de los DSS está representado a modos de anillos concéntricos donde las personas se sitúan en el centro, representando, a nivel individual, las condiciones relativas a la edad, el sexo y los factores genéticos que condicionan el potencial final de las manifestaciones de salud. Sin embargo, este estatus de lo biológico no puede ni debe ser considerado aislado de las inercias sociales, ni la explicación de la biología puede ser extrapolada de las relacionadas humanas. Por ello, la capa que recubre a la anterior representa las conductas personales y los estilos de vida, que dependen, a su vez, de las influencias sociales y comunitarias que se presentan en el próximo nivel. Es decir que las redes, los sistemas de apoyo y las presiones de los pares medían las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda y los servicios esenciales, entre otros, que afectan a los demás anillos. Por sobre estas capas el modelo considera e incluye las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que abarcan todos los determinantes y se convierten en los elementos estructurantes de las condiciones de vida y de salud de los sujetos.



Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud desde la conceptualización de Pedro Castellanos (1998)

Castellanos desde una perspectiva dialéctica intenta esclarecer las relaciones entre distintos niveles y factores de determinación de la salud.

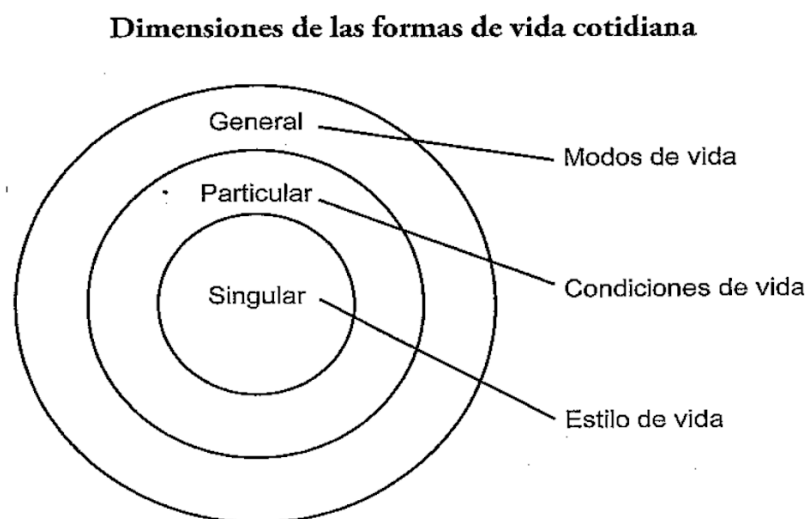
Para este autor, cuando se analiza el perfil de salud de un grupo de población se pueden identificar procesos generales del modo de vida de la sociedad como un todo, procesos particulares inherentes a las condiciones de vida del grupo en cuestión y sus interacciones con otros grupos, y procesos singulares inherentes al estilo de vida personal o de los pares y/o grupos trazados sobre los vínculos más próximos de pertenencia.

Es decir que en cada sociedad se manifiestan modos de vida que son producto de los procesos generales que dependen de las características del medio donde se asienta, de su organización económica y política, cultura, historia, y de otros procesos generales que conforman su identidad como sociedad.

El modo de vida es, a su vez, una unidad conformada por las diversas condiciones de vida de los diferentes grupos de población que la integran y por las relaciones que se establecen entre ellos.

Asimismo, cada individuo o pequeño grupo de ellos, como puede ser la familia, tiene un estilo de vida singular, relacionado con sus propias características biológicas, su medio residencial y laboral, hábitos, normas o valores, así como su nivel educativo.

La relación entre el modo, las condiciones y los estilos de vida como determinantes de la situación de salud puede ser entendida como un sistema complejo, jerárquico y abierto. Es decir, cada nivel superior contiene a los otros, pero cada uno constituye un nivel de organización en sí mismo, en el que emergen procesos y cualidades específicas que no son la suma de los componentes del nivel inferior ni la consecuencia mecánica de los procesos del nivel superior.



Fuente: Castellanos, 1998.

En los **niveles generales** las relaciones de determinación se expresan en **periodos** más **prolongados**, aunque **más estables y permanentes**. En los niveles **singulares**, las relaciones de determinación tienden a expresarse en periodos más **cortos e intensos**. Esto significa que las variaciones y diferencias a corto plazo están más vinculadas a cambios individuales y de estilo de vida; las variaciones de plazo intermedio a las diferentes condiciones de vida de los grupos de población, y las de largo plazo con las variaciones en el modo de vida del conjunto de la sociedad.

Los cambios que puedan introducirse en los procesos del nivel más general tendrán unos efectos sobre la situación de salud **más lentos** pero **más estables y prolongados**; mientras que aquellos correspondientes a niveles inferiores tendrán un efecto **más rápido** pero **menos duradero**.

Procesos mediadores implicados en la determinación de la salud

Castellanos describe una serie de procesos sociales mediadores que determinan y condicionan la salud-enfermedad de las poblaciones, y los clasifica en:

- a) **Biológicos:** la sustentabilidad de las sociedades requiere de la reproducción de los procesos biológicos de la especie humana. La reproducción biológica de los seres vivos en general constituye una réplica genética del conjunto de los procesos que hicieron posible la existencia de su especie: concepción, gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo. Su salud y sus posibilidades de supervivencia como individuos, y como especie, están determinados por la suma de estos procesos genéticos y el medio ambiente donde han de vivir. Esta interacción se concreta en la participación en sistemas (procesos) **b) ecológicos** en un determinado territorio y, más específicamente, en el medio ambiente residencial y laboral.
- c) **Psicológicos y culturales:** las relaciones del hombre con la naturaleza están mediadas por su conciencia, por su capacidad de percibir el mundo que lo rodea, de desarrollar concepciones, valores y hábitos, de organizarse y de expresar sus sentimientos. La reproducción de las formas de conciencia y de conducta constituye así otro de los procesos esenciales de la reproducción social.
- d) **Económicos:** la reproducción de los procesos predominantemente económicos constituye otro de los procesos de la reproducción social. La subsistencia de los hombres exige, mediante formas específicas de organización, la producción, distribución y consumo de bienes y servicios del trabajo.

Cada uno de estos 4 procesos contiene aspectos favorables o desfavorables a la existencia que se expresan en distintas manifestaciones de salud.

La situación de salud que resulta de dichos procesos puede ser mejorada o perjudicada, en la medida en que se modifiquen las diferentes dimensiones de la reproducción social. Para trabajar sobre cada perfil de problemas de salud, se deben identificar primero los procesos vinculados a su determinación y, posteriormente, decidir cuáles han de ser las estrategias de intervención con mayor impacto para mejorar dicha situación.

Las intervenciones en salud pública, acciones sobre los procesos mediadores de la salud

Desde esta perspectiva, la situación de salud está estrechamente vinculada con la vida cotidiana de los individuos y las poblaciones, siendo este el espacio privilegiado de intervención de la salud pública. Es así como intervienen sobre los procesos predominantemente biológicos, por ejemplo, elevando la resistencia inmunológica mediante vacunas, reduciendo la susceptibilidad frente a las enfermedades, etc.

Las políticas de salud y medio ambiente también intervienen en los procesos ecológicos, con políticas y acciones de control de la contaminación y degradación del ambiente, así como del micro ambiente residencial y laboral, con medidas de saneamiento básico y de control de riesgos ambientales en viviendas y puestos de trabajos insalubres. También se trabaja sobre las formas de conciencia y de conducta mediante la educación sanitaria y las actividades de promoción de valores, hábitos y conductas favorables a la salud, tanto en el plano individual como colectivo.

En cuanto a los procesos económicos, por ejemplo, los servicios de atención médica constituyen una forma de redistribución social mediante la seguridad social, que en algunos países representa una parte significativa del salario social; distribución de alimentos y medicamentos; al igual que algunas acciones de salud laboral.

Desde esta perspectiva, todo fenómeno de salud en poblaciones humanas está biológica y socialmente determinado. Esta determinación acontece en los procesos de reproducción social de las sociedades (generales), de los grupos (particulares) y de los individuos (singulares) y se muestra en el espacio de la vida cotidiana en los múltiples “procesos mediadores” en los que discurre la vida cotidiana de los sujetos.

Para diferenciar lo saludable y lo patológico, es necesario reconocer cierto grado de incertidumbre. La expectativa de encontrar un límite o frontera precisa, delimitada y para siempre parece frustrarse permanentemente y lo que se encuentra, en realidad, es una zona de incertidumbre que cada sociedad define diferente y que a lo largo del tiempo se va modificando.

La salud es entonces un conjunto de cualidades complejas y un fenómeno multidimensional, que supone ausencia de daño y de limitaciones funcionales, sensaciones de bienestar, calidad ambiental y pertenencia familiar y social.

Introducción a la psicología de la salud - Calatayud

La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo productivo).

Una contextualización ecológica facilita la idea de que existe un continuo desde la salud a la enfermedad en el que pueden reconocerse muchos puntos intermedios en la medida en que podamos tener la capacidad de identificar la situación del sujeto en el marco de sus realizaciones. Esto posibilita poder identificar el riesgo que está presente en la vida de un individuo concreto en un momento particular de su vida, para el desarrollo de una determinada enfermedad o un grupo de ellas, siempre y cuando podamos tener suficiente información sobre dicho sujeto y sobre sus circunstancias, y siempre que dispongamos del conocimiento suficiente acerca del modo en que dicha enfermedad se asocia con algunas o todas esas circunstancias.

Esto puede favorecer notablemente la prevención de las enfermedades. En lo que hace a la psicología y a las posibilidades de sus aporte en el campo de la salud, esta noción resulta de gran utilidad para entender cuál es el papel del comportamiento tanto en el mantenimiento de un determinado estado de salud como en el surgimiento de las enfermedades y en la evolución de las mismas.

Una de las formulaciones más conocidas en materia de causalidad es la debida a los epidemiólogos norteamericanos Leavel y Clark, que publicaron un libro dedicado al estudio de la historia natural de las enfermedades. Contribuyeron a que se entendiera mucho mejor el problema de la multicausalidad, no obstante su enfoque original estuvo muy apegado al problema de las enfermedades producidas por agentes biológicos y físicos, y su consideración sobre el papel del huésped no alcanza a revelar adecuadamente su naturaleza activa.

El modelo de Leavel y Clark permite una cierta operativización de la organización de las medidas que se deben poner en práctica para brindar servicios de salud. En la proyección del psicólogo en el ámbito de la salud puede resultar de utilidad.

Modelo de Leavel y Clark

Establecieron dos momentos o periodos en el proceso de la enfermedad:

- 1) el primero se realiza en el medio ambiente, antes de ser afectado el ser humano, y comprende el periodo prepatogenico
- 2) El segundo, una vez que ha sido afectado, que es el periodo patogénico o curso natural de la enfermedad.

Ambos periodos constituyen la historia natural de la enfermedad.

En el periodo prepatogénico es cuando se puede producir una situación de riesgo debido a la relación que adopten el agente, el huésped y el ambiente. Así, se puede decir que ocurre en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre o una población, y se da como parte del estado aparente de salud o de equilibrio ecológico. Este es anterior a que se presenten las primeras manifestaciones subclínicas, donde por ende no hay síntomas o

manifestaciones de la enfermedad en las personas, pero si hay manifestaciones que son de interés epidemiológico, ya que pueden ser realizadas observaciones que nos permitan apreciar en una situación dada cómo es que se están produciendo las interacciones entre los posibles factores de riesgo para una determinada condición o grupo de condiciones.

- **Primer periodo de la enfermedad**

Los agentes que potencialmente causan enfermedades pueden ser:

- **Físicos:** radiaciones, calor, humedad, etc
- **Químicos:** ácidos, combustibles, etc
- **Biológicos:** parásitos animales y vegetales, bacterias, virus, etc
- **Sociales y psicológicos.**

En el huésped son relevantes los siguientes elementos: la herencia, el grupo étnico al que se pertenece, la edad y el sexo, la ocupación habitual, los hábitos y las costumbres y el desarrollo de la personalidad. Estos dos últimos elementos del huésped humano son de máximo interés para la psicología.

El ambiente ha sido operacionalizado en 3 dimensiones:

- 1) **el ambiente inorgánico:** incluye las condiciones físicas y geográficas
- 2) **el ambiente orgánico o biológico:** incluye la flora y la fauna y todas las manifestaciones de vida que pueden tener influencia sobre el individuo y el grupo
- 3) **el ambiente superorgánico:** se refiere a la realidad socioeconómica y cultural en la que el individuo se desenvuelve

Estos niveles del ambiente, si bien cualitativamente diferentes, no lo dividen ni lo separan. En la realidad de cada sujeto individual, el ambiente está dado como una unidad en la cual las condiciones físicas y geográficas tienen un impacto sobre el ambiente orgánico, y estos a su vez, pueden ejercer una influencia sobre el superorgánico, pero al mismo tiempo la realidad social y cultural ejerce un notable impacto sobre los dos primeros. Dicho de otra manera, se reconocen cualidades diferentes en el ambiente, pero ante cada ser humano concreto este se representa y se vive como una unidad que lo afecta de manera indivisible.

- **Segundo periodo de la enfermedad**

Se divide en dos en 2 etapas:

- 1) **la subclínica:** en esta las manifestaciones de la enfermedad son mínimas y solo pueden confirmarse mediante exámenes, el individuo no percibe su estado de enfermedad.
- 2) **la clínica:** esta corresponde al estado de enfermedad, se dice que en ese momento ya se ha rebasado el "horizonte clínico", es un estado que presenta un cuadro reconocible que llama la atención del propio enfermo, sus familiares, y que puede identificar el médico, ya sea por las manifestaciones objetivas corporales, como por las emocionales y del comportamiento. En esta etapa se presentan los signos y síntomas de la enfermedad, la que puede evolucionar hacia la incapacidad temporal o posterior recuperación, o hacia el establecimiento de un estado crónico o un defecto permanente, o hacia la muerte, en dependencia del proceso en cuestión.

¿Cuál es la lectura que los psicólogos podemos hacer del complejo problema de la causalidad de la salud y la enfermedad? Está se puede resumir del siguiente modo:

1. tanto el buen estado de salud, como la enfermedad se pueden asociar a múltiples causas, entre las que están las de carácter social y las relativas al comportamiento
2. la producción o desarrollo de una determinada condición de enfermedad requiere la presencia no solo de las causas necesarias, sino de que estas sean suficientes. El comportamiento puede intervenir en la dinámica de las causas, tanto como causa necesaria, como contribuyendo a que las necesarias de otro orden se conviertan en suficientes.
3. el carácter activo del “huésped humano” obliga a que lo entendamos en su dimensión psicológica, en tanto **persona**.
4. el ambiente social no es solo un “medio” en el cual se establece la relación entre el “agente” y el “huésped”, es también un generador de causas que pueden afectar por su carácter específico a un individuo o grupo de individuos.
5. el grado de susceptibilidad o resistencia de un individuo ante la acción de los agentes externos no está determinado solamente por sus cualidades biológicas. Las variables psicológicas juegan un importante papel en determinar ese grado de susceptibilidad o resistencia.
6. La interpretación psicológica de las variables sociales del ambiente puede contribuir a la modificación de su potencial agresivo sobre el individuo. Del mismo modo, se puede contribuir a elevar la resistencia del sujeto tanto para no enfermar como para favorecer la evolución de la enfermedad
7. Aunque todas las enfermedades tienen una determinación multicausal, las variables del ambiente social y las psicológicas pueden ser más relevantes en el origen y evolución de algunas más que de otras.
8. El papel de la psicología no puede limitarse a los problemas de salud mental.
9. Así como es necesario el estudio del papel del comportamiento en la producción y evolución de la enfermedad, también es necesario e importante este estudio en relación con la producción de la “salud positiva”.

La frecuencia de los problemas de salud

Hay un grupo de problemas de la salud que, vistos a escala poblacional, parecen tener una relación menos evidente con el comportamiento individual, o al menos con aquellos comportamientos que el individuo puede controlar. Existen ambientes peligrosos para la salud ante los cuales pueden desplegarse comportamientos preventivos, pero en ciertas circunstancias, esos comportamientos preventivos no son posibles, e incluso, algunos comportamientos riesgosos e incluso dañinos para la salud son inevitables. Por eso el psicólogo de la salud caería en una falacia si se le ocurre pensar que en todos los casos las acciones sobre el comportamiento producirían cambios definitivos en el estado de la salud de los individuos y los grupos.

Por ejemplo, no se puede establecer una relación simple entre ingresos y patrón de mortalidad. Depende de cómo están distribuidos los ingresos y de cómo se atiende la salud de la población. Estas consideraciones para el psicólogo de la salud son muy importantes. Este debe partir de una lectura o interpretación de la realidad en la que se está moviendo, conocer cuáles son en ese contexto los problemas de salud más frecuentes y cuáles son sus determinantes, y a partir de esos datos, establecer las prioridades para su trabajo. Aun

en aquellas situaciones en las que las condiciones económicas y sociales son muy negativas, se puede trabajar en la dirección de modificar el comportamiento individual en el sentido de hacerlo evolucionar hacia el desarrollo de conductas pertinentes para obtener el mejor nivel de salud de las personas en ese ambiente.

La salud pública y sus tendencias actuales

Como la mayor parte de los problemas de salud actuales son “crónicos”, es decir, que una vez que se han establecido pueden acompañar a la persona durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducir a la muerte paulatinamente, el comportamiento puede jugar un papel muy importante en esa evolución. Podrán reducir las limitaciones que les impone su enfermedad y alargar su vida aquellos que puedan adherirse adecuadamente a los tratamientos y los regímenes de vida que cada una de estas enfermedades exige para su buena evolución. En este sentido, no se trata ya solamente de que la salud pública tenga la capacidad de desarrollar medidas para generar comportamientos saludables, sino de que la atención de estos enfermos incluya la perspectiva psicológica para promover el comportamiento pertinente en relación al estado de enfermedad.

En la actualidad se enfatiza que la salud pública debe priorizar la promoción de la salud y la prevención, sin embargo esto no es suficiente, también es necesario el aumento del nivel de vida y la participación de toda la sociedad en un enfoque multisectorial. No obstante ello, en la práctica subsisten muchas deformaciones y en muchos países se sigue observando una clara falta de correspondencia entre la estructura y funcionamiento de su salud pública y los problemas de salud que afectan con mayor frecuencia a su población.

Por eso no es extraño encontrar que a nivel del discurso se ponga énfasis en la importancia de la integración de las ciencias sociales y de la psicología al campo de la salud, aunque en la realidad cotidiana los servicios siguen dominados por la medicina, concediéndole eventualmente un mínimo espacio a la actividad de las profesiones que le dan salida al saber social y psicológico. Para la psicología en particular, debe constituir una tarea de primer orden asumir que uno de sus campos de acción aplicado más importante es el que tiene que ver con los problemas de salud, comprender la naturaleza actual de la problemática, y desarrollar los enfoques, la tecnología y los recursos humanos necesarios que le permitan disponer de las herramientas propicias para aportar la contribuciones que hoy resulta necesario hacer en este ámbito.

La categoría bienestar psicológico y su relación con otras categorías sociales - Viniegras

El estudio del bienestar humano es un tema complejo y sobre el cual los científicos sociales no logran un consenso. La falta de acuerdo de su delimitación conceptual se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada mucho por su carácter temporal, su naturaleza plurideterminada, donde intervienen factores objetivos y subjetivos.

Uno de los componentes fundamentales del bienestar es la satisfacción personal con la vida. Esa satisfacción surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las

condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal.

El bienestar subjetivo en tanto categoría se hace necesaria, junto con otras, para abordar los factores psicológicos y sociales influyentes en el proceso salud-enfermedad.

El bienestar subjetivo es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Un individuo que se siente bien es más productivo, sociable, creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio.

La investigación del bienestar subjetivo ha sido abordada por los investigadores de manera difusa y poco clara, manejándose indistintamente conceptos tales como bienestar subjetivo, bienestar psicológico, salud mental y felicidad; tampoco está claramente definida su vinculación con otras categorías de corte sociológico y sociopsicológico, tales como calidad de vida, desarrollo económico y nivel de vida, condiciones de vida, modo de vida y estilo de vida.

Desarrollo

Algunos autores defienden la medición del bienestar mediante sus diferentes componentes, mientras que otros proponen una valoración global.

Otros autores han considerado el bienestar subjetivo como expresión de la afectividad. Para Lawton, el bienestar es visto como una valoración cognitiva, como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida, mientras que Diener y otros brindan una concepción más integradora del bienestar subjetivo considerándolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones).

Existe una íntima relación de lo afectivo y lo cognitivo por lo que el bienestar es definido por la mayoría de los autores como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos.

El bienestar subjetivo enfatiza un carácter vivencial en su sentido más amplio.

El término bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo; y de hecho ambos términos están estrechamente relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias, como por ejemplo la satisfacción de necesidades fisiológicas.

El bienestar psicológico trasciende la reacción emocional inmediata, el estado de ánimo como tal.

Hay una fuerte evidencia a favor de la existencia tanto de aspectos estables como de aspectos transitorios del bienestar subjetivo, los aspectos estables parecen tener efectos significativamente más fuertes que los aspectos transitorios.

El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas, y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables.

Las diferencias sociodemográficas, no solo pueden producir diferentes niveles de bienestar y de salud, sino también diferentes formas de encontrar el bienestar psicológico. Puede esperarse que las causas del bienestar difieran según el ciclo vital, las condiciones de vida, el nivel educacional, la ocupación o el grupo social.

El bienestar surge del balance entre las expectativas (proyecciones de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja.

Las condiciones materiales de vida, por constituir las condiciones reales en que los hombres producen y reproducen su existencia social e individual, aportan elementos decisivos al bienestar humano, sin embargo, ellas constituyen sólo un aspecto en su naturaleza plurideterminada. Las condiciones de vida no son más que aquellas condiciones materiales, espirituales y de actividad en las que transcurre la vida de las personas. Entre las condiciones de vida están la disponibilidad de fuentes de trabajo, condiciones de vivienda, servicios de atención médica, disponibilidad de alimentos, existencia de centros culturales y deportivos, saneamiento ambiental, transporte, comunicaciones, etc.

Las condiciones de vida, como es obvio, tienen en su base el desarrollo económico alcanzado por una sociedad en un tiempo y lugar determinados. Esto forma parte de los componentes de la calidad de vida y el bienestar humano, pero no siempre el alto nivel de vida y de desarrollo se traducen en iguales índices de calidad de vida, pues ella puede verse deteriorada por el aumento de las desigualdades sociales, la producción ilimitada y el consumismo, etc.

El **nivel de vida** es *el grado en que se satisfacen las necesidades humanas expresadas a través de un conjunto de indicadores cuantitativos*. El desarrollo de los indicadores ha evolucionado desde la vertiente de las condiciones de vida, hasta la experienciación (percepción, interpretación, valoración) de estas situaciones y condiciones, desde los indicadores materiales y objetivos hasta los indicadores de satisfacción a través de medidas psicosociales subjetivas.

El **modo de vida**, es una categoría también estrechamente relacionada con la calidad de vida y el bienestar. Este es ante todo un concepto sociológico que se conceptualiza como *la expresión integrada de la influencia socioeconómica en el conjunto de formas de la*

actividad vital, en la vida cotidiana de los individuos, grupos y clases sociales. El sintetiza en la actividad vital del hombre lo biológico y lo social.

Cada sociedad, en cada momento histórico, tiene un modo de vida correspondiente. Por ello, el modo de vida se manifiesta de forma específica en cada pueblo o nación.

Es necesario tener en cuenta la actitud subjetiva del hombre hacía su modo de vida, porque la satisfacción o la insatisfacción son los inspiradores más importantes de su modificación.

El modo de vida está también determinado por las cualidades biológicas, psicológicas y sociales de cada persona en particular, las que determinan un estilo de vida específico para cada individuo. Este estilo de vida refleja el comportamiento del sujeto. El comportamiento tiene un carácter activo y está regulado por la personalidad, y representa el conjunto de conductas del individuo en su medio social, cultural y económico.

El estilo de vida abarca los hábitos y la realización personal en todas las esferas de la vida del hombre, el área laboral, la cultura material, higiene personal, cultura sanitaria, actividad cultural y sociopolítica, así como las relaciones sociales y sexualidad.

Para ganar claridad en el análisis de estas categorías hay que partir de un presupuesto teórico importante: el hecho de que todas ellas se encuentran determinadas por las formas de organización socioeconómicas que caracterizan un sistema dado.

En los modelos planteados para la evaluación de la calidad de vida prevalecen 2 tendencias fundamentales:

- 1) La primera está centrada en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndose con un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte sociodemográfico. Entre los factores objetivos se encuentran entre los más recurridos los relacionados con la salud, tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de salud entre otros; los educacionales donde se toma en consideración el índice de alfabetismo y el acceso a los servicios educacionales. También en algunos de estos trabajos se destaca el valor de los ingresos per cápita, el producto nacional bruto, el índice de delincuencia, etc.
- 2) La segunda considera a la calidad de vida como una dimensión subjetiva determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida. Según García Riaño, lo más importante en la calidad de vida es la percepción que el sujeto tiene de su realidad exterior.

Ambos enfoques parcializados son negativos. La definición correcta de la calidad de vida es:

El resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, etc), que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que el sujeto hace de su propia vida en función del

nivel de satisfacción que alcanza en las esferas o dominios más importantes de su vida.

Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto, y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume. Esto es un presupuesto teórico básico para la conceptualización, estudio y evaluación de la calidad de vida y su dimensión subjetiva que identificamos con el bienestar.

Los niveles de satisfacción que las personas alcanzan, no solo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura de área subjetiva de la calidad de vida tenemos, entonces, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo.

Concluyendo: en el abordaje de la calidad de vida, los indicadores de corte objetivo resultan necesarios, pero requieren de un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él.

Reflexiones para una nueva perspectiva - Max Neef

Desarrollo y necesidades humanas son componentes de una ecuación irreductible. De este modo, una teoría de las necesidades humanas para el desarrollo, debe entenderse justamente en esos términos: **una teoría para el desarrollo.**

Se trata en realidad de una cuestión de enfoque. El desafío consiste en que políticos, planificadores, promotores y, sobre todo, los actores del desarrollo sean capaces de manejar el enfoque de las necesidades humanas, para orientar sus acciones y aspiraciones.

Es decir, hacer entendible y operativa una teoría de las necesidades humanas *para* el desarrollo, desde ninguna disciplina particular, sino en una transdisciplinariedad.

Las nuevas calamidades sociales se nos revelan cada día más, ya no como problemas específicos, sino como problemáticas complejas que no pueden seguir atacandose satisfactoriamente mediante la aplicación exclusiva de políticas reduccionistas.

Solo un enfoque transdisciplinario nos permite comprender, por ejemplo, de qué manera la política, la economía y la salud han convergido hacia una encrucijada. Descubrimos, así, que muchas veces la mala salud es el resultado de la mala política y la mala economía

Tres postulados y algunas proposiciones

El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos. Este es el postulado básico del Desarrollo a Escala Humana.

Lo que quiere decir Max Neef es que no existe correlación entre el grado de desarrollo económico de una ciudad y la felicidad de una persona, y que de hecho, el desarrollo

económico parece aumentar la soledad y la alienación en las sociedades consideradas desarrolladas. Plantea que a partir de determinado punto del desarrollo económico, la calidad de vida comienza a disminuir, y que por lo tanto, aconseja que todo crecimiento cuantitativo debería derivar en un desarrollo cualitativo.

Max Neef entonces plantea el **segundo postulado**, que dice que el desarrollo a escala humana se vincula directamente con la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales.

Y el **tercer postulado** plantea que el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar la calidad de vida de las personas.

Pero ¿Qué determina la calidad de vida de las personas?

La calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

¿Cuáles son esas necesidades fundamentales?

Se ha creído, tradicionalmente, que las necesidades humanas tienden a ser infinitas, cambiantes, que varían de una cultura a otra y de un periodo histórico a otro, **tales suposiciones son incorrectas debido a un error conceptual**. El error es que no se explicita la diferencia entre necesidades y satisfactores de esas necesidades.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan. Simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características de la dinámica del procesos de satisfacción de las necesidades.

Las necesidades humanas pueden desagregarse conforme a múltiples criterios. Aquí se combinan dos criterios posibles de desagregación:

- 1) según categorías existenciales
- 2) según categorías axiológicas

Está combinación permite operar con una clasificación que incluye, por una parte, las necesidades existenciales: - Ser - Tener - Hacer - Estar	Por otra, las necesidades axiológicas: - Subsistencia - Protección - Afecto - Entendimiento - Participación - Ocio - Creación - Identidad - Libertad
---	--

De la clasificación propuesta se desprende que, por ejemplo, alimentación y abrigo no deben considerarse como necesidades, sino como satisfactores de la necesidad fundamental de subsistencia.

No existe correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o, a la inversa, una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas. Pueden variar según tiempo, lugar y circunstancias. Por ejemplo: cuando una madre le da el pecho a su bebe, a través de ese acto, contribuye a que la criatura reciba satisfacción simultánea para sus necesidades de subsistencia, protección, afecto e identidad, sin embargo, la situación sería muy distinta si el bebe es alimentado de manera más mecánica.

Habiendo diferenciado los conceptos de necesidad y de satisfactor, es posible formular dos postulados adicionales:

- 1) *Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables.*
- 2) *Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.*

Lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades. El cambio cultural es -entre otras cosas- consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes.

Cada necesidad puede satisfacerse a niveles diferentes y con distintas intensidades; además, se satisfacen en 3 contextos:

- a) en relación con uno mismo (Eigenwelt)
- b) en relación con el grupo social (Mitwelt)
- c) en relación con el medio ambiente (Umwelt)

La calidad e intensidad tanto de los niveles como de los contextos dependerá de tiempo, lugar y circunstancias.

La pobreza y las pobrezas

Sugerimos no hablar de pobreza (económica), sino de pobrezas. Cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana.

- **La pobreza de subsistencia:** debido a alimentación y abrigo insuficientes;
- **La pobreza de protección:** debido a sistemas de salud ineficientes, a la violencia, la carrera armamentista, etc;
- **La pobreza de afecto:** debido al autoritarismo, la opresión, las relaciones de explotación con el medio ambiente natural, etc;
- **La pobreza de entendimiento:** debido a la deficiente calidad de la educación;
- **La pobreza de participación:** debido a la marginación y discriminación de mujeres, niños y minorías;
- **La pobreza de identidad:** debido a la imposición de valores extraños a culturas locales y regionales, emigración forzada, exilio político, etc
- etc

Pero las pobreza no son sólo pobreza. Son mucho más que eso. Cada pobreza genera patologías, toda vez que rebasa límites críticos de intensidad y duración.

Economía y patologías

- **Desempleo:** es sabido que un individuo que sufre una prolongada cesantía cae en una especie de “montaña rusa” emocional, está cesantía prolongada perturba totalmente el sistema de necesidades fundamentales de la persona. Debido a los problemas de subsistencia, la persona se sentirá cada vez menos protegida; las crisis familiares y los sentimientos de culpa pueden destruir las relaciones afectivas; la falta de participación dará cabida a sentimientos de aislamiento y marginación y la disminución de la autoestima puede fácilmente provocar crisis de identidad.

La cesantía prolongada produce patologías. Sin embargo, dadas las actuales circunstancias de crisis económicas generalizadas, no podemos seguir pensando en patologías individuales, es necesario reconocer la existencia de patologías colectivas de la frustración. Como problemática, entonces, pertenece a una transdisciplina que aún no se ha comprendido ni organizado. **Esto representa el primer desafío de esta nueva perspectiva.**

- **Deuda externa:** la deuda externa del tercer mundo también será responsable de otros tipos de patologías colectivas. Determinar cuáles serán las que irán surgiendo en los países pobres, como consecuencia de esta aberrante situación, **es el segundo desafío.**
- **Hiperinflación:** la experiencia latinoamericana demuestra que la hiperinflación también trasciende la esfera económica y condiciona al conjunto de la vida social. Los ciudadanos confían cada vez menos en la moneda de sus respectivos países, la inflación sostenida erosiona la confianza de un pueblo y despierta una profunda incertidumbre respecto del futuro. El temor por la “salud” de la moneda irradia sentimientos colectivos de creciente pesimismo respecto del Estado y del futuro de cada persona. En este sentido, la problemática de la hiperinflación no solo tiene componentes económicos, sino también psicológicos y sociales.

Política y patologías

Nuestro “logro” más novedoso es la tendencia de los principales liderazgos políticos actuales, de orientar sus acciones de acuerdo a generalizaciones tan increíblemente esquizofrénicas acerca del “enemigo”.

- **El miedo:** dicha esquizofrenia política no se encuentra solo a nivel de confrontaciones globales, también se dan casos similares en muchos niveles nacionales. Todos son responsables de la generación de diversas patologías colectivas del miedo. En calidad de ejemplo, hay 4 tipos de patologías colectivas del miedo, de acuerdo a su origen:
 - 1) por confusión semántica originada en manipulaciones ideológicas
 - 2) por violencia
 - 3) por aislamiento, exilio y marginación
 - 4) por frustración de proyectos de vida

- **Los eufemismos:** a lo que deberíamos llamar “aniquiladores” los llamamos “armas nucleares”. Llamamos “mundo libre” a un mundo lleno de obscenas inequidades y violaciones de los derechos humanos.
- **Violencia, marginación y exilio:** la violencia perturba directamente la necesidad de protección y, de este modo, da paso a una profunda ansiedad. Por otra parte, el aislamiento, la marginación y el exilio político destruyen la identidad de las personas y causan rupturas familiares con destrucción de afectos, y generan sentimientos de culpa, a menudo acompañados de fantasías o intentos reales de autoaniquilación.

El tercer desafío consiste entonces en reconocer y evaluar las patologías colectivas que los diversos sistemas sociopolíticos son capaces de provocar - cada uno a su manera y con su propia intensidad- como resultado del bloqueo sistemático de necesidades tales como entendimiento, protección, identidad, afecto, creatividad y libertad.

Resumiendo

- Cualquier necesidad humana fundamental no satisfecha de manera adecuada produce una patología
- Hasta el momento, se han desarrollado tratamientos para combatir patologías individuales o de pequeños grupos
- Hoy en día, nos vemos enfrentados a una cantidad de patologías colectivas que aumentan de manera alarmante, para las cuales los tratamientos aplicados han resultado ineficaces
- Para una mejor comprensión de estas patologías colectivas es preciso establecer las necesarias transdisciplinariedades.

La posibilidad de desarrollar vínculos fecundos entre disciplinas pertinentes para la adecuada interpretación de problemáticas como las mencionadas **constituye el cuarto desafío**.

Cada disciplina, en la medida en que se ha hecho más reduccionista y tecnocrática, ha creado su propio ámbito de deshumanización. Volver a humanizarnos desde dentro de cada disciplina **es el gran desafío final**.

La humanización y la transdisciplinariedad responsables son nuestra respuesta a las problemáticas y son, quizás, nuestra única defensa.

Fundamentación de la nueva perspectiva propuesta

- **Necesidades humanas: carencia y potencialidad**

Una política de desarrollo orientada hacia la satisfacción de las necesidades humanas, entendidas en el sentido amplio, trasciende la racionalidad económica convencional porque compromete al ser humano en su totalidad. Las relaciones que se establecen entre necesidades y sus satisfactores, hacen posible construir una filosofía y una política de desarrollo auténticamente humanista.

Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas a la mera subsistencia, las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia tan propia de los seres humanos.

Concebir las necesidades tan sólo como carencia implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de “falta de algo”. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, **son también potencialidad.**

Comprender las necesidades como carencia y potencia, y comprender al ser humano en función de ellas así entendidas, previene contra toda reducción del ser humano a la categoría de existencia cerrada.

Así entendidas las necesidades - como carencia y potencia - resulta impropio hablar de necesidades que se “satisfacen” o que se “colman”. En cuanto revelan un proceso dialéctico, constituyen un movimiento incesante. **De allí que quizás sea más apropiado hablar de vivir y realizar las necesidades, de vivirlas y realizarlas de manera continua y renovada.**

Necesidades humanas y sociedad: si queremos definir o evaluar un medio en función de las necesidades humanas, es preciso examinar en qué medida el medio reprime, tolera o estimula que las posibilidades disponibles o dominantes sean recreadas y ensanchadas por los propios individuos o grupos que lo componen.

Son los satisfactores los que definen la modalidad dominante que una cultura o una sociedad imprime a las necesidades. Pueden incluir, entre otras, formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, contextos, comportamientos y actitudes; todas en una tensión permanente entre consolidación y cambio.

El que un satisfactor pueda tener efectos distintos en diversos contextos depende no solo del propio contexto, sino también en buena parte de los bienes que el medio genera, de cómo los genera y de cómo organiza el consumo de los mismos.

Para una teoría crítica de la sociedad no basta especificar cuales son los satisfactores y bienes económicos dominantes al interior de ella, sino presentarlos además como productos históricamente constituidos y , por lo tanto susceptibles de ser modificados. Por consiguiente es necesario rastrear el proceso de creación, mediación y condicionamiento entre necesidades, satisfactores y bienes económicos.

La reivindicación de lo subjetivo

Podemos comprender cómo se **viven** las necesidades en nosotros mismos y en nuestro medio: grupo familiar, comunitario o social, sistema económico, modelo socio-político, estrategias de vida, cultura o nación; y sobre esa base, pensar las formas viables de recrear y reorganizar los satisfactores y bienes de manera que enriquezcan nuestras posibilidades de realizar las necesidades y reduzcan nuestras posibilidades de frustrarlas.

Las formas en que vivimos nuestras necesidades son, en último término, subjetivas. La forma en que se expresan las necesidades a través de los satisfactores varía a lo largo de la historia, de acuerdo a culturas, referentes sociales, estrategias de vida, condiciones económicas, relaciones con el medio ambiente. Estas formas de expresión tocan tanto lo subjetivo como lo objetivo, pero están permeadas por la situación histórica del vivir de las personas. **De ahí que los satisfactores son lo histórico de las necesidades y los bienes económicos su materialización.**

Necesidades, satisfactores y bienes económicos

Ha de entenderse que las necesidades no sólo son carencias sino también y simultáneamente potencialidades humanas individuales y colectivas.

Los satisfactores, por otra parte, son formas de ser, tener, hacer y estar, de carácter individual y colectivo, conducentes a la actualización de necesidades.

Bienes económicos, por último, son objetos y artefactos que permiten afectar la eficiencia de un satisfactor, alterando así el umbral de actualización de una necesidad, ya sea en sentido positivo o negativo.

La interrelación entre necesidades, satisfactores y bienes económicos es permanente y dinámica. Entre ellos se desencadena una dialéctica histórica. Si por una parte, los bienes económicos tienen la capacidad de afectar la eficiencia de los satisfactores, estos, por otra parte, serán determinantes en la generación y creación de aquellos. A través de esta causalidad recíproca se convierten, a la vez, en parte y en definición de una cultura, y en determinantes de los estilos de desarrollo.

Por ejemplo, si se escogen formas del **hacer** para satisfacer la necesidad de **entendimiento**, se encuentran satisfactores como investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar e interpretar. Ellos dan origen a bienes económicos, según sea la cultura y sus recursos, tales como libros, instrumentos de laboratorio, herramientas, computadoras y otros artefactos. La función de estos es, ciertamente, la de potenciar el hacer del entendimiento.

Satisfactores y sus atributos

Los satisfactores pueden tener diversas características, que permiten diferenciarlos en al menos 5 tipos:

- 1) **violadores o destructores:** al ser aplicados con la intención de satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo mediano, sino que imposibilitan, por sus efectos colaterales, la satisfacción adecuada de otras necesidades. Están vinculados preferencialmente a la necesidad de protección. Esta necesidad puede provocar comportamientos humanos aberrantes, en la medida en que su insatisfacción va acompañada del miedo. El atributo especial de estos satisfactores es que siempre son impuestos.
- 2) **pseudo-satisfactores:** son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Su atributo especial es que

generalmente son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios de persuasión.

- 3) **satisfactores inhibidores:** son aquellos que por el modo en que satisfacen (generalmente sobresatisfacen) una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades. Su atributo es que, salvo excepciones, se hallan ritualizados, en el sentido de que suelen emanar de hábitos arraigados.
- 4) **satisfactores singulares:** son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto de la satisfacción de otras necesidades. Su principal atributo es el de ser institucionalizados, ya que tanto en la organización del Estado como en la organización civil, su generación suele estar vinculada a instituciones, sean estas Ministerios, reparticiones públicas, o empresas de diverso tipo.
- 5) **satisfactores sinérgicos:** son aquellos que, por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Su principal atributo es el de ser contrahegemónicos en el sentido de que revierten racionalidades dominantes tales como las de competencia y coacción.

Los satisfactores correspondientes a las primeras cuatro categorías, por ser habitualmente impuestos, inducidos, ritualizados o institucionalizados, son en alto grado **exógenos** a la sociedad civil, entendida ésta en cuanto comunidad de personas libres capaces, potencialmente o de hecho, de diseñar sus propios proyectos de vida en común. Son en este sentido satisfactores que se han impulsado de arriba hacia abajo.

Los satisfactores sinérgicos en cambio, revelan el devenir de procesos liberadores que son productos de actos volitivos que se impulsan por la comunidad desde abajo hacia arriba. Es eso lo que los hace contrahegemónicos, aun cuando en ciertos casos también pueden ser originados en procesos impulsados por el Estado.

Un desarrollo orientado hacia la satisfacción de las necesidades humanas no puede, por definición, estructurarse desde arriba hacia abajo. No puede imponerse por ley ni por decreto. Solo puede emanar directamente de las acciones, aspiraciones y conciencia creativa y crítica de los propios actores sociales que, de ser tradicionalmente objetos de desarrollo, pasan a asumir su rol protagónico de sujetos. El carácter contrahegemónico que tiene el Desarrollo a Escala Humana no implica necesariamente agudizar el conflicto entre Estado y Sociedad Civil. Por el contrario, intenta demostrar, a través del método propuesto, que el Estado puede asumir un rol estimulador de procesos sinérgicos a partir de los espacios locales, pero con capacidad de abarcar todo el ámbito nacional.

El Desarrollo a Escala Humana no excluye metas convencionales como crecimiento económico para que todas las personas puedan tener un acceso digno a bienes y servicios. Sin embargo, la diferencia respecto de los estilos dominantes radica en concentrar las metas del desarrollo en el proceso mismo del desarrollo. En otras palabras, **que las necesidades humanas fundamentales puedan comenzar a realizarse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo**; o sea, que la realización de las necesidades no sea la meta, **sino el motor del desarrollo mismo**. Ello se logra en la medida en que la estrategia de desarrollo sea capaz de estimular permanentemente la generación de satisfactores sinérgicos.

Módulo 3: Determinantes y determinación social de la salud

En la modernidad comienza a cobrar relevancia la conceptualización de la salud como ausencia de enfermedad e invalidez, este discurso, difundido por la hegemonía del discurso biomédico desde principios del siglo XIX, invisibiliza lo sano y la salud es considerada como tal sólo cuando se pierde.

Paralelamente a esta perspectiva médico-reduccionista, surgieron otras visiones que defendieron la idea de que la salud y la enfermedad rebasaban los límites del cuerpo físico. La subjetividad, el comportamiento individual, las relaciones sociales y la influencia de los ámbitos culturales comenzaron a ser visualizados como determinantes de los procesos salutogénicos y también del malestar.

Fue debido al avance del desarrollo tecnológico y a la revolución industrial que comienzan a desplegarse una serie de transformaciones que impactaron sobre las condiciones de salud-enfermedad, de vida y de muerte de los seres humanos. Junto con la revolución industrial llega también un escenario que plantea una profunda vulnerabilidad y explotación social lo cual hace que diferentes autores encarnen ideales de reforma y/o revolución, poniendo de relieve las pésimas condiciones de vida de la clase obrera y su impacto diferencial sobre la salud.

En 1946 la OMS conceptualiza la salud como:

El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.

A partir de esta definición surge un interrogante central: ¿acaso los individuos “sanos”, de diversos entornos culturales y políticos, presentan siempre un completo y continuo estado de bienestar físico, mental y social?. En respuesta, Milton Terris (1975) plantea que “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente ausencia de malestar o dolencia”.

Esta concepción ya no incluye el término “completo”, pues la salud no puede ser entendida en términos ideales o absolutos, sino que debe ser comprendida como una cuestión relativa a cada contexto social y momento histórico que implica aspectos subjetivos (la sensación de cada uno de sentirse bien) y aspectos objetivos (ligados a la realización de las actividades diarias y al funcionamiento en lo social).

En 1974, Lalonde, ministro de Salud de Canadá, publicó un informe en el cual se enfatizaba que una importante proporción de las muertes prematuras y de las incapacidades que sufrían los canadienses eran prevenibles a través de medidas que trascendían la acción de los servicios médicos. Debido a esto se propone para valorar el grado de salud de las poblaciones el modelo de campo de salud, compuesto por 4 componentes:

- 1) Biología humana**
- 2) Medio ambiente**
- 3) Estilo de vida**
- 4) Organización de la atención de salud**

Los esfuerzos encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de atención, se habían concentrado, a lo largo de las épocas, en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, **cuando se identifican las causas principales de enfermedad y muerte actuales, se llega a la conclusión de que los determinantes más relevantes se hallan comprendidos en los otros 3 componentes del modelo, es decir, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida.**

Promoción de la salud (PS)

Gracias a la reunión celebrada en Ottawa en 1986, la Promoción de la Salud comenzó a cobrar relevancia internacional. Es a partir del documento final de este encuentro que se comienza a visualizar la importancia de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Definiciones de PS:

La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (OMS, 1990).

Es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir (Nutbeam, 1986).

Estas conceptualizaciones coinciden y se complementan en varios puntos, principalmente en que la PS se dirige a modificar los determinantes de la salud. La estrategia ofrece la posibilidad de asumir el cambio desde una política centrada en el consumo de servicios de atención médica, hacia una política promotora de factores que permitan el acceso a la salud positiva, como un derecho básico universal.

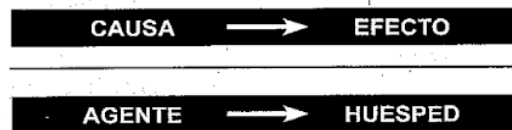
La PS se sustenta principalmente en un paradigma holístico de la salud, que integra todas las características del bienestar humano, conciliando dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones del ser humano.

El último gran encuentro sobre PS fue celebrado en Finlandia en el año 2013, centrándose en el enfoque Salud en Todas las Políticas. El mismo se basa en la idea de que la salud se halla determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, por lo cual, una política sanitaria eficaz debe articularse con las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y con la investigación.

Modelos de causalidad: hacia los determinantes sociales de la salud

La utilización de diferentes modelos para la investigación de la causalidad de los procesos de salud-enfermedad fue variando a lo largo de las épocas, de acuerdo a los distintos paradigmas imperantes en el área sanitaria.

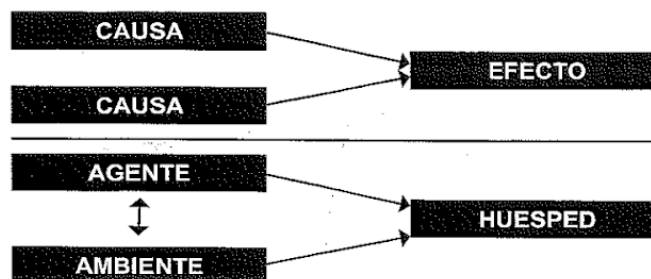
1) Modelo de causa simple/efecto simple



A fines del siglo XIX y principios del XX, el modelo biomédico impone la creencia de que un virus o una bacteria eran causa suficiente para ocasionar una enfermedad. Esta teoría, también llamada **del germen o de la diada agente-huésped**, afirmaba que existe una sola causa para cada efecto y que ambos eventos se relacionaban de forma lineal.

Se ha demostrado que este modelo presenta grandes limitaciones y es absolutamente insuficiente para explicar las causas de las enfermedades.

2) Modelo de causa múltiple/efecto simple

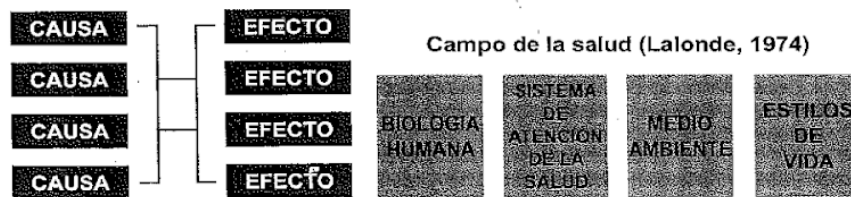


Universalmente, los profesionales y científicos adhirieron al modelo de “**causa múltiple-efecto simple**” o “**Modelo de triada Ecológica**” donde se sugiere que más de una causa actúa, **por sumatoria**, para producir una enfermedad. Así, no solo un agente afecta a un huésped, sino que el ambiente también actúa en la causación de las enfermedades.

A pesar del progreso que implicó esta forma de pensar el origen de las patologías, la misma no termina de desprenderse de la linealidad simplista de la unicausalidad.

Este tipo de causalidad responde a lo que se define como **modelo de la caja negra**, metáfora útil para representar un fenómeno cuyos mecanismos internos permanecen ocultos al observador.

3) Modelo de causa múltiple/efecto múltiple



Es elaborado en la década de 1980. Es homologable al concepto de **campo de salud**. Considerando que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso causal son muy complejas, y forman una unidad imposible de conocer de manera exhaustiva, estos cuatro componentes no dan cuenta de la mayoría de los determinantes que actúan dentro de la compleja “trama de la vida”.

Según McDowell, la adopción mecánica de la multicausalidad ha falseado el carácter social de la enfermedad y de la salud, ya que concede el mismo peso a factores que son de naturaleza y jerarquía distinta.

Susser y Susser (1996) desarrollaron una conceptualización, a través de explicaciones multinivel, que agrupa desde las vías causales a nivel social hasta la patogénesis a nivel molecular. La enfermedad es concebida como un evento poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados. Las manifestaciones de salud tienen lugar de manera similar a un conjunto de cajas chinas, de modo que un sistema contiene a otro subordinado, y los cambios en un nivel influyen sobre el subsistema correspondiente, pero no necesariamente sobre la totalidad del sistema. Asimismo, las relaciones en cada nivel (del molecular al social), son válidas únicamente para explicar estructuras de complejidad y jerarquía similares, que no pueden ser generalizadas a otros niveles.

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El concepto de DSS comienza a cobrar gran auge en la década de los 90, debido a las limitaciones presentadas por los modelos de causalidad anteriores.

En un primer momento, los DSS se constituían como una sumatoria de causas, sin especificar las posibles relaciones o asociaciones entre ellas. Se definían como:

“un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”

Más adelante la OMS considera que los DSS son las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; siendo que estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales y políticas que operan en diversos niveles: global, nacional, regional, local.

Para Álvarez Castaño (2009) los DSS implican un campo de conocimiento y de acción que busca establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad, teniendo un efecto directo en la distribución de los

problemas de salud. Por lo tanto, es un concepto que se relaciona con el análisis, desde un enfoque poblacional, de las inequidades entre grupos sociales. Refiriendo el concepto de inequidad a las diferencias en la situación de salud que son evitables e injustas.

Por lo tanto, esta perspectiva de los DSS centra su eje en la necesidad de esclarecer cómo las desigualdades en la distribución de los bienes sociales, del ingreso económico, de la riqueza, del empleo, de la alimentación, del acceso a los servicios básicos (agua potable y saneamiento, educación, recreación y de los hábitos de vida saludable se manifiestan, generando diferencias indignas entre los grupos. Diferentes propuestas facilitan la explicación y el análisis sobre cómo estas desigualdades son el resultado de las interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales individuales, comunitarias y macrocontextuales.

El concepto de equidad debe necesariamente manejarse relacionado a los determinantes sociales en tanto esta se logra a través de las políticas sociales y económicas que los estados/gobiernos implementan.

Whitehead (1990) define la equidad como las desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas. En este sentido:

El crecimiento económico sin políticas sociales adecuadas que aseguren una distribución en forma relativamente equitativa contribuye poco a la equidad en salud.

La equidad se logra a través de la cohesión social, la dignidad del cuidado, la solidaridad, la participación social, la intersectorialidad como eje de abordaje para lidiar con los DSS.

Los DSS no son fenómenos naturales.

La inequidad está relacionada con jerarquías sociales según clase social, generación, etnia, género, entre otras.

Las desigualdades son las que también afectan las condiciones de vida de la población y el acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Para mejorar las condiciones de vida se recomienda

- Equidad como eje desde el principio
- Se deben lograr entornos saludables para una población sana
- Se debe buscar prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, una buena legislación en este aspecto es muy importante
- Protección social a lo largo de la vida
- Organizar los sistemas de salud poniendo en el centro de ellos el derecho a la salud y la atención universal de la misma

De cómo la sociología construye sus objetos: el caracter problematico de los determinantes sociales de la salud-enfermedad - Castro

Una de las preocupaciones centrales de la sociología médica es la cuestión de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Contra el modelo naturalista, que tiende a restringir al ámbito biológico el origen de las diversas enfermedades, desde disciplinas como la sociología, las ciencias políticas y la antropología se postula un **modelo social** que sostiene que **los factores culturales y socioeconómicos juegan un papel más importante que los biológicos** en la producción de las variaciones en los niveles de salud que se advierten en las diversas sociedades.

En el interior de este modelo social es posible reconocer por lo menos 3 niveles de problematización del objeto, es decir, de los determinantes:

- 1) El primer nivel se refiere a la problematización de la identificación y jerarquización de los determinantes sociales (no biomédicos) de la salud y la enfermedad, aceptando como no problemática la definición de los conceptos de salud o enfermedad ofrecidos por la medicina.
- 2) El segundo nivel refiere sí a la problematización del concepto mismo de salud-enfermedad para de ese modo mostrar su carácter socialmente construido. Desde este nivel la búsqueda de los determinantes es la búsqueda de los factores políticos y culturales que dan lugar a tales construcciones sociales.
- 3) El tercer nivel busca problematizar al sujeto que problematiza, y considera a la perspectiva sociológica como sujeta también a determinantes sociales. Desde esta perspectiva se busca identificar el papel que juegan las ciencias sociales, desde su posición subordinada dentro del campo médico, en la construcción de los determinantes de la salud y la enfermedad.

Primer nivel: el enfoque clásico de jerarquización de los determinantes

Al proponer que los determinantes de la salud y la enfermedad se encuentran más en el plano social que en el biológico, una primera contribución de las ciencias sociales ha sido la problematización y crítica que hacen de las condiciones materiales de vida y de los arreglos sociales que los hacen posibles.

Por ejemplo, la comisión sobre determinantes de la salud de la OMS (2009) atribuye a las diversas formas de inequidad (clase, género, acceso a los recursos de conocimientos, etc) el origen fundamental de las desigualdades en salud.

Desde este enfoque, al partir desde un nivel más “macro” se puede ver claramente 2 determinantes de gran alcance:

1. **La globalización:** Se trata de un poderoso determinante de la salud y la enfermedad por cuanto ha repercutido directamente en un incremento de las desigualdades sociales: aquellos países, y aquellas clases sociales que ya gozaban con una clara ventaja socioeconómica han recibido los principales beneficios y ganancias de este proceso, y viceversa. La globalización se asocia también con cambios de hábitos alimenticios, hay un mayor acceso a la comida chatarra y como consecuencia de esto un incremento de problemas como la obesidad, sedentarismo, diabetes y otras enfermedades crónicas, así como una rápida expansión de epidemias.

2. **El calentamiento global:** es el resultado de fenómenos sociales como la industrialización y la sociedad de consumo, así como el crecimiento poblacional.

En un segundo nivel se encuentran los determinantes ya clásicos. Laurell (1982) y otros mostraron que los patrones de morbi-mortalidad varían entre una sociedad y otra, y que dicha variación puede atribuirse al modo general en que organiza la producción y se distribuye la riqueza en cada una de ellas:

3. **Modo de producción.**
4. **Clase social:** junto con este determinante se encuentra la condición de **género**, que ha sido identificada como una variable determinante en la producción social de la enfermedad. Los riesgos de sufrir violencia física y sexual por parte de la pareja son mucho mayores entre las mujeres que entre los hombres, así como los riesgos relacionados a la salud reproductiva, embarazo adolescente, muertes maternas y las infecciones de transmisión sexual. Por otra parte, las creencias y los prejuicios de género suelen asociarse a un tratamiento diferencial entre niños y niñas, en detrimento de estas últimas.

En un tercer nivel, encontramos el plano de las variables intermedias, básicamente:

5. **Proceso de trabajo:** Laurell (1983) propuso esta categoría para dar cuenta de la manera históricamente específica en que los individuos se relacionan con su objeto de trabajo y la manera en que esta relación afecta su salud, planteando, por ejemplo, patrones específicos de desgaste en el trabajo. Otros autores a su vez plantearon conceptos como *latitud laboral* y *exigencia laboral* para dar cuenta del grado de poder de decisión de los trabajadores y empleados en relación al estrés y las demandas bajo las cuales operan. Así como el concepto de **alienación** el cual hace referencia al proceso de enajenación que experimentan los trabajadores, por medio del cual tanto los productos de su trabajo como las relaciones sociales que desarrollan se vuelven ajenas a ellos y los dominan.
6. **Apoyo social:** Kaplan (1974) muestra en su estudio que aquellos individuos que disponen de redes sociales de familiares o de amigos cercanos enferman menos que aquellos individuos que disponen solo de redes sociales más débiles; y que estos dos grupos, a su vez, presentan menos enfermedades que aquellos individuos que carecen de redes sociales y que viven más bien aisladamente. Por otra parte, Sennet y Cobb (1973) mostraron que hay elementos intrínsecos a la clase social - que ellos denominaron *heridas ocultas*-, más allá de los recursos materiales a los que se tiene acceso, que tienen que ver con un conjunto de recursos cognitivos orientativos que determinan la manera como se anda por el mundo, y se hace frente a la adversidad.

Finalmente, en el nivel más micro, en el plano de los individuos, como determinante de la salud y la enfermedad se encuentra la categoría de:

7. **Estilos de vida:** hace referencia a los hábitos personales, tales como consumir bebidas alcohólicas, fumar, falta de ejercicio físico, etc, y se relaciona directamente con las tasas de morbilidad. Los hábitos personales se relacionan con las enfermedades crónicas; si los hábitos personales son, a su vez, consecuencia del contexto social en que se vive, entonces la influencia del medio social queda demostrada no sólo en relación a las enfermedades infecciosas sino también respecto a las enfermedades crónicas. Porque en realidad, los “estilos de vida”

difícilmente puedan explicarse si no es como productos de la sociedad históricamente específica dentro de la que existen.

Es importante destacar que en realidad, los diversos niveles de esta jerarquización de determinantes no son excluyentes entre sí, y de hecho sólo son comprensibles si se les articula adecuadamente.

Segundo nivel: cuando el concepto de enfermedad es problemático

La clasificación convencional de salud y enfermedad supone que la enfermedad se define básicamente por los criterios objetivos y eficaces de la ciencia biomédica, y asume que esta última es, efectivamente, la perspectiva más autorizada para delimitar las fronteras entre lo normal y lo patológico. Supone además que la enfermedad es un objeto natural con existencia propia, independientemente de que la nombremos o la detectemos. Y asume, por último, que los determinantes sociales de la salud son independientes del conocimiento y de la práctica médica.

Teoría de la etiquetación

Desde las ciencias sociales, Lemert (1951) en su obra propone que no es la **desviación primaria** (la enfermedad en sí) la que da cuenta de los principales diferenciales respecto a esa forma de desviación que llamamos enfermedad, sino que es la reacción social a la enfermedad, denominada como **desviación secundaria**.

Becker (1963) sostiene que la desviación, en cualquiera de sus formas, es construida por los propios grupos sociales al crear estas reglas cuya infracción constituye la desviación. Es decir, la definición de Becker sobre quien es un desviado (un enfermo) postula que el enfermo es aquel sobre quien tal etiqueta ha sido aplicada exitosamente, la conducta desviada es la conducta así etiquetada por los individuos.

Scheff (1973) buscando desarrollar una teoría social sistemática que diera cuenta de la enfermedad mental, propuso que es la **ruptura residual de reglas** lo que genera una reacción social que, a su vez, constituye el reconocimiento oficial de la enfermedad. Sostiene que la mayor parte de las enfermedades mentales constituyen, al menos en parte, un rol social, y que es la reacción social **de etiquetación** el determinante más importante de entrada al rol del enfermo. La premisa de esta teoría es que la mayoría de las enfermedades mentales son, ante todo, violaciones a reglas residuales. Esto es, la sociedad cuenta con un conjunto de reglas que se aplican a los individuos que las violan, pero la mayor parte de estas violaciones no implican que el transgresor sea etiquetado como enfermo mental, sino más bien como mal educado, ignorante, pecador, criminal, etc, según el tipo de norma de que se trate. Sin embargo, una vez agotada estas categorías queda siempre **un residuo** de los más diversos tipos de violaciones (por ejemplo, hablar solo, ser incapaz de seguir una conversación coherentemente, sentir miedo “injustificadamente”, etc), para los cuales la sociedad no cuenta con una categoría explícita, y entonces es justamente que para poder “nombrar” convenientemente estos casos de transgresión a las reglas residuales de la sociedad que se crea la categoría de “enfermo mental”.

Desde este último enfoque habría que buscar los principales determinantes de algunas de las enfermedades mentales en el tipo de reglas sociales que las conductas bizarras infringen, y en el tipo de respuestas de etiquetación que los grupos desarrollan frente a tales conductas.

Goffman (1961) a su vez argumenta que son las instituciones psiquiátricas las que hacen la diferencia respecto a lo que llamamos enfermedad mental, plantea que no es tanto que esas instituciones tratan a enfermos mentales, sino que llamamos enfermos mentales a las personas que esas instituciones atrapan.

La hipótesis general de la teoría de la etiquetación es que la enfermedad constituye un conjunto de roles desviados dentro de los cuales ciertos individuos son socializados y estabilizados. Lo que explica que algunos individuos sean etiquetados de esa manera y otros no lo sean son lo que se denomina como **contingencias**.

Las **contingencias** pueden ser de diversos tipos como por ejemplo vivir cerca del área de influencia de un hospital psiquiátrico, la pertenencia a una clase social baja, o el despliegue personal de ciertos síntomas para lo que existe intolerancia social, por ejemplo, hablar solo.

Una buena sistematización de esta perspectiva es la planteada por Waxler (1980), quien señala que, en relación a los determinantes de la enfermedad, la teoría de la etiquetación parte de 2 supuestos:

- 1) No existen definiciones universales de enfermedad
- 2) Aquello que llamamos "enfermedad" es más el resultado de intensas luchas y negociaciones entre diversos grupos sociales, que el corolario de un objetivo y neutral proceso de investigación biomédica. En consecuencia, esta teoría centra mucha de su atención en el poder de los grupos e individuos con capacidad de etiquetación, así como en aquellos sobre quienes esas etiquetas son exitosamente impuestas.

Los alcances de la teoría de la etiquetación, en tanto determinante de la enfermedad, fueron explorados básicamente en relación a la enfermedad mental, y contribuyó a desarrollar un enfoque más radical respecto al carácter socialmente construido de la salud y la enfermedad. Enfoque que se denomina como **construccionismo social**.

El construccionismo social deriva del estudio de Berger y Luckmann (1966) quienes postulan que las sociedades siguen 3 etapas en el proceso de construcción de su conocimiento acerca de la realidad:

- 1) **La objetivación o externalización:** el desarrollo de conceptos y categorías específicas para designar un aspecto de la realidad
- 2) **La institucionalización u oficialización:** el surgimiento de instituciones y prácticas que legitiman aquellas categorías
- 3) **La internalización:** proceso de adopción colectiva de aquellas categorías, que se traduce en la habituación de los individuos para con la realidad que esas categorías comunican

La implicación fundamental de esta teoría es que los grupos con más poder en la sociedad están en mejores condiciones de imponer su definición de la realidad.

Este enfoque resultó crucial dentro del campo de los determinantes de la realidad, en tanto:

- Mostró por primera vez lo que implicaba explorar científicamente “la construcción profesional de los conceptos de enfermedad”.
- Mostró que el avance de la medicina es más un producto de arreglos específicos de poder de la profesión médica con el Estado (que, entre otras cosas, le garantizó a aquella la jurisdicción exclusiva en el derecho a curar), que el resultado de progresos objetivos en el conocimiento médico.
- Mostró que la desviación social es un objeto de lucha que se disputan la medicina, el derecho y la religión, con resultados crecientemente favorables para la primera.

Freidson (1970) señala que la medicina se encuentra activamente comprometida en la medicalización de la realidad. De esta lectura se desprende una consecuencia devastadora para el paradigma biomédico: los determinantes de la enfermedad son ante todo de orden político, pues hay que buscarlos básicamente en la actividad clasificatoria de los profesionales de la medicina, particularmente de los que tienen más poder.

Este autor plantea a su vez, que los determinantes “objetivos” de la enfermedad, y los procedimientos sociales a través de los cuales los nombramos, no son tan fácilmente distinguibles en realidad.

El enfoque del construccionismo social en medicina se nutrió del aporte fundamental de Foucault, el cual mostró que la medicina es una forma de discurso, de ideas, relaciones sociales e instituciones, que crea sus propios objetos y que cumple una función disciplinaria para con los cuerpos y los individuos.

En este sentido, el pensamiento feminista ha denunciado la existencia de un sesgo masculino en las definiciones de la enfermedad, que ha resultado en la creación artificial de la enfermedad donde “en realidad” está no existe. Un área particularmente sensible se refiere a la enfermedad mental (en donde las prevalencias más altas se atribuyen a las mujeres, y donde el determinante “natural” de acuerdo a ciertos enfoques biomédicos sería el simple hecho de ser mujer). En realidad, argumentan, las mayores tasas de enfermedad mental se deben a la opresión de género a la que las mujeres están sometidas, así como a la propensión de los especialistas a diagnosticar más fácilmente este tipo de enfermedades entre las mujeres, propensión que se debe a sesgos y prejuicios de género.

Hay que tener en cuenta, de todas formas, el relativismo que podría suponer una lectura ingenua del enfoque constructivista. Desde esta perspectiva no se argumenta que las enfermedades son meras invenciones, o que las categorías de conocimiento médico carecen de correlato material, sino que lo que se cuestiona más bien es la aparente estabilidad de las categorías médicas, y la noción de que el conocimiento médico avanza incesantemente, sólo como resultado de la investigación científica más desinteresada y neutral, que entra en contacto directo con la realidad objetiva. Lo que el enfoque del construccionismo social muestra en relación a los determinantes de la enfermedad es que el conocimiento y la práctica médica son objetos de un campo en disputa, y que esta última no puede ser soslayada en aras de una falsa objetividad. Cuando se trata de estudiar que determina la salud-enfermedad, no cabe ignorar que las propias categorías de conocimiento

mediante las cuales se identifica a la enfermedad son objetos de lucha, y que está lucha sólo es discernible mediante las herramientas de las ciencias sociales.

Para finalizar, lo que la teoría de la etiquetación propone es entonces que la exposición al poder médico es lo que genera la reacción social, que por su parte termina por atribuir una etiqueta a ciertos individuos. Estos pueden ser expuestos a un diagnóstico y a una categorización ofrecida por un médico, o por una institución como un hospital.

Tercer nivel: hacía un estudio sociológico-reflexivo de los determinantes de la enfermedad

El enfoque del construccionismo social nos pone a las puertas de una perspectiva potencialmente más radical en relación al estudio de los determinantes de la enfermedad: un punto de vista que no solo asuma que las categorías y las prácticas médicas que nos permiten identificar e intervenir sobre los determinantes son objetos de lucha, sino que además nos brinde las herramientas para identificar a los principales actores de esas luchas, sus agendas implícitas y sus cometidos manifiestos.

En este sentido, sería ingenuo suponer que los instrumentos de las ciencias sociales les garantizan, a quienes los usan, un punto de vista externo, neutral y objetivo. Si el objeto de estudio son los determinantes de la enfermedad, y si las categorías que dan cuenta de esos determinantes están a su vez determinadas por la dinámica de las luchas de poder relativas al campo médico, no habría razón para suponer que el desarrollo de los marcos teóricos que nos permiten distinguir el primer y segundo nivel anteriormente expuesto no están también sujetos a determinaciones específicas.

Por lo tanto, se trata de un enfoque reflexivo, un método de trabajo que aplique sobre sí mismo las propias herramientas y las mismas hipótesis que nos han permitido diferenciar los dos niveles anteriores. Un método desde el cual habría que explorar qué papel han jugado las ciencias sociales en los procesos de clasificación y desclasificación de los diversos determinantes de la enfermedad. Ello implicará pensar los determinantes sociales de la enfermedad en el marco de la relación de subordinación que las ciencias sociales han mantenido con las ciencias biomédicas, sobre todo en el espacio de la salud pública, y en buena medida, en el espacio académico de la sociología y la antropología médica.

Este tercer nivel sobre el estudio de los determinantes de la enfermedad entonces tendría que mostrarnos que, mientras no se lo considere, lo que se escriba de los determinantes dice más de nuestra relación con el objeto, que del objeto mismo. Relación que, a su vez, es explicable por la posición que ocupan los diferentes actores dentro del campo.

El estudio de los determinantes de la salud y la enfermedad interesa a las ciencias sociales porque a través del análisis detallado en todos los niveles de realidad que tocan (desde las determinaciones macrosociales hasta las construcciones simbólicas microsociales) es posible reconstruir el mapa general de las relaciones sociales. Su estudio se justifica no solo por el esclarecimiento que se logra sobre los procesos de morbi-mortalidad en sí mismos, sino también porque a través de ellos se accede a un mejor entendimiento del funcionamiento de los grupos sociales, su articulación en torno a la estructura de poder, y su

papel en la construcción de representaciones ideológicas que tensionan, en diferentes direcciones, al orden social mismo.

Empleo, condiciones de trabajo y salud - Santana

Las condiciones de trabajo se han ido deteriorando históricamente y se transformaron en uno de los principales determinantes de la salud, la discapacidad, la enfermedad y el padecimiento en todo el mundo. En un estudio realizado por la OMS se informa que el 37% de los dolores de espalda, 16% de la pérdida de audición, y otras patologías y dolencias, están vinculadas a carcinógenos, partículas aéreas, riesgos de lesiones, estresores ergonómicos y ruidos relacionados al trabajo.

Las razones del deterioro de la salud de los trabajadores son complejas y su comprensión involucra determinantes macroeconómicos, políticos y sociales, que aumentan los riesgos biológicos, químicos, físicos y ergonómicos, y los estresores psicosociales en los lugares de trabajo. Por lo tanto la manera en que la sociedad regula efectivamente las relaciones entre el empleador y el empleado y que moviliza recursos para mantener lugares de trabajo salubres y seguros, y sistemas adecuados de salud y seguridad laboral son fundamentales para el bienestar de los trabajadores.

Determinantes económicos: los salarios bajos son una causa importante de la pobreza, y los salarios mínimos son en general definidos por el nivel más bajo posible de supervivencia de los trabajadores, esto combinado con el incremento de las ganancias generado a través de la aceleración del ritmo de producción, mediante una disciplina rígida impuesta a los trabajadores, producen un rápido deterioro de la salud mental y física.

Adicionalmente, los modelos dominantes de desarrollo económico descuidan los impactos de los procesos de producción sobre el ambiente y no solo sobre la salud de los trabajadores. La sobreutilización de los recursos naturales, además de los modos de producción y las tecnologías sucias, generan riesgos que afectan a la salud de los trabajadores y al medio ambiente, y se puede presumir que la mayoría de estos riesgos son y seguirán siendo desconocidos, y por lo tanto, sin formas discernibles de prevención o control.

Por último, además de la pobreza, los largos periodos de tiempo con reducidas chances de encontrar un trabajo digno afectan la autoestima y la salud mental, la salud autopercibida y la mortalidad.

Contratos de trabajo no tradicionales y consecuencias en la salud: aunque existen pocos estudios sobre los efectos en la salud y la seguridad laboral de las formas de trabajo no tradicionales, una revisión de las investigaciones empíricas disponibles muestran fuertes evidencias de que están asociadas con una incidencia mayor de accidentes y de lesiones fatales, no fatales o severas que los trabajadores “normales”. En situaciones precarias de trabajo, es menos probable que los trabajadores informen de sus lesiones o enfermedades, tengan conocimientos de los riesgos de su trabajo y reciban capacitación y supervisión.

Otra dimensión de la calidad del empleo, relevante para la salud y la seguridad de los trabajadores, tiene que ver con las diversas formas de discriminación social dentro del lugar

de trabajo o en el acceso al mercado laboral. La desocupación, o los trabajos precarios, son más frecuentes entre las minorías étnicas, los migrantes, las mujeres y las personas jóvenes. Los trabajadores migrantes tienen mayor probabilidad de tener trabajos peligrosos y una prevalencia aumentada de abuso de alcohol. A pesar de la disminución de la mortalidad por accidentes laborales en comparación con los varones, las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades musculoesqueléticas y trastornos psicológicos relacionados con el trabajo, como así también mayor probabilidad de afrontar una doble carga de trabajo, al ocuparse de las tareas domésticas y del cuidado de los niños además de mantener un empleo.

Determinantes políticos: el escenario de los procesos de trabajo, la pobreza y la regulación sobre la salud de los trabajadores y los estándares de seguridad es el resultado de varios elementos que tienen matices complejos producidos, en su mayoría, por el desarrollo político de una determinada sociedad.

A partir de un análisis histórico de la salud de los trabajadores en USA, Cullen observó que un determinante importante de los avances en las políticas era la movilización social y la efectividad de las instituciones en regular las relaciones laborales, los procesos de trabajo y la protección de la salud y la seguridad, bajo el supuesto de que la salud de los trabajadores es un asunto de la salud pública.

Cualquier consideración política acerca de la mejora de la calidad del empleo tiene que tener en cuenta el acceso a la educación y las estrategias apropiadas para lidiar con el trabajo infantil y adolescente, no solo por sus reconocidos efectos en el desarrollo y la salud, sino para hacer viable el acceso a la educación.

Sistemas de salud y protección de la salud de los trabajadores: el trabajo es un componente importante de la vida social y económica y tiene un rol fundamental en la determinación de la salud. No es posible concebir políticas efectivas enfocándose solo en la superación de las disparidades sociales en salud sin considerar las inequidades en el acceso al trabajo digno, las oportunidades para mejorar las capacidades personales y la posibilidad de disfrutar de un ambiente estimulante, recuperando así el sentido original del trabajo como una parte importante de la vida social humana que le da humanidad a las personas.

Modelos sobre la determinación social de la salud

Los determinantes sociales de la salud permiten la construcción de diversos marcos explicativos para analizar las relaciones entre la forma como se constituyen y se desarrollan las sociedades y su influencia sobre la situación de salud de las poblaciones.

Los DDS se definen como “aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas, y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población”.

El proceso salud-enfermedad recibe influencias propias del individuo y de la comunidad a la que pertenece, y está determinado por una compleja red multicausal de factores biológicos y sociales. En la base de la enfermedad existe, entonces, una determinación multicausal,

pero estos determinantes no tienen todos el mismo potencial para influir sobre la aparición de las enfermedades, sino que operan en diferentes niveles.

Por un lado están los determinantes que se encuentran en los niveles más altos, los cuales tienen una macro influencia, y son los que podrían considerarse las causas de las causas. Ellos condicionan la aparición y las variaciones que se producen en los determinantes que operan en los niveles más bajos (las causas inmediatas), al mismo tiempo, los determinantes que operan en los niveles más bajos, también influyen y producen variaciones en los determinantes que operan en los niveles más altos, y por lo tanto, existe una influencia mutua y bidireccional.

Existen varios modelos de los DSS:

- **Medicina social latinoamericana (1970)**
- **Modelo de Lalonde (1974): campos de la salud**
- **Modelo de los determinantes del proceso salud-enfermedad de Frenk et al. (1991)**
- **Modelo de Dahlgren y Whitehead (1992): las capas de la influencia en la determinación de la salud**
- **El paradigma de la Ecoepidemiología de Ezra y Susser (1996)**
- **Modelo de los DSS desde la conceptualización de Pedro Castellanos (1998): Las condiciones de vida**

Medicina social latinoamericana (1970)

Surge en América Latina y se desarrolla por la formación de grupos de académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud, que se unieron a movimientos de trabajadores y estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista imperante de la época.

La Medicina social conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica (estar sano o estar enfermo). La salud y la enfermedad no son estados definidos, aislados y totalmente diferentes, sino que constituyen manifestaciones de un mismo proceso dinámico, en continua interacción dialéctica, con rupturas, cambios y contradicciones, tal como el organismo vivo también en continua adaptación y transformación.

La situación de salud de los grupos sociales que integran una sociedad, requiere de un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tal como la reproducción social, la producción económica, la cultural, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder. Distintas clases sociales determinan un acceso diferente a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica o dialéctica del proceso salud-enfermedad.

Un concepto central que la Medicina Social rescata de la teoría marxista es el de clase social, definido por las relaciones de producción económica.

Las sociedades humanas están en cambio permanente, a lo que se suma la capacidad del hombre de cambiar su entorno, interviniendo y modificando la naturaleza y la sociedad. Por esta razón, no es posible obtener más que un equilibrio fisiológico y ecológico, relativo y variable. El nivel de salud que se alcanza (equilibrio) no puede ser nunca absoluto ni permanente.

Desde esta óptica, los estados de salud-enfermedad y la muerte misma son de origen social.

Es la estructura de las sociedades humanas, particularmente las relaciones sociales de producción y los modos de producción, lo que está en el origen de los “riesgos” para la salud.

Son el origen de las alteraciones de los equilibrios ecológicos y sociales, los que determinan los estados de salud y enfermedad.

En resumen, el mecanismo individual de la salud-enfermedad y de la muerte es de naturaleza social y económica, ya que el origen de la alteración ecológica es siempre socioeconómico. En definitiva, el proceso “salud-enfermedad” es una construcción social.

Modelo de Lalonde (1974): campos de la salud

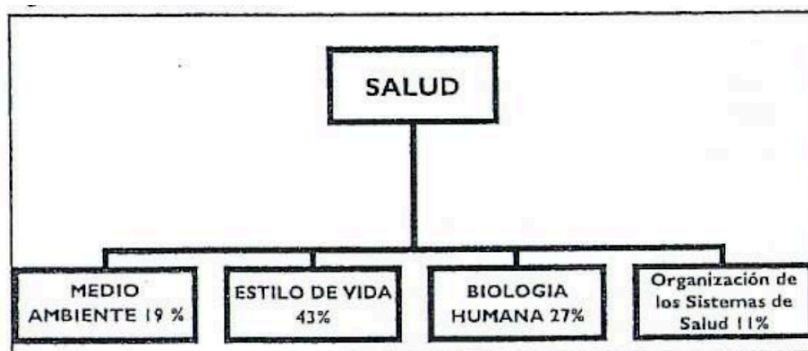
Bajo este modelo, los factores condicionantes de la salud en la población se ubican en 4 grandes dimensiones de la realidad, denominadas “campos de la salud”.

- 1) **Biología humana:** incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental. Comprende la herencia genética, el funcionamiento de los sistemas internos complejos y los procesos de maduración y envejecimiento.
- 2) **Medio ambiente:** se define como todos aquellos factores que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Comprende los medios físico, biológico y social.
 - **El ambiente físico:** son los ruidos, la composición de la atmósfera, los contaminantes de suelos y aguas, la higiene de los alimentos, etc.
 - **El ambiente biológico:** trata de los insectos, roedores, mascotas, bacterias, virus, hongos, etc.
 - **El ambiente social:** abarca entre otras cosas los medios de vida del individuo, que a su vez se divide en:
 1. **Nivel de vida:** conjunto de indicadores que representan grados de satisfacción concreta de las necesidades fundamentales del hombre: sueldo, vivienda, nivel educativo alcanzado, etc
 2. **Calidad de vida:** incorpora elementos más subjetivos de la valoración del grado de satisfacción de sus necesidades y expectativas.
- 3) **Estilo de vida:** comprende la participación laboral (enfermedades ocupacionales, estrés), la participación en actividades recreativas (sedentarismo, conductas sexuales no responsables) y los patrones de consumo (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, dietas inadecuadas), así como también la violencia y la imprudencia en el tránsito.
- 4) **Organización de la atención de salud:** consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, psicología y odontología,

la atención dispensada en los hospitales, hogares de ancianos, centros de atención primaria de la salud, proveedores de fármacos, y más. Comprende los aspectos preventivos, curativos y de recuperación de la salud, listas de espera, burocratización de la asistencia, modelo de atención. Incluye también la formación y ejercicio de la medicina, trabajo interdisciplinario, incorporación de alta tecnología, etc.

El modelo de “campos de la salud” puso de manifiesto en el plano político y académico, la importancia de considerar una visión más holística o integral de la salud pública. La prestación de servicios de atención en salud y la inversión en tecnología y tratamientos médicos no son suficientes para mejorar las condiciones de salud de la población, y los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población, trascienden a la esfera individual y se proyectan al colectivo social.

Actualmente se considera que prácticamente todos los factores que integran los determinantes de salud son modificables, es decir los ambientales, el sistema de asistencia, los estilos de vida e incluso la biología humana, que con el desarrollo de los descubrimientos genéticos prácticamente adquiere también el carácter de modificable.



Los esfuerzos encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de atención, se habían concentrado, a lo largo de las épocas, en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de enfermedad y muerte actuales, se llega a la conclusión de que los determinantes más relevantes se hallan comprendidos en los otros 3 componentes del modelo, es decir, la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida.

Desde este modelo se plantea, entonces, que las acciones para fomentar la salud de los colectivos sociales no consisten en aumentar el gasto y tecnologías en salud, sino en la mejora de las condiciones de vida de la población y desde el punto de vista sanitario el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Críticas al modelo: una de las críticas que recibió fue debido a que en relación a los estilos de vida propone una visión muy individual y no contempla los factores sociales, económicos, culturales, políticos e históricos que condicionan los diferentes estilos de vida de los individuos que integran una sociedad. De acuerdo a este modelo el riesgo de enfermar y morir que tiene una persona es un riesgo por elección propia y no toma en

cuenta el porque, por ejemplo, esa persona fuma, qué cosas lo llevan a tener ese hábito, que circunstancias sociales, psicosociales, antropológicas y económicas, entre otras, pueden determinar que esa persona fume y enferme o muera. La cuestión está entre el tabaco y su propia conciencia y nada de lo que hagan las poderosas tabacaleras o los omnipresentes medios de comunicación pueden alterar ese resultado.

Modelo de los determinantes del proceso salud-enfermedad de Frenk et al. (1991)

Frenk et al esquematizan la organización y el funcionamiento de las principales relaciones de la compleja multicausalidad jerárquica de los determinantes. Del análisis de ese funcionamiento se desprende que la población y el ambiente en el que está habita, así como la organización social que presenta, y su genoma, constituyen las 4 dimensiones básicas en la que se hallan los factores que poseen la influencia más amplia en la determinación del proceso salud-enfermedad. La organización social que se da en las comunidades, es el instrumento que actuando a modo de puente entre la población y su hábitat, le permite a los individuos transformar el ambiente y adaptarse a él.

En la organización social se identifican cuatro componentes fundamentales: estructura económica, cultura e ideologías de la comunidad, forma de gobierno e instituciones políticas que lo integran, y nivel tecnológico y científico que alcanza la comunidad. En estos 4 componentes se originan importantes determinantes estructurales de las enfermedades.

El genoma es otra gran relación entre la población y su hábitat, modificándose cambios profundos en el ambiente que requieren una adaptación del hombre. En suma, el proceso salud-enfermedad es un proceso en el que se encuentran el hombre y la organización social en la que vive. Biología y sociedad se reflejan en la salud del individuo.

Todas las relaciones de causalidad estan enmarcadas por los 4 determinantes básicos. O sea, todas las cuestiones de salud le suceden a una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética, y que además se organizan socialmente para transformar la naturaleza en la que asentaron su hábitat.

La vertiente biológica de la salud se refiere al ciclo vital de un determinado individuo. Este tránsito por la vida, a su vez, sucede en un marco social, económico, político y cultural. El ambiente en el que vive el ser biológico, la forma de organización social de la comunidad que integra, la estructura económica de la misma, el tipo y forma de gobierno que se da para funcionar, el grado de urbanización, la satisfacción de servicios y necesidades básicas, la educación, nutrición, fecundidad y los estilos de vida, son determinantes de la salud.

Este modelo de causalidad permite comprender que "...el cuidado de la salud es (...) un esfuerzo que va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas".

Está compleja estructura que forma la red causal, está integrada por circunstancias, procesos, características o exposiciones, que determinan la probabilidad aumentada de que ocurra un daño a la salud, sin ser lo suficientemente compleja como para impedir identificar las relaciones entre los factores y la organización jerárquica existente.

Por ejemplo, con respecto a la relación del consumo de alcohol y los accidentes de tránsito, desde este enfoque, los mandatos socioculturales y de mercado favorecedores del consumo de alcohol existentes son más relevantes en la causalidad de una injuria traumática resultante del tránsito vehicular, que la intoxicación alcohólica puntual de un conductor.

Está probado que el consumo de alcohol está relacionado con la accesibilidad al producto y la tolerancia social hacía el mismo. A esto debe agregarse la presión generada por los sectores productores de bebidas con alcohol, a los que se suma el propio Estado que posee un interés financiero por los ingresos fiscales que produce este consumo.

A su vez, en relación con la normativa en seguridad vial, la suficiencia de materiales como espirómetros para realizar las pruebas de alcoholimetría son relevantes, así como también la capacitación adecuada a los funcionarios del Ministerio del Interior encargados de realizar los procedimientos.

En suma, la salud, tanto en su visión individual como colectiva, es el resultado de complejas relaciones multicausales en las que interactúan procesos biológicos, ambientales, culturales, económicos y sociales que se presentan en la comunidad. Las lesiones accidentales y los accidentes de tránsito en las que gran parte de ellas se producen, también son resultado de esa red multicausal. Sin olvidar las causas inmediatas o determinantes próximos que influyen en la producción de los accidentes de tránsito, no hay duda que entre otros elementos, la estructura y dinámica de la sociedad, las relaciones sociales existentes, la económica, la carga cultural, y la forma de organización del Estado, constituyen los determinantes estructurales y básicos que mayor peso tienen.

Para enfrentar los accidentes de tránsito y sus consecuencias, será inadecuada una estrategia que solo contemple acciones del sector salud. Se requiere que las personas, la familia, la comunidad, la clase política y el Estado, tomen conciencia del problema y se comprometan a trabajar con un enfoque multidisciplinario e intersectorial.

No debe seguirse insistiendo en trasladar toda la responsabilidad sobre los accidentes de tránsito a las personas, omitiendo las responsabilidades de la comunidad en su conjunto y de las autoridades. Que las personas adopten hábitos, conductas y comportamientos adecuados en el tránsito, requiere que el entorno social, legal, cultural, económico y ambiental le de soporte.

Modelo de Dahlgren y Whitehead (1992): las capas de la influencia en la determinación de la salud

Para estos autores, las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, ubicadas en los individuos, grupos comunitarios y las circunstancias sociopolíticas son las que permiten explicar cómo se determinan los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones.

El diagrama de los DSS está representado a modos de anillos concéntricos donde las personas se sitúan en el centro, representando, a nivel individual, las condiciones relativas a la edad, el sexo y los factores genéticos que condicionan el potencial final de las

manifestaciones de salud. Sin embargo, este estatus de lo biológico no puede ni debe ser considerado aislado de las inercias sociales, ni la explicación de la biología puede ser extrapolada de las relacionadas humanas. Por ello, la capa que recubre a la anterior representa las conductas personales y los estilos de vida, que dependen, a su vez, de las influencias sociales y comunitarias que se presentan en el próximo nivel. Es decir que las redes, los sistemas de apoyo y las presiones de los pares median las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, la vivienda y los servicios esenciales, entre otros, que afectan a los demás anillos. Por sobre estas capas el modelo considera e incluye las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que abarcan todos los determinantes y se convierten en los elementos estructurantes de las condiciones de vida y de salud de los sujetos.



El paradigma de la Ecoepidemiología de Ezra y Susser (1996)

Ezra y Susser integran las dimensiones biológica, socioeconómica y política en el análisis de la situación de salud de los grupos humanos.

Este paradigma pone el énfasis en la interdependencia de los individuos con el contexto biológico, físico social, económico e histórico en el que viven, y por lo tanto establece la necesidad de examinar múltiples niveles de organización, tanto en el individuo, como fuera de él.

Los factores determinantes de la salud y enfermedad en la población ocurren en todos los niveles de organización, desde el microcelular hasta el macro ambiental, y no únicamente en el nivel individual.

Además los determinantes pueden ser diferentes en cada nivel y al mismo tiempo, los distintos niveles están interrelacionados e influyen la acción de los factores causales en cada nivel. Así, el riesgo de infección de un individuo, por ejemplo, depende de la prevalencia de dicha infección entre los individuos que lo rodean, de las defensas establecidas por la alimentación y hábitos de higiene, de la existencia y calidad de servicios sanitarios (accesibilidad a los servicios y a la inmunización), de la recolección de residuos, de la potabilidad del agua y de la accesibilidad de los servicios de salud, entre otros.

Así, la enfermedad en los individuos y las poblaciones bajo este paradigma se atribuye a la compleja interacción multinivel de los determinantes de la salud.

De esta forma, todos los determinantes que están por encima del individuo, como el ambiente, las dinámicas interpersonales, las fuerzas sociales, la raza, la etnia, la política y la economía, además de los que están por debajo de él, como los sistemas orgánicos, las células, los genes, átomos y quarks deben incluirse al abordar cualquier problema de salud, de manera de poder evitar conclusiones parciales y emprender acciones ineficaces o ineficientes.

Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud desde la conceptualización de Pedro Castellanos (1998): Las condiciones de vida

Castellanos desde una perspectiva dialéctica intenta esclarecer las relaciones entre distintos niveles y factores de determinación de la salud.

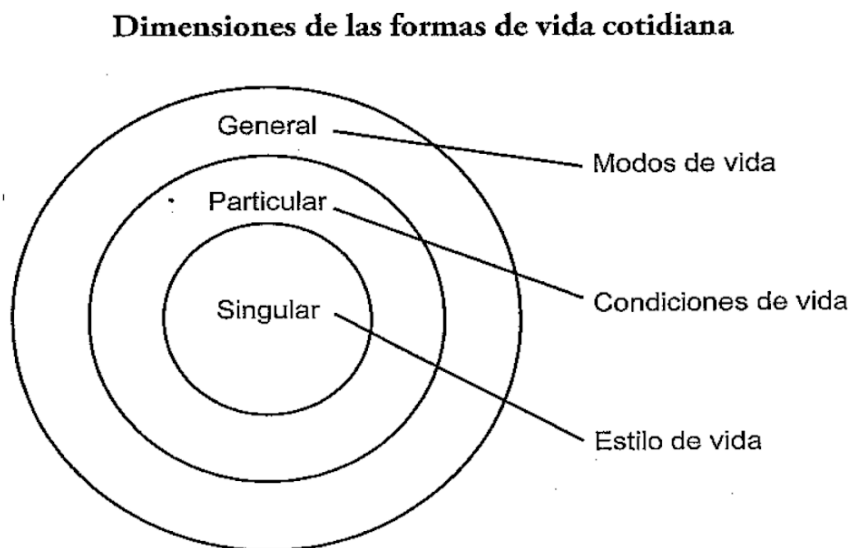
Para este autor, cuando se analiza el perfil de salud de un grupo de población se pueden identificar procesos generales del modo de vida de la sociedad como un todo, procesos particulares inherentes a las condiciones de vida del grupo en cuestión y sus interacciones con otros grupos, y procesos singulares inherentes al estilo de vida personal o de los pares y/o grupos trazados sobre los vínculos más próximos de pertenencia.

Es decir que en cada sociedad se manifiestan modos de vida que son producto de los procesos generales que dependen de las características del medio donde se asienta, de su organización económica y política, de su forma de relacionarse con el medio ambiente, de

su cultura, historia, y de otros procesos generales que conforman su identidad como sociedad.

El modo de vida es, a su vez, una unidad conformada por las diversas condiciones de vida de los diferentes grupos de población que la integran y por las relaciones que se establecen entre ellos. La situación de salud de cada grupo de población se articula estrechamente con sus condiciones de vida. Asimismo, cada individuo o pequeño grupo de ellos, como puede ser la familia, tiene un estilo de vida singular, relacionado con sus propias características biológicas, su medio residencial y laboral, hábitos, normas o valores, así como su nivel educativo.

La relación entre el modo, las condiciones y los estilos de vida como determinantes de la situación de salud puede ser entendida como un sistema complejo, jerárquico y abierto. Es decir, cada nivel superior contiene a los otros, pero cada uno constituye un nivel de organización en sí mismo, en el que emergen procesos y cualidades específicas que no son la suma de los componentes del nivel inferior ni la consecuencia mecánica de los procesos del nivel superior.



Fuente: Castellanos, 1998.

En cada nivel de abordaje de la situación de salud serán más evidentes determinados problemas, aun cuando los mismos pueden ser observados en otros niveles.

- **En los niveles generales:** las relaciones de determinación se expresan en periodos más prolongados, aunque más estables y permanentes.
- **En los niveles singulares:** las relaciones de determinación tienden a expresarse en periodos más cortos e intensos.

Esto significa que las variaciones y diferencias a corto plazo están más vinculadas a cambios individuales y de estilo de vida; las variaciones de plazo intermedio a las diferentes

condiciones de vida de los grupos de población, y las de largo plazo con las variaciones en el modo de vida del conjunto de la sociedad.

Los cambios que puedan introducirse en los procesos del nivel más general tendrán unos efectos sobre la situación de salud **más lentos pero más estables y prolongados**; mientras que aquellos correspondientes a niveles inferiores tendrán un efecto **más rápido pero menos duradero**.

Procesos mediadores implicados en la determinación de la salud

Castellanos describe una serie de procesos sociales mediadores que determinan y condicionan la salud-enfermedad de las poblaciones, y los clasifica en:

- a) Biológicos:** la sustentabilidad de las sociedades requiere de la reproducción de los procesos biológicos de la especie humana. La reproducción biológica de los seres vivos en general constituye una réplica genética del conjunto de los procesos que hicieron posible la existencia de su especie: concepción, gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo. Su salud y sus posibilidades de supervivencia como individuos, y como especie, están determinados por la suma de estos procesos genéticos y el medio ambiente donde han de vivir. Esta interacción se concreta en la participación en sistemas (procesos) **b) ecológicos** en un determinado territorio y, más específicamente, en el medio ambiente residencial y laboral.
- c) Psicológicos y culturales:** las relaciones del hombre con la naturaleza están mediadas por su conciencia, por su capacidad de percibir el mundo que lo rodea, de desarrollar concepciones, valores y hábitos, de organizarse y de expresar sus sentimientos. La reproducción de las formas de conciencia y de conducta constituye así otro de los procesos esenciales de la reproducción social.
- d) Económicos:** la reproducción de los procesos predominantemente económicos constituye otro de los procesos de la reproducción social. La subsistencia de los hombres exige, mediante formas específicas de organización, la producción, distribución y consumo de bienes y servicios del trabajo.

Cada uno de estos 4 procesos contiene aspectos favorables o desfavorables a la existencia que se expresan en distintas manifestaciones de salud.

La situación de salud que resulta de dichos procesos puede ser mejorada o perjudicada, en la medida en que se modifiquen las diferentes dimensiones de la reproducción social. Es decir que, estos 4 procesos son mediadores a través de los cuales los procesos económicos, políticos, culturales y ecológicos más generales de una sociedad, se manifiestan en la vida cotidiana de sus integrantes, concretándose en perfiles de problemas de salud. Para trabajar sobre cada perfil de problemas de salud, se deben identificar primero los procesos vinculados a su determinación y, posteriormente, decidir cuáles han de ser las estrategias de intervención con mayor impacto para mejorar dicha situación.

Las intervenciones en salud pública, acciones sobre los procesos mediadores de la salud: desde esta perspectiva, la situación de salud está estrechamente vinculada con la vida cotidiana de los individuos y las poblaciones, siendo este el espacio privilegiado de intervención de la salud pública. Es así como intervienen sobre los procesos

predominantemente biológicos, por ejemplo, elevando la resistencia inmunológica mediante vacunas, reduciendo la susceptibilidad frente a las enfermedades, etc.

Las políticas de salud y medio ambiente también intervienen en los procesos ecológicos, con políticas y acciones de control de la contaminación y degradación del ambiente, así como del micro ambiente residencial y laboral, con medidas de saneamiento básico y de control de riesgos ambientales en viviendas y puestos de trabajos insalubres. También se trabaja sobre las formas de conciencia y de conducta mediante la educación sanitaria y las actividades de promoción de valores, hábitos y conductas favorables a la salud, tanto en el plano individual como colectivo.

En cuanto a los procesos económicos, por ejemplo, los servicios de atención médica constituyen una forma de redistribución social mediante la seguridad social, que en algunos países representa una parte significativa del salario social; distribución de alimentos y medicamentos; al igual que algunas acciones de salud laboral.

Desde esta perspectiva, todo fenómeno de salud en poblaciones humanas está biológica y socialmente determinado. Esta determinación acontece en los procesos de reproducción social de las sociedades (generales), de los grupos (particulares) y de los individuos (singulares) y se muestra en el espacio de la vida cotidiana en los múltiples “procesos mediadores” en los que discurre la vida cotidiana de los sujetos. Es decir que el modo de vida de una sociedad, y por tanto, las condiciones de vida de los diferentes grupos que la integran, así como los estilos de vida individuales, son expresión en el espacio de la vida cotidiana de los complejos procesos que reproducen la existencia de las diferentes clases, estratos, grupos e individuos que la conforman.

Módulo 4: Modelos de atención en salud

Salud pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas - de Lellis y Saforcada

Dado que el núcleo central de nuestro campo de conocimiento es la psicología, veamos qué impacto ha logrado esta disciplina en el campo de la salud, hasta ahora, en nuestra región y examinemos sus potencialidades frente a los desafíos que la realidad actual nos plantea.

Si nos detenemos en las condiciones de la psicología para la acción en el terreno de la salud, se puede ver que muy preponderantemente se ha empleado y se emplea un concepto de salud que resulta entre anacrónico y acientífico.

Entre otros, 2 de sus principales componentes son:

- a) seguir manteniendo la vigencia semántica y práctica del concepto de **salud mental**
- b) continuar dándole validez a la idea de que estar sano es no estar enfermo, cuando la psicología es fundamentalmente una ciencia de la salud, no de la enfermedad

Por otra parte, la sociedad en general y los profesionales del área en particular mantienen la costumbre de llamar profesionales “de la salud”, ministerios y secretarías “de salud”, presupuestos “de salud”, sistemas de atención “de la salud” a lo que en realidad se debería llamar “de la enfermedad”, dado que solo se ocupan de lo dañado.

Se continúa sosteniendo, por un lado, las enfermedades mentales y, por otro, las enfermedades orgánicas, y también los psicólogos sienten como orgullo el considerar el campo de la supuesta enfermedad mental como su territorio y el de la enfermedad orgánica como el espacio de los médicos.

Se quiere destacar aquí los desarrollos de 2 científicos chilenos, Maturana y Varela, los cuales plantearon lo que algunos denominan la **teoría de Santiago**. Estos desarrollos son hoy uno de los soportes fundamentales de las nuevas concepciones en biología, neurociencia y ecología. Esta teoría postula, con sólidos fundamentos científicos:

La mente no es ya una cosa, sino un proceso: el proceso de cognición, que se identifica con el proceso de la vida. [...] El cerebro no es, por supuesto, la única estructura a través de la cual opera el proceso de cognición. La entera estructura disipativa del organismo participa en dicho proceso, con independencia de que el organismo tenga o no un cerebro y un sistema nervioso superior. Más aún, investigaciones recientes indican firmemente que, en el organismo humano, el sistema nervioso, el sistema inmunológico y el sistema endocrino -que tradicionalmente eran vistos como sistemas separados- forman en realidad una única red cognitiva.

Por otra parte, cuando se analiza la definición de salud postulada en 1948 por la OMS, se llega fácilmente a la conclusión de que el proceso de salud es el **proceso de la vida** misma, de lo cual se desprende que la expresión **salud mental** es redundante y abre la puerta a una serie de errores o falacias como la de pensar que puede haber algún emergente del proceso de salud que no sea mental.

Quienes ejercen la psicología deben erradicar la expresión “salud” mental para pasar a usar solamente “psicología de la salud” y “lo mental en la salud”, ayudando a los médicos a incorporar y usar estas conceptualizaciones. Mantener vigente el concepto de salud mental es aportar al divorcio que hoy involucra a dos profesiones -el médico y el psicólogo- cuya unión es esencial para la salud de nuestras poblaciones.

Mantener las distorsiones o imprecisiones semánticas y los espacios de práctica profesional artificialmente separados impide ver la importancia decisiva que tiene el transformar el concepto de salud mental en el de lo mental en la salud.

Hay que tener en cuenta la importancia fundamental que, para comprender el proceso de salud y actuar con respecto a él, tienen ciertos conceptos, componentes y procesos tales como:

Los estilos de vida, los hábitos, las creencias, las representaciones sociales, el comportamiento, la subjetividad, el estrés cotidiano, etc. Estos componentes se abren en una infinidad de subcomponentes; por ejemplo, en relación a los hábitos están los que se refieren al uso del tiempo (trabajo, ocio, descanso), a lo alimentario, a la actividad corporal, etc. Todos ellos, que implican la mayor parte del total de los que concurren al área de la salud positiva como soporte de su génesis y mantenimiento, son de naturaleza psicológica y antropológico-cultural y hacen a los fundamentos de la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos.

Esto también hace evidente la importancia de pensar en términos de lo mental en la salud y el rigor científico que implica esta formulación, junto al hecho de adentrarse en el camino que permite ver con claridad las dos razones más significativas por las que no prospera esta línea de pensamiento en el ámbito de las políticas a secas y de las políticas públicas:

- 1. Trabajar desde la perspectiva de lo mental en la salud choca de frente con el dualismo cartesiano, así como también con buena parte del mecanicismo y se sabe, desde los trabajos de Kuhn, de la gran resistencia al cambio de paradigma por parte de los científicos y de quienes trabajan vinculados a la ciencia.*
- 2. Trabajar desde esta perspectiva desemboca indefectiblemente en acciones de protección y promoción de la salud, lo cual debilita fuertemente el modelo asistencialista que toma como objeto de estudio al individuo descontextualizado, yacente y entendido como reservorio de la enfermedad, o sea, resquebraja los cimientos del mercado de la enfermedad.*

Cambio de paradigma hacia una comprensión holística de la realidad

En la segunda década del siglo XX se llevó a cabo un proceso fundamental en el campo de las ciencias, que consistió en pasar de las concepciones mecanicistas cartesianas y organicistas a una comprensión sistémica de la realidad. Esto se dio gracias a los aportes de la ecología, la biología y la psicología -las ciencias de la vida- que introdujeron los atributos de calidad en el campo de la ciencia, ubicándolos en el mismo nivel jerárquico que los de cantidad; de este modo, lo cuantificable dejó de ser lo único científicamente importante para los investigadores.

Así comenzó a desarrollarse un proceso de cambio revolucionario que implicó un nuevo paradigma que llevó a abandonar la idea de que una totalidad puede ser comprendida a partir del análisis de sus partes, para pasar a entender que las propiedades de una totalidad no están en ninguno de sus componentes sino que son propiedades del sistema que configura esa globalidad, el cual implica cuestiones tales como contexto, conectividad y relaciones de las partes que constituyen el todo; se trata entonces de una comprensión holística de la realidad.

Capra (1998) señala las nuevas maneras de pensar y valorar a que fue llevando todo este proceso en el que se pasó de la asertividad a la integración. Es una transformación que no implica el abandono total de lo anterior, sino que involucra una ampliación, un acoplamiento necesario para comprender y actuar de manera más acentuada a favor de la vida:

PENSAMIENTO		VALORES	
ASERTIVO	INTEGRATIVO	ASERTIVO	INTEGRATIVO
Racional	Intuitivo	Expansión	Conservación
Analítico	Sintético	Competición	Cooperación
Reduccionista	Holístico	Cantidad	Calidad
Lineal	No lineal	Dominación	Asociación

Sin embargo, todo este bagaje de avances científicos, epistemológicos y culturales, incluyendo la recuperación de la sabiduría de los pueblos naturales del continente americano, casi no ha tenido influencia en las ciencias de la salud. La actividad del sector sigue las concepciones mecanicistas, vitalistas y organicistas que tuvieron validez indiscutida hasta fines del siglo XIX, las dos primeras y la tercera durante las 2 o 3 primeras décadas del siglo XX.

La revolución científica acaecida en la biología y la psicología, en tanto ciencias básicas, no generó los cambios esperables en las correspondientes teorías tecnológicas a las que estas dan sustento científico: las profesiones de la salud. Estas profesiones, aunque con diferencias formales, en lo sustantivo muestran que llevan a cabo el desempeño cotidiano en función de un paradigma desequilibradamente centrado en el pensamiento y la valoración asertivos señalados por Capra.

Este es un primer plano-soporte que se debe tener en cuenta y al que se lo puede caracterizar como la subcultura general del ámbito de la salud, porque orienta cosas tales como las concepciones antropológicas puestas en juego, sea de un modo consciente o no consciente, por los profesionales y técnicos del campo de la salud; las características de sus interrelaciones; las representaciones sociales que han construido de la población usuaria de los sistemas de servicios de salud, en síntesis, sus cosmovisiones. A este se lo podría llamar el **plano-soporte distal**.

Pero existe otro plano-soporte, que llamaremos **plano-soporte proximal** y que tiene que ver directamente con las concepciones y prácticas de salud que orientan los desempeños

profesionales específicos y cotidianos de los facultativos del área y de los técnicos que con ellos colaboran. En este plano se descubren dos paradigmas claramente diferenciados, que tendrían sus antecedentes en 2 grandes líneas de concepciones y prácticas en salud que se dieron a lo largo de la historia:

1. **el individual-restrictivo:** tiene como antecedentes la medicina clínico-experimental y posteriormente la psicología clínica
2. **el social-expansivo:** desde el mundo grecorromano de la antigüedad hasta nuestros días, comienza con el higienismo, continuado por la medicina social y mucho más tarde por la psicología comunitaria

Es relativamente sencillo ver la vinculación sinérgica entre el pensamiento y los valores desequilibrados a favor de lo asertivo y la hegemonía del paradigma individual-restrictivo; del mismo modo que las instancias de equilibrio entre lo asertivo y lo integrativo posibilitan fuertemente el afianzamiento del paradigma social-expansivo.

Es importante tener en cuenta que, mientras los paradigmas caracterizados por Capra son complementarios y sus mejores resultados surgen de un adecuado equilibrio entre ellos, en el caso de los paradigmas propios de las concepciones y prácticas en salud se observa que son excluyentes.

La historia de la medicina occidental permite ver con claridad que en sus comienzos, situandolos en las antiguas Grecia y Roma, era evidente la primacía del paradigma social-expansivo, esto se mantuvo hasta fines del siglo XV, en que es desplazada por el nacimiento de la clínica y la estructuración de un paradigma contrapuesto: el individual-restrictivo.

Tal hecho ocurre, entre otras cosas, por el violento y veloz advenimiento de la racionalidad del mercado al campo de la salud, lo que condujo a que este ámbito fuera hegemonizado por el paradigma individual-restrictivo, a través del cual fue posible abrir y expandir mercados a la producción industrial de productos químicos, fisiconucleares de aplicación a la terapéutica y el diagnóstico de las enfermedades, dando lugar al mercado de la enfermedad que hoy podemos observar en el mundo.

Este es el escenario en el que, teniendo muy presentes sus condicionantes históricos, económico-políticos y socioculturales, debemos evaluar cuál ha sido el impacto de la psicología en el campo de la salud y qué perspectivas se le presentan a nuestra disciplina en cuanto a los aportes que podría hacer a este ámbito, entendiendo que el proceso de salud es un fenómeno ecosistémico.

Orígenes de la psicología

Como sabemos, los orígenes de la psicología como disciplina independiente estuvieron en manos de médicos y filósofos, quienes abrieron este campo disciplinar hacia el último cuarto del siglo XIX. Pero está época fue también la de los espectaculares descubrimientos microbiológicos que permitieron darle una sólida base científica al modelo causal infeccioso de lógica lineal, agente-huesped. Esto último hizo que se planteara que aquellas cuestiones sociales que preocupaban a algunos doctores como Virchow, quien las incluía como causas

de las enfermedades, fueran dejadas de lado, ya que “ahora se sabía contra qué luchar: el bacilo recién descubierto”.

Virchow a esto respondió que indudablemente no había tuberculosis sin la presencia del bacilo, pero que la tuberculosis era mucho más que este microorganismo. Cómo es posible ver, los planteos de este doctor, sus concepciones y prácticas, estuvieron desde los inicios de su vida profesional orientadas por el paradigma social-expansivo, hasta el punto de ser partícipe de considerar que la medicina era una ciencia social y que la política no era más que medicina a gran escala.

De todas formas la medicina clínico-experimental triunfó rutilantemente, restringiendo las conceptualizaciones y actuaciones a la enfermedad lo cual llevó a la psicología, desde muy temprano, a desarrollarse por el camino experimentalista como el planteado por Wundt. Además, los mencionados legítimos triunfos de la medicina sin duda influyeron para que quienes trabajaban en el campo de la psicología aplicada, como Theodule Armand Ribot, dedicaran sus estudios a los fenómenos patológicos de manifestación psíquica.

Aún más, este modo de concebir el objeto de la psicología y su campo de aplicación también se hizo presente muy temprano en USA, a punto tal que el psicólogo norteamericano Witmer fue el primero que utilizó la expresión **método clínico** en el quehacer psicológico y fundó hacia fines del siglo XIX una institución de atención psicológica de niños a la que llamó Clínica Psicológica.

Estas son las orientaciones con las que la psicología se hace presente en América latina, las cuales se ven fuertemente reforzadas en algunos países, como Argentina, con el inicio de las carreras universitarias de psicología en manos de médicos.

Todo el desarrollo de nuestra disciplina en Europa y América lleva a que tempranamente se instale el modelo médico-clínico, propio del paradigma individual-restrictivo, fortalecido por el paradigma más general de pensamiento y valoración desequilibrado hacia lo asertivo.

El asimilado modelo-clínico ha llevado a la psicología a 4 situaciones esterilizantes de su potencial para aportar al mejoramiento de las condiciones integrales de salud en nuestros países:

1. Los profesionales de la psicología han sido y son formados para trabajar con la enfermedad. Los psicólogos egresan con una incapacidad para visualizar lo que en términos de salud no está dañado, discapacidad que se extiende, nada menos, que a la imposibilidad de trabajar en protección y promoción de la salud.
2. La práctica se expandió al máximo solo en el campo de las enfermedades de manifestación preponderantemente mental y la aplicación de la psicología se mantuvo de modo significativo reducida en lo que hace a las enfermedades de manifestación con preponderancia orgánica, que son las que involucran la mayor parte de la demanda cotidiana de atención en nuestras comunidades indoafroiberoamericanas.
3. Han prevalecido las prácticas de una clínica restrictiva -no pocas veces reduccionista- aplicadas por lo tanto a las personas consideradas individualmente o a la familia, pero como unidad aislada, o sea, en ambos casos como sistemas cerrados. La imposibilidad de comprender ecosistemicamente el proceso de salud y

los impedimentos para valorar en su total dimensión la importancia que tiene en este proceso el tejido social y las características psicosocioculturales de las comunidades han reducido al mínimo la eficacia y la eficiencia del quehacer de nuestra profesión en el campo de la salud.

4. Los psicólogos, con demasiada frecuencia, nos hemos aislado de las otras profesiones y nos hemos visto imposibilitados de integrar equipos multidisciplinarios en trabajos, como los de orientación comunitaria y hospitalaria, en que la concurrencia de las otras disciplinas humanas es esencial.

Estas 4 características de la psicología y de sus prácticas profesionales, sumadas a otras, han hecho que el impacto de nuestra disciplina en el campo de la salud sea muy reducido.

Al reflexionar sobre esta cuestión desde nuestra profesión, debemos tener muy en cuenta que las malas condiciones de salud de la población, y su agravamiento, se deben fundamentalmente a factores de naturaleza psicosociocultural y no a factores biológicos. Casi cualquiera de los problemas de salud que se tome en cuenta entre los de mayor prevalencia o de características endémicas o de riesgo epidémico que en nuestros países han sido y son abordados exclusiva o preponderantemente desde la perspectiva médica son total o parcialmente insolubles sin el aporte de la psicología.

Ahora bien, cabe preguntarse: ¿qué tipo de factores está en la base de estos problemas?

Luego de una primera reflexión, se llegará a la conclusión de que estos factores son del orden de la subjetividad y el comportamiento humanos. La subjetividad y el comportamiento son la razón de ser de la psicología: son los psicólogos bien formados quienes pueden manejar con eficacia los marcos teóricos y las tecnologías que permiten trabajar en relación con ellos.

Tómese por ejemplo el cólera; la única barrera eficaz que se puede poner a una amenaza de epidemia de cólera es de naturaleza psicosociocultural: cambio de ciertas estructuras cognitivas (valoraciones, representaciones sociales, actitudes, etc; modificación y/o desarrollo de ciertos hábitos de higiene y del hábitat; modificación de ciertos hábitos alimenticios, etc. La instalación de una barrera de esta naturaleza implica un meticuloso y tenaz trabajo psicológico que, además, y esto es muy importante tenerlo en cuenta, es de bajísimo costo porque no implica ni drogas, ni aparatos, ni tecnologías de costo relevante.

En el campo de la salud, no hay disciplina aplicada más económica que la psicología; es la que genera menos gastos y la que otorga más eficacia y eficiencia a gran parte del quehacer en este campo.

Avanzando más en estos razonamientos, se ve que en los problemas y soluciones señalados también están involucrados muy significativamente factores del orden de la cultura, que constituyen el objeto de estudio y prácticas de la antropología. Son los antropólogos especializados en salud quienes manejan los marcos teóricos y las tecnologías que posibilitan los trabajos necesarios sobre los factores culturales que inciden en la salud.

No hace falta resaltar acá la importancia de los factores biológicos que convocan la presencia de médicos. Por lo tanto, hace falta integrar equipos de trabajo que reúnan las 3 profesiones; también otras, pero estas 3 son esenciales. En este sentido, pensemos, ¿cuál de estas 3 disciplinas es la que está mejor dotada teórica y técnicamente para posibilitar la integración de grupos que puedan trabajar con espíritu de equipo?

Evidentemente es la psicología, en ella descansan las mayores potencialidades para contribuir a lograr la integración de equipos multidisciplinarios de salud a fin de que en nuestros países se puedan mejorar las actuales malas condiciones de salud de las poblaciones.

Para lograr hacerse cargo de los desafíos actuales que se presentan a la psicología a modo de poder tener un impacto desde la perspectiva ecológico-sistémica en el campo de la salud en América Latina se pueden señalar dos o tres perspectivas fundamentales:

- **Equipos multidisciplinarios:** La primera es que la psicología comunitaria integre médicos y antropólogos
- **Protección y promoción de la salud:** Otra perspectiva fundamental que estaría en consonancia con lo más avanzado de los enfoques actuales de salud pública es que la psicología se lance de lleno a trabajar sobre lo no dañado, o sea a trabajar en protección y promoción de la salud
- **Incorporar a la comunidad como partícipes:** Un tercer gran aporte de la psicología a la salud deviene de la esencia de los enfoques comunitarios. Es, tal vez, el más importante. Se refiere a la integración participativa plena de la comunidad en las tareas de prevención, protección y promoción de la salud. Para esto es necesaria la transferencia de una parte de los conocimientos científicos y tecnológicos relacionados con la salud a miembros de la comunidad, generando hábitos de autocuidado y de autogestión de su salud.

Otro aspecto esencial de lo comunitario es llegar a conocer a fondo las concepciones y prácticas de salud de las poblaciones; también, conocer qué fenómenos psicosociales son considerados enfermedades por parte de las comunidades. Es importante recordar que según algunas investigaciones, muchos problemas serios de salud que inciden de forma relevante en las malas condiciones de salud de la población no figuran en los sistemas clasificatorios de las enfermedades, por ejemplo: el miedo social, la defraudación y desunión comunitaria.

Es necesario tener presente que los profesionales de la salud son pasivos, en la gran mayoría de los casos, y se activan sólo en función de la demanda. Pero la demanda, o sea el hecho de que los usuarios de estos sistemas se acerquen a las instituciones de salud dependen de esos saberes y prácticas populares; también de ellos depende el cumplimiento de las prescripciones de los facultativos. Finalmente, se debe tener en cuenta que para lograr todo esto es esencial en nuestra disciplina y en nuestra profesión -esto involucra de lleno los planes de estudio universitarios de grado y posgrado de la psicología- una revolución científica; por lo tanto, cambiar el paradigma individual-restrictivo actualmente imperante y pasar a orientar la formación de los alumnos y nuestras concepciones y prácticas en función del paradigma social-expansivo, modificando también el paradigma del

pensamiento y la valoración logrando que sea más equilibrado, dándole un mayor realce a la orientación integrativa.

Este cambio permitirá que la psicología comience a abandonar el modelo médico-clínico y que, por lo tanto, salga del aislamiento en que, desde nuestro punto de vista, hoy se encuentra.

Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación - de Lellis

Durante el proceso de emancipación creciente de los individuos y racionalización de la vida social que tuvo lugar en el periodo de la Ilustración en Occidente (siglos XVIII a XIX) fue tomando relieve una forma distinta de abordar y tratar lo que hoy se denomina como padecimiento mental.

Se abandonaron gradualmente las creencias propias de un mundo sacralizado, el ethos racionalizador de la modernidad y la burocratización de la asistencia llevaron a que la enfermedad mental sea tratada en espacios confinados: los asilos. Allí se fueron cimentando las bases institucionales para la constitución de la psiquiatría como rama de la medicina, pero también, dichas bases fueron sostenidas en un conjunto de prácticas de segregación.

Este proceso, que se manifestó en la emergencia y constitución de instituciones asilares, reconocía por entonces diversas fuentes de legitimación técnica y científica:

- a. El ideario cientificista tuvo sus epígonos más importantes en referentes de la criminología positivista, la apropiación de estas teorías promovió la criminalización del loco y la frecuente rotulación del delincuente como degenerado. Esta perspectiva tendrá una influencia decisiva en la conformación del espacio asilar y en la alianza funcional del médico, los agentes de la justicia y de la administración pública como instancias de control social.
- b. Los principios ampliamente extendidos del tratamiento moral, iniciados en los trabajos de Pinel y Esquirol, entre otros, quienes alentaron el enfoque humanitario para el tratamiento de los enfermos mentales. Desde estos presupuestos, la ética del trabajo y el disciplinamiento social se acoplará a las concepciones médicas en torno a las ventajas de la rehabilitación por la educación o el aprendizaje de oficios.
- c. La concepción de la Colonia-Asilo se fundamentó en una imagen ideal de sociedad homogénea y orgánica basada en un conjunto de valores virtuosos que se asociaban naturalmente al aislamiento rural en contraste con el complejo contexto de las ciudades. Por entonces subsistía la creencia de que al situar la institución asilar en un medio rural que permite al paciente realizar labores manuales que no demandaban excesiva tensión intelectual, se evitaba perpetuar las condiciones que, propias del mundo civilizado, eran fuente de trastornos mentales.
- d. Durante este proceso la psiquiatría como rama naciente de la medicina adquirió hegemonía y legitimidad para definir y operar sobre la subjetividad en base al establecimiento de criterios normativos acerca de lo patológico, y para determinar consiguientemente quien era enfermo mental. Pero su enfoque estuvo fundado en criterios reduccionistas, procurando hallar el correlato orgánico de las denominadas patologías mentales sin tomar en consideración que gran parte de los malestares o dolencias no podían localizarse somáticamente y que debía introducirse en toda

caracterización diagnóstica las circunstancias y/o procesos vitales que obraban en su determinación.

Paradigmas en salud mental: la noción de paradigma fue originalmente formulada por Thomas Kuhn quien plantea que un paradigma es definido como “las realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica profesional”. Dichos paradigmas eventualmente se encuentran con anomalías que no pueden ser resueltas a partir de sus fundamentos lo cual genera una crisis y esto promueve el surgimiento de otros paradigmas, que entraran en conflicto con el paradigma original durante cierto tiempo para que, eventualmente, el viejo paradigma se deje de lado y el nuevo paradigma lo sustituya. En síntesis, lo que plantea es que los descubrimientos científicos revolucionarios no se van incorporando paulatinamente e incrementalmente al corpus científico preexistente, sino que se efectúan mediante rupturas, y el proceso de sustitución de un paradigma por otro implicará una transformación no solo de los supuestos fundantes del conocimiento sino también de las pautas de socialización académicas propias del contexto en el cual la comunidad científica legitima su labor.

Si bien Kuhn introduce un grado de conflicto en el devenir de la ciencia al plantear el progreso del conocimiento mediante saltos y/o rupturas, su planteo es criticado por Bourdieu, ya que el concepto de comunidad científica resulta insuficiente para describir la hegemonía alcanzada por un paradigma sobre cualquier otro, pues no incluye en su modelo de análisis:

- a. las formas específicas de interés encarnadas por los actores intervinientes
- b. las tensiones económicas, políticas y simbólicas que se asocian a tales conflictos de interés
- c. el análisis de las determinaciones sociales externas que explican dichas transformaciones

En este sentido Bourdieu plantea que el universo de la ciencia es un campo social como cualquier otro, con sus relaciones de fuerza y sus monopolios, sus luchas y sus estrategias, sus intereses y sus beneficios, pero donde todos estos invariantes revisten formas específicas. En un campo concurren distintos actores sociales, que movilizan muy distinto tipo de capital (económico, simbólico, espiritual, científico), se hallan en su interior sostenidas por distintas racionalidades e intentarán (con mayor o menor suerte) la persecución de sus intereses movilizándolo sus recursos y, de ser posible, imponiendo una cierta hegemonía en la toma de decisiones.

Por ello, cuando nos acercamos al campo de la salud mental incorporando la perspectiva bourdiana debemos hacer énfasis en los siguientes puntos:

- Por un lado, existe un conjunto de actores que convergen en un área social en la cual se trabaja sobre aspectos de concernimiento común (específicamente, la salud mental).
- En segundo término, cada uno de estos actores detenta distinto tipo de recursos y los moviliza para obtener resultados o logros que poseen valor en este específico campo de relaciones.
- Por último, las formas de capital que detentan y movilizan son de muy distinto orden, y tienen un valor o eficacia distintos de acuerdo a las características de las configuraciones específicas que en dicho campo se plantean.

En efecto, dado el contexto de divergencia de interés y poder compartido que caracteriza un campo problematizado como la salud mental lo que sobresale es el grado de tensión o conflicto entre los actores intervinientes.

De allí que el cuestionamiento que el paradigma integral formula respecto del asistencialista-tutelar se halle a menudo atravesado por tensiones y disputas, puesto que se ponen de manifiesto posiciones antagónicas respecto de cómo son concebidos los derechos de las personas y sus efectivas oportunidades de inclusión social, entre organizaciones que bregan por la protección y defensa de los derechos de los pacientes y corporaciones que sostienen el mantenimiento del statu quo y, por lo tanto, plantean cerradas resistencias a cualquier intento de transformación.

En tal sentido, cuando se trata de decidir acerca de cómo asignar los medios para poner en práctica transformaciones es común atravesar disputas en la arena política en donde se manifiestan tensiones entre los actores tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones (organizaciones comunitarias de base territorial, las asociaciones para la defensa y protección de los DDHH, etc), y resistencias de parte de aquellos actores que, detentando tradicionalmente un mayor poder de decisión, no aceptarán ceder sus posiciones de privilegio.

Ejes de la transformación

Los aspectos que han resultado más salientes en la crítica planteada al modelo asistencialista-tutelar por haber generado una respuesta altamente ineficaz a los problemas de salud mental son los siguientes:

- a) Una concepción que destaca la carencia, incapacidad y peligrosidad del sujeto con padecimiento mental
- b) Las internaciones indebidas como restricción ilegítima de la libertad y el problema de la institucionalización
- c) La respuesta segregativa en instituciones totales y la desarticulación de las redes socio-familiares e institucionales
- d) Una ética de la beneficencia, fundada en la relación paternalista y asimétrica entre curadores y pacientes
- e) La hegemonía que ha mantenido la psiquiatría como rama especializada de la medicina, lo cual condujo a la fragmentación del campo e imposibilitó lograr mayores avances en la integración disciplinaria

Por otro lado, los aspectos que contribuyen a pensar el cambio del modelo tutelar a un modelo integral tendiente a la inclusión social son:

- a) Centrado en las capacidades y oportunidades de la inclusión social del sujeto con padecimiento mental
- b) Adopción de criterios y medidas para el control de las internaciones
- c) Desinstitucionalización y articulación en redes de servicios
- d) Respeto a los principios de la ética y garantía de derechos
- e) Interdisciplina y horizontalidad de las prácticas, con inclusión de recursos humanos no convencionales

Capacidades del sujeto con padecimiento mental: la concepción del sujeto como incapaz ha consolidado una idea centrada en la carencia, lo que a menudo ha permitido el

arrasamiento de su historia, e impedido visualizar aquellos recursos personales, psicológicos y sociales que son altamente relevantes para pensar la superación de su menoscabo e incrementar las oportunidades de inclusión social.

Esta idea del enfermo mental como carente ha estado asociada a su vez con un modelo de sustitución de la voluntad que ha resultado la concepción dominante para actuar sobre quienes de acuerdo a la legislación eran declarados incapaces, y que ha fundamentado la adopción de medidas de tutela jurídica que, con los fines de la “protección”, ha terminado privando a las personas de oportunidades para el acceso a derechos en la esfera cívica, laboral y educativa.

Durante muchos años el modelo de atención hegemónico en la institución asilar estuvo centrada en un paradigma de control social que aislaba y confinaba a las personas con este padecimiento. La discapacidad mental grave fue concebida como in-rehabilitable. Aún hoy en día existen aspectos salientes en la conceptualización y tratamiento de la discapacidad de épocas muy antiguas:

- La conceptualización de capacidad/discapacidad como dicotómicas y absolutas
- La presunción de que la discapacidad es inherente a la condición del padeciente mental
- La descontextualización de los sujetos, no considerando los determinantes socio-históricos
- El carácter indefinido en el tiempo de la restricción de capacidad, ya que las sentencias no eran objeto de revisión periódica y se prolongaban de manera indefinida

Más adelante en el tiempo se fue configurando un enfoque alternativo denominado **modelo social de la discapacidad** que subraya la importancia del entorno para comprender las posibilidades de inclusión de la persona con discapacidad.

Este nuevo paradigma tiene en cuenta algunos aspectos planteados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD), entre ellos:

- Que los Estados parte de las Naciones Unidas realicen acciones positivas que promuevan la adecuación del entorno y la supresión de barreras
- Concebir a la discapacidad como un concepto relativo que varía según el contexto social
- Establece la presunción de capacidad en todas las personas
- Destaca la relevancia de garantizar el acceso a derechos tales como vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, poder casarse, decidir libremente y de manera responsable el número de hijos a tener, libre acceso a la educación, información, etc
- Reconoce que las personas con discapacidad tienen capacidad Jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida (ser propietarios, heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos, tener igualdad de condiciones a préstamos bancarios, etc)
- Respecto a las restricciones e interdicciones señala que se deben asegurar las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica que respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni

influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de las personas, etc.

Debe destacarse por ser tan relevante el concepto que incorpora la CDPD: el sistema de apoyo para la toma de decisiones. Señala este que “los Estados parte adoptarán todas las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad el apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”.

En síntesis, la incorporación del **modelo social de la discapacidad** representa un cambio trascendental, pues permite ir desterrando el modelo de sustitución de la voluntad asociado al concepto de incapacidad por el de complemento necesario para compensar las dificultades que en el transcurso de la vida se le plantean al sujeto que padece algún tipo de restricción a su capacidad.

Control de las internaciones: en términos generales, la internación ha sido legitimada durante mucho tiempo como un medio de asegurar la concentración, aislamiento y complejización de los recursos asistenciales que requería el tratamiento de pacientes.

Sin embargo, la internación en salud mental presenta características específicas respecto del resto de las internaciones asistenciales, ya que no requiere la disponibilidad de un equipamiento tecnológico altamente sofisticado y los problemas suelen cronificarse si no se interviene adecuadamente en su resolución.

La permanencia de la persona en regímenes custodiales produce un conjunto de síntomas de privación afectiva, sensorial y cognitiva que tendrá un impacto altamente negativo sobre su salud.

Las instituciones consolidaron durante siglos prácticas segregativas para el tratamiento del padecimiento mental, los cuales han reforzado procesos de estigmatización ampliamente difundidos en el colectivo social.

La internación halla su justificación en una intersección particular entre los discursos jurídico y psiquiátrico, alegando por un lado el estatus de peligrosidad del enfermo mental y por otro lado el discurso médico justificando la necesidad de la internación por el trastorno manifestado. En la gran mayoría de los casos, las instituciones sanitarias no garantizan las condiciones mínimas para asegurar el tratamiento necesario, además de que conspira contra las posibilidades mismas del tratamiento: hacinamiento, omisión de cuidados, violencia y anomia institucional.

El problema recién aparece a partir de cuestionamientos concurrentes que sacuden los principios de este modelo, tales como la violación de los derechos de las personas, el rol de los movimientos sociales a favor de una ampliación de los derechos de las personas con trastornos mentales, formulaciones teóricas de la antipsiquiatría, y sobre todo, las numerosas impugnaciones al anudamiento perverso de la justicia y las instituciones sanitarias para asegurar una atención digna y adecuada a los sufrientes mentales.

A partir de esto, la internación comienza a entrar bajo sospecha, ya que puede constituirse en una manifestación del desplazamiento de los fines de protección jurídica y atención

sanitaria, y constituirse de hecho o potencialmente en privación ilegítima de la libertad. En este sentido pueden diferenciarse dos tipos de internaciones:

1. Internación voluntaria: consentida por el propio paciente y surge de una evaluación interdisciplinaria del equipo de salud
2. Internación involuntaria: decisión tomada por terceros, utilizada como recurso excepcional y tras la evaluación de un equipo interdisciplinario y con participación del órgano de revisión.

Algunos críticos como Thomas Szasz (1994) denominan las internaciones involuntarias como “las prácticas más aberrantes que han sido sostenidas y legitimadas por el discurso médico-psiquiátrico”. Esta crítica encuentra sus fundamentos en distintos puntos:

- El carácter indefinido en el tiempo de la internación
- El carácter indebido e indeterminado de la internación, en tanto no obedece a fundamentos sanitarios claros que permitan justificar el empleo de la práctica clínico-asistencial, ya que gran parte de las veces se utiliza más como “depósito de incurables” que como internación terapéutica genuina.

En tal sentido, el nuevo paradigma plantea aportes innovadores para proteger a los sujetos a través de un nuevo régimen de internaciones:

- a) Destaca la participación de las familias en el proceso de tratamiento y el aliento a actividades que comprenden el seguimiento de los pacientes institucionalizados, los procesos de revinculación, la posibilidad de una externación asistida al medio familiar o bien la participación institucionalizada de los usuarios y familiares en tareas de abogacía que impliquen la promoción y defensa de los derechos de este colectivo social.
- b) Inspirado en los principios de protección a los enfermos mentales, da prioridad al tratamiento ambulatorio y considera a la internación como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar y debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.
- c) Establece que toda disposición de internación debe cumplir con los requisitos de consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, y “que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación”.
- d) Al promover un enfoque de la salud mental como un problema complejo, pone de relieve las diversas dimensiones que deben hallarse comprendidas en el proceso de internación: bioética, de las prácticas procesales, de los tipos de responsabilidad o competencia político-institucional.
- e) Prevé la apertura de instancias institucionales (por ej: órganos de revisión) para el control del tratamiento de los sujetos, cuyo objetivo es fiscalizar el cumplimiento de las pautas procesales, los plazos y la justificación que el equipo interdisciplinario puede efectuar en torno al “riesgo cierto e inminente que el paciente puede expresar y que justifica la práctica de la internación.

Motivo de internación: del concepto de peligrosidad al concepto de riesgo: el concepto de peligrosidad asociado a la enfermedad mental se ha cimentado históricamente desde épocas muy antiguas, aunque alcanza su apogeo con el anudamiento del discurso

psiquiátrico y jurídico en el modelo tutelar de atención a través de la legitimación teórica que aportó, entre otras corrientes, el positivismo criminológico.

Al ser la “peligrosidad” una categoría de orden moral que ha sido recuperada de manera más plena por el derecho penal y que conserva un alto grado de ambigüedad resulta necesario apartarla de su contexto médico-clínico-asistencial para situarla en el contexto de las normas sociales que establecen el carácter de desviado o desviante de la conducta adoptada por el sujeto.

Una de las cuestiones fundamentales es, entonces, analizar cómo se “funden” ambos discursos (psiquiátrico y criminológico) en el concepto de peligrosidad:

- a. Desvío a la norma social. En tal sentido, a través de los aportes de la teoría de la desviación y de la rotulación social, es posible revisar por que se adjudica a ciertas personas el carácter de desviados, peligrosos o transgresores de la norma establecida; y por que a partir de ello se justificaron las más diversas prácticas de segregación.
- b. Concebida como conducta dañosa que puede adoptar potencialmente el sujeto, justificó prácticas de reclusión y dio lugar a la intervención preventiva a través de las medidas de seguridad distintas de la terapéutica o de la social, legitimando la mayor parte de las prácticas de internación en instituciones totales.

En relación al concepto de peligrosidad, resulta un hecho consensuado que las principales críticas se plantean en relación a los siguientes aspectos:

- 1) Asentarse en la virtualidad o potencialidad, ya que la internación se indica en la enorme mayoría de los casos por la eventualidad de cometer un acto peligroso y no por la ocurrencia real y efectiva del mismo.
- 2) No disponer de evidencia científica alguna que permita demostrar la hipótesis de una mayor peligrosidad de las personas con padecimiento mental en comparación con la población en general.
- 3) Haberse constituido en un criterio ambiguo para determinar internaciones involuntarias que vulneran el derecho a la libertad
- 4) Ser indefinida en sus alcances, pues no puede inferirse con claridad si el peligro radica en que atenta contra la vida, los bienes o cualquier otra situación que pueda amenazar la seguridad de la persona.

Concepto de riesgo: el concepto de riesgo inminente para sí y para terceros como elemento sustitutivo al de peligrosidad al momento de justificar la práctica de las internaciones involuntarias obliga a los jueces a establecer cambios en el tipo de fundamentación que sustenta a los mismos y en la indicación de que los profesionales evalúen y adopten la medida terapéutica más indicada para la atención del paciente.

El concepto de riesgo se asocia a la probabilidad y/o proximidad de un daño de carácter inminente, es decir cuya ocurrencia puede producirse en un muy corto intervalo de tiempo y que amerita, por lo tanto, una intervención perentoria para evitar dicho desenlace.

“Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida e integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio

de una evaluación actual realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no debe reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

La sustitución del concepto procura dar un carácter más neutral a la situación descrita.

Pero aun cuando esta concepción representa un considerable avance respecto del tradicional concepto de peligrosidad como causal de internación, es importante advertir que es posible de todas maneras deslizarse a un plano en el cual se entiende que no es la persona la que está en riesgo sino que es ella misma portadora y encarnación del riesgo, con lo cual nuevamente se produciría una sustancialización y se tendería a considerar a la persona como fuente de amenaza legitimando, una vez más, prácticas segregativas de aislamiento y/o reclusión.

Por ello es que, ateniéndonos a estos probables deslizamientos, se invita a reflexionar en torno a las propiedades que Ayres (2005) establece como propias del concepto de **vulnerabilidad**:

- a) Se trata de la resultante de un conjunto de aspectos: individuales, colectivos y contextuales que acarrearán mayor susceptibilidad a la enfermedad y, de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos de todas las clases a protegerse
- b) No es un estado sino un proceso, pues las personas no “son” vulnerables, sino que se hallan en distintos grados de vulnerabilidad en un cierto punto del tiempo y el espacio
- c) Ubica al sujeto como haz de un conjunto de problemas y situaciones que le afectan y que obligan a una intervención protectora, tanto para sí mismo como para terceros

Desinstitucionalización y atención en redes de servicios: el progresivo incremento en el número de pacientes en hospitales monovalentes ha ido de la mano con el hacinamiento, la violencia, el desposeimiento y abandono de los cuidados mínimos que deben ser prodigados a las personas con trastornos mentales.

Desde esta perspectiva, el término institucionalización designará las consecuencias más penosas que experimentan las personas alojadas durante un largo tiempo en los asilos neuropsiquiátricos y que tienen devastadoras manifestaciones asociadas a la privación psicológica, física y el acceso a oportunidades de inclusión social.

Pero al hablar de desinstitucionalización es necesario trascender la cuestión de la existencia de los hospitales monovalentes (o manicomios), porque las producciones simbólicas y culturales que han sostenido a los asilos durante más de un siglo perduraran en otras instituciones “sustitutivas” si no se logra deconstruir las concepciones, creencias y prácticas que sostienen y legitiman una forma de abordar y tratar a la persona con padecimiento mental.

Ética y garantía de derechos: durante gran parte de la historia, la atención sanitaria se guió por el principio ético de la beneficencia como regulador de la práctica de agentes e instituciones de salud, pensada como las acciones de los curadores tendientes a producir el mayor bien y/o el principio de no maleficencia, concebido como evitar el perjuicio o daño.

Esta concepción, impregnada por el paternalismo encarnado en la figura del médico benefactor y la acción filantrópica se constituyeron en los fundamentos ideológicos que darán legitimidad a la reclusión en asilos con fines de protección y/o rehabilitación.

Con la creciente complejización de las disciplinas científicas y de la corporativización profesional, van conformándose progresivamente los principios deontológicos tales como la obligatoriedad de no incurrir en tratos crueles o degradantes, evitar el abandono de persona y/o someter la práctica profesional a la evaluación ética y/o científica de los pares.

Pero al descansar en una concepción cuyo eje rector ha estado centrado en los valores y principios arraigados en el colectivo profesional, ni el paciente ni sus familiares han sido considerados al momento de compartir información relativa al tratamiento, lo cual ha resultado aún más manifiesto en aquellos casos en los que se presumía la incapacidad del sujeto para comprender y tomar decisiones relativas al tratamiento.

Dado que la perspectiva centrada en los derechos y la inclusión social aspira a lograr centralidad en las prácticas de los profesionales de la salud mental, uno de los aspectos que se destaca como relevante de la bioética aplicada al campo de la salud mental comienza a ser el respeto a los principios de la autonomía, la inviolabilidad y la dignidad personal.

El reconocimiento de un amplio y diverso conjunto de derechos que deben ser garantizados se apoya en el concepto de autonomía del sujeto, quien a partir de la información y los cuidados provistos por los agentes intervinientes, debe acceder a oportunidades para participar activamente en el proceso de atención.

Otra de las dimensiones principales de la ética contenida en las actuales formulaciones en salud mental nos remite al principio de equidad de acuerdo a las teorías de la justicia social, la cual exige que se trate a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual.

En el caso de las personas con sufrimiento mental ello implica considerar la evidencia de que entre los más pobres se incrementa la vulnerabilidad y se reportan mayores casos de morbilidad y, al mismo tiempo, menores posibilidades para asegurar la accesibilidad a los servicios indispensables para la atención.

El abordaje de los fenómenos sociales desde esta perspectiva de interculturalidad y de género nos permite incorporar al análisis de los problemas de salud la existencia de relaciones desiguales de poder entre grupos sociales o de acuerdo a la condición de género. La visibilidad de esta situación tiene consecuencias específicas para el sector salud, pues nos lleva a la comprensión de los comportamientos relacionados con la salud, no solo desde las diferencias que dependen de las normas y costumbres, sino principalmente desde el análisis de las desigualdades de poder, y del acceso diferencial a recursos materiales y/o simbólicos entre los distintos grupos sociales.

Integración disciplinaria y de actores no convencionales: el enfoque basado en la complejidad propone un modelo de trabajo interdisciplinario, una redistribución del poder en el seno del equipo de salud y de este con la comunidad, en el que pueda tomarse también en cuenta la perspectiva que aportan actores no convencionales, tales como los usuarios,

familiares y organizaciones no gubernamentales que abogan por garantizar la protección de derechos en este colectivo social históricamente vulnerado.

A modo resumen... se plantea que el esfuerzo reformador ha incitado a pensar en nuevas modalidades de atención que sustituyan a las de régimen custodial aún vigentes en una gran cantidad de asilos, y a promover una nueva alianza terapéutica, jurídica y social que se ponga al servicio de la inclusión y el respeto por los derechos básicos que asisten a esta clase de sujetos.

En el transcurso de este proceso de reconversión institucional el objetivo prioritario deberá ser:

- a) Alentar una revisión profunda de las concepciones arraigadas en torno a la incapacidad y peligrosidad del enfermo mental.
- b) Garantizar la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, sobre todo aquellas institucionalizadas
- c) Reestructurar las redes de servicios sectoriales y revertir el aislamiento tradicional del sector salud, así como la necesidad de avanzar en la coordinación intersectorial
- d) Promover una efectiva integración disciplinaria del equipo de salud, sin sostener hegemonías de ningún tipo
- e) Impulsar reformas en los planes de formación universitaria de los futuros profesionales que se desempeñarán en el campo de la Salud Mental

Aun cuando la identificación de tales derechos sociales mínimos mediante la aplicación de medidas o dispositivos jurídicos representa un gran avance, la experiencia histórica enseña que esto solo es posible si se conjuga con un cambio en la estructura de oportunidades para la participación y movilización de los grupos implicados, empoderando a aquellos sujetos individuales y/o colectivos que han estado excluidos de la toma de decisiones.

En este campo, y en cualesquiera otro que sea elegido para ilustrar la relevancia que reviste el acceso a oportunidades para el ejercicio de derechos (ej: niñez, identidad de género) sobresale el rol de quienes han promovido la emergencia y expansión de este modelo: entre otras, las organizaciones de derechos humanos y las asociaciones comunitarias de base territorial. Estas instituciones son las que deben coordinar sus acciones conjuntamente con la autoridad estatal ya que, como garante de los principios de universalidad y legitimidad, es quien debe ejercer la rectoría y el liderazgo de conducción en las políticas públicas de salud mental.

El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos - Menendez

Los comienzos más o menos imprecisos de la antropología médica en América Latina pueden ser detectados en Mesoamérica en la década de los 20, constituyendo su expresión más significativa la serie de investigaciones biomédicas que culminaron en el Informe Shattuck para Yucatán.

A partir y en función de esos trabajos pueden distinguirse 3 periodos en la producción de la antropología médica sobre América Latina:

- 1) **El primer periodo entre 1920 y 1930:** el cual solo presenta trabajos aislados vinculados a proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico
- 2) **El segundo periodo entre 1940 y 1960:** es el periodo más relevante, no solo por la notable cantidad de trabajos, sino porque varias de las investigaciones más importantes estuvieron relacionadas con los organismos de salud locales, y porque durante este periodo se constituyó un modelo explicativo de notoria influencia.
- 3) **El último periodo a partir de 1970:** se caracteriza por un estancamiento en la producción y sobre todo por una reiteración de las temáticas y del modelo explicativo, que implicó además un total dominio de las posiciones empiristas. Las limitaciones más significativas se verificaron en la impotencia de estos trabajos de dar no solo “soluciones”, sino interpretaciones respecto de los “nuevos” problemas de salud/enfermedad que emergían en los países.

Las bases temáticas, metodológicas y teóricas dominantes en la antropología médica de América Latina se constituyeron en el segundo periodo, entre 1940 y 1950 en Mesoamérica, Colombia y Perú. Los investigadores que iniciaron dicho proceso eran predominantemente norteamericanos, y el trabajo se realizó preferentemente en pequeñas comunidades rurales, donde dominaba un campesinado de extracción indígena.

Las temáticas dominantes de esta producción antropológica fueron la relación médico-paciente, las enfermedades “tradicionales” y las terapias “nativas”. En segundo término puede detectarse también un interés por algunos problemas de salud mental, en particular el alcoholismo, por los problemas nutricionales y por el proceso de embarazo, parto y puerperio.

La propuesta teórica global de la antropología social en este periodo puede esquematizarse así: la medicina científica debe ser reconocida como la medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas “tradicionales” tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones culturales y productivas dominantes en la comunidad. Deben en consecuencia hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y aculturación de las prácticas médicas científicas, sin alterar culturalmente a dichas comunidades. El proceso debe darse pero con el menor costo cultural posible.

En el último periodo, por la década de los 70, los sociólogos latinoamericanos proponen, como objeto de sus investigaciones, problemáticas prácticamente no tocadas por la producción anterior, en particular la antropología. Así, las relaciones entre clase y mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo médico “científico” se convertirán en los “nuevos problemas” que implican necesariamente para su desarrollo la consideración de procesos económico-políticos, por lo menos como condicionadores de dichos procesos. De esta manera, frente a un modelo antropológico médico centrado en la integración cultural, emergerá un modelo autodenominado histórico-estructural, cuyo punto de partida es en la mayoría de los casos la dimensión económico-política.

Se puede distinguir, entonces, dos corrientes bien claras:

- 1) **La sociología médica (modelo histórico-estructural):** la cual estudia las diferencias económicas y clasistas, así como las profesiones y el proceso de profesionalización

- 2) La antropología médica (modelo de integración cultural):** la cual se dedica a estudiar la afiliación étnica y cultural, los sistemas de prácticas y creencias y las premisas y valores respecto de la salud/enfermedad, que ignora los procesos estructurales.

Consideramos que el modelo antropológico dominante en la antropología médica de los 40 en América Latina partió de puntos que tanto a nivel empírico como parcialmente a nivel teórico podrían validarse como correctos:

- a) es real la racionalidad de los sistemas médicos nativos
- b) es real la eficacia simbólica de las estrategias terapéuticas locales
- c) es parcialmente correcta la articulación de estos sistemas médicos con el sistema social global
- d) es real la existencia inicial de una separación pragmática e ideológica entre enfermedades tradicionales y enfermedades de los médicos
- e) es real el rechazo o mejor dicho la crítica a la atención médica científica
- f) es correcta la propuesta de utilizar los recursos propios como alternativas en áreas donde no existe cobertura y aún donde existe
- g) es correcto pensar a la enfermedad y la cura como procesos que no pueden ser explicados en sí biológicamente, sino que deben ser relacionados con el juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son

Es interesante además indicar que un autor que se autoubica en una línea crítica de la antropología médica, en un celebrado trabajo sobre la medicina aborígen en Ecuador propone las siguientes hipótesis:

- 1) la relación agente de salud-paciente en la medicina aborígen es totalizadora y va más lejos de la enfermedad, hacía la consideración de la historia del enfermo como parte integrante de la comunidad
- 2) cuanto mayor sea el desconocimiento de la medicina aborígen como práctica adecuada de su cultura, mayor será el fracaso de la medicina científica en sus contactos con la población aborígen
- 3) la integración a varios niveles, de los modelos médicos aborígen y científico, puede dar lugar a un cambio en el aspecto salud de la población ayudando a su movilización social

Las dos primeras hipótesis fueron verificadas por antropólogos culturales en la década del 40 y 50, y la tercera hipótesis fue parcialmente verificada.

En sus trabajos (1968 y 1978), Foster, uno de los padres fundadores de la antropología médica en América Latina reflexiona críticamente sobre los aportes recuperables de la producción antropológica y enumera una serie de estereotipos generados por los antropólogos, popularizados en el personal de salud y que pueden convertirse en reales obstáculos para la aplicación de programas:

- 1) la medicina tradicional es integral, la medicina moderna solo tiene en cuenta la cura
- 2) en los pueblos tradicionales se observa una dicotomía de las enfermedades en dos categorías, enfermedades que el médico puede curar y enfermedades “populares” que los médicos se niegan a reconocer

- 3) los sanadores tradicionales son de edad relativamente avanzada, muy respetados en todas las comunidades y que deberían ser aliados en los programas de atención primaria
- 4) los médicos que trabajan en medios “tradicionales” ignoran con frecuencia a la medicina tradicional y tienen problemas de comunicación con sus pacientes
- 5) en las comunidades indígenas las enfermedades más importantes son las tradicionales, pues constituyen parte básica del núcleo ideológico de su integración
- 6) la racionalidad de la comunidad y su criterio de participación son los factores básicos que operan en el proceso de relación con las enfermedades y las terapéuticas modernas

Puede concluirse que el modelo organizado y dominante en antropología médica demostró no solo sus limitaciones, sino su incapacidad explicativa de los procesos que fundamentan los hechos empíricos. Además no pudo prever la mayoría de los cambios significativos que operaron en el área salud/enfermedad, ni pudo proponer alternativas explicativas respecto de los “nuevos” problemas que se iban configurando en nuestros países, tanto en lo referente al perfil epidemiológico, como en lo referente a los diferentes sistemas de atención. Además al escotomizar la realidad contribuyó a ocultar los determinantes estructurales, y operó de hecho como apoyo indirecto de las ideologías “aculturativas” y desarrollistas.

¿Cuál fue la incidencia de la antropología médica y su uso por la práctica y saber médicos?

Pueden distinguirse dos etapas de incidencia de la antropología médica:

- 1) **Una en el segundo periodo, entre 1940 y 1960**, en la cual las investigaciones antropológicas demuestran la influencia de los factores socioculturales en la relación médico-paciente y fundamentan en gran medida la utilización de personal auxiliar de salud en forma controlada.
- 2) **Un segundo periodo** tiene que ver con los planes de extensión de cobertura y de focalización en la atención primaria propuestos luego de la primera reunión de Alma Ata y que, convertidos en programas de salud rural, supuso retomar gran parte de la ideología propuesta por la antropología médica durante el primer periodo, pero instrumentada ahora básicamente por personal de salud. Durante este periodo se planteará la necesidad de formación de personal auxiliar de las propias comunidades y también se hará particular hincapié en la validación de algunas técnicas terapéuticas “tradicionales”, en particular la herbolaria.

En ambas etapas las acciones se llevaron a cabo sobre el campesinado indígena y en muy segundo lugar sobre la población “marginal” urbana. Además los aportes antropológicos se harán casi exclusivamente en el área de atención a la salud; prácticamente no hubo influencia en la dimensión epidemiológica.

El modelo médico hegemónico se caracteriza por ser biologicista, ahistórico, asocial, con enfoque individualista y pragmático, entre otros. Tiende a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad.

Los procesos económico-políticos procesados en América Latina desde fines de los 60, pero sobre todo durante los 70, expresarán a través de su propio desarrollo la crisis de este modelo, que por otra parte evidencia la crisis y los intentos de solución que operan en la sociedad global.

Justamente es durante este periodo que surgen, sobre todo desde la sociología, toda una serie de cuestionamientos respecto de este modelo, los cuales pueden ser agrupados en los siguientes ítems:

- a) aumento del costo de la atención a la salud
- b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos; dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud
- c) aumento correlativo de la “intervención médica”, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, normalizando algunas prácticas como la cesareas
- d) aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia
- e) predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica en detrimento de su “calidad”
- f) la ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención y la reducción real de las áreas de eficacia
- g) la carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y su control
- h) carencia de relación entre todos estos procesos y un panorama epidemiológico que en todos los contextos aparece determinado básicamente por la producción social y económica de la enfermedad
- i) el predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas

De esta manera puede entenderse que la utilización de las propuestas antropológicas por el modelo hegemónico durante el primer periodo (1920-1930) fue debido a que estas eran planteadas para áreas donde no existía cobertura médica y donde era demasiado caro extenderla, sobre todo porque allí no se podía operar una medicina de mercado.

En la segunda etapa, las razones son parcialmente similares, pero ahora se agregan no sólo los procesos que evidencian la crisis del modelo médico, sino también la profundización de una crisis económico-política a nivel general que conduce necesariamente al Estado a tratar de conciliar la legitimación y el control con el abaratamiento de los costos de atención.

Es así, que la crisis de la eficacia del modelo hegemónico, el nuevo perfil epidemiológico que necesariamente implicaba la consideración de la importancia de los factores socioculturales, y la búsqueda de un “control consensual” por parte de los Estados, condujeron a la utilización de las ciencias sociales y antropológicas.

Primer modelo: es así que en la década de los 70 se aceptaron algunas de las antiguas propuestas de la antropología; se caracterizó por el énfasis puesto por la OMS y las oficinas regionales en la extensión de los servicios de salud al conjunto de la población. Este proceso culminó en la conferencia internacional de Alma Ata, y en las propuestas de los diferentes programas de extensión de cobertura que se intentaron aplicar en América Latina. Esta extensión de cobertura estaba basada en el desarrollo de recursos comunitarios de bajo costo y en el escalonamiento de los servicios de atención médica, lo que supuso la producción de recursos humanos comunitarios que se hicieron cargo del primer nivel de atención. Este primer nivel de atención suponía además la participación activa de la población en las acciones de salud, de salubridad y de saneamiento.

Todo esto suponía una notable potencialidad en el abaratamiento de costos referidos tanto a recursos materiales, como a recursos humanos.

Segundo modelo: al irse incrementando el deterioro económico-social, en 1980 el Banco Mundial propone una reformulación del primer modelo. Se plantean, de esta manera, un conjunto de propuestas de solución a los problemas de salud/enfermedad en los países en desarrollo. Pero estas medidas son planteadas respecto de un modelo médico cuyas propuestas están generalmente basadas en un incremento de tecnología médica, aumento de personal de salud y en basar sus estrategias en la curación y no en la prevención. De esta manera, este modelo constituye uno más costoso que el primero.

De acuerdo a todo esto ¿en qué medida el primer modelo supone una superación del segundo?

El primer modelo asumió muchas de las propuestas antropológicas y sociológicas, inclusive las más radicales, y aparece ligado tanto a las propuestas comunitarias del funcionalismo, como a las propuestas antimedicalizadoras del interaccionismo simbólico.

Es posible hacer una enumeración de los procesos analizados y propugnados por las antropologías y que se podrían articular con este aparente modelo “no médico”:

- a) importancia y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos
- b) importancia de las estrategias populares que implicarían un saber colectivo
- c) importancia del núcleo familiar y/o comunal como el potencial primer nivel real de atención
- d) importancia de la apropiación pragmática de las clases subalternas y del conjunto de las clases sociales, del saber y prácticas médicos
- e) la incidencia de los mecanismos sociales de reciprocidad, junto con los mecanismos de desigualdad social
- f) la ponderación de las funciones de control y normatización de todas las prácticas curativas, y la necesidad del cuestionamiento institucional, o por lo menos la apropiación colectiva de esos controles

Todos estos procesos son reales y pueden favorecer el desarrollo de estrategias respecto de los problemas de salud/enfermedad que total o parcialmente remiten a la “participación popular” o al “desarrollo autónomo de las comunidades”. Sin embargo, varias de estas propuestas ya habían sido planteadas tempranamente por los antropólogos funcionalistas entre 1930 y 1950, pero no fueron incluidas en ningún proyecto político autónomo, sino que

se incluyeron en una estrategia económico-política que luego fue reconocida como “desarrollista”.

Se considera por lo tanto que el problema no gira alrededor de los procesos enumerados, sino en la forma como dichas instancias son apropiadas en función de objetivos muy diferentes de los que aparentemente parecieran implicar.

En este sentido, lo que se pone en cuestión no es el modelo en sí mismo, sino los objetivos de dicho modelo, ¿sus objetivos son transformar la producción y reproducción de enfermedades? ¿o por otro lado, implica crear nuevas instancias de control? Si el objetivo es crear nuevas instancias de control, no operará como una estrategia que realmente transforme la producción y reproducción de enfermedades.

Análisis de las concepciones y prácticas en salud - Saforcada

En todas las culturas se han desarrollado a lo largo de la historia prácticas y modelos de salud. En Europa fue donde se desarrolló la medicina científica, la cual es solo uno de los cuerpos existentes de conocimiento y prácticas en salud; sin duda, el de más reciente desarrollo y el que orienta todas las ciencias de la salud que habilitan a los profesionales universitarios y sus prácticas en los países de América Latina.

India y China, que constituyen aproximadamente entre ambas un tercio de la población humana del planeta, desarrollan sus actividades de atención de salud en función de la medicina ayurvédica y china, respectivamente.

Con lo anteriormente dicho lo que se busca es minimizar el etnocentrismo y las actitudes y comportamientos autocráticos que se observan en los profesionales de la salud, a modo de posibilitar un ejercicio crítico e incrementar la posibilidad de abrirse a los enfoques comunitarios participativos, ya que este último requiere que el equipo profesional de salud tenga una posición relativista cultural y no etnocéntrica ni autocrática.

Síntesis de la evolución histórica de las concepciones y prácticas científicas en salud: a partir de la medicina griega y romana, nutridas de antiguos conocimientos preexistentes de las medicinas persa y china, se estructuró **un cuerpo cognitivo** teórico y práctico que atravesó la Edad Media (S. V - XV).

Progresivamente estos conocimientos son desplazados por explicaciones sobrenaturales basadas en creencias religiosas del cristianismo. El dominio de la fe por sobre la razón en el campo de la enfermedad se impuso por un proceso cultural que implicó la construcción de una extraordinaria fuerza social por parte del cristianismo, que dio origen en el S XIII al Tribunal de la Inquisición.

Y si bien esta situación mantiene encapsulados los conocimientos elaborados sobre la base de una búsqueda reflexiva y objetiva, posibilita también el surgimiento del deber moral de cuidar a los enfermos y aliviar sus sufrimientos, que tiene como eje central la rehabilitación (curar, devolver la vida, personal, resocializar).

Esto configuró un cambio profundo en la humanidad, ya que hasta aquel momento se consideraba al enfermo culpable de sus sufrimientos. Hasta el advenimiento del cristianismo el médico solo ayudaba a restablecer la salud en aquellos casos en que era posible, por ejemplo, el médico griego hubiera considerado una falta de ética atender un caso perdido.

Con la caída de Constantinopla y el concomitante fin del Imperio Romano de Oriente, se producen transformaciones económicas y culturales en Europa, época denominada Renacimiento, y comienza a resurgir en esta cultura la indagación en el campo de la realidad concreta a fin de encontrar en ella la explicación de fenómenos observables.

Esto implica el surgimiento del pensamiento científico, pero a diferencia del periodo anterior al religioso, ahora la aproximación a la realidad solo se orientaba hacia la enfermedad. Los desarrollos preponderantemente dirigidos a establecer sistemas de protección de salud, constitutivos de las concepciones higienistas de la medicina grecorromana fueron rechazados en el Renacimiento.

En este lapso de tiempo, desde S XV hasta finales del XVII, es que se desarrolla y consolida el pensamiento médico científico organizándose alrededor de la enfermedad y la clínica, haciendo surgir la institución conocida como hospital.

Esto da origen a concepciones y prácticas que se denominan hoy en día como **perspectivas individual-restrictivas**: se ocupan del hombre aislado de su contexto vital, sin tomar en cuenta su ecosistema, e intentan explicar la enfermedad sobre la base de un marco teórico biológico, biopsicológico o psicológico.

Aún hoy en día el campo de la enfermedad está hegemonizado por las posiciones más restrictivas -frecuentemente reduccionistas- de las concepciones y prácticas individualistas.

En cierto momento del desarrollo de esta concepción y praxis científica centrada en el individuo y la enfermedad descontextualizados, surge de manos de médicos en Italia y Alemania a finales del S XVIII otra concepción y una práctica en salud que comienza a ubicar al ser humano en su contexto social y a responsabilizar al estado por la salud de la población, dando origen a lo que se da en llamar **sistema de policía médica**.

Ramazzini, médico italiano que escribió el primer tratado sobre los riesgos para la salud provenientes de las actividades laborales, afirmaba que el médico que quisiera comprender y solucionar la enfermedad de una persona debía observar su lugar de trabajo. Para él no era posible encontrar explicación a la enfermedad a través de la observación del cuerpo yacente y un mirar clínico, sino que de donde podía surgir esta explicación era de un entorno ambiental humano. Esta línea de pensamiento fue seguida por otros médicos, y a partir de entonces varios autores comienzan a plantear en sus publicaciones diferentes causas de las enfermedades, entre las cuales se incluía a los hábitos de vida, las condiciones higiénicas en los empleos, el tiempo equilibrado entre trabajo, descanso y ocio, etc.

Estos desarrollos científico-técnicos e ideológicos se van a ver fuertemente incrementados y consolidados por otros médicos, hasta que eventualmente Jules Geuerin denomina a esta nueva forma de concebir y actuar frente a los problemas de salud como **medicina social**.

Así surgieron y se afianzaron las concepciones y prácticas en salud **social-expansivas**, las cuales buscan explicar los fenómenos emergentes del proceso de salud-enfermedad partiendo de que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales.

Para este modo de pensar y hacer en salud, el ser humano ya no es solo una entidad biopsíquica sino que pasa a ser una entidad biopsicosociocultural y economico-política.

En síntesis, de fines del S XV a la fecha se desarrollan las ciencias de la salud centradas restrictivamente en la clínica, lo cual implica tener como objeto de trabajo teórico-técnico a la enfermedad y como campo de acción al individuo descontextuado del medio social. Este individuo clínico se agota en su realidad biológica, psicológica o psicobiológica.

Por otra parte, a partir del siglo XVII surgen otras formas de comprender el proceso de salud-enfermedad, que se sistematizan en los desarrollos de la policía médica, el movimiento de salud pública, la medicina social y la epidemiología, los cuales convergen para dar origen en los comienzos del siglo XX, a la moderna Salud pública.

Este campo disciplinario es rápidamente enriquecido por la incorporación de las disciplinas emergentes en el proceso de evolución de las ciencias sociales y la ecología humana. En tal sentido tiene una particular importancia en 1965 la aparición de la psicología comunitaria norteamericana como así también la psicología de la salud en Cuba e incipiente psicología sanitaria en Argentina.

Hoy, el objeto de trabajo teórico-técnico de la Salud Pública es el proceso de salud-enfermedad y todos sus emergentes -priorizando cada vez más los de salud positiva- y el campo de acción es el conjunto social -sociedades, agregados sociales, comunidades, etc.-

Mientras el eje teórico-práctico de las concepciones y prácticas individual-restrictivas es la clínica, el de las social-expansivas es la epidemiología. La primera posición podría denominarse entonces **posición clínica** y la segunda **posición salubrista**, o también **modelo clínico** y **modelo salubrista**.

Soporte teórico

Subdimensiones	Posición o <u>modelo clínico</u>	Posición o <u>modelo salubrista</u>
Estructura y naturaleza del saber	Sistema conceptual monodisciplinario o bidisciplinario. Biología, psicología y psicobiología son el marco teórico desde donde se construye y valora la práctica y la teoría.	Sistema conceptual multidisciplinario. Orienta la praxis y las elaboraciones teóricas de todas las disciplinas biológicas, psicológicas y sociales hacia la comprensión de la dinámica de la vida humana, entendiendo ésta como de naturaleza esencialmente social.
Objeto del saber	Enfermedad, entendiendo el estado de salud como ausencia de enfermedad	El proceso salud-enfermedad, concibiendo la salud como el mayor estado de bienestar físico, psíquico y social posible en función del contexto psicosociocultural y económico-político.
Posición científico-técnica	Búsqueda de comprensión y elaboración de estrategias de solución sobre una base científica que omite todo conocimiento que no pertenece a los campos de la biología, psicología o psicobiología.	Opera con un proceder científico expansivo, incorporando los marcos teóricos utilizados de todas las disciplinas que dan cuenta del devenir de la vida humana y su dinámica sociocultural. Entiende en este sentido al ser humano como una entidad bio-psico-socio-cultural-económico-política.
Hipótesis etiológica utilizada	Hipótesis etiopatogénicas, apoyadas en el marco teórico-técnico de la clínica	Hipótesis etiológico-integrales, sustentandose en el marco teórico-técnico de la epidemiología integral
Componentes involucrados en la hipótesis etiológica considerada	Los componentes tomados en cuenta son huésped y agente.	Involucran por lo menos la tríada ecológica: huésped, agente y ambiente humano (social y cultural). También se implica el concepto de campo de salud.
Concepción antropológica y del escenario de la práctica	El ser humano es tomado como nicho de la enfermedad, actual o potencial, y el escenario de la acción es un espacio configurado por individuos enfermos o en peligro de enfermar.	Se toma al ser humano en tanto instancia relacional, como participante del proceso de salud-enfermedad y portante de los emergentes de este proceso. El escenario de la práctica está conformado por conglomerados sociales en equilibrio inestable en cuanto a los emergentes de este proceso.

Soporte axiológico		
Subdimensiones	Posición o <u>modelo clínico</u>	Posición o <u>modelo salubrista</u>
Ubicación del eje de significación-valoración	Centrado en el profesional, en sus marcos teórico-científicos y sus técnicas	Centrado en la sociedad, sus problemas y la solución de ellos.
Posición básica en la toma de decisiones	Los agentes de salud adoptan posiciones principistas, privilegiando y protegiendo la vigencia de los marcos teóricos y las técnicas científicas legitimadas	La toma de decisiones se efectúan en función de posiciones pragmáticas, en el sentido de que “la única medicina es la que cura, provenga de académicos, santónes, curanderos o abuelitas”.

Soporte actitudinal		
Subdimensiones	Posición o <u>modelo clínico</u>	Posición o <u>modelo salubrista</u>
Actitud del efector ante la demanda	Postura autocrática: la verdad está en la teoría médica o psicológica y en la vinculación con el profesional, prescindiendo en la toma de decisiones terapéuticas del contexto psicosociocultural.	Postura relativista cultural. Los marcos referenciales de salud del efector y los de la demanda tienen valor teórico-práctico, en relación con el contexto psicosociocultural en el que actúa.
Orientación fundamental del efector	Se orienta esencialmente hacia la rehabilitación de lo deshabilitado, dañado, del enfermo.	Se dirige esencialmente hacia el resguardo y/o la habilitación de lo positivo potencialmente existente, generando actitudes de protección y promoción que solo pueden ponerse en efecto frente a lo no dañado, lo sano.

Soporte operativo		
Subdimensiones	Posición o <u>modelo clínico</u>	Posición o <u>modelo salubrista</u>
Categorías de análisis y de acción utilizadas	Categorías individuales, diádicas o de pequeño grupo, con características de sistemas cerrados o cuasicerrados, que se abren solo para la entrada de los agentes que desencadenan los procesos etiopatológicos.	Categorías colectivas (familia, red social, vecindario, etc) y siempre entendidas como sistemas abiertos.
Naturaleza de las acciones fundamentales	Pasivas, esperan la demanda	Activas, tanto en relación con la salud positiva como la negativa.
Campo de la acción	Solo la enfermedad, actual o potencial	El proceso salud-enfermedad, tomando en cuenta tanto los emergentes positivos como los negativos.
Objeto de la acción	El individuo descontextuado	El ecosistema en que se dinamiza el proceso de salud-enfermedad, estando este inscrito en el tejido social al ser un emergente de la dinámica biopsicosociocultural.
Efecto buscado con la acción	Remitir el problema que generó la demanda, consiguientemente dándolo de alta.	Modificar las condiciones y situaciones del entorno social que dinamizaron el problema.
Incidencia de la acción	En el individuo atendido	En el entorno o entornos sociales a los que pertenecían las personas portadoras de los emergentes que dinamizaron las acciones.
Acciones fundamentales	Prioriza la prevención secundaria (detección y tratamiento precoz de la enfermedad), en segundo lugar, la prevención primaria de la enfermedad. La prevención terciaria no es casi tomada en cuenta.	Prioriza la protección y promoción de la salud, en segundo lugar la prevención primaria de la enfermedad, y en tercer lugar el restablecimiento de la salud.
Función otorgada al componente informal del sistema total de salud	Prescinde del componente informal: es solo de donde viene la demanda	Se le otorga una función participativa en las acciones de salud, considerándose está característica fundamental para el logro de los objetivos de salud
Orientación de la estructura disciplinaria del equipo de salud	Monodisciplinaria	Multidisciplinaria; integrado directa o indirectamente por profesionales de todas las disciplinas que aportan a la comprensión de los problemas que plantea el proceso de salud-enfermedad y su solución.

Al yuxtaponer estos perfiles surge con claridad que configuran dos paradigmas de naturaleza diferente y que, en varios de los atributos que los configuran, son antitéticos. Esto último indicaría su condición excluyente: la presencia de uno impide la del otro.

Cuando las características implicadas no son antitéticas, las del paradigma salubrista subsumen a las del clínico, superándolo en poder descriptivo o explicativo y, eventualmente, resolutorio: por lo que su coexistencia resultaría redundante.

Modelo salubrista y la nueva jerarquización de determinantes y emergentes del proceso de salud-enfermedad: la evolución de este modelo o paradigma ha implicado un conjunto importante de desarrollos para la comprensión de la dinámica de los problemas que plantea la salud colectiva en la actualidad y sus posibles soluciones.

En 1973 Laframboise propone un modelo explicativo del proceso de salud-enfermedad, centrado en el concepto de campo de salud, en relación con el cual encuentra 4 componentes constitutivos fundamentales:

1. biológico
2. ambiente
3. estilos de vida
4. sistema de salud

Los dos componentes que más aportan a la solución de los problemas de salud son estilos de vida y ambiente, entendiendo que se trata de ambiente humano, en el que casi todo el peso recae en lo psicosociocultural, porque determina los comportamientos de las personas.

El peso de estos dos componentes, en la determinación de los emergentes del proceso de salud-enfermedad, deriva en dos consideraciones:

- a. al hablar de estilos de vida y de ambiente humano se está haciendo referencia a población sana, pues cuando el daño se ha instalado el componente convocado es el sistema de salud
- b. de un escenario de salud colectiva en el que tenían la mayor importancia los factores biológicos, se ha pasado a otro en el que la investigación científica y las prácticas profesionales muestran que los factores con mayor poder de determinación, en el proceso de salud-enfermedad, son de naturaleza psicosociocultural

La primera de estas consideraciones lleva a privilegiar el trabajo en salud positiva, o sea la promoción y protección de la salud, por sobre lo asistencial. Este encauzamiento de la acción es justamente lo que hoy caracteriza a las nuevas orientaciones en salud pública y define el contenido de las principales recomendaciones de los organismos internacionales de salud. Las acciones de protección y promoción de la salud además de ser de muy bajo costo, son, en el campo de la acción, de muy baja complejidad.

Módulo 5 - Aportes de la Epidemiología a la identificación de problemas relevantes en la salud

La palabra epidemiología proviene de los términos griegos:

“epi” (encima)	“demos” (pueblo)	“logos” (estudio)
----------------	------------------	-------------------

Etimológicamente significa el estudio de “lo que está sobre las poblaciones”.

Epidemiología: concepto, usos y perspectivas - Alarcón

La epidemiología es una ciencia relativamente joven, y su desarrollo como disciplina, con bases teóricas y procedimientos sistemáticos de estudio recién se consolida a mediados del siglo XIX, junto con el nacimiento de las teorías modernas sobre la causalidad de las enfermedades. El hecho no es casual, pues coincide con cambios demográficos y sociales que facilitaron la extensión de muchas enfermedades, como el cólera, la peste, las enfermedades respiratorias y las enfermedades carenciales, y por ende la oportunidad de estudiar mejor los fenómenos epidémicos.

Podemos definir a la epidemiología como **la ciencia que estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos.**

En esta definición, entendemos por causa a la identificación de la cadena de sucesos que explican el origen, la difusión, mantenimiento y la desaparición de los problemas de salud, es decir, no solamente la etiología, sino todo aquello que contribuye a que el problema de salud se extienda. En la historia de la epidemiología se han dado numerosos casos en los que la epidemiología ha logrado explicar los mecanismos de difusión de determinadas enfermedades aun sin conocer su etiología. Este es uno de los aportes más interesantes de esta ciencia, el mostrar que no basta el agente causal para que se produzca una enfermedad, sino que es necesaria la confluencia de una serie de condiciones. El reconocimiento de estas condiciones es el mayor desafío que la epidemiología debe enfrentar, sea en situaciones de emergencia como las de un brote o ante el surgimiento de una “nueva” enfermedad.

Otro concepto importante en esta definición es el de “problema de salud”, con el cual nos referimos a “todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte de los agentes de salud”. Bajo este concepto, ingresan al campo de la epidemiología problemas de salud como la violencia, los accidentes de tránsito, el tabaquismo, la obesidad y la drogodependencia.

Otro concepto fundamental es el de “población”, entendida como conjunto de individuos que comparten características comunes. Este concepto implica no solo hablar de poblaciones humanas, sino también de poblaciones de animales, plantas, microorganismos e incluso genes. Cada una de estas poblaciones tiene particularidades que el epidemiólogo debe conocer bien, para comprender los fenómenos epidémicos que ocurren en ellas.

La definición se completa con la declaración explícita de la finalidad práctica de la epidemiología, ya que está es una disciplina práctica, aplicativa, no sólo porque sirve para el control y prevención de los problemas de salud, sino porque es justamente en la aplicación donde muchas veces encuentra la comprobación de sus hipótesis. La epidemiología tiene la virtud de servir a fines prácticos aun con conocimientos incompletos.

Dicha definición por tanto permite comprender el uso extendido que ahora tiene la disciplina, extensión que se explica por 3 cambios importantes relacionados con:

1. **El concepto de problema de salud:** refiere a la observación de que en estos días en todas las especialidades se piensa menos en la salud como antónimo de enfermedad y más en la salud como bienestar.
2. **El desarrollo de nuevas técnicas:** se refiere al hecho de que cada vez tenemos acceso a más y mejores técnicas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Actualmente se cuenta con pruebas que nos permiten descubrir una enfermedad en estadios muy tempranos, que nos permiten hacer tamizajes en poblaciones, de modo tal que podemos prever qué es lo que está pasando con una población aparentemente sana. Esto ha ampliado las fronteras de la epidemiología.
3. **La interacción con otras disciplinas:** refiere a la cada vez más frecuente interacción entre diferentes disciplinas. Las fronteras entre una especialidad y otra se están borrando. En este fecundo nexo entre las disciplinas médicas y entre la medicina y otras ciencias, la epidemiología está jugando un rol fundamental. En este ejemplo la epidemiología sería una ciencia frontera.

Por último, también es importante reconocer la diversidad de enfoques, líneas o perspectivas de investigación que han conceptualizado y practicado los epidemiólogos desde sus inicios. A rasgos generales pueden distinguirse 3 enfoques:

1. **El enfoque biomédico:** sostiene que los problemas de salud se propagan debido a ciertas características de quienes padecen el problema y que no se encuentran entre los que no lo padecen. Estas características son esencialmente individuales, aunque también pueden ser grupales o ambientales. La tarea de la epidemiología, según este enfoque, es encontrar factores específicos, pues de ello va a depender la eficacia del control y la prevención. Está ha sido la forma clásica de aproximación que ha usado la epidemiología, y la que más se usa en la actualidad, por su concreción, objetividad y abundancia de procedimientos técnicos.
2. **El enfoque social:** tiene antecedentes en los primeros estudios epidemiológicos, cuando aún no se había desarrollado la teoría del germen. Sostiene que la salud es una consecuencia de determinantes sociales y no solo de características individuales y que la estructura social influye en la salud pública. Se trata de establecer similitudes y diferencias en la estructura social y la forma en que viven las poblaciones, asumiendo que los daños o problemas de salud, que se presenten, dependerán de cómo está organizada la sociedad y cuán extendidos se encuentren ciertos modos de vida nocivos para la salud de las poblaciones.
3. **El enfoque histórico:** según este enfoque la población es algo más que un agregado de personas; es un organismo con leyes propias cuya forma actual es producto de su desarrollo histórico. Según los seguidores de esta escuela, los daños a la salud se han sucedido de acuerdo a grandes determinantes histórico-sociales más que a factores específicos, y son los cambios ambientales, demográficos, económicos y sociales los que en última instancia determinan el estado de salud.

Agrega, que estos cambios no solo afectan a las poblaciones, sino a los factores causales y a la forma de relacionarse con ellas.

A pesar de sus diferencias, tanto en la historia como en la práctica actual de la epidemiología se constata que no son enfoques excluyentes. Cada uno de ellos ha contribuido a la mejor comprensión de la naturaleza de los fenómenos epidémicos, ampliando las hipótesis explicativas de los mismos y permitiendo la implementación de medidas de control y prevención de diferentes niveles de efectividad.

Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica - Lopez

La epidemiología es la rama de la salud pública que investiga bajo una perspectiva poblacional:

- a) la distribución, frecuencia y determinantes de la enfermedad y sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales
- b) la distribución y frecuencia de los marcadores de enfermedad
- c) la distribución, frecuencia y determinantes de los riesgos para la salud
- d) las formas de control de las enfermedades, de sus consecuencias y de sus riesgos
- e) las modalidades e impacto de las respuestas adoptadas para atender todos estos eventos

Para su operación, la epidemiología combina principios y conocimientos generados por las ciencias biológicas y sociales y aplica metodologías de naturaleza cuantitativa y cualitativa.

Plagas, pestes, contagios y epidemias: el estudio de las enfermedades como fenómenos poblacionales es casi tan antiguo como la escritura, y las primeras descripciones de padecimientos que afectan a poblaciones enteras refieren a enfermedades de naturaleza infecciosa.

La primera referencia propiamente médica de un término análogo a epidemiología se encuentra en Hipócrates (460-385 a.c), quien usó las expresiones epidémico y endémico para referirse a los padecimientos según fueran o no propios de determinado lugar.

La postura de Hipócrates, profundamente racionalista sobre el desarrollo de las enfermedades (ninguno de sus trabajos menciona curas sobrenaturales) y sus afirmaciones sobre la influencia del modo de vida y el ambiente en la salud de la población hacen de este médico el principal representante de la epidemiología antigua.

En 1546, Girolamo Fracastoro publica un libro en donde por primera vez se describen todas las enfermedades que en ese momento podían calificarse como contagiosas, a este autor también se le adjudican otros aportes extremadamente importantes y novedosos como:

- Fue el primero en establecer claramente el concepto de enfermedad contagiosa
- En proponer una forma de contagio secundaria a la transmisión de “semillas vivas capaces de provocar la enfermedad”, lo que hoy se denomina como microbios
- En establecer por lo menos 3 formas posibles de infección
 1. Por contacto directo

2. Por medio de fomites (objetos inertes capaces de contaminarse con patógenos, ej: ropa de los enfermos)
 3. Por inspiración del aire
- De establecer en forma precisa la separación entre los conceptos de infección, como causa, y de epidemia, como consecuencia.
 - De ser el primer médico que estableció que enfermedades específicas resultan de contagios específicos, presentando la primera teoría general del contagio vivo en la enfermedad.

A modo resumen, es posible decir que desde mucho antes en el Occidente medieval se habían llevado a cabo actividades colectivas que podrían calificarse como epidemiológicas en el sentido actual del término. La iglesia ejecutó durante muchos siglos acciones de control sanitario destinadas a mantener lejos del cuerpo social las enfermedades que viajaban con los ejércitos y el comercio, y tempranamente aparecieron prácticas sanitarias que basaban su fuerza en los resultados del aislamiento y la cuarentena. Del siglo XIV al XVII estas acciones se generalizaron en toda Europa y paulatinamente se incorporaron a la esfera médica.

Aprendiendo a contar - la estadística sanitaria: durante los siguientes siglos (a partir y en adelante del XVII) ocurrieron en Europa otros sucesos de naturaleza diferente que, sin embargo, tuvieron un fuerte impacto sobre el desarrollo de la Epidemiología

Con el nacimiento de las naciones modernas, los esfuerzos por conocer de manera precisa las fuerzas del Estado (actividad que inicialmente se denominó a sí misma estadística) culminaron por inaugurar la cuantificación sistemática de un sinnúmero de características entre los habitantes de las florecientes naciones europeas. La estadística de salud moderna inició con el análisis de los registros de nacimiento y de mortalidad, hasta entonces realizados únicamente por la Iglesia Católica.

El nacimiento de las estadísticas sanitarias coincide con un extraordinario avance de las ciencias naturales, y esto se reflejó en las cuidadosas descripciones clínicas de la disentería, malaria, viruela, la gota, sífilis y la tuberculosis hechas por el inglés Thomas Sydenham en el siglo XVII.

Los trabajos de Sydenham resultaron esenciales para reconocer a estas patologías como entidades distintas y dieron origen al sistema actual de clasificación de enfermedades. Sus propuestas clasificatorias se vieron fortalecidas inmediatamente, cuando John Graunt analizó, en 1662, los reportes semanales de nacimientos y muertes observados en la ciudad de Londres y el poblado de Hampshire durante los 59 años previos, identificando un patrón constante en las causas de muerte y diferencias entre las zonas rurales y urbanas.

Un economista, músico y médico amigo de Graunt, llamado William Petty propuso por primera vez la creación de una agencia gubernamental encargada de la recolección e interpretación sistemática de la información sobre nacimientos, casamientos y muertes, nivel educativo y otras condiciones de vida. También sugirió la construcción de tablas de mortalidad por edad de ocurrencia, anticipándose al desarrollo de las actuales tablas usadas para comparar poblaciones diferentes.

Los trabajos de Graunt y Petty no contribuyeron inmediatamente a la comprensión de la naturaleza de la enfermedad, pero fueron fundamentales para establecer los sistemas de recolección y organización de la información que los epidemiólogos actuales usan para desarrollar sus observaciones.

En los siguientes años, el estudio de la enfermedad poblacional bajo este método condujo a la elaboración de un sinnúmero de “leyes de la enfermedad”, que inicialmente se referían a la probabilidad de enfermedad a determinada edad, a la probabilidad de permanecer enfermo durante un número específico de días y a la probabilidad de fallecer por determinadas causas de enfermedad.

Entre 1741 y 1775, el sacerdote alemán J.P. Süssmilch escribió varios tratados que seguían los métodos de enumeración propuestos por Graunt y Petty. Para este sacerdote, la regularidad encontrada en el volumen de nacimientos por sexo era toda una “ley estadística” y debían existir leyes similares capaces de explicar el desarrollo de toda la sociedad. Muy pronto nació la idea de una “ley de mortalidad” y, poco más tarde, la convicción de que habría leyes para todas las desviaciones sociales: el suicidio, crimen, vagancia, locura, y naturalmente, la enfermedad, dando nacimiento a lo que se denomina “ley de la enfermedad”.

La búsqueda de “leyes de la enfermedad” fue una actividad permanente hasta el final del siglo XIX, y contribuyó al desarrollo de la estadística moderna.

Causas de enfermedad - la contribución de la “observación numérica”: para la misma época (siglo XVIII), por otra parte, se habían publicado trabajos que también hacían uso, aunque de otra manera, de la enumeración estadística. Uno de los primeros trabajos es el de James Lind sobre la etiología del escorbuto, en el que demostró experimentalmente que la causa de esta enfermedad era un deficiente consumo de cítrico. Otro de esos trabajos es el publicado por Daniel Bernoulli en el que se concluía que la variolación protegía contra la viruela y confería inmunidad de por vida. Un tercer trabajo es el publicado por Duvillard en el cual se refiere a las potenciales consecuencias de la vacunación en la longevidad y la esperanza de vida de los franceses.

No obstante, el imperialismo de las probabilidades sólo era concebible en un mundo numérico. Y aunque la cuantificación se hizo común a partir de Galileo, en materia médica fue solo gracias a los trabajos de Pierre Chalmers Alexander Louis que se utilizó.

La enorme influencia de Louis durante las siguientes décadas se muestran en la primera declaración de la Sociedad Epidemiológica de Londres, fundada en 1850, en donde se afirma que “la estadística también nos ha proporcionado un medio nuevo y poderoso para poner a prueba las verdades médicas, y mediante los trabajos del preciso Louis hemos aprendido que puede ser utilizada apropiadamente para entender lo relativo a las enfermedades epidémicas”.

Por el siglo XIX la investigación realizada en el campo de la epidemiología experimentó un extraordinario avance. El método utilizado por los epidemiólogos de este siglo para demostrar la transmisibilidad y contagiosidad de los padecimientos se reprodujo de manera sorprendente y con él se estudiaron, durante los siguientes años, prácticamente todos los

brotes epidémicos. De hecho, versiones más sofisticadas de esta estrategia constituyen actualmente los principales métodos de la epidemiología.

Distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud: con el establecimiento definitivo de la teoría del germen, entre 1872 y 1880, la epidemiología, como todas las ciencias de la salud, adoptó un modelo de causalidad que reproducía el de la física, y en el que un solo efecto es resultado de una sola causa, siguiendo conexiones lineales. Como consecuencia, la epidemiología volvió a utilizarse casi exclusivamente como un mero apoyo en el estudio de las enfermedades infecciosas.

Las experiencias de investigación posteriores rompieron estas restricciones, y en 1936 Frost afirmaba que la epidemiología “en mayor o menor grado, sobrepasa los límites de la observación directa”, asignándole la posibilidad de un desarrollo teórico propio, y en 1941, Mayor Greenwood la definió simplemente como “el estudio de la enfermedad, considerada como fenómeno de masas”.

El incremento de la incidencia de enfermedades crónicas ocurrido a mediados del siglo XX también contribuyó a ampliar el campo de acción de la disciplina, la que desde 1940 se ocupó del estudio de la dinámica del cáncer, la hipertensión arterial, los padecimientos mentales y degenerativos, entre otros. Como resultado, la epidemiología desarrolló con mayor precisión los conceptos de exposición, riesgo, asociación, confusión y sesgo, e incorporó el uso franco de la teoría de la probabilidad y de un sinnúmero de técnicas de estadística avanzada.

La red causal: desde su nacimiento como disciplina moderna, una premisa fundamental de la epidemiología ha sido la afirmación de que la enfermedad no ocurre ni se distribuye al azar, y sus investigaciones tienen como propósito identificar claramente las condiciones que pueden ser calificadas como “causas” de las enfermedades, distinguiéndolas de las que se asocian a ellas únicamente por azar. La epidemiología contemporánea ha basado sus principales acciones en este modelo, denominado “**red de causalidad**”.

Una versión más acabada de este mismo modelo propone que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso -denominadas causas, o efectos, según su lugar en la red- son tan complejas, que forman una unidad imposible de conocer completamente. El modelo, conocido como de la “**caja negra**”, sugiere que la epidemiología debe limitarse a la búsqueda de aquellas partes de la red en las que es posible intervenir efectivamente, rompiendo la cadena causal y haciendo innecesario conocer todos los factores intervinientes en el origen de la enfermedad.

Actualmente, este es el modelo predominante en la investigación epidemiológica. Una de sus principales ventajas radica en la posibilidad de aplicar medidas correctivas eficaces, aun en ausencia de explicaciones etiológicas completas. Sin embargo, también presenta sus desventajas y limitaciones, ya que con frecuencia existe una deficiente comprensión de los eventos que se investigan, al no ser necesario comprender todo el proceso para adoptar medidas eficaces de control. Además, este modelo tiene dificultad para distinguir entre los determinantes individuales y poblacionales de la enfermedad.

Corrientes más recientes han intentado desarrollar un paradigma opuesto al de la caja negra multicausal, denominado **modelo histórico-social**. Este modelo señala que es engañoso aplicar mecánicamente un modelo que concede el mismo peso a factores que, por su naturaleza, deben ser diferentes. También rechaza que el componente biológico de los procesos de salud colectiva tenga un carácter determinante, y propone reexaminar estos fenómenos a la luz de su determinación histórica, económica y política. Según esta interpretación, el propósito principal de la investigación epidemiológica debe ser la explicación de la distribución desigual de las enfermedades entre las diversas clases sociales, en donde se encuentra la determinación de la salud-enfermedad.

Las cajas chinas y la eco-epidemiología: entre los trabajos que directamente abordan el problema de la “caja negra” destaca la obra de Mervyn Susser, para quien los fenómenos colectivos de salud funcionan de manera más parecida a una “caja china”, en donde los sistemas de determinación epidemiológica se encuentran separados y organizados jerárquicamente, de forma tal que un sistema abarca varios subsistemas, compuestos a su vez por subsistemas de menor jerarquía. Así, los cambios en un nivel afectan al subsistema correspondiente, pero nunca al sistema en su totalidad. De esta manera, las relaciones de cada nivel son válidas para explicar estructuras en los nichos de donde se han obtenido, pero no para realizar generalizaciones en otros niveles. Esta propuesta se denomina **ecoepidemiología**.

Determinación de riesgos: la epidemiología jugó un papel fundamental, al mostrar la relación existente entre determinadas condiciones del medio ambiente, el estilo de vida y la carga genética, y la aparición de daños específicos en las poblaciones de riesgo.

Como antes lo hizo para los padecimientos infecciosos y las enfermedades carenciales, la investigación epidemiológica sigue jugando un extraordinario papel en la identificación de nuevos riesgos, abriendo caminos para la toma de medidas preventivas selectivas entre las poblaciones de riesgo.

Identificación y evaluación de las modalidades de la respuesta social: la epidemiología también se ha usado como instrumento en la planificación de los servicios sanitarios, mediante la identificación de los problemas prioritarios de salud, las acciones y recursos que son necesarios para atenderlos, y el diseño de programas para aplicar estas acciones y recursos.

Así, mediante el uso de métodos y técnicas epidemiológicas se ha logrado identificar el impacto real y la calidad con la que se prestan los servicios médicos; las formas más eficaces para promover la salud de los que están sanos y las relaciones entre el costo, la efectividad y el beneficio de acciones específicas de salud.

Combinada con otras disciplinas, como la administración económica; las ciencias políticas y ciencias de la conducta, la epidemiología ha permitido estudiar las relaciones entre las necesidades de asistencia y la oferta y demanda de servicios. También con ella se evalúan la certeza de los diversos medios diagnósticos y la efectividad de diferentes terapias sobre el estado de salud de los enfermos. Los estudios sociológicos y antropológicos que hacen uso de técnicas epidemiológicas también son cada vez más frecuentes, y ello ha fortalecido el trabajo y mejorado los resultados de las 3 disciplinas.

Dinámica general de la enfermedad: la identificación del comportamiento epidemiológico de los padecimientos según la edad, el género y la región que afectan ha contribuido a la elaboración de teorías generales sobre la dinámica espacial y temporal de la enfermedad, considerada como un fenómeno social. Una de ellas es la teoría de la transición epidemiológica.

Teoría de la transición epidemiológica: La epidemiología ha representado el papel protagónico al identificar las fases del cambio sanitario y los mecanismos a partir de los cuales un grupo de patologías, característico de una sociedad determinada, es sustituido por otro, propio de una nueva fase. De acuerdo con esta teoría, todos los países deben atravesar 3 grandes eras, y la mayoría se encuentra en transición entre la segunda y la tercera fase del proceso.

Siguiendo a esta teoría, las enfermedades se han reclasificado según el sitio que teóricamente deberían ocupar en el perfil de daños de una sociedad determinada. Así, además de las clasificaciones tradicionales (enfermedades endémicas, epidémicas y pandémicas), hoy se habla de enfermedades pretransicionales, transicionales y postransicionales; emergentes y resurgentes, y se ha vuelto común hablar de los perfiles de salud en términos de rezagos o retos epidemiológicos.

Desde otro terreno, ya hace varias décadas se acepta que, en gran medida, el estatuto científico de la salud pública depende de la cantidad de epidemiología que contenga. La epidemiología, según este punto de vista, no solo es una parte fundamental de la salud pública, sino su principal fuente de teorías, métodos y técnicas.

Algunos problemas epistemológicos actuales: en la actualidad, la epidemiología enfrenta varios problemas epistemológicos. De ellos, quizás el más importante es el problema de la causalidad, aspecto sobre el que todavía no existe consenso entre los expertos. El abanico de posturas se extiende desde los que proponen el uso generalizado de los postulados de causalidad, hasta los que consideran que la epidemiología debe abandonar el concepto de “causa” y limitarse a dar explicaciones no deterministas de los eventos que investiga.

Otro de los problemas filosóficos de la epidemiología contemporánea se refiere a la índole de su objeto de estudio. En este campo, los esfuerzos por determinar la naturaleza de los eventos epidemiológicos también han desembocado en la formación de diversas corrientes, que debaten intensamente si este objeto se alcanza con la suma de lo individual, con el análisis poblacional, o mediante la investigación de lo social.

De acuerdo con Kleinbaum, la nueva epidemiología tiene como propósitos:

- a) la **descripción** de las condiciones de salud de la población
- b) la **explicación** de las causas de enfermedad poblacional
- c) la **predicción** del volumen de enfermedades que ocurrirá, así como su distribución al interior de los subgrupos de la población
- d) la prolongación de la vida mediante el **control** de las enfermedades en la población afectada y la **prevención** de nuevos casos entre la que está en riesgo

Además es necesario agregar un propósito adicional: **generar** los métodos de abordaje con los cuales puede realizarse adecuada y rigurosamente estas tareas.

Situación epidemiológica del Uruguay - Benia

Cuántos son y cómo son los Uruguayos - conceptos epidemiológicos

Indicadores: son instrumentos que se utilizan para medir un estado determinado, por ejemplo el estado de salud de una población. Cuantifican los factores que inciden en determinado proceso y sus consecuencias. Pueden medir hechos, sucesos o fenómenos vinculados directa o indirectamente con el estado que se quiere medir.

Indicadores socioeconómicos: es una categoría de indicadores que miden factores que condicionan o determinan en forma indirecta, el proceso salud enfermedad. Ellos expresan el grado de desarrollo social y de bienestar de una población.

Según investigaciones hechas entre 1996 y 2005, Uruguay presenta:

Infantilización de la pobreza: se refiere al proceso por el cual la reproducción de las personas en determinada población tiene lugar en los hogares más pobres, a expensas de las mujeres más jóvenes (embarazo adolescente, etc).

Feminización del envejecimiento: se refiere al proceso por el cual la población femenina de una determinada población envejece en mayor medida que la masculina, por ejemplo, cuando la esperanza de vida de los hombres es menor a la de las mujeres, produciendo que a partir de determinada edad haya más mujeres que hombres.

Alta tasa de migraciones: las migraciones son el otro factor que junto con los nacimientos y las defunciones impactan sobre la situación demográfica.

En resumen se puede afirmar que Uruguay tiene alrededor de 3.300.000 habitantes, producto de una reducción en la natalidad, una mortalidad general estable y una reducción sostenida en la mortalidad infantil, a lo que se suma una fuerte corriente migratoria. Del total de ciudadanos, 52% corresponde a mujeres; más de la mitad de los niños que nacen, lo hacen en hogares por debajo de la línea de pobreza; y la mayor parte de los embarazos adolescentes se producen en las poblaciones más carenciadas. Como resultado final de los cambios demográficos y sociales se aprecia una clara tendencia al envejecimiento poblacional, especialmente a expensas de las mujeres, y una infantilización de la pobreza.

Factores que condicionan la salud de los ciudadanos: desde una perspectiva de derechos y de construcción de ciudadanías, hay indicadores socioeconómicos vinculados a la salud, de particular interés. Uno de estos indicadores lo constituyen las llamadas **Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I):** las NBI se definen como el conjunto de requerimientos psico-físicos y culturales, cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos en el marco de una sociedad específica:

- Materiales predominantes en la construcción de la vivienda

- Habitaciones disponibles para dormir
- Sistema de eliminación de excretas
- Disponibilidad de agua potable
- Acceso a alumbrado eléctrico
- Utilización de medios para calefaccionar ambientes
- Cobertura de salud

Educación: el nivel educativo puede describirse mediante varios indicadores:

- Tasa de analfabetismo
- Tipo de establecimiento educativo al que asiste la población
- Tasa de escolarización, la cual se releva a través de la asistencia a un centro educativo de determinado grupo de edades
- Años de escolaridad promedio de la población: es un indicador de la cantidad de años de escolarización de la población, de determinado tramo de edad. Un indicador complementario a este es el porcentaje de la población que logró completar el ciclo educativo

Pobreza e indigencia: otros indicadores socioeconómicos ampliamente usados son las llamadas:

- **Líneas de pobreza**
- **Línea de indigencia**

Estimar la incidencia de la pobreza por el método de ingreso, consiste en comparar el ingreso de los hogares, con respecto a umbrales o “líneas”. Estas líneas representan, por un lado, el costo de una canasta de alimentos considerados básicos para la correcta nutrición de una persona en un mes (línea de indigencia); y por otro lado el costo en alimentación y otros bienes y servicios no alimentarios, en función de la cantidad de miembros del hogar y de la presencia de niños o adolescentes (línea de pobreza). Esos otros bienes y servicios no alimentarios, incluyen entre otros la vestimenta, la vivienda, la salud, el transporte y la educación. **Se considera que un lugar es pobre si su ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de sus integrantes en cuanto a los bienes y servicios indicados por el umbral aplicado.**

Si además el hogar carece de ingresos suficientes para alimentar adecuadamente a sus miembros, se considera que el hogar es indigente.

Según el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E), indigentes son aquellas personas que no logran acceder a una canasta básica de alimentos para una nutrición adecuada, mientras que la línea de pobreza está por debajo del acceso a 3,5 canastas básicas.

¿De qué se enferman los uruguayos?: se observa que las enfermedades no transmisibles son las que producen la mayor demanda de la población adulta en los servicios de salud, siendo estas las enfermedades del aparato circulatorio, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades mentales, y las reumáticas, entre las más frecuentes.

También aparecen con particular importancia problemas de salud vinculados a los estilos de vida, y a los componentes psicosociales del proceso salud enfermedad.

En la población infantil persisten las enfermedades transmisibles como principales motivos de consulta y de egresos hospitalarios, particularmente las infecciones respiratorias y la diarrea aguda infantil.

Los accidentes merecen particular atención. Su magnitud se evidencia en que el 40% de las consultas de la emergencia del Hospital de Clínicas son debidas a algún tipo de accidente. Entre ellos se encuentran los accidentes de trabajo y los de tránsito, siendo estos últimos mayoritariamente vinculados a factores humanos.

En el campo de la violencia doméstica, se reporta que el 98% de los casos tienen como víctimas a las mujeres.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, se muestra que el consumo más generalizado es el de alcohol, seguido por la marihuana y luego la cocaína.

- **Abuso de sustancias psicoactivas:** se define como la presencia de uno o más de los síntomas enumerados a continuación:
 - consumo que genera incumplimiento de obligaciones en el trabajo, el lugar de estudio o la casa
 - consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir automóviles, máquinas, etc)
 - antecedente de problemas legales relacionados con el consumo
 - antecedentes de problemas sociales o familiares continuos o recurrentes relacionados con el consumo
- **Dependencia de sustancias psicoactivas:** se define como un grupo de 3 o más de los síntomas enumerados a continuación:
 - tolerancia y necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para lograr el efecto deseado
 - abstinencia y aparición de síntomas desagradables cuando disminuye la concentración de la sustancia en la sangre
 - uso compulsivo, donde el sujeto consume cantidades mayores o durante mayor tiempo que el que se propuso
 - el sujeto ha tenido intentos infructuosos de abandonar el consumo
 - el sujeto dedica mucha parte de su tiempo a obtener, tomar o recuperarse de los efectos de la sustancia
 - abandono de actividades sociales, recreativas o laborales para consumir
 - la persona continúa consumiendo a pesar de constatar graves síntomas psíquicos u orgánicos (depresión, lesiones de órganos, etc)

Respecto al consumo alcohol específicamente en adolescentes, se reporta que la experimentación se da fundamentalmente antes del 2° año de ciclo básico, incluso antes de iniciar la enseñanza media, pero el consumo habitual se incrementa notoriamente en este periodo, llegando esa población a que 10 de cada 10 estudiantes hayan experimentado el alcohol al finalizar la secundaria.

Sobre el tabaco se constata que son las mujeres las que presentan los índices más elevados de consumo desde el primer año de bachillerato diversificado, confirmando la feminización del consumo de tabaco.

Las enfermedades transmisibles, algunas emergentes y otras reemergentes, también preocupan a los uruguayos y a las autoridades.

Enfermedades emergentes: es la aparición de casos de una nueva enfermedad, ya sea debido a cambios en el modelo de presentación o a la aparición de nuevos agentes.

Enfermedades reemergentes: son aquellas enfermedades que habiendo desaparecido o que persistiendo, reaparecen o aumentan rápidamente su incidencia respectivamente.

Al igual que en otros países del mundo, la epidemia de VIH SIDA se está transformando en una epidemia femenina, que afecta primordialmente a mujeres heterosexuales.

Sobre la tuberculosis, existe una concentración de los casos en la periferia de Montevideo, áreas en las que también se detectan otros índices deficitarios respecto a la situación sanitaria, social y económica de la población.

Cómo y de qué se mueren los uruguayos: las causas de defunción pueden ser estudiadas analizando la proporción de muertes atribuidas a cada causa, es decir, la mortalidad proporcional. Desde esta perspectiva:

1. las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar
2. los tumores son la segunda causa de muerte
3. los accidentes ocupan el tercer lugar

Las enfermedades mentales representan el 2.7% del total de defunciones.

¿cómo es la mortalidad en los diferentes grupos etarios?: según datos de 1999, en el grupo de 1 a 39 años de edad:

1. la primera causa de muerte son los accidentes
2. la segunda causa varía con la edad
 - **de 1 a 4 años:** anomalías congénitas
 - **de 5 a 14 años:** tumores malignos
 - **entre los 15 y los 29:** suicidios
 - **a partir de los 30:** tumores nuevamente

Entre los 40 y los 69 años los tumores ocupan el primer lugar como causa de muerte, seguidos de las enfermedades cardiovasculares.

¿Cómo varía la mortalidad entre hombres y mujeres?: el 31.3% de las muertes masculinas y el 39.3% de las muertes de mujeres, son por afecciones cardiovasculares, mientras que los tumores dan cuenta del 24.7% de las defunciones en hombres, y el 22.1% en mujeres.

La tercera causa de muerte de las mujeres son los trastornos mentales y del comportamiento, mientras que esta causa ocupa el octavo lugar entre los varones.

Los suicidios aparecen como sexta causa de muerte de los hombres, y no figura entre las 8 principales causas de muerte femenina.

Anualmente mueren alrededor de 40 mujeres por situaciones de violencia doméstica, aproximadamente una mujer cada 9 días, llegando en el 2007 a ser una cada 7,5 días. No se contabilizan las mujeres que se suicidan por motivos relacionados con la violencia intrafamiliar.

En el año 2005 la tasa de muertes por suicidios se situaba apenas un punto por debajo de la de muertes por accidentes de tránsito, con lo que se puede afirmar que en términos de muertes es tan importante en nuestro país los accidentes de tránsito como los suicidios.

A modo de síntesis final, podemos afirmar que la población del Uruguay es escasa en relación a la extensión territorial, con una tasa de crecimiento vegetativo nula (acentuado por las corrientes migratorias).

La salud de las personas está fuertemente relacionada, entre otros factores, a las condiciones socioeconómicas y a los estilos de vida. Esto se ve reflejado en el perfil de morbi-mortalidad de la población, que si bien en algún aspecto puede ser semejante al de los países desarrollados, se diferencia claramente al estudiar la distribución de las enfermedades, y las causas de muerte según características de las personas (edad, sexo, nivel de instrucción, etc) y su lugar de vida (Capital e interior, medio urbano o rural, etc).

Módulo 6 - Estrategia de APS. Niveles de atención en salud. Promoción y prevención.

Atención primaria en salud. Vigencia y renovación - Benia

Los inicios. El origen de la estrategia: en la década del 70, avanzado el cambio demográfico en occidente en el sentido del envejecimiento poblacional, se produjo la crisis fiscal del Estado, con la crisis del modelo económico del capitalismo clásico y del socialismo real, dando lugar a la implantación del modelo neoliberal.

Estos cambios impactaron en la práctica y la teoría salubrista. Por un lado comenzó a surgir la preeminencia de la eficiencia economicista en la lógica de los servicios sanitarios; y por otro lado fue creciendo una visión crítica respecto a la desproporcionada confianza en la dimensión curativa y asistencial, propia de la etapa anterior. El contexto de los años 70 mostraba ciertos indicadores destacables:

- **Envejecimiento de la población:** con un aumento importante de la población mayor a 70 años, que hacen más uso de los servicios
- **Aparición de un contingente demográfico creciente de personas marginadas:** por desempleo, pobreza u otras razones, que tienen grandes dificultades para acceder a los servicios de salud
- **La atención se desnaturaliza fuertemente:** adquiriendo el estatuto de consumo de una mercancía de lujo
- **Empeoramiento de las condiciones de salud de los habitantes:** específicamente en países subdesarrollados, debido al empobrecimiento y la exclusión social, con su correlato de inaccesibilidad a los servicios de salud

Es en este contexto que en el año 1977, la OMS elabora la propuesta de “Salud para todos en el año 2000”, con los componentes de racionalización sanitaria, la participación de la comunidad, la preeminencia de la atención primaria frente a la atención curativa-hospitalaria, y la planificación sanitaria a través de objetivos.

Al año siguiente, se desarrolló la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en Alma Ata, en la cual se aprobó la Estrategia de Atención Primaria de Salud (A.P.S) para lograr el objetivo de la OMS.

La Declaración de Alma Ata define a la A.P.S del siguiente modo:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La acepción castellana de la palabra “primaria” ha llevado muchas veces a confundirla con el primer nivel de atención. Para su mejor conceptualización debemos pensar en ella en

términos de primordial. Evocando la noción de lo imprescindible e insustituible, referido a la naturaleza misma de la atención en salud.

El uso del término atención primaria se remonta hacia 1920, cuando el Informe Dawson fue divulgado en Reino Unido. Este informe mencionaba los centros de atención primaria, propuestos como el eje de la regionalización de los servicios en ese país. El término “Atención Primaria Orientada a la Comunidad, A.P.O.C.” tuvo su origen en 1940 en Sudáfrica en la época anterior al *apartheid*, con los doctores Kark y Kark, y es considerado hasta el día de hoy como uno de los precursores más importantes de la concepción de APS de Alma Ata.

Alma Ata concibió la atención primaria como parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. La APS “representa el primer nivel de contacto entre individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La estrategia de APS significó un avance para superar los modelos biomédicos que prevalecían en esa época, en el mundo subdesarrollado. Los enfoques previos enfatizaban una atención dirigida hacia la enfermedad, que privilegiaba servicios curativos caros, basados en la infraestructura hospitalaria monopolizada en el medio urbano. La APS puso énfasis en los servicios preventivos, de costo razonable para la comunidad, y una infraestructura basada en pequeños centros de atención, en la que tuvieran un papel relevante actores sociales como los agentes comunitarios de salud.

La prioridad es asegurar el derecho a la salud, asumiendo que en cierta medida la enfermedad es un fracaso en el logro de ese objetivo. Los servicios básicos propuestos por la APS en su concepción original fueron los siguientes:

- Educación sanitaria y promoción para la salud
- Suministro de agua potable
- Nutrición
- Atención materno infantil y planificación familiar
- Inmunizaciones
- Salud mental
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales
- Tratamiento de emergencias y traumatismos comunes

Se trata de un conjunto de servicios, que se juzga como necesario para que todos los pueblos del mundo logren un nivel adecuado de salud, y por tanto debe servir de punto de partida para la reorganización de los sistemas de servicios de salud, y para la búsqueda de la acción intersectorial en salud.

El éxito de la estrategia requiere como condición la intersectorialidad y la participación activa de la comunidad.

Renovación de la APS en las Américas: desde 1978 han habido cambios muy relevantes tanto en el contexto mundial, como en la conceptualización y práctica de la APS. La actual

propuesta de la Organización Panamericana de Salud (O.P.S) propone una renovación de la APS, en el sentido de revitalizar la capacidad de todos los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible, que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud, y mejorar la equidad. La meta de la OPS y sus países miembros, Uruguay entre ellos, es alcanzar mejoras en salud sostenibles para toda la población.

Entre las razones que justifican un planteo de renovación de la APS se incluyen:

- **La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos:** dados por los cambios demográficos, las enfermedades emergentes y reemergentes, el impacto de los estilos de vida, la urbanización y la exclusión social entre otros
- **La necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos enfoques divergentes de la APS:** como ser la APS selectiva como paquete de prestaciones para determinados sectores sociales, versus la APS como estrategia inclusiva inspirada en una perspectiva de derechos y de integralidad
- **El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas:** los cuales pueden ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS
- **El reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.**

Un enfoque renovado de la APS es además, una condición esencial para lograr los compromisos de la Declaración del Milenio, afrontar los determinantes sociales de la salud, y alcanzar el nivel de salud más alto posible para las personas y las comunidades.

En septiembre del año 2000 se aprobó en la ONU la Declaración del Milenio, y entre sus objetivos se incluyen:

- reducir la mortalidad de la niñez y mejorar la salud materna
- combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

La región de las Américas ha experimentado cambios sociales y económicos generalizados que causan impacto en la salud, como el envejecimiento de la población, cambios en los estilos de vida relacionados con la dieta y con la actividad física, la creciente urbanización, el deterioro de las estructuras y apoyos sociales. Estos han contribuido directa o indirectamente, a un conjunto de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión arterial, y las enfermedades cardiovasculares. A su vez, han aumentado las lesiones, la violencia y los problemas relacionados con el uso de alcohol, tabaco y drogas. Está situación se da en un contexto de empeoramiento global de las inequidades en salud, lo que es de importancia clave para la renovación de la APS.

Las crecientes inequidades no solamente se deben a las fallas de los sistemas de salud; también se vinculan a la incapacidad de las sociedades para superar las causas subyacentes de la mala salud y de su injusta distribución. Las políticas neoliberales con sus prácticas de ajuste económico y achique del Estado, también han contribuido al desmantelamiento de los sistemas de salud y seguridad social, aumentando la inequidad.

La salud es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales, y sobre todo un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y

la injusticia están entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte de la gente pobre y marginada.

Hacia la construcción de sistemas de salud basados en la APS

En 2005 se celebró en Montevideo la Consulta Regional. En su documento del 46° Consejo Directivo de agosto del 2005, la OPS hace dos planteos fundamentales:

1. La renovación de la APS es parte integral del desarrollo de los sistemas de salud
2. El camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas, es basar los sistemas de salud en la APS

Se impone entonces la pregunta de qué es y cómo es un sistema de salud que se basa en la APS, a lo cual la OPS responde:

- **Sistema de salud basado en la APS:** se define como un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que se proponen como principal objetivo, el derecho de lograr el nivel de salud más alto posible, a la vez que se proponen mayores niveles de equidad y solidaridad.
- **Sistema de salud guiado por los propios principios de la APS:** consisten en dar respuestas a las necesidades de salud de la población, orientar hacia la calidad de la atención, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.
- **Sistema de salud basado en la APS, conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que:**
 - Garantiza la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población, asegura el primer contacto del usuario con el sistema promoviendo la equidad
 - Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo
 - Hace énfasis en la prevención y la promoción
 - Requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles
 - Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad
 - Desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud

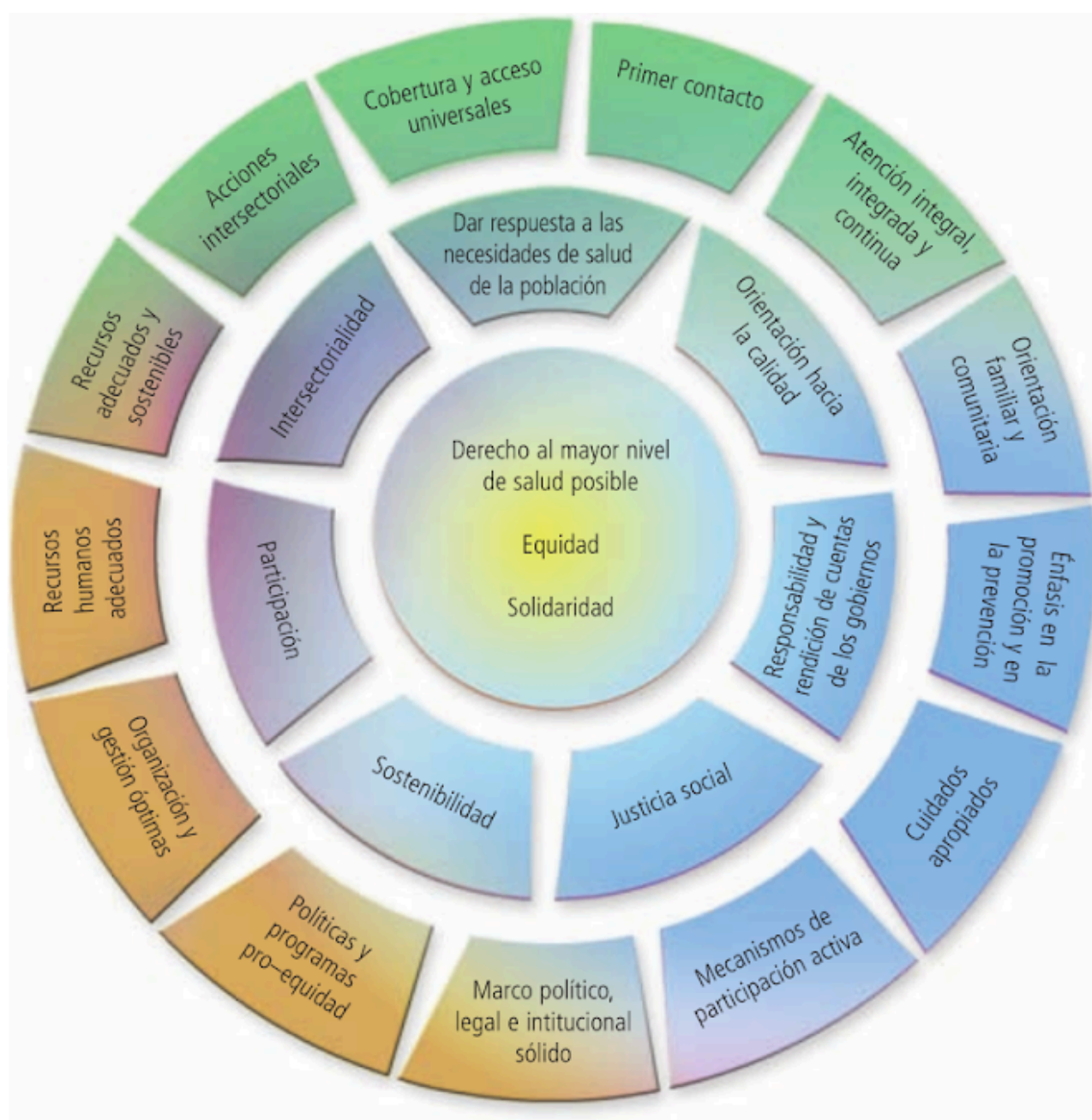
La esencia de la definición de renovación de la APS sigue siendo la que soporta la Declaración de Alma Ata. Sin embargo tiene algunos aspectos relevantes:

- se enfoca sobre el conjunto del sistema de salud, incluyendo a los sectores públicos, privados y sin fines de lucro
- distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad; e incorpora principios nuevos como sustentabilidad y orientación hacia la calidad
- descarta dos ideas reduccionistas de la APS:
 1. que la misma sea un conjunto de servicios definidos de antemano, en la medida que los servicios deben ser congruentes con las necesidades de salud
 2. que la APS se sostenga con tipos específicos de personal de salud, ya que los equipos que trabajan en APS deben ser definidos en función de los recursos disponibles, las preferencias culturales, y la evidencia

- el enfoque provee un medio flexible para la transformación de los sistemas de salud, de tal forma que puedan alcanzar sus objetivos, y ser capaces de cambiar y adaptarse con el transcurso del tiempo, de acuerdo con los nuevos desafíos que afrontan
- reconoce que la APS es más que prestación de servicios de salud en sentido estricto, y su éxito depende de otras funciones del sistema de salud, y de otros procesos sociales

Valores, principios, y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS

La propuesta de sistemas de salud basados en la APS diferencia tres componentes rectores: los **valores** (situados en el centro), los **principios** (situados entre los valores y los elementos esenciales) y los **elementos esenciales** (situados en la periferia del esquema).



Valores: pretenden reflejar los valores de la sociedad en general, y con ellos se contrastan las acciones en salud: equidad, solidaridad y derecho a la salud. El derecho a la salud y otros derechos, están inexorablemente unidos con la equidad, y estos a su vez, reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

- **Equidad en salud:** es la piedra angular de los valores sociales, la forma como una sociedad trata a sus miembros que están en peor situación, y refleja la manera como se juzga la vida humana. Es un imperativo moral y una obligación social y legal. **La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud.** La equidad supone que, idealmente todas las personas deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud, y de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse.
- **Solidaridad en salud:** la solidaridad es el grado en el que los miembros de una sociedad se comprometen a trabajar conjuntamente por el bien común. En los gobiernos locales y nacionales, la solidaridad se manifiesta por la conformación de organizaciones y uniones de trabajo voluntario, y mediante otras múltiples formas de participación ciudadana en la vida cívica. Los sistemas de salud basados en la APS requieren de la solidaridad social para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles, para proveer protección financiera y manejo mancomunado del riesgo en salud, y para posibilitar que el sector salud trabaje con éxito junto a otros sectores y actores sociales, cuyo involucramiento es fundamental para la salud y las condiciones que la determinan.

Principios: los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios que constituyen los cimientos para las políticas de salud, evidenciadas en la legislación, los criterios evaluativos, y la generación y asignación de los recursos.

Los principios sirven de puente entre los valores ideales de una sociedad, y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud. Se entiende por esto a los recursos humanos, financieros, edilicios, dispositivos asistenciales y las actividades que allí se deben desarrollar.

- **Respuesta a las necesidades de salud de la población:** la respuesta a las necesidades de salud de la población significa que los sistemas de salud deben centrarse en las personas, de tal modo que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible. El sistema de salud debe saber balancear su enfoque para satisfacer las necesidades llamadas “objetivas”, definidas por técnicos o expertos, y las necesidades “subjetivas” o “sentidas”, percibidas por los ciudadanos, usuarios o las comunidades. Un sistema de salud basado en la APS debe promover el respeto y la inclusión de las preferencias y necesidades de las personas. Esto debe lograrse independientemente de su estatus económico, cultural, el género o la condición étnica o racial. Estos procesos implican necesariamente una lógica de inclusión y articulación de lo diverso.
- **Servicios orientados hacia la calidad:** son los servicios que además de responder a las necesidades de la población, tienen la capacidad de anticiparlas con criterio preventivo. Desde una perspectiva científico-técnica, son componentes de la calidad los profesionales con conocimientos clínicos basados en la evidencia, la actualización continua de la formación de equipos de salud, y los procedimientos

adecuados para evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de las intervenciones preventivas o curativas. Desde una perspectiva de humanización de los servicios, son componentes de la calidad el trato digno y respetuoso, el abordaje holístico de las personas, los profesionales con conocimiento y empatía hacia los pacientes.

- **Responsabilidad y rendición de cuenta de los gobiernos:** la responsabilidad y rendición de cuentas debe garantizar que los ciudadanos hagan exigibles sus derechos, asegurando los recursos necesarios para la equidad, y la calidad de los servicios. Esto requiere el desarrollo de políticas regulatorias y legales específicas, que se aplique a todas las funciones del sistema de salud, tanto políticas como públicas, así como también el seguimiento y la mejora continua del sistema de salud.
- **Justicia social:** la justicia social sugiere que las acciones de gobierno deben ser sopesadas por el grado en el que aseguren el bienestar, las capacidades y el desarrollo de todos los ciudadanos, particularmente los más vulnerables. Para alcanzar la justicia social es necesario establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejoría de la cobertura de los más pobres, implementar estrategias de inclusión de las personas en situación de marginación, viabilizar esas estrategias, así como contribuir al empoderamiento de los ciudadanos, con iniciativas que mejoren su educación, el conocimiento y el ejercicio de sus derechos. En suma, la APS debe garantizar el estatuto de ciudadanía en salud.
- **Sustentabilidad del sistema de salud:** está requiere una planificación estratégica y compromisos duraderos. Invertir en APS es la mejor manera de invertir en salud. Dicha inversión debe ser suficiente para cubrir las necesidades actuales, y planificar los desafíos del mañana.
- **Participación:** la participación admite, a nivel individual, la toma de decisiones de las personas respecto a su salud, mediada por una adecuada formación y capacidad de autodeterminación. Y a nivel social, incidiendo en la toma de decisiones respecto a las prioridades del sistema de salud, la asignación de recursos, etc.
- **Intersectorialidad:** está implica la articulación con otros actores y sectores, que permita impactar sobre los determinantes de salud, contribuir al desarrollo humano y potenciar la equidad. Este principio permite la proyección de la APS más allá del sector salud, y valida la implementación de todos los acuerdos intersectoriales e interinstitucionales, que tiendan a mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades (alimentación, vivienda, entornos saludables, etc).

Elementos: como cualquier otro sistema, los denominados Sistemas de Salud basados en APS están conformados por elementos estructurales que incluyen: recursos técnicos y profesionales, edificios, equipamientos y soporte normativo, entre otros. Los elementos se entrelazan y forman parte de todos los niveles del sistema de salud, no solo del primer nivel de atención, se basan en la evidencia actual de su efectividad en la mejora de salud, y/o su importancia para asegurar otros aspectos del sistema de salud basado en APS.

- **Acceso y cobertura universal:** el acceso y la cobertura universal constituyen el fundamento de un sistema equitativo, y requieren que los soportes financieros y organizacionales sean suficientes para asegurar a toda la población los servicios de atención y promoción; la eliminación de las barreras de accesibilidad vinculadas a la capacidad de pago, eliminar las barreras vinculadas a la atención de tipo geográfico, financiero, organizacional y de género; racionalizar la ubicación, operativización y financiamiento de los sectores y niveles de atención, etc.

- **Atención integral e integrada:** la integralidad exige que los servicios provean prestaciones, para responder a las necesidades biopsicosociales de salud de la población, incluyendo servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, etc. La acción integrada es complementaria de la integralidad, porque está requiere de la coordinación entre todas las partes del sistema de salud, para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud.
- **Prevención y promoción:** este elemento permite ir más allá de la orientación clínica tradicional, e incorporar lo siguiente:
 - a) la educación y la consejería en salud en el ámbito clínico
 - b) la regulación y los enfoques basados en políticas que mejoren el entorno donde transcurre la vida cotidiana de las personas, y los ambientes de trabajo
 - c) el empoderamiento de los ciudadanos y las comunidades para tener un mayor control sobre los factores que inciden en su salud
 - d) las estrategias de promoción de la salud llevadas a cabo con otros componentes del sistema de salud y con otros actores, para incidir con mayor impacto sobre los determinantes sociales de la salud
- **Atención apropiada:** la atención apropiada significa que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia científica disponible y que los recursos se asignan con criterios de eficiencia y de equidad. Ello implica:
 - a) superar la lógica de servicios o programas orientados a atender órganos o patologías aisladas
 - b) enfocar la persona como un todo y sus necesidades sociales y de salud
 - c) considerar el contexto social y epidemiológico, familiar y comunitario
 - d) proyectar respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida de los individuos
 - e) garantizar que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo
- **Orientación familiar y comunitaria:** la orientación familiar y comunitaria significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual, si bien la incluye. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública, y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención. Las prácticas deben estar dirigidas a los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales, y su entorno laboral.
- **Mecanismos activos de participación:** esto incluye actividades que den poder a los individuos para manejar mejor su propia salud, y que estimulen las habilidades de las comunidades para constituirse en protagonistas activos en la priorización, gestión, evaluación y regulación del sector salud.
- **Organización y gestión óptimas:** este elemento se viabiliza a través de:
 1. definición de un marco de referencia político, legal e institucional que fortalezca la red de servicios, con énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención
 2. implementación de una política de convenios entre los propios organismos del Estado y con el sector privado, a efectos de evitar duplicaciones e ineficiencias

3. concreción operativa de la función de rectoría del ministerio público sobre el sistema de salud, para asegurar la transparencia y mantenerlo sujeto al control social y libre de corrupción
 4. etc
- **Políticas y programas que estimulan la equidad:** los sistemas de salud basados en la APS deben desarrollar políticas y programas que estimulan la equidad, para disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, e incidir sobre los principales factores que causan las inequidades
 - **Primer contacto:** el primer contacto es una noción que requiere de los sistemas de salud basados en APS el fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada principal al sistema de salud, asegurando un adecuado flujo posterior de los pacientes a través de los demás niveles de atención. El primer nivel de atención, en tanto primer contacto, es una interfase continua con la población, y debe ser capaz de recepcionar los problemas nuevos de salud, y dar contención y resolutivez de la mayoría de los motivos de consulta.
 - **Recursos humanos apropiados:** el sistema de salud basado en APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen una gama diversa de profesionales y técnicos/as, trabajadoras/es comunitarios, gestores/as y personal administrativo. Deben combinar adecuadamente habilidades y conocimientos, adhesión a estándares éticos, y un trato digno y respetuoso a todas las personas, particularmente a las más vulnerables por efecto del dolor, la pobreza y la exclusión social.
 - **Equipos multidisciplinarios:** los equipos multidisciplinarios son fundamentales, y requieren no solo de la combinación correcta de profesionales, sino también de la definición de roles y responsabilidades, de su distribución geográfica adecuada, y de la capacitación. Está es necesaria para maximizar la contribución del equipo de trabajo a los resultados de salud, a la mejor salud del trabajador, y a la satisfacción del usuario.
 - **Recursos adecuados, sostenibles y apropiados:** en lo que respecta a recursos, debe fundamentarse en:
 - a. una planificación que provea recursos adecuados, sostenibles y apropiados para responder las necesidades de salud
 - b. un análisis de la situación de salud que incluya formación del nivel comunitario, y se complemente con indicadores de alcance nacional
 - c. previsiones presupuestales que sostengan los requerimientos de una atención integral, curativa y preventiva, de alta calidad

Como conclusión...

La lógica de abordaje que propone la Organización Panamericana de Salud en base a valores, principios y elementos, puede tener una doble utilidad para los sistemas de salud, a la vez que marca una imagen objetivo hacia la cual ordenar los recursos y los esfuerzos. A su vez, brinda un instrumental conceptual y práctico para evaluar el estado de situación de la organización sanitaria, en cada realidad nacional o local.

El legado de la Atención Primaria de la Salud - de Lellis y Berra

Contexto histórico: la APS fue planteada en la conferencia de Alma Ata como la principal estrategia para dar cumplimiento a la “Meta Salud Para Todos en el Año 2000”. Allí la APS es situada como el pilar fundamental del sistema sanitario, constituyendo el eje vertebrador del sistema:

(...)es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, la APS representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Enfoques sobre la atención primaria de la salud: la estrategia de APS planteada a principios de los años 70 proponía diversos componentes estratégicos, tales como la articulación interdisciplinaria e intersectorial, la generación de modelos participativos de gestión, la organización comunitaria, la tecnología apropiada, la reorientación del financiamiento según necesidades y la propuesta de cobertura total, así como la focalización programática en torno a algunas temáticas consideradas prioritarias o esenciales (ej: salud materno-infantil, salud bucal, salud mental, inmunizaciones).

Atención primaria de la salud renovada

La APS renovada exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención. Se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro y es aplicable para todos los países.

La APS renovada se constituye en una condición esencial para que la población tenga la oportunidad de construir ciudadanía al ejercer el derecho a la salud y se basa en principios, componentes y valores desde una perspectiva de integralidad.

Valores: la equidad en salud

Cuando se aborda el tema de los valores es necesario considerar la cuestión de la equidad como una piedra angular del enfoque de derechos, pues la forma en que una sociedad trata las diferentes necesidades de sus integrantes refleja el valor que le confiere a la vida humana.

Principios: dar respuesta integral a las necesidades de la salud de la población

La detección de necesidades subjetivas es un aspecto muy relevante para un sistema basado en la APS, pues permite atender a las necesidades y demandas de la población, reconociendo de forma integral las distintas dimensiones involucradas (éticas, políticas, jurídicas, económicas) y respetando la diversidad según género, etnia, situación socioeconómica, política y/o religiosa.

Componentes:**a) Énfasis en la promoción y la prevención**

Este tipo de intervenciones son de vital importancia porque permiten a las comunidades y a las personas recursos indispensables para ejercer un mayor control sobre sus propias condiciones de vida, y por otro lado, porque resultan esenciales para abordar los determinantes sociales de la salud. Algunos ejemplos son intervenciones individuales, familiares, grupales e institucionales orientadas a la promoción de estilos de vida y/o ambientes saludables, el desarrollo de acciones destinadas a fortalecer las redes de apoyo y sostén, la participación en actividades que impliquen el uso apropiado del tiempo libre.

Entre las actividades de prevención específica se pueden señalar, por ejemplo, la realización de estudios y pesquisas para identificar comportamientos nocivos para la salud, la disponibilidad de servicios de atención psicológica para la atención de los problemas y/o trastornos más frecuentes en las personas que acuden en busca de asistencia.

b) Atención integral y cuidados apropiados

La integralidad en la atención es un desafío que convoca al sistema de salud en su conjunto y supone considerar la multiplicidad de factores determinantes del proceso salud-enfermedad, y la necesidad de una respuesta acorde a dicha complejidad. Exige asimismo la coordinación entre los distintos efectores que componen el sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud a través de los diferentes niveles y escenarios de atención mediante la coordinación de una red de referencia y contrarreferencia que permita conectar todos los niveles del sistema de salud.

Niveles de atención: red de servicios

El concepto de niveles de atención se basa en el principio fundamental de lograr que exista una correcta adecuación entre la demanda de asistencia originada en una situación o problema de salud específicos, y el grado de complejidad necesario para lograr su resolución y satisfacer dicha demanda.

De allí que se plantea como propuesta programática que los problemas más frecuentes requieren tecnologías simples que pueden hallarse disponibles en unidades que dispongan de menor capacidad resolutoria, mientras que si las respuestas a una determinada necesidad en salud rebasan la capacidad tecnológica de un nivel de atención de asistencia debe quedar bajo responsabilidad de un nivel de mayor complejidad resolutoria. De ese modo, se presupone la existencia de una relación de eficacia y eficiencia entre la complejidad de un problema de salud y los métodos y técnicas requeridos para atenderlos.

Esta forma de adecuar progresivamente los recursos y la tecnología a la resolución de las necesidades implica que las tecnologías relativamente más simples deben hallarse cercanas a los lugares de residencia de la población a fin de promover una mayor accesibilidad geográfica y cultural; mientras que los recursos más complejos y costosos deben concentrarse en los establecimientos hospitalarios de mayor escala, procurando mayor eficiencia en su uso.

El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas puedan acceder a una red y no a servicios aislados, en función de la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios.

Psicología y atención primaria de la salud: El primer nivel de atención constituye el nivel local más cercano a la población con atención de bajo riesgo. Allí se implementan acciones de inmunización, educación para la salud, promoción de la salud y prevención primaria mediante pautas de coordinación y trabajo en red con organizaciones barriales, instituciones educativas y otros actores sociales de la comunidad que contribuyen a implementar acciones de detección de las necesidades de la comunidad que reside en el área geográfica lindante.

Este nivel presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción, garantiza el primer contacto del usuario con el sistema y debe resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención que la población presenta a lo largo de la vida.

De acuerdo a Morales Calatayud (1999) la psicología halla plena justificación en el nivel primario de atención, en una muy variada gama de problemáticas y escenarios que se vinculan con circunstancias frecuentes y esperables en el ámbito de la vida cotidiana. Entre estos campos de problemáticas se encuentran:

- a) **El campo de la salud materno-infantil y el de la salud sexual y reproductiva:** violencia contra la mujer, inadecuada preparación de la pareja y los demás familiares para el acontecimiento del parto y para brindar cuidados físicos y emocionales al recién nacido, inclusión del enfoque de género en la paternidad y maternidad.
- b) **Salud infantil:** comportamientos y ambientes domésticos propiciadores de accidentes, inadecuados patrones de crianza infantil e insuficientes respuestas y/o estimulación a las necesidades intelectuales y afectivas del niño, etc
- c) **Adolescencia:** iniciación en prácticas nocivas para la salud a mediano y largo plazo (abuso de sustancias psicoactivas), mayor riesgo de accidentalidad, al ampliarse el espacio de desplazamiento físico o por la práctica de deportes de riesgo, etc.

El segundo nivel de atención, representado por los hospitales generales y/o especializados atienden a la población de mediano riesgo por demanda espontánea o bien por procedimientos de derivación efectuados por otros efectores del sistema como los Centros de Atención Primaria de la Salud. Estas instituciones suelen disponer de recursos técnicos y humanos más especializados, se encuentran dotadas de mayor capacidad resolutoria para atender aquellos casos de mediano o alto riesgo que en los anteriores niveles no han podido ser eficazmente resueltos.

Por la índole de las problemáticas que más a meno llegan a consulta en los servicios hospitalarios especializados en pediatría y/o en ginecología, resulta también relevante considerar el desempeño potencial del psicólogo en un conjunto de intervenciones tales como:

- a) **Servicios hospitalarios para niños:** participación de los padres en el proceso de atención y/o recuperación de forma previa, durante y/o con posterioridad al proceso de hospitalización, trastornos ocasionados por la enfermedad y/o el proceso de hospitalización en el ciclo de aprendizaje escolar, con la afectación que produce en los vínculos con el grupo de pares.
- b) **Servicios de ginecología y obstetricia:** preparación psicológica (de ambos cónyuges) para el proceso de parto, atención psicológica ante posibles duelos

(pérdida del feto y/o del neonato durante el proceso de gestación), problemas y/o dificultades durante la lactancia materna

En base a todo esto podemos concluir que en relación al rol específico de la psicología, esta disciplina plantea enormes potencialidades para integrarse a los equipos generales de salud desde la perspectiva de APS, pero es necesario revisar los actuales procesos de formación y orientación de las prácticas, a fin de jerarquizar y fortalecer aquellas respuestas orientadas hacia la promoción de la salud, la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red.

La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas - OPS

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y las desigualdades.

En la mayoría de los países de las Américas se han realizado reformas de los Sistemas de Salud en los treinta últimos años; entre las razones que han propiciado dichas reformas se encuentran el aumento de los costos, los servicios ineficientes y la escasa calidad, las restricciones en los presupuestos públicos, el desarrollo de nuevas tecnologías, y los cambios producidos en el rol del estado. A pesar de las enormes inversiones efectuadas, los resultados de la mayoría de las reformas han sido limitados, contradictorios o incluso negativos en lo que se refiere a la mejora de la salud y la equidad.

Renovar la APS significa algo más que el simple ajuste a la realidad del momento actual ya que para reformarla es preciso realizar un examen crítico de su significado y su finalidad.

Por ejemplo, en Europa y otros países industrializados, se ha considerado la APS principalmente como el primer nivel de los servicios de salud para toda la población, y comúnmente se la denomina "Atención Primaria". En el mundo en vías de desarrollo, la APS ha sido sobre todo "selectiva", concentrando sus esfuerzos en unas pocas intervenciones de gran repercusión dirigidas a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas.

Varios observadores han intentado explicar por qué la APS difiere tanto de un país a otro. En la Región de las Américas en particular, no es extraño encontrar diferentes puntos de vista sobre la APS, debido a las peculiaridades del desarrollo histórico de la salud y la atención a la salud, así como al legado de diferentes sistemas políticos y sociales.

¿Cuáles son los beneficios de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud?

Los estudios internacionales sugieren que, en igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la APS.

Se considera que los sistemas de salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque su enfoque es menos costoso para los individuos y más rentable para la sociedad a la hora de compararlos con los sistemas orientados hacia la atención especializada. Se ha demostrado que un enfoque sólido hacia la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios, gracias al ahorro de tiempo en la consulta, al uso reducido de pruebas de laboratorio y a los menores gastos de atención a la salud. Por consiguiente, la APS puede ayudar a liberar recursos para atender las necesidades de salud de los individuos que se encuentran en peor situación.

Las evidencias disponibles, en particular las obtenidas en países europeos, sugieren que los sistemas de salud basados en la APS también pueden favorecer la eficiencia y la efectividad.

Lecciones aprendidas

Para desarrollar una estrategia de renovación de la APS es importante aprender de las experiencias pasadas. Los procesos de consulta a los países y la revisión de la literatura fueron fundamentales para evaluar los factores que limitan y que facilitan la correcta implementación de la APS.

Entre los **factores identificados como barreras a la implementación efectiva de la APS** se encuentran las dificultades inherentes a la transformación del sector salud desde los enfoques curativos, hasta los preventivos. Entre las limitaciones se encuentran la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, la falta de compromiso político, la coordinación inadecuada entre las comunidades y las entidades locales, nacionales y agencias internacionales, y la escasa cooperación intersectorial.

El clima económico también se cita como un factor limitante, dados los cambios en las ideologías económicas y políticas y la inestabilidad de las condiciones macroeconómicas que suelen conducir a la subinversión en servicios y sistemas de salud.

Los factores que facilitan la implementación y el desarrollo efectivo de la APS incluyen el reconocimiento de que el liderazgo del sector de la salud está determinado por muchos factores, algunos de los cuales están fuera del control directo de dicho sector. La mejora de la equidad también parece exigir el compromiso político continuo a nivel nacional, incluida la previsión necesaria para garantizar que la financiación de la salud satisfaga las necesidades de la población. Las experiencias exitosas de la APS han demostrado que para mejorar la salud y la equidad no basta con limitarse a aumentar el número de centros de salud y a capacitar al personal durante periodos breves.

La reorientación de los sistemas de salud hacía la APS exige hacer mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los servicios de APS exitosos estimulan la participación, rinden cuentas y tienen un grado apropiado de inversión para garantizar la disponibilidad de servicios adecuados y accesibles a todas las personas.

Por último, los esfuerzos de los agentes comunitarios de salud y otros activistas sociales, aun cuando generan oposición en algunos medios, a menudo se consideran como la clave del desarrollo de estrategias innovadoras para mejorar la salud de las comunidades en toda la región.

Una introducción al concepto de promoción de la salud - Marchiori

La evolución del concepto de promoción de salud, desde que el término fue usado por primera vez, se desplazó de un “nivel de prevención” de la medicina preventiva, hacía un enfoque político y técnico, del proceso salud-enfermedad-atención, como se ha caracterizado en los últimos 25 años desde Alma-Ata y Ottawa.

Partiendo de una concepción amplia del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, la promoción de la salud propone la articulación de conocimientos técnicos y populares y la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados para su desafío y resolución.

La promoción de salud surge como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad y en el interior del sistema de salud. Más recientemente, el término representa un “enfoque” político y técnico en torno al proceso salud-enfermedad-atención.

Este término está asociado inicialmente al “conjunto de valores”: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Se refiere también a una “combinación de estrategias”:

- **Acciones del estado:** políticas públicas saludables
- **Acciones de la comunidad:** refuerzo de la acción comunitaria
- **Acciones de los individuos:** desarrollo de habilidades personales
- **Acciones del sistema de salud:** reorientación del sistema de salud
- **Acciones de asociaciones intersectoriales**

Esto es, entonces, trabajar con la idea de “responsabilización múltiple”, ya sea por los problemas, ya sea por las soluciones propuestas para los mismos.

La gran valorización del “conocimiento popular” y de la participación social consecuente a este conocimiento está en la base de la formulación conceptual de la promoción de la salud.

Antecedentes: Sigerist (1946) fue uno de los primeros autores en hacer referencia al concepto promoción de la salud cuando definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la recuperación de los enfermos y la rehabilitación. Él afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y

formas de ocio y descanso”, para lo que pidió un esfuerzo coordinado de políticos, sectores sindicales y empresarios, educadores y médicos.

Leavel y Clark (1965) utilizan el concepto de promoción de la salud al desarrollar el modelo de la historia natural de la enfermedad, que comportaría tres “niveles de prevención”:

Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento precoz	Limitación de la invalidez	Rehabilitación
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria

La prevención primaria, al ser desarrollada en el periodo pre-patogénico, constaría de medidas destinadas a desarrollar una salud global óptima por la protección específica del hombre contra agentes patológicos o por el establecimiento de barreras contra los agentes del medio ambiente. Las medidas adoptadas para la promoción de la salud no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, sino que sirven para aumentar el vigor o el bienestar generales.

A modo de resumen, se trata, de un enfoque centrado en el individuo, con una proyección para la familia o colectivos, dentro de ciertos límites.

Se verificó que la extensión de los conceptos de Leavell y Clark es inapropiada para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. Efectivamente, con la segunda revolución epidemiológica, el movimiento de prevención de enfermedades crónicas, la promoción de la salud pasó a asociarse a medidas preventivas, sobre el entorno físico y sobre los estilos de vida, y ya no orientadas exclusivamente para individuos y familias.

La promoción de la salud consiste, por un lado, en las actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de los individuos, apuntando hacia sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias y, por encima de todo, en el ambiente de las “culturas” de la comunidad en la que se encuentran. Por ejemplo, el amamantamiento materno, o el hábito de fumar, la dieta, etc.

La carta de Ottawa define promoción de la salud como “el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso”, implantándose de esta forma, en el grupo de conceptos más amplios, reforzando la responsabilidad y los derechos de los individuos y de la comunidad por su propia salud. Ella establece, de esta manera, que las condiciones y los recursos fundamentales para la salud son: ausencia de conflictos, condiciones de habitabilidad, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad, afirmando que el incremento en el escenario de la salud requiere una base sólida en estos pre-requisitos básicos.

La carta de Ottawa preconiza también 5 campos de acción para la promoción de la salud:

1. elaboración e implementación de políticas saludables
2. creación de ambientes que favorezcan la salud
3. refuerzo de la acción comunitaria
4. desarrollo de habilidades personales
5. reorientación del sistema de salud

Para Gutierrez (1997), promoción de la salud es el conjunto de actividades, procesos y recursos de orden institucional, gubernamental o de ciudadanía, orientados a propiciar la mejora en las condiciones de bienestar y acceso a los bienes y servicios sociales, que favorezcan el desarrollo de conocimientos, actitudes y comportamientos favorables para el cuidado de la salud y el desarrollo de estrategias que permitan a la población un mayor control sobre su salud y sus condiciones de vida, en el nivel individual y colectivo.

El *Informe Lalonde* (1996) fue el primer documento oficial en usar el término “promoción de la salud” y en colocar este campo en el contexto del pensamiento estratégico.

La motivación central de dicho informe parece haber sido política, técnica y económica, pues apuntaba a enfrentar los costes crecientes de la asistencia médica al mismo tiempo en que se apoyaba en cuestionar el abordaje exclusivamente médico para las enfermedades crónicas debido a los resultados poco significativos que aquella presentaba.

Se proponían en este 5 propuestas para abordar los problemas del área de la salud: promoción de la salud, regulación, eficiencia de la asistencia médica, investigación y establecimiento de objetivos. La estrategia de promoción de la salud fue entonces establecida para “informar, influenciar y asistir a individuos y organizaciones para que asuman mayores responsabilidades y sean más activos en materia de salud”.

En la conferencia de Alma Ata se recomendó la adopción de un conjunto de 8 elementos esenciales: educación dirigida a los problemas de salud prevalecientes y métodos para su prevención y control; impulso del suministro de alimentos y nutrición adecuada; abastecimiento de agua y saneamiento básico apropiados; atención materno-infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de enfermedades endémicas; tratamiento apropiado de enfermedades comunes y accidentes; y distribución de medicamentos básicos.

Todo esto culminó en la primera conferencia sobre promoción de salud, en Ottawa, Canadá, en 1986.

Las contribuciones de las conferencias internacionales para el Desarrollo Conceptual de la Promoción de la Salud.

I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa: la Carta de Ottawa se convirtió en un punto de referencia básico y fundamental en el desarrollo de ideas de la promoción de la salud en todo el mundo. Asume el concepto de salud de la OMS, e insiste en que “la salud es el mayor recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de la calidad de vida”. Para alcanzarla, “los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades y modificar

favorablemente el medio ambiente. La salud debe ser vista como un recurso para la vida y no como un objetivo de vivir. En este sentido, la salud es un concepto positivo, que enfatiza los recursos sociales y personales, de la misma forma que las capacidades físicas”.

La Carta de Ottawa también asume que la equidad en la salud es uno de los focos de la promoción de la salud, cuyas acciones tienen como objetivo las diferencias en el estado de salud de la población y en el acceso a recursos diversos para una vida más saludable. El documento apunta hacia los múltiples determinantes de la salud y para la intersectorialidad al afirmar que “dado que el concepto de salud como bienestar global es superior a la idea de estilos de vida saludables, la promoción de la salud no es responsabilidad exclusiva del sector de la salud; y concluye, afirmando que las condiciones y requisitos para la salud son: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La promoción de la salud apunta a asegurar la igualdad de oportunidades y promocionar los medios (capacitación) que permitan a todas las personas realizar por completo su potencial de salud.

La promoción en salud demanda una acción coordinada entre todas las partes implicadas: gobierno, sector salud y otros sectores sociales y económicos, organizaciones de voluntariado y no gubernamentales, autoridades locales, industria y medios de comunicación.

El desarrollo de habilidades y actitudes personales que propician la salud en todas las etapas de la vida se encuentra entre los campos de acción de la promoción de la salud. Para esto es imprescindible la divulgación de información sobre la educación para la salud, lo que debe ocurrir en el hogar, en la escuela, en el trabajo, y en cualquier lugar comunitario. Diversas organizaciones deben responsabilizarse de tales acciones.

II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Adelaide: políticas públicas saludables: la conferencia de Adelaide, realizada en 1988, distinguió como su tema central las políticas públicas saludables “que se caracterizan por el interés y la preocupación explícitas de todas las áreas de las políticas públicas referentes a la salud de la población. En este concepto se pueden ahora identificar claramente los componentes de intersectorialidad, que han marcado desde entonces, el discurso de la promoción de la salud, así como una idea de responsabilización del sector público, no solamente por las políticas sociales que manifiesta y realiza (o por las consecuencias cuando deja de hacerlo), sino también por las políticas económicas y su impacto sobre la situación de la salud o el sistema de salud.

La conferencia de Adelaide identificó 4 áreas prioritarias para suscitar acciones inmediatas en políticas públicas saludables:

1. apoyo hacia la salud de la mujer
2. alimentación y nutrición
3. tabaco y alcohol
4. creación de ambientes favorables

El compromiso con la equidad está presente en varias secciones del texto: cuando se refiere a la necesidad de superar las desigualdades en el acceso a bienes y servicios existentes en la sociedad; cuando relaciona tales desigualdades con las inequidades en lo referente a la salud; al reclamar que debe ser dada prioridad a los grupos menos privilegiados y más vulnerables; cuando insiste en que las políticas públicas, como derechos de la ciudadanía, deben ser difundidas por medio de mecanismos, inclusive de lenguaje, que las hagan conocidas y accesibles, justamente para aquellos que más las necesitan y las cuales frecuentemente van negando su acceso.

III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Sundsvall: creación de ambientes favorables para la salud: la conferencia de Sundsvall, Suecia, en 1991, fue la primera en focalizar la interdependencia entre salud y ambiente en todos sus aspectos. Tomando como tema los “ambientes favorables para la salud” o “ambientes saludables”, la conferencia lanzó una declaración convocando a las personas, organizaciones y gobiernos, en todas las partes del mundo, a incorporarse activamente en el desarrollo de ambientes -físicos, sociales, económicos y políticos- más favorables para la salud.

Dicha conferencia trajo consigo, con notable fortaleza, el tema del ambiente hacía el campo de discusión de la salud; no restringido solamente a la dimensión física o “natural”, sino también a las dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales.

Se afirma en ésta que “un ambiente favorable es de primordial importancia para la salud. Ambientes y salud son interdependientes e inseparables. Alcanzar estas dos metas debe ser el objetivo central al establecerse prioridades para el desarrollo y debe tener preeminencia en la gestión diaria de las políticas gubernamentales.

En esta conferencia son resaltados 4 aspectos en pro de un ambiente favorable y generador de salud:

1. **La dimensión social**”: incluye la manera por la cual normas, costumbres y procesos sociales afectan a la salud, avisando sobre los cambios que están ocurriendo en las relaciones sociales tradicionales y que pueden amenazarla. Ejemplifica, con el creciente aislamiento social, la pérdida de significados y propósitos coherentes de vida o la pérdida de valores tradicionales y de la herencia cultural en muchas sociedades.
2. **La dimensión política**: requiere de los gobiernos la garantía de la participación democrática en los procesos de decisión y la descentralización de los recursos y de las responsabilidades. También reclama el compromiso con los derechos humanos, con la paz y la reubicación de recursos originarios de la carrera armamentística; está última, un tema que se destacó significativamente en la conferencia.
3. **La dimensión económica**: requiere fijar nuevos plazos con referencia a los recursos para alcanzar salud para todos y el desarrollo sostenible, lo que incluye la transferencia de tecnología segura y adecuada.
4. La necesidad de reconocer y utilizar la capacidad y el conocimiento de las mujeres en todos los sectores, inclusive el político y económico.

IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y la Declaración de Yakarta: esta conferencia fue la primera realizada en un país en desarrollo. En su

declaración se enfatiza el surgimiento de nuevos determinantes de la salud, destacando los factores transnacionales: la integración de la economía global, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de comunicación, del mismo modo que la continuación de la degradación ambiental, etc. Además se reafirma la posición central de la participación popular y del empoderamiento, realzando la importancia del acceso a la educación y a la información.

Dos conclusiones surgen de la experiencia captada en profundidad durante los últimos años en cuanto a la alineación de las acciones en promoción de salud que merecen ser destacadas.

- 1) Que “los métodos en promoción de la salud, basados en el empleo de combinaciones de las cinco estrategias de Ottawa son más eficaces que los centrados en un solo campo”.
- 2) Que “diversos escenarios (ciudades, comunidades locales, escuelas, lugares de trabajo, etc) ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales”.

Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

Un punto crítico en todo debate sobre promoción de la salud, es la línea divisoria entre está y la prevención de enfermedades.

La prevención de las enfermedades busca que los individuos permanezcan extentos de las mismas. Se orienta hacia las acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo o factores causantes de conjuntos de enfermedades o de una enfermedad específica; su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los factores más íntimos que la generan o aceleran. Con vistas a la prevención, evitar la enfermedad es el objetivo final y, por tanto, la ausencia de enfermedades sería un objetivo satisfactorio.

Las principales cuestiones de la medicina preventiva sobre su objeto, las enfermedades, son:

- **cómo evitarlas:** prevención primaria o control de la incidencia
- **cómo curarlas:** prevención secundaria o control de la duración, y por consiguiente de la prevalencia
- **cómo atenuarlas:** prevención terciaria o control de las complicaciones adicionales

El enfoque de la promoción de la salud es más amplio y englobador procurando identificar y enfrentar los macrodeterminantes del proceso salud-enfermedad, y buscando transformarlos favorablemente en orientación hacia la salud. Busca modificar las condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas; se dirige hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones para que sean predominantemente propicios para la calidad y la salud; y se orientan al conjunto de acciones y decisiones colectivas que puedan favorecer la salud y la mejora de las condiciones de bienestar. El objetivo permanente para la promoción de la salud es un óptimo nivel de vida y de salud; por lo tanto, la ausencia de enfermedades no es suficiente, en todo caso la presencia de cualquier nivel de salud registrado en un individuo siempre conllevará algo que debe ser realizado para producir un mejor nivel de salud y condiciones de vida más satisfactorias.

De este modo, la promoción de la salud mejora, incorporando el malestar como percepción subjetiva, relacionada o no con la enfermedad, y la salud como hecho positivo, tanto en su dimensión subjetiva -bienestar- como objetiva, a los objetos de planificación/intervención.

La estrategia de la promoción es claramente social, política y cultural, puesto que la salud es una utopía que se define en sus coordenadas espacio-temporales, lo que implica claramente el protagonismo de individuos no técnicos y de movimientos sociales, así como la acción combinada de políticas públicas, modificando estilos de vida e intervención ambiental, a través de un amplio abanico de medidas políticas, legislativas, fiscales y administrativas.

La promoción de la salud se presenta como una estrategia de mediación entre las personas y su ambiente, combinando elecciones individuales con responsabilidad social por la salud (las llamadas políticas públicas saludables).

Parece importante resaltar que la promoción de la salud es una estrategia complementaria, no de sustitución de las demás estrategias en salud pública. Stachtchenko y Jenicek (1990) insisten en que las dos maneras de afrontamiento (promoción y prevención) son complementarias y no excluyentes en la planificación de programas de salud, y la población se beneficia de las medidas adecuadas y equilibradamente propuestas en ambos campos.

Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud - Vignolo

Niveles de atención: se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Se distinguen 3 niveles:

- **Primer nivel:** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.
- **Segundo nivel:** se ubican en este los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.
- **Tercer nivel:** se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, etc.

Sistemas de referencia y contrarreferencia

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos.

La **referencia** constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda),

transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.

La **contrarreferencia** es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

Niveles de complejidad: se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento.

- **El primer nivel de complejidad** se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.
- **El segundo nivel de complejidad** se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.
- **El tercer nivel de complejidad** se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de estas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

Niveles de prevención

La prevención se define como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”.

Se pueden clasificar en 3 niveles:

- **Prevención primaria:** son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de preservativos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- **Prevención secundaria:** está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. Ejemplo es

el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periodico y seguimiento del paciente.

- **Prevención terciaria:** se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud. Por ejemplo, la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.

En cada nivel de atención, primero, segundo y tercero se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo en el primer nivel se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, tal es el caso de la prevención terciaria en cuanto a acciones de rehabilitación en el primer nivel de atención.

Atención primaria de la salud

La participación “convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

Sistema de salud en Uruguay - Tomasina

Características del sistema de atención. Definiciones y conceptos.

- **Sistema de atención a la salud:** es la forma como están organizados los recursos para satisfacer las necesidades de salud de una población dada. Nos referimos a atención a la salud, en una perspectiva amplia que no se restringe solo a las actividades en el sector salud, sino que integra otras actividades que hacen al bienestar de los individuos globalmente.
- **Sistema de atención médica:** en este sentido el Sistema de Atención Médica se enmarca dentro de la atención a la salud, siendo la actividad tradicional del sector salud.
- **Modelo de atención en salud:** es el esquema teórico de un sistema de atención a la salud. Para describirlo se utilizan diferentes criterios, entre los que se destacan:
 1. El tipo de propiedad de las instituciones (públicas o privadas)
 2. La fuente y forma de financiamiento
 3. El tipo de atención que brinda (integral, parcial, etc)
 4. Su forma de organización

Reseña histórica

El Ministerio de Salud Pública (MSP) fue creado en 1934. Sus cometidos son normativos y asistenciales.

En 1987 se crea la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), como un organismo público encargado de administrar los establecimientos de atención a la salud pertenecientes al MSP. Esto implica un paso importante en dirección al principio de separación de las funciones asistenciales y de normas del Estado.

La creación de ASSE puede señalarse como el comienzo de una incipiente reforma del sector público que no se ha profundizado.

Descripción del sistema de salud

Se identifican dos grandes grupos o subsectores dentro del sector salud:

1. el subsector público
2. el subsector privado

Los efectores del subsistema público son:

- El MSP a través de ASSE, es el principal componente del subsector público.
- El Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” (Hospital de la UdelaR). Es un hospital de alta complejidad. Fue pionero en la introducción de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad.
- El Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Depende del Ministerio de Defensa Nacional.
- El Banco de Previsión Social (BPS). Mediante un programa de seguros sociales por enfermedad, provee asistencia a los trabajadores privados a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
- Etc.

Los efectores del subsistema privado son:

- Las instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Son organizaciones privadas que brindan atención integral, con algunas limitaciones en alta tecnología. Sus características son que:
 1. no persiguen fines de lucro
 2. brindan cobertura con régimen de prepago, con tickets moderadores para consultas, medicamentos y estudios paraclínicos
 3. otorgan asistencia integral

De acuerdo a la ley 15.181, las IAMC deben brindar asistencia médica básica, completa e igualitaria. Esto significa que deben incluir acciones de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

- Las instituciones que brindan una Atención Particular Privada. Son empresas privadas con fines de lucro.

Características de la oferta de servicios del sistema

El sistema de Atención en su conjunto, presenta una importante infraestructura de servicios públicos y privados de diferentes niveles de complejidad, con una distribución geográfica extensa de servicios con niveles de acceso geográfico aceptables, debido a que no existen grandes accidentes geográficos ni grandes distancias territoriales.

La atención médica se brinda a través de un grupo de instituciones de distinto origen, con características y objetivos diferentes, y con un grado casi inexistente de coordinación, complementación y regionalización. Se constata una superposición de servicios en algunos sectores, coexistiendo con otros sin cobertura, lo que lleva a una ineficiencia en la atención brindada.

Existe además, una falta de adecuación del modelo asistencial de los distintos prestadores, a las características epidemiológicas actuales con predominio de enfermedades no transmisibles. En su conjunto la oferta del sistema tiene un carácter no integral y medicalizado de la atención médica, verificándose discrepancias entre cobertura real y total. El sistema no cumple con los requisitos básicos de la atención médica; humana, oportuna, integral, universal, continua, accesible, completa y eficiente.

Análisis de los principales problemas del sistema de atención

Consagración de la salud como un “deber”: en la constitución de la ROU de 1966, se concibe como un deber y no un derecho, lo cual es ratificado en 2004 y se pasa a consagrar a la salud como un “derecho” en la constitución.

Cobertura del BPS: este brinda cobertura asistencial solo para el trabajador, no para la familia. El beneficio cesa cuando el trabajador se jubila, y no brinda cobertura a trabajadores fuera del sector formal, trabajadores del sector público, desempleados, niños y ancianos.

Recursos humanos del sector: la mayoría de los médicos está concentrada en Montevideo en aproximadamente un 70%. La formación de recursos humanos en salud no está en relación ni con el perfil epidemiológico del país, ni con las actuales necesidades del mercado. Las diferencias entre los salarios de la actividad pública y privada para la misma función son notorias, y existen también diferencias importantes en este aspecto al interior de cada subsistema.

Gasto y financiamiento del sector: una parte muy importante del gasto en el sector público se destina a la atención médica mediante alta tecnología de elevado costo, en detrimento del primer nivel y de las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

En la composición del gasto interesan básicamente 2 cosas:

- quien y cuanto gasta en los servicios que brindan, o dicho de otra manera “gasto por efector”
- quien y cuanto paga (financia el gasto) o gasto por agente de retención

En este sentido, el subsector público financia el 46.4% y gasta el 25% de gasto total en salud, mientras que el subsector privado financia el 53.6%, cuando gasta el 75% del gasto total.

Algunas de las conclusiones referidas al diagnóstico del sistema de salud del Uruguay en la VII Convención Médica (2004) fueron las siguientes:

1) es un sistema fuertemente inequitativo

- en la forma de financiación, en la distribución y el uso de los recursos, si se compara el subsector público con el privado, y al interior de cada uno de ellos
 - en lo que se refiere a la calidad e incluso cantidad de las prestaciones
 - en cuanto a la regulación y a las variables de ajuste económico ante contingencias
- 2) la población no tiene asegurada la accesibilidad al sistema al que está en gran medida obligada a aportar, y no tiene asegurada tampoco la participación en ninguna de las etapas de la toma de decisiones
- 3) el sistema incurre en un gasto elevado del PBI del país sin tener objetivos claros en materia de salud
- 4) es por todos constatable la gran insatisfacción tanto de los usuarios como de los médicos y funcionarios con el modelo analizado

Reforma del sistema de salud en Uruguay: desde el 1 de marzo de 2005 se está implementando en el país un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El objetivo que se propone el SNIS y el Seguro Nacional de Salud es "...universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de está, calidad asistencial, y devolver la sustentabilidad al sistema".

El SNIS plantea 3 modificaciones sustanciales al anterior sistema:

1. nuevo modelo de atención
2. nuevo modelo de gestión
3. nuevo modelo de financiación

Cambios en el modelo de atención: se plantean cambios hacía una orientación que privilegie la atención integral, y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud. Algunas de sus características son: fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, cobertura universal en materia de salud, creación de ámbitos de coordinación intersectorial, etc

Cambios en el modelo de gestión: estos cambios se refieren al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema, y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud, en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, etc

El nuevo sistema pretende incorporar a la población en su gestión. En este sentido, se promoverá la creación y fortalecimiento de comisiones de salud para que trabajen en torno a los servicios, con el objetivo de aportarles su visión del territorio, las necesidades de la comunidad, y participen de la realización de los diagnósticos en forma conjunta con los equipos de salud.

Cambios en el modelo de financiamiento: los cambios propuestos se basan en la justicia distributiva. A tales efectos se ha decidido la integración de una comisión conjunta del Ministerio de Salud y Ministerio de Economía, para analizar las formas de integración y convergencia de los aspectos de aportación al Seguro Nacional de Salud (SNS), y el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas de la Reforma Tributaria. Desde el punto de vista de la implementación del SNIS, se definirá la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho FONASA recibirá y administrará los recursos destinados al pago de los prestadores integrales para dar cobertura al Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

- **Aportes al FONASA:** aportan de manera obligatoria todos los residentes del país mayores a 18 años, aportando un porcentaje de sus ingresos de acuerdo a su ingreso familiar con un mínimo no imponible. En el caso de los menores de 18 años se adscribirán a la afiliación del padre que aporte mayor ingresos al fondo.
- **PIAS:** el PIAS debe garantizar actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas, de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios; realizar diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud y enfermedad identificados; y realizar acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.

Derechos de los usuarios: todas las personas residentes en el Uruguay tendrán derecho a:

- la prestación integral (PIAS) de calidad homogénea y en las condiciones que defina la ley; desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación
- la libre elección
- la información asistencial y económica financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras
- la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas

Módulo 7 - La perspectiva de derechos en el proceso salud-enfermedad-atención. Los usuarios y las organizaciones sanitarias: equidad, accesibilidad, participación.

La accesibilidad en tiempos de Reforma - Arias

Según A Stolkiner (2003), la **accesibilidad** se caracteriza como el vínculo entre los Sujetos y los Servicios, vínculo que surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los Servicios y las condiciones y representaciones de los Sujetos, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los Servicios.

Planteada de esta manera se podría pensar a la **accesibilidad como un proceso**, algo que se construye en el encuentro de ambos actores.

La accesibilidad poseería una dimensión subjetiva que sería necesario indagar, es decir, se pondrían en juego vivencias, saberes contruidos, sentires, percepciones, etc. en la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los Servicios de Salud. Entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de etnias, de modos de disciplinamientos, etc. O sea, se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la propia historia del individuo.

Nos parece pertinente mencionar la tendencia a confundir, en la cotidianeidad, el concepto de accesibilidad con los conceptos de disponibilidad y acceso.

- **Disponibilidad:** se entiende como la capacidad instalada de recursos materiales y humanos, así como la capacidad de producción de servicios de salud.
- **Acceso:** se refiere a la capacidad de un usuario para buscar y obtener atención.

Facilitadores de la accesibilidad

- Servicios vinculados al Sector Salud: teléfonos públicos, centros de salud, servicios de salud, transporte, farmacias, etc.
- Trabajo en equipos interdisciplinarios

Obstáculos de la accesibilidad

- Servicios distribuidos de forma inequitativa
- Falta de racionalización de los recursos profesionales
- Falta de información estadística/epidemiológica
- Diferencias en la formación de los profesionales

Dimensiones de la accesibilidad

- **Dimension geografaica**
- **Dimensión económica**
- **Dimensión organizacional**
- **Dimensión legal**
- **Dimensión simbólica**
- **Dimensión psicológica**

Información como facilitadora relevante

La información se constituye en uno de los pilares fundamentales para la planificación, en especial, en la planificación en Salud. Todas las acciones a realizar deben estar explicadas en un sistema de información abierto a todos los miembros de la comunidad y del equipo técnico profesional.

Los sistemas de información tienen un rol estratégico en la gestión de los servicios de salud en la medida en que aportan elementos y conocimientos para la comprensión de los procesos que resultan de las intervenciones continuas en la población. Los registros de salud son fuente primordial de información relevante para los procesos de acción, retroalimentación y reorientación de lo planificado. Asimismo son testimonios de los equipos técnico-profesionales. Por lo expresado, se hace imprescindible contar con registros de salud, disponibles en forma oportuna y precisa.

La información ocupa un lugar relevante en la accesibilidad a los servicios, en la medida en que el conocimiento de los recursos con los que se cuenta permite una mejor utilización de estos y una toma de decisión consciente con relación a la salud de cada uno en su cotidianidad. Esto contribuye al ejercicio de asumirse como sujeto de derecho con un rol activo en la defensa de lo que le corresponde. Concebida de esta manera, la información se constituye en una herramienta fundamental para democratizar la salud.

Propuesta de reforma y accesibilidad

La accesibilidad implica un dominio amplio y complejo en el que intervienen las representaciones que los usuarios tienen de los servicios y la manera en que estos los pueden ayudar, así como las representaciones que los propios servicios poseen de los usuarios, basadas en un modelo de atención determinado. En este vínculo se ponen en juego los derechos de los usuarios y la concepción de salud que estos tienen.

Consideramos que, si no es tenida en cuenta la accesibilidad como uno más de los principios rectores que orienta el proceso de planificación de una Política de Estado que busca reformar la Salud de Uruguay, no se estaría contemplando la complejidad y la reciprocidad de los procesos de salud y enfermedad de una población.

En la medida en que los usuarios se integren y participen en la toma de decisiones en el sistema de salud, y se sientan parte, se podrá avanzar en la democratización de la salud, en la construcción de ciudadanía y en la del usuario como sujeto de derechos.

Para que este proceso se dé es necesario también que desde el personal médico y no médico de los servicios de salud se conciba al usuario como una persona con derechos.

Incluyendo esta dimensión de los derechos será posible comenzar a procesar una verdadera accesibilidad, ya que es indispensable pensar al otro y pensarse a sí mismo desde dicha dimensión para imaginar, trabajar y planificar desde la accesibilidad y no desde el acceso y/o la disponibilidad.

A modo de reflexión consideramos a la accesibilidad como un instrumento que nos permite analizar y evaluar la implementación de las reformas de salud de un país, nos da elementos sobre la calidad de los servicios y sobre la garantía y ejercicio de los derechos de los usuarios.

Construcción de ciudadanía y salud: las racionalidades concurrentes al trabajar para y con las comunidades. - de Lellis

El accionar recíproco entre los componentes psicosociales, socioculturales, sociojurídicos y sociopolíticos de las sociedades, así como también las racionalidades puestas en juego en las dinámicas formales e informales de interacción en los ámbitos de la cultura, la salud, la justicia, el trabajo y la educación, configuran y son la sustancia esencial de los procesos de construcción de ciudadanía. De la interacción sistémica y sinérgica de estos factores surge el perfil psicosociocultural del ciudadano, entendiendo por tal a **la persona considerada como miembro activo de un Estado, titular de derechos políticos y sometido a sus leyes.**

Trabajo profesional en escenarios comunitarios

En estas tareas siempre tienen presencia, directa o indirectamente:

1. la comunidad, en tanto pueblo soberano
2. el gobierno local, en tanto poder político
3. también el gobierno local, pero en tanto instancia administrativa
4. la universidad y sus profesionales, en tanto aporte científico-técnico

Las racionalidades básicas correspondientes a cada uno de estos componentes son:

- En el caso de la comunidad, se pone en juego la búsqueda de satisfacción de las necesidades de la vida cotidiana
- Para el gobierno local, en cuanto poder político, la acción política.
- Para la administración pública, la gestión económica y de los recursos humanos de la misma organización dentro del marco de las leyes y normas vigentes
- Para la universidad, sus profesionales y sus técnicos, la aplicación de las ciencias a través de las técnicas, y/o la aplicación de técnicas puras, a la solución de problemas y el logro de los objetivos de estas acciones con el mayor grado de eficacia posible.

Podemos imaginar cada una de ellas como un círculo que, al juntarlos de modo que se traslapen, dejan en el centro un espacio compuesto por cuatro racionalidades y, si suponemos que esta convergencia es armónica, en este espacio se podrá alcanzar plenamente los objetivos de un programa comunitario con un alto grado de participación y desarrollo de ciudadanía.

Esquema 2. Interacción entre las racionalidades básicas



Cambio de paradigma

Hay un camino que es complejo, como proceso social, pero resulta ser eficaz y, en el mediano y largo plazo, eficiente. Consiste en trabajar para cambiar los paradigmas puestos en juego y las formas de asumir las responsabilidades cívicas. Haciendo una apretada síntesis de estos dos objetivos, se puede decir que los cambios planteados implican respetar lo público en todos sus componentes, dimensiones y finalidades.

- Por parte de los miembros de una comunidad, respetar lo público implica participar comunitariamente, no individualmente o corporativamente, y actuar por el bien común.
- Para los políticos, involucra la comprensión y aceptación de su condición de servidores públicos. Por ejemplo, desde este punto de vista, la protesta y la resistencia social masiva que pacíficamente tengan por objetivo denunciar la injusticia y/o arbitrariedad de un determinado gobierno, lejos de ser hechos que subvierten la institucionalización, son manifestaciones genuinas de la democracia.
- Los integrantes de la administración pública deben transformar el uso de su poder pasándolo de la obstaculización a la facilitación.
- Por último, para los profesionales y técnicos implica construir sus conocimientos científico-técnicos y desarrollar sus destrezas a partir de los problemas del país y de las comunidades con las cuales trabajen anteponiendo, por lejos, el valor de los problemas y su solución al valor de sus teorías, sus técnicas y sus funciones.

Las condiciones de salud de una sociedad están íntimamente relacionadas con las características de las dinámicas política y económico-política de la misma y de su gobierno, en la jurisdicción que corresponda: municipal, provincial/departamental, o nacional. La mejor situación de salud posible surge cuando dicha sociedad mantiene una democracia plena.

Ahora, la dinámica política de una comunidad o de una sociedad (también la calidad de su gobierno) depende del desarrollo de ciudadanía alcanzado por sus integrantes, de lo que se puede deducir, desde nuestro punto de vista, que el avance en la construcción de ciudadanía incidirá directamente en las condiciones de salud de los miembros del conglomerado social del que se trate y, por un proceso de retroalimentación, la buena

situación de salud, entendida está como proceso pleno de la vida e instancia de desarrollo humano integral, reforzará su condición de ciudadanos que, al propagarse y profundizarse, irán progresivamente transformando las democracias formales en democracias plenas o sustantivas.

Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores - Salinas

Regularmente, en el campo de la atención a la salud, se ha definido a la calidad considerando los siguientes criterios básicos:

- Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia
- Prestar los cuidados apropiados a las necesidades
- Otorgar en forma idónea la atención de cuidados de salud de que se es capaz
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente

De acuerdo a dichos criterios, los parámetros de la atención a la salud deben establecerse por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad.

De esta manera, los parámetros de la calidad en el campo de la atención a la salud serán diferentes, dependiendo de la posición funcional que las personas guarden dentro del sistema de cuidado de la salud. Por consiguiente, el concepto de calidad para el médico, el paciente, el político, el empresario, etc. no es el mismo, propiciando que haya una gran diversidad de parámetros de calidad, con la consecuente dificultad teórica y metodológica para compararlos

Gronroos (1982) ha agrupado a los parámetros en 4 tipos generales:

- a) **Calidad científico-técnica:** se juzga en relación a los avances técnicos y científicos disponibles en ese momento y con base en el juicio profesional
- b) **Calidad funcional:** es la atención que se presta tal como es percibida por el paciente o su familia
- c) **Calidad corporativa:** la imagen que transmite un centro de salud, juzgada por pacientes, profesionales, etc, y que condiciona a los otros elementos de la calidad
- d) **Gestión de la calidad:** es el conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una institución

Otro concepto relacionado con la calidad es el de **calidad total**. Se habla de calidad total cuando se busca mejorar día a día los procesos implicados en la atención de salud, incorporando a todos los profesionales que intervienen en ellos.

Los principios de calidad total incluyen: ejemplaridad de la dirección, preocupación por la mejora continua, adhesión de todos los profesionales, cambio en la cultura de la organización para introducir y compartir los valores de la preocupación por la mejora, incorporación del punto de vista del cliente, etc.

En la evaluación de la calidad, no solo se miden resultados técnicos, sino también es importante si el paciente queda satisfecho. La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no solo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas.

Definición de la calidad de atención

Existen dos tipos de definiciones, unas realizan la definición desde un punto de vista funcional, y otras desde el análisis de sus componentes. El análisis de ambos tipos de definiciones nos permite establecer que la calidad de la atención tiene dos componentes interactuantes:

- 1) **Aspectos técnicos:** los aspectos relacionados con la prestación del servicio, tanto en lo que se refiere a la infraestructura, insumos, adecuación a las características de la población que se atiende, la cualificación del personal, los procesos de cuidado de la salud conforme al desarrollo técnico-científico del momento, etc.
- 2) **Aspectos humanos:** se refieren a los aspectos relacionados con la interacción social en todo el proceso

Ambos componentes están ligados de manera indisoluble, ya que aisladamente no sería posible obtener un nivel aceptable de la calidad de atención. Es importante que haya un balance óptimo entre los aspectos técnicos y los humanos.

La satisfacción en la evaluación de la calidad de la atención

Un componente esencial de la satisfacción es el cumplimiento de las expectativas, estas se conciben como la probabilidad percibida por un individuo de que ocurra un evento cuando anteriormente ocurrieron varios del mismo tipo en condiciones similares. Existen a menos 4 tipos de expectativas que utiliza el usuario en el momento en que este evalúa los servicios:

1. Lo ideal a lo esperado
2. Lo mínimo al menor nivel esperado
3. Lo esperado en relación a la experiencia anterior
4. Lo merecido a lo esperado

La evaluación de la calidad de la atención debe tener las características de integralidad y sistematicidad para que sea confiable y válida, considerando componentes adecuados a la naturaleza del servicio. Elaborar estrategias e instrumentos de evaluación de la satisfacción implica seleccionar componentes de la atención que están definidos por la naturaleza y organización del servicio que se ofrece en un contexto institucional y cultural determinado. Si los instrumentos de satisfacción están diseñados sin haber hecho un análisis de los componentes definitorios del servicio entonces habrá pocas posibilidades de encontrar áreas y procesos que mejorar efectivamente.

La evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la psicología

El modelo más relevante y reconocido de evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la medicina es el de Pabón (1985). Dicho modelo, o sus clasificaciones en su totalidad, no son aplicables tal cual a situaciones de la oferta de atención psicológica, ya que la naturaleza de la práctica médica es diferente. Sin embargo, algunas clasificaciones pueden adaptarse si se cumplen algunas condiciones o características.

¿Qué condiciones y características debe tener la institución en la que se lleva a cabo la atención psicológica para aplicar diversas clasificaciones en la evaluación de la calidad de la atención?

- Creemos que es más fácil que sean instituciones de salud que lleven a cabo las prácticas de aplicación de la psicología.
- Que dichas instituciones tengan objetivos orientados a la atención de necesidades de la comunidad y la prevención en su área de influencia dentro de su ámbito de competencia profesional.
- Que se tengan identificados de manera concreta e inconfundible los procesos de la atención y los procedimientos aplicables en cada uno de los primeros. Es decir, es necesario que se tengan identificadas, definidas, planeadas y organizadas todas las etapas de la atención, así como los procesos que lo componen. En este sentido, algunos modelos facilitan más la aplicación de un programa integral de evaluación de la calidad, como es el caso de la orientación conductual, ya que en estos se identifican más fácilmente fases y procesos definidos y sistematizados.
- También debe estar plenamente identificada la estructura organizacional de la institución, los recursos materiales con los que se cuenta, sus características y la posibilidad de desarrollar programas de prevención e intervención a nivel individual y comunitario.

Una propuesta de clasificación para la evaluación de la calidad de la atención en ámbitos de la aplicación de la psicología en instituciones de servicio social comunitario

Desde esta propuesta se define la calidad **como la manera de hacer las cosas en las que predomina el interés de satisfacer al usuario y mejorar cotidianamente los procesos y resultados**. Esta conceptualización implica considerar a la mejora continua como manera de gestión para lograr los objetivos de la calidad.

La calidad, en este sentido está dada por diversos factores en interacción, que contemplan tanto a los prestadores del servicio, como a la estructura del mismo y a los usuarios.

Dicha definición plantea diferentes objetivos:

1. buscar activamente la satisfacción del usuario, priorizando la satisfacción de sus necesidades y expectativas
2. orientar la cultura de la organización, dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora continua e introduciendo métodos de trabajo que lo faciliten
3. motivar a los prestadores del servicio para que sean capaces de producir servicios de alta calidad

Los programas de calidad deben considerar los siguientes parámetros:

1. prestar servicios de atención psicoterapéutica, de acuerdo al estado actual de la ciencia
2. proporcionar a los usuarios del servicio la orientación apropiada a sus necesidades
3. otorgar en forma idónea la atención psicoterapéutica de que se es capaz y de acuerdo con el desarrollo actual en las teorías y conforme a los adelantos en la psicología moderna

4. lograr orientaciones y cambios de conducta que satisfagan a los usuarios y sus grupos de origen y/o referencia socio-cultural

El logro de la calidad de la atención psicoterapéutica requiere de un proceso continuo de evaluación desde 3 ámbitos distintos:

1. **calidad científico-técnica:** juzgada conforme al juicio profesional y los avances técnicos y científicos en el campo de la psicología
2. **calidad funcional:** la cual se refiere a la percepción del usuario y a su satisfacción con la psicoterapia
3. **calidad corporativa:** juzgada a través de la imagen que transmite el centro de atención psicoterapéutica para los usuarios, profesionales, comunidad, etc

La evaluación de la calidad de la atención en ámbitos de la psicología debe comprender los componentes de la triada de Donabedian (1966): estructura, proceso y resultado.

Al considerar la **estructura**, se deben considerar sus dos dimensiones:

1. **Disponibilidad:** define los recursos (horas terapeuta, consultorios) por un número determinado de personas en la población objetivo
2. **Accesibilidad:** además de la disponibilidad de recursos se requiere que estos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos. Por lo tanto la accesibilidad está íntimamente ligada a la disponibilidad. En el estudio de la accesibilidad se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso del servicio por parte de la población: obstáculos económicos; obstáculos de organización; barreras culturales; etc.

Al considerar el **proceso**, existen algunos componentes y criterios útiles:

- **Extensión e intensidad de uso:** la extensión del uso señala proporción de la población objetivo que hizo contacto con el servicio durante cierto periodo, pero no dice si el contacto era necesario o si tuvo el efecto esperado
- **Cobertura:** se refiere a la proporción de personas que necesitan los servicios y lo usan
- **Utilización cuantitativa:** se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo
- **Productividad y rendimiento:** se define como productividad, el número de actividades o servicios desempeñados por una unidad de recursos existentes en un tiempo dado
- **Calidad:** la cual se define en términos de 4 variables: **a) integralidad:** es decir, satisfacer todas las necesidades de los usuarios; **b) contenidos:** es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso; **c) destreza:** es decir, hacer bien lo que se debe hacer y; **d) oportunidad:** es decir, hacer a tiempo y en secuencia adecuada lo que se debe hacer

Para evaluar los servicios de psicología se requieren inicialmente tener una descripción orientada a 3 elementos generales:

1. la población con sus necesidades
2. los recursos de atención existentes
3. las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos

Cualquiera que sea el marco teórico y conceptual que se adopte para conocer la realidad y emitir un juicio evaluativo, no puede prescindir de estos 3 elementos que describen la situación.

- **La población y sus necesidades de atención psicológica:** se enfoca en ilustrar la forma como se podrían describir, con la información disponible, las necesidades de atención psicológica de la población: cuáles son los principales trastornos psicológicos.
- **Recursos:** se enfoca en la descripción de los bienes o medios existentes en el servicio de psicología, no sólo en términos de cantidades sino también de su arreglo o composición. Estos son bienes que se utilizan para producir y proveer los servicios. Se clasifican en dos grandes grupos: los recursos físicos y los humanos.
- **Actividades:** se describen las actividades más significativas que desarrollan los servicios con los recursos existentes. Se definen para el cumplimiento de los objetivos del servicio de psicología, e implican tanto los recursos, como determinadas funciones que se miden en términos de actividades.

En el proceso de atención se tienen dos tipos de elementos cuya calidad es posible de evaluar, uno de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental. Los elementos de carácter técnico tienen que ver preferencialmente con la eficacia de los servicios. Los elementos humanos y ambientales determinan preferencialmente la satisfacción del usuario.

La infraestructura administrativa afecta directamente la calidad técnica pues, por ejemplo: la oportunidad del contacto con el servicio y el usuario depende del diseño y de la operación de los procesos administrativos. Así mismo afecta directamente la calidad humana, ya que la apreciación del usuario depende del ambiente físico que encuentre (limpieza, orden, iluminación, etc) y de su contacto con el personal administrativo. En resumen, ante problemas de calidad inadecuada debe mirarse primordialmente a factores internos del servicio.

Al considerar los **resultados**, la evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación de sus resultados o de su impacto sobre las personas que son objetivo de los servicios. El resultado de las acciones de los servicios de salud se define como efectividad. La efectividad se determina sobre el proceso donde en base a la necesidad que los individuos de la población perciben, se acercan a los servicios diseñados para resolverla y regresan a la población con su necesidad resuelta o no.

Otro indicador de los resultados es la **cobertura**: la cual se define como la proporción de personas con necesidad de servicios que lo ha recibido para dicha necesidad.

Eficacia: condiciona la efectividad, al igual que la cobertura. Se mide en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio.

Eficiencia: es la relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados.

Las siguientes estrategias permiten aumentar la eficiencia:

- concentración de atención del servicio en los casos de alto riesgo a través de acciones de mercadeo (orientación a la comunidad)
- Selección de procedimientos diagnósticos de máxima confiabilidad
- Mejoramiento de las relaciones interpersonales entre los proveedores y los usuarios

Concluimos que la evaluación de calidad de la atención psicológica es un proceso factible y válido si es contemplado en un programa operativo con indicadores concretos y estrategias de recolección de información diseñadas de acuerdo a la naturaleza del servicio que se ofrece. El desarrollo de un programa de evaluación de la calidad de la atención psicológica requiere del concurso de todos los implicados en el servicio prestado y debe asegurarse mecanismos que motiven la participación de los mismos.

Ley N°18.335. Pacientes y usuarios de los servicios de salud - Diario Oficial R.O.U

Artículo 2°: los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Artículo 3°: se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.

Artículo 4°: se entiende por trabajador de la salud, a los efectos de los derechos de los pacientes, a toda persona que desempeñe funciones y este habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.

Artículo 5°: es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Artículo 6°: Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 7°: Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.

Artículo 11°: Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se este frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

Artículo 12°: todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la metodología de la misma y una vez que la Comisión de Bioética de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo.(...)

Artículo 13°: Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado de acuerdo con lo establecido por el artículo 50 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Artículo 18°: Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. (...) En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber).

De los deberes de los pacientes

Artículo 22°: toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República. Asimismo tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal. El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.

Artículo 23°: el paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.

Artículo 24°: el paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la histórica clínica, siendo considerada la situación como de “alta contra la voluntad médica”, quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

La responsabilidad profesional en la protección de la salud como Derecho - Rudolf

El sistema nacional integrado de salud (SNIS) plantea el desafío de un cambio con el modelo de atención, cambio que trasciende ampliamente las fronteras del sector salud, ya que implica la perspectiva global que la sociedad tiene acerca de la salud así como su forma de expresarla en sus prácticas.

Denominamos “modelo de atención” a un constructo teórico que oficia como base para un sistema organizado de prácticas relativas al proceso de salud-enfermedad-atención, que en esencia son prácticas sociales: prácticas en salud, formas de asistencia, formación de profesionales, etc. Implica aspectos tan generales como la concepción acerca del ser humano y sus derechos, y aspectos más específicos como los modelos explicativos de los procesos Salud-Enfermedad-Atención, la participación de los sujetos, la ética profesional, las prácticas de cura, los estilos de vida, y sustenta decisiones sobre las personas y los colectivos que tienen que ver con el funcionamiento del sistema así como con otros aspectos de la vida en sociedad.

El modelo de atención está constituido sobre la base de una orientación cultural que tiene que ver con el valor que la sociedad otorga a la salud y la forma en que interpreta su producción y sus problemas.

El Uruguay se inscribe en una matriz cultural en la que predomina un modelo que se ha definido como medicalizado.

- **La medicalización:** se refiere al desarrollo de una forma de encarar los temas sanitarios como una forma más de consolidar un dominio de clase. Condujo a que la población dejara de pensar en su salud, para preocuparse más bien de su enfermedad y a su vez se convenciera de su ignorancia con respecto al tema, para hacerse totalmente dependiente de la casta profesional. Es así que se opera una sustitución de significados, pasando a utilizarse la palabra “salud” cuando se está hablando de “enfermedad”, a que los hospitales y policlínicas sean llamados “centros de salud”, etc.
- **La patologización:** tiene que ver con una desvalorización o un descrédito de todo aquello que los ciudadanos pueden legitimar, espontánea y “saludablemente” hacer por su salud, para poner todo el énfasis en la patología, su diagnóstico y su curación. Un sistema de salud que funciona adecuadamente tiene que impedir que la población se enferme. Esto se logra en primer lugar fomentando la salud, fortaleciéndola en sí misma. En segundo lugar deben prevenirse aquellas enfermedades cuyas condiciones de desarrollo se conocen y deben diagnosticarse y tratarse lo más precozmente posible. Esto se hace con educación y acercando los centros de asistencia (no de salud) a los lugares donde la gente desarrolla su vida cotidiana, y haciéndolos accesibles.
- **La participación:** constituye un recurso que ha sido dejado de lado, produciendo un verdadero proceso de “expropiación” de la salud de la gente, y de desvalorización de su capacidad de intervenir activamente en los procesos de mantener o recuperar la salud. Lo más grave de esto es la afectación de la capacidad de ejercicio pleno de la ciudadanía, ya que los ciudadanos se transforman en pacientes y solo tienen una relación fragmentada, sesgada y dependiente con la “salud” (enfermedad).

Estos 3 elementos son desafíos a superar en el más amplio desarrollo del nuevo SNIS. De hecho, el cambio verdaderamente revolucionario en la salud es un cambio **cultural** y consiste en el desarrollo de “más” ciudadanía en términos generales, lo cual redundará en mayor calidad de vida.

La equidad en salud es inalcanzable solamente a través de una mejor distribución de la asistencia o de los cuidados médicos, requiere equidad en las condiciones sociales de vida, o sea: **lo que está casi totalmente por fuera del sector salud.**

Algunas referencias al derecho a la salud como derecho

El derecho a la salud no debe ser entendido como el derecho a estar sano sino “el derecho a un sistema de protección de la salud que proporcione igualdad de oportunidades para alcanzar el mayor nivel posible de salud”. Abarca un amplio rango de factores socioeconómicos que promueven condiciones en las que la gente puede desarrollar una vida sana y se extiende a determinantes relacionados: alimentación, vivienda, agua potable y disposición sanitaria, condiciones de trabajo, medio ambiente saludable, educación etc.

Desde mi punto de vista, el derecho a la salud se expresa en la disminución de las oportunidades de necesitar al sistema de salud.

Principios filosóficos de la política de salud progresista

- La salud como un bien social, derecho humano esencial, responsabilidad del Estado. Encarada con un enfoque integral, que incorpora los determinantes ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos que hacen a la calidad de vida de la población.
- Atención a la salud orientada por los principios de: universalidad, continuidad, integralidad, equidad, oportunidad, calidad aceptable, eficacia, eficiencia social y económica, atención humanitaria, participación social, gestión democrática, derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación, centralización normativa y descentralización en la ejecución, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, sustentabilidad.
- El cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la prevención y promoción a la salud con una estrategia de APS con énfasis especial en el primer nivel de atención.

Objetivos del SNIS

1. Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas áreas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
2. Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, etc.

3. Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
4. Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
5. etc

El fortalecimiento del primer nivel de atención es un punto crítico, ya que es esencial a la estrategia de APS, a los principios de la reforma, y es una debilidad estructural grave, sobre todo del subsector privado.

El perfil de los profesionales de la salud y el desafío de su adecuación a las expectativas de la reforma

Necesitamos profesionales que:

- se formen desde una concepción de la salud en un sentido positivo
- que sepan trabajar en equipo, y no solamente interdisciplinariamente, sino que valoren los procesos colectivos como generadores de formas más perfeccionadas de conocimiento y resolución de problemas
- que sean capaces de valorar los intercambios sociales como generadores de salud, lo cual va a hacer que sepan relacionarse mejor con los usuarios, porque van a respetar más a las comunidades como coproductoras de su salud, y a la vez van a poder colaborar en los procesos de fortalecimiento (empoderamiento) ciudadano en relación a la salud.
- que estén convencidos de que los “dueños” de la salud son los ciudadanos y que ello significa oportunidades equitativas y libertad de decisión informada, tanto en los planos individuales como colectivos.
- que se dejen interpelar por la realidad, que no apliquen rutinariamente recetas, protocolos, rutinas

Esto quiere decir que se necesita una actualización permanente, capacitación, recertificación, la modalidad que sea. Y se necesita investigación.

En relación a ambas líneas: formación y capacitación, y a la investigación, se hace necesario analizar el lugar y el papel de la Universidad.

Módulo 8 - Aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad-atención. La atención a los problemas de salud y enfermedades en el 2do y 3er nivel. Relación asistencial. Habilidades psicosociales de los profesionales de la salud.

Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico - Benítez-Agudelo

La larga estancia hospitalaria se relaciona generalmente con el desprendimiento del individuo de su medio natural, que puede generarle estados de tristeza, ansiedad y desencadenar efectos negativos como la baja expresión emocional.

Las implicaciones psicológicas que puede conllevar la hospitalización son múltiples e impactan sobre el paciente en diferentes áreas. Solo el ingreso al hospital genera un importante nivel de angustia. Es un territorio desconocido, donde el paciente se ve sometido a una serie de rutinas y en el que incluso con frecuencia desconoce la terminología que los sanitarios emplean para dirigirse a él.

Existen muchos factores que intervienen en las reacciones que puede presentar un individuo en el momento de ser hospitalizado, entre las que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad que padece, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud que le rodean.

Es por esto que se hace necesario, desde un punto de vista de atención integral en salud, contemplar necesariamente los aspectos biológico, psicológico y social de los pacientes con larga estancia hospitalaria. Así mismo, atendiendo al interés de la Psicología Hospitalaria, es necesario fomentar la salud y el bienestar para que el paciente se sienta protegido física y emocionalmente.

Uno de los aspectos que más generan choque y confusión en los pacientes con larga estancia hospitalaria, es el abandonar sus actividades laborales y cotidianas, lo que añadido a su deterioro físico y a la sintomatología clínica generada por la o las patologías que incrementan su estancia, provoca una deshabitación en sus actividades diarias, y facilita la manifestación de conductas no adaptativas en el proceso de hospitalización.

Martin y col. (2003) afirman que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, aunque no guarda relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría. De este modo, la depresión en pacientes con larga estancia hospitalaria, no necesariamente se clasifica como un trastorno depresivo, sino como un estado de tristeza consecuente al diagnóstico y afrontamiento de una enfermedad de manejo hospitalario prolongado por su necesidad o tipo de tratamiento. Es así que tiene una repercusión en el estado emocional de los individuos, sus conductas, actitudes y pensamientos, que en su mayoría pueden ser no adaptativos en el momento de afrontar la enfermedad durante la hospitalización. Los pacientes con larga estancia hospitalaria tienen una mayor tendencia a padecer depresión, más como consecuencia de un estado que

perciben como peligroso para su integridad, que como un rasgo de su personalidad que los haga más propensos a padecerla que otros individuos.

En cuanto a la ansiedad -como estado- no es significativa en los pacientes con larga estancia hospitalaria. Las manifestaciones sintomáticas que se pueden presentar en estos pacientes, como nerviosismo, sudoración o intranquilidad, se pueden dar como una respuesta adaptativa del individuo ante una situación que este considere amenazante, y no considerarse por tanto como una respuesta patológica.

Respecto a las **estrategias de afrontamiento**, planteadas por Sandín y Chorot (2003) como todos *los esfuerzos que realiza un individuo para afrontar las circunstancias que le generan estrés y de esa manera reducir los estresantes negativos del ambiente*, las dos más utilizadas por los pacientes con larga estancia hospitalaria son:

- **La reevaluación positiva**, reencuadrando su situación de mejor manera, es decir, reconocen el evento como estresante, pero sin embargo se centran en lo positivo de la situación.
- **La baja expresión emocional abierta** también se mostró como una de las estrategias más utilizadas por los pacientes con larga estancia hospitalaria; estos pacientes reprimen constantemente sus pensamientos, sentimientos y emociones, lo cual conlleva a un aumento de su carga psíquica, generando un progreso en la enfermedad, y dificultando de esta manera la relación médico-paciente.

Respecto a la búsqueda de apoyo social se encuentra en estudios realizados que una gran parte de los pacientes, al inicio de su hospitalización, identifican las redes de apoyo cercanas que les pueden ayudar a afrontar las situaciones generadas por su enfermedad, pero a medida que avanza la enfermedad y se prolonga el tiempo de hospitalización, estos pacientes tienden a alejarse, a ensimismarse y a utilizar otro tipo de estrategias para afrontar su enfermedad.

Con base a estos resultados y a la experiencia clínica, creemos fundamentada la importancia de la creación de un protocolo de manejo de estos pacientes con larga estancia hospitalaria que incluya sus aspectos psicológicos donde variables como la ansiedad, la depresión y las estrategias de afrontamiento del individuo deben ser consideradas por los equipos interdisciplinarios.

Creemos que en el manejo de estos pacientes es de vital importancia realizar una historia clínica psicológica, seguida de la inmersión del paciente en el medio hospitalario para ayudar a disminuir los niveles de ansiedad que pueda presentar ante los procedimientos médicos a los que se va a someter, dando importancia a su psicoeducación. Debido a la por lo general larga estancia de los pacientes ingresados se vuelve relevante valorar junto con ellos la importancia y los beneficios de su hospitalización, y posteriormente transmitir esta información a la familia debido a que esta es el núcleo de apoyo básico del paciente para enfrentar este tipo de eventos, que en la mayoría de los casos desbordan los recursos cognitivos y emocionales del individuo.

Es por todo esto que consideramos fundamental la necesidad de incluir más psicólogos en los procesos que manejan los cirujanos plásticos en las Unidades de Quemados y otros profesionales médicos en las Unidades de Aislados de los hospitales, entendiendo la importancia que la función de estos especialistas puede llegar a tener en los equipos

interdisciplinarios de salud en base a los datos recogidos en nuestro estudio y otros similares.

Concluimos en que se hace necesario el manejo psicológico de los pacientes para poder detectar los síntomas clínicos que puedan afectar su proceso de recuperación, y para poner en marcha protocolos que ayuden a evitar o disminuir estas manifestaciones, en su mayoría patológicas. Planteamos por tanto como útil y necesaria la integración de psicólogos clínicos en las unidades de larga estancia hospitalaria, en las que estos profesionales especializados pueden trabajar de la mano con el equipo interdisciplinario para contribuir a mejorar la atención y recuperación de este grupo de pacientes.

Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica - Moreno-Altamirano

El proceso salud-padecimiento-enfermedad-atención incluye *el padecer* como parte fundamental en el trayecto entre salud y enfermedad dada su relevancia en el enfoque socioantropológico que revela su interrelación así como las condiciones específicas de un sistema cultural.

De acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización, las personas han elaborado diferentes conceptos sobre salud, enfermedad, forma de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud.

En ocasiones la eficacia de las recomendaciones se ha basado en lo que se ha denominado como *fe de los enfermos*. De acuerdo a Levi-Strauss, la eficacia simbólica alude radicalmente a apelar a la fe para entender los fenómenos de cura ritual y de recomposición simbólica, interpretado por el autor como la cura por la palabra. Esto es, la cura de lo real por medio de lo simbólico, sin embargo, para que esto realmente sea eficaz es necesario que el simbolismo utilizado este basado en un régimen de conexión simbólica compartido por el especialista, el enfermo y su grupo social de referencia.

El lenguaje que subyace a todo pensamiento está cargado de imágenes matizadas por emociones y experiencias. El paciente, junto con el chamán, reinterpreta los signos y significados, y será la construcción de esa realidad lo que lo lleva a curarse. Según Levi-Strauss, el enfermo debe creer en esa realidad, y ser miembro de una sociedad que también crea en ella.

Nociones de enfermedad (Canguilhem)

- **Noción ontológica:** considera al enfermo como un hombre al que le ha penetrado o se le ha quitado algo. La enfermedad es una entidad con existencia independiente capaz de provocar un mal, así, la pérdida de salud se atribuye a razones de índole mágica. Por ejemplo, en algunos casos, la pérdida de la salud se consideraba como un castigo divino provocado por transgresiones individuales o grupales.
- **Noción dinámica:** en la Grecia clásica se consideraba que tanto la salud como la enfermedad estaban regidas por leyes naturales y reflejaban la influencia ejercida por el medio y las condiciones higiénicas; contemplaba la salud como el resultado de una relación armoniosa entre el hombre y su ambiente, del equilibrio de los humores

corporales, como resultado de la combinación con los elementos primarios de la naturaleza. Los tratamientos consisten en distintos medios para preservar o devolver el equilibrio corporal. Más adelante, por el siglo XX, con la medicina occidental y los avances de la ciencia se propone la idea de que la noción de salud señala un equilibrio relativo entre la estructura y la función corporal, que es consecuencia de la tensión dinámica del organismo ante las fuerzas que tienden a destruirlo, otras teorías plantean que en los seres vivos el ambiente interno, que es el resultado del funcionamiento del organismo, preserva la función necesaria de equilibrio (homeostasis) e intercambio con el ambiente.

- **Noción social:** en Europa en la modernidad los médicos centraron su atención en la situación socio-política y en las condiciones de trabajo y de vida como factores etiológicos de la enfermedad. Privilegian lo social como el factor más importante, dado que este explica a su vez la aparición de otros agentes participantes como desnutrición, insalubridad y contaminación, entre otros. Está es la primera perspectiva en la historia que señala lo social como el factor causal más importante de la enfermedad.
- **Noción histórico-social:** surge a mediados del siglo XX y plantea que la génesis de los perfiles diferenciales de la salud y la enfermedad se explican de acuerdo con el contexto histórico, el modelo de producción y las clases sociales

Parsons desde el enfoque social hace la primera referencia sobre el concepto de malestar como componente social del complejo enfermedad-padecimiento. Para el autor, la salud y la enfermedad no solo son condiciones o estados del individuo humano considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades.

Está tercera concepción considera la enfermedad como un hecho social. No la concibe sólo como un hecho fisiológico, sino dentro de un sistema social con un rol del enfermo definido, lo que da lugar al concepto de salud como bienestar social. Sin embargo, el concepto de bienestar es un concepto relativo, que depende no solo del lugar y la época histórica en la cual se exprese, sino fundamentalmente de la concepción que de él tenga cada sociedad. Por este motivo, el esfuerzo de plantear a la salud simplemente como bienestar conduce a no definirla de ninguna manera específica.

Perspectiva antropológica

Desde esta perspectiva se han realizado esfuerzos para diferenciar entre enfermedad y padecimiento. Susser propone a la enfermedad como proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva, y al padecer como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo.

Kleinman por su parte plantea que tanto la enfermedad como el padecimiento son construcciones sociales. Define al malestar como padecimiento más enfermedad, y argumenta que el padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar, y por lo tanto, el padecer antecede al malestar. El malestar, así, requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción.

Otros autores proponen el modelo denominado “cultural hermenéutico” y sugieren que en el proceso de la enfermedad se relacionan los estados biológicos y psicológicos, mientras que el padecimiento está situado en el dominio del lenguaje y los significados, por lo que constituyen la experiencia. Es decir, el padecimiento es fundamentalmente semántico, y su transformación en enfermedad, como experiencia humana y objeto de atención médica, ocurre por medio de un proceso de atribución de significados. De esta manera, el padecimiento se convierte en una experiencia con significado para cada individuo dentro de la red de significados inherente a cada cultura particular.

Las propuestas anteriores colocan al malestar en una categoría subordinada a la enfermedad y al padecimiento, pero para Young le corresponden la misma relevancia.

Concluimos en base a todo lo anterior, que es necesario seguir construyendo sobre el trinomio enfermedad-padecimiento-malestar como parte constitutiva del trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención, es decir, sobre el proceso de enfermarse sin dejar de lado su connotación social, las trayectorias individuales, los símbolos culturales, el contexto macrosocial y la determinación histórica.

Capítulo 5. Psicología para las ciencias de la salud. La dimensión asistencial - Nieto-Munuera

El encuentro médico-paciente

A lo largo de la historia, el ejercicio de la medicina se ha producido forzosamente en el marco del encuentro entre dos personas: el enfermo y el médico.

La denominación “relación médico-enfermo” es la que tradicionalmente se ha venido empleando para designar el encuentro entre la persona enferma y el médico. Sin embargo, hoy día empleamos también otras denominaciones que perfilan esa relación y que responden a diversas razones. La persona que consulta no siempre es un enfermo, muchas personas sanas consultan para descartar una enfermedad o para someterse a una revisión rutinaria. Por ello, el término enfermo ha dado paso a otro más genérico, que es el de paciente, siendo la denominación relación médico-paciente. Sin embargo, en los últimos tiempos ha aparecido el término “usuario”, que ha dado pie a hablar de la relación médico-usuario, dicha denominación se sustenta en la consideración de que el ciudadano es un usuario de los servicios de salud, y no necesariamente un enfermo o un paciente, ya que el término “paciente” designa un papel pasivo, y en la actualidad se procura que los sujetos ejerzan un papel activo y participen en los procesos de toma de decisiones, por lo que el término usuario sería el más apropiado. No obstante, esta última denominación no solo no cuenta con un apoyo unánime, sino que ha recibido duras críticas, por lo que nos referiremos a la relación asistencial denominándola como relación médico-paciente, que es la más común y frecuente en el ejercicio clínico.

Pese a la importancia que la relación médico-paciente tiene en la práctica clínica, su estudio es relativamente reciente.

Dimensiones básicas de la relación médico-paciente

La relación médico-paciente se puede entender como la relación que se establece entre el paciente y médico que aplica sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento de aquel. La finalidad de esta relación es devolver la salud al paciente, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.

La relación médico-paciente es una relación de ayuda y al mismo tiempo es una relación técnica. Además, esa doble relación de ayuda técnica se establece en un marco social concreto y se estructura a través de una situación de interacción personal directa. Estas dos circunstancias (el marco social y la interacción personal) constituyen las dos dimensiones básicas de esta relación de ayuda técnica que es la relación médico-paciente.

1. La relación médico-paciente como relación social institucionalizada

La primera dimensión de la relación médico-paciente es su carácter de institución social. Se trata de un fenómeno que tiene su base en el carácter de hecho social que constitutivamente tiene la enfermedad humana, la cual no solo es un hecho biológico, psicológico y biográfico.

En tanto que hecho social, la enfermedad es fundamentalmente un fenómeno de desviación de la norma que sitúa al que la padece en una situación peculiar y que le impone unos comportamientos específicos: el rol de enfermo. Frente a este personaje social que es el enfermo, ha surgido en todas las culturas otro personaje complementario que es el sanador (chamán, mago, curandero, médico, etc).

La relación médico-enfermo es una relación social institucionalizada que, en líneas generales, está programada socialmente en función del estatus y las expectativas de rol que ambos tienen asignados y que son por ellos asumidos. Por tanto, en un primer nivel de análisis, médico y enfermo se comportan en su encuentro según esa programación de sus roles, que define sus obligaciones y derechos.

Estatus y rol del enfermo	Estatus y rol del médico
1. No buscar deliberadamente enfermarse. Desear la curación. 2. Legitimar socialmente la enfermedad. 3. Aceptar las limitaciones de la enfermedad. 4. Buscar ayuda competente y cooperar en la curación 5. Exención de las responsabilidades del rol normal	1. Competencia técnica 2. Actitud universalista 3. Actitud altruista 4. Neutralidad afectiva 5. Legitimación social de la enfermedad 6. Manipulación con fines específicos

2. La relación médico-paciente como sistema social

El primer nivel de análisis anterior de la relación médico-paciente como institución social proporciona solamente un modelo abstracto de ella. Para darle contenido y acercarnos a su realidad, debemos proceder al estudio de la segunda dimensión, es decir, la que se centra

en la relación interpersonal, en la que dos personas concretas interactúan, cuyo resultado final dependerá en gran parte de la interacción que entre ellas haya tenido lugar.

Desde este punto de vista, la relación médico-paciente aparece en sí misma como un sistema social que engloba las dos individualidades en una unidad nueva cuyo funcionamiento está gobernado por las reglas que rigen la dinámica de los sistemas abiertos.

Existen ciertos matices específicos de la relación en función de la finalidad, del tipo de enfermedad y del contexto concreto en donde se da dicha relación. Además dependerá también de las variables de los participantes, de la motivación de ambos, así como de las características psicológicas individuales, las habilidades comunicativas, las estrategias relacionales, las actitudes y, en definitiva, de la forma en que cada participante asume su rol. Por tanto, la configuración global de la relación médico-paciente dependerá de la integración de ambas variables (variables de situación y variables de los participantes) que generan significados y expectativas de comportamiento.

La configuración de la situación relacional está determinada por el doble juego de significados y por sus correspondientes expectativas, es decir, lo que el médico y el paciente significan y lo que uno y otro esperan.

Respecto al establecimiento de la dinámica interactiva entre médico y paciente, ésta tiene lugar a través del intercambio de mensajes entre ambos. Recordemos que entre dos personas siempre se produce el intercambio de distintos tipos de mensajes simultáneamente, mensajes que son tanto verbales como paraverbales. Así pues, el proceso de interacción en la relación va a depender de la organización del intercambio circular de mensajes que configura la interacción-comunicación a partir del tipo de relación establecida. Por tanto, la clase de relación es la clave del destino de la relación. El factor decisivo de la estructuración, mantenimiento y estabilización de este sistema interactivo es el significado que, en cuanto a satisfacción de necesidades de tipo personal, tiene para los participantes el tipo de relación establecida entre ellos.

En definitiva, el destino de la relación médico-paciente estará condicionado, en gran medida, por lo que el médico y el enfermo vayan significando para sí mismos y para el otro a lo largo del proceso de interacción.

Modalidades de la relación médico-paciente

La relación médico-paciente puede presentar múltiples formas en función de diversos factores.

En primer lugar, y desde una perspectiva histórica, el tipo de relación médico-paciente va cambiando en función de factores tales como la concepción de la enfermedad que en cada momento tenga la medicina o el tipo de asistencia que se dispensa a los pacientes.

En segundo lugar, existen una serie de factores, como el tipo de enfermedad de que se trate, el grado posible de participación del enfermo, el tipo de ejercicio profesional del

médico, el tipo de asistencia, o la personalidad de los participantes, que condicionan distintos tipos de relación entre el médico y el paciente.

A partir de estas características, es posible esbozar 4 modalidades de relación médico-paciente, teniendo en cuenta las distintas concepciones de médico y paciente acerca de los motivos, valores, decisiones y objetivos de dicha relación:

	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo
Valores del paciente	Objetivos: compartidos por el médico y el paciente	Definidos, fijos, conocidos por el paciente	Poco definidos y conflictivos, necesitados de aclaración	Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias de este	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores de paciente más importantes, informar y realizar la intervención elegida por el	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados, informarle y realizar la intervención elegida por el
Concepción de la autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección y control sobre los cuidados médicos	Autocomprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del papel del médico	Guardian	Técnico experto	Consultor o consejero	Amigo o maestro

- **Modelo paternalista:** los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y elegir qué pruebas diagnósticas y qué tratamientos son los más adecuados para restablecer la salud del paciente. Este modelo presupone la existencia de un modelo objetivo que sirve para determinar qué es lo mejor para el paciente sin que sea necesaria su participación. El médico antepone la salud del paciente y su bienestar a su capacidad de elección y autonomía.
- **Modelo informativo:** el objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que este pueda elegir la intervención que desee. En este modelo no hay lugar para los valores y opiniones del médico, ni para que el médico comprenda los valores del paciente, los enjuicie o los contraste. Se concibe la autonomía del paciente como el control sobre la toma de decisiones médicas.
- **Modelo interpretativo:** el objetivo es determinar los valores del paciente y lo que este realmente desea, y ayudarlo a elegir, de entre todas las intervenciones posibles, las que mejor se acomoden a sus valores. El médico informa al paciente acerca de los riesgos o beneficios de cada acción posible y también le ayuda a esclarecer los

valores que mejor se adapten a la intervención. El médico actúa, por tanto, como un consejero; nunca juzga los valores del paciente. El médico no impone sus opiniones, y el paciente es quien finalmente toma las decisiones ajustándolas a sus pretensiones.

- **Modelo deliberativo:** el objetivo de este modelo es que el paciente determine, de entre todos los valores relacionados con la salud, aquellos que son los mejores. El médico debe suministrar la información acerca de la situación clínica del paciente y ayudarlo a dilucidar cuáles serían los valores adecuados a las distintas opciones posibles. El médico actúa como un maestro o un amigo, comprometiendo al paciente a un diálogo y a una deliberación acerca de qué tipo de actuación será mejor. La acción del médico debe ser una acción moral, no coactiva: el paciente es quien finalmente decide, pues está capacitado para reflexionar, analizar y escoger, a través del diálogo con el médico, aquellos valores relacionados con la salud que mejor se adecuen a su situación.

Cada uno de estos modelos presenta una serie de inconvenientes que determinan que ninguno de ellos pueda ser considerado un modelo ideal de relación médico-paciente, si bien cada uno de ellos puede ser válido en determinadas circunstancias clínicas.

La relación médico-paciente en la medicina contemporánea

La relación médico-paciente se entendería como una relación técnica de servicio, con una estructura autoritaria, asimétrica y vertical. El trato del médico para con el enfermo es un tipo de tiranía paternalista fomentada por la pasividad del segundo. La obediencia por parte del enfermo es el objetivo y forma de llevar adelante la relación médico-enfermo.

El fundamento teórico de este tipo de relación reside en la ética tradicional paternalista, la llamada ética de beneficencia, por la cual el médico está obligado a realizar lo mejor en beneficio del enfermo, pero sin la participación activa de este. El propio sistema sanitario ha fomentado esta actitud desde una perspectiva institucional.

Problemática actual de la relación médico-paciente

En las últimas décadas este esquema tradicional de la relación médico-enfermo ha entrado en crisis y se han producido una serie de cambios en ella debido a una gran variedad de causas, unas de índole sociocultural y político y otras derivadas de los cambios de la propia medicina.

Entre estas causas se pueden destacar el desarrollo de un sentido más igualitario en las relaciones sociales e individuales; la aparición de un sistema social que propicia una actitud escéptica respecto a los que ejercen algún tipo de poder, incluido el poder de los médicos; cambios en la concepción de la enfermedad y el énfasis que se ha hecho sobre la salud; el enfermo ha pasado de ser considerado como un sujeto pasivo a ser reconocido como agente de cambio; cambios en la organización del sistema sanitario que han determinado la necesidad de plantear una medicina más humanitaria; la declaración de los derechos de los enfermos, que ha contribuido a mejorar las condiciones de estos.

A partir de todo esto, el enfermo se comienza a considerar menos dependiente y se está empezando a actuar de igual a igual frente al médico, poniendo en entredicho el tipo tradicional de relación médico-enfermo basada en la autoridad paternalista del médico. Esto supone un cambio radical en la relación médico-enfermo, que pasa de la “ética de beneficencia” a la “ética de autonomía”; en esta última se pretende lo mejor para el paciente, pero este decide que es lo mejor. De esa manera se llega al “consentimiento informado” como estructura básica de la relación médico-paciente.

Estamos en efecto, ante un nuevo modelo de relación médico-enfermo, que se basa en la corrección de la asimetría tradicional y que propicia la relación de participación mutua.

Problemática psicosocial de la hospitalización

El hospital - características: el hospital general, para cumplir sus fines, se ha transformado en un “sistema social” de estructura y organización muy complejas, con diversas características. Estas características organizativas dan como resultado una subcultura hospitalaria, constituida por unas creencias, normas de comportamiento, expectativas de rol, etc, que son compartidas por los miembros de la organización y que se expresan mediante símbolos, formas específicas de comunicación y de interacción. El enfermo no pertenece a esa subcultura, y si bien es el objetivo último de toda la dinámica hospitalaria, es al mismo tiempo paciente “soportador” de esa dinámica, y también, de algún modo, “extraño” a ella.

La situación de hospitalización: la hospitalización posee una serie de peculiaridades que la caracterizan como forma específica de la situación de estar enfermo fundamentalmente por dos hechos:

1. el primero, por lo que el recurso a la hospitalización puede representar, es decir, enfermedad grave, necesidad de tratamiento quirúrgico, etc.
2. El segundo, más importante, porque supone la inserción del enfermo, como objeto de asistencia, en una institución compleja que tiene una subcultura específica a la que el enfermo no pertenece y que está organizada para prestar cuidados técnicos eficaces a un número considerable de personas simultáneamente.

Características objetivas de la situación de hospitalización: en primer lugar, nos encontramos con una **situación de aislamiento**, el paciente se encuentra aislado de su entorno familiar y social, confinado en un espacio reducido, su habitación, que generalmente es compartida con otro enfermo.

En segundo lugar, y por razones organizativas, se produce un proceso de estandarización o uniformización (denominado como “desnudamiento”). El paciente se encuentra, por tanto, en una **situación de despersonalización**. Al enfermo se le asigna un número, la ropa es reemplazada por un pijama (uniforme hospitalario), se le retiran casi todos los objetos personales. Todo esto conduce, en suma, a una pérdida de la identidad, de manera que el paciente se transforma en un objeto de asistencia.

Existe también una **pérdida de intimidad**, el paciente está siempre disponible para todo el personal hospitalario, que tiene acceso a su habitación en cualquier momento y dispone de información sobre sus circunstancias.

Se produce, a su vez, una **limitación de la movilidad**, ya que al paciente se le delimitan los espacios en donde debe permanecer, habitualmente en su cama, y se prohíbe circular libremente por otros lugares.

En la institución hospitalaria están claramente **reglamentadas las actividades del paciente**: los horarios de las comidas, de las visitas, el tiempo de descanso o el del aseo personal.

También encontramos una **dependencia forzosa** del enfermo respecto del personal de la institución, al que debe recurrir en todo momento, en particular al personal de enfermería, para satisfacer sus necesidades aun cuando su nivel de invalidez no le impida hacerlo por sí mismo.

Finalmente, el paciente recibe una **información deficiente**; en muchas ocasiones no se le suministran datos o se le dan explicaciones insuficientes sobre las normas de funcionamiento del hospital, su evolución clínica, la programación de exploraciones complementarias, etc.

Características psicológicas del enfermo hospitalizado: el enfermo hospitalizado puede presentar alteraciones emocionales, especialmente sintomatología ansiosa o depresiva, y experimentar sentimientos de despersonalización, de pérdida, de incertidumbre y desvalimiento y de falta de control de la situación. También tiende a desarrollar actitudes de dependencia excesiva, al igual que aumenta el nivel de regresión y de desorganización de su comportamiento, características estas que en mayor o menor grado están presentes en todo enfermo.

Es indudable que la situación de hospitalización perturba el equilibrio psicológico de los enfermos o produce un agravamiento de posibles perturbaciones preexistentes.

¿Por qué se producen estas alteraciones? La respuesta hay que buscarla analizando cada caso. Intervienen aquí dos factores fundamentales:

1. por un lado, la personalidad de cada enfermo, es decir, su nivel de equilibrio psicológico previo, sus mecanismos de defensa habituales y sobre todo su grado de vulnerabilidad frente a situaciones de estrés;
2. por otro, la forma en que cada paciente percibe la situación de hospitalización, las expectativas que tiene frente a ella. Este último factor, las expectativas del paciente ante la situación de hospitalización y la valoración íntima que hace de sus posibilidades para afrontarla, parece desempeñar un importante papel en este proceso.

Según el modelo teórico de la indefensión de Seligman, el sujeto hospitalizado se encontraría en una situación de indefensión institucionalizada que se produciría a partir de la percepción que tiene el paciente de la situación, en la que se darían dos hechos:

1. la incontrolabilidad
2. la impredecibilidad

Es decir, el sujeto percibe que los sucesos son independientes de sus respuestas, que no es capaz de controlar el curso de los acontecimientos, haga lo que haga (incontrolabilidad).

También percibe que los sucesos son impredecibles para él, esto es, que carece de indicadores fiables acerca de su aparición (impredecibilidad). Las consecuencias de la indefensión son una serie de deficiencias en la conducta del sujeto, expresadas como **déficit motivacional**, con disminución de la frecuencia de las respuestas; **déficit cognitivo**, con dificultad para el aprendizaje de respuestas de control; **déficit emocional**, con síntomas de ansiedad y depresión; y **déficit de autoestima**.

Según esta concepción, el hecho decisivo para la aparición de los síntomas no es la situación objetiva de incontrolabilidad en sí misma, sino que el sujeto la perciba como tal y que, a partir de esta percepción, desarrolle expectativas de que él no puede modificar el curso de los acontecimientos.

Respuestas psicológicas ante la situación de hospitalización

El estudio de la conducta de enfermedad frente a la hospitalización nos lleva a plantearnos nuevamente su dimensión individual. Desde esta perspectiva, encontraríamos cuatro variables que condicionan su desarrollo:

- a. la propia personalidad del paciente
- b. sus estrategias de enfrentamiento con la realidad
- c. el tipo de relaciones interpersonales que establece habitualmente
- d. el nivel de regresión y desorganización que en su comportamiento produce la enfermedad

Además, habría que valorar la situación biográfica del enfermo, sus relaciones con su medio familiar y social, así como los posibles conflictos; el significado que la enfermedad puede tener para el enfermo, tanto consciente como inconsciente, y el significado de la situación de hospitalización.

Como vemos, adquieren mucha importancia los “significados” que tanto el hecho de estar enfermo como la hospitalización tienen para el paciente. Existen muchas diferencias entre unos enfermos y otros. La enfermedad puede ser percibida como “un desafío”, “una pérdida” o “como un castigo”. Claro está que la conducta resultante puede ser totalmente distinta según se de uno u otro de estos significados.

Sin perder en ningún momento de vista la necesidad de individualizar el estudio de cada caso concreto, podemos utilizar para su clasificación inicial una serie de respuestas típicas o frecuentes frente a la hospitalización:

- **Respuestas adaptativas:** la reacción adaptativa supone, por una parte, la aceptación por el enfermo de la situación de enfermedad y de la hospitalización. Por otra parte, supone un desempeño adecuado del rol de enfermo, es decir, participar en el proceso de diagnóstico, cuidados y tratamiento manteniendo una actitud racional, lo que implica el seguimiento de las prescripciones técnicas que se le hagan. Para ello es necesario que el enfermo tenga la convicción de que, de una forma directa o indirecta, ejerce un cierto tipo de control de la situación.
- **Respuestas no adaptativas:** todas las reacciones no adaptativas tienen en común su inadecuación o la interferencia con la finalidad básica de la curación. En primer lugar, el ensimismamiento o retirada: el paciente, ante los sentimientos de desvalimiento frente a una situación que vive como algo que le desborda, se retira

de ella en sentido psicológico, como mecanismo de defensa. En segundo lugar, encontramos un grupo de respuestas que tendrían como rasgo básico el rechazo del desempeño del rol de enfermo. Incluimos aquí desde la negación defensiva de la enfermedad hasta la oposición más o menos encubierta a la adopción de actitudes agresivas frente al medio. Finalmente, 3 tipos de respuestas que serían la “sumisión excesiva”, la “sobre-inclusión”, y la “integración”, relacionadas entre sí aunque cada una de ellas tenga matices peculiares. Su común denominador sería una excesiva identificación con el rol de enfermo, bien a través del desarrollo de actitudes de excesiva dependencia, como refugio en la enfermedad, en la obtención de ganancias secundarias con producción de sintomatología de tipo hipocondríaco, o a través de una instalación biográfica en la situación de enfermedad, tal como ocurre en los frecuentes casos de hospitalismo.

Todas estas circunstancias nos llevan a la conclusión de que la hospitalización puede ser, y de hecho es, una situación potencialmente hostil que contiene elementos objetivos suficientes para ser percibida como un acontecimiento traumático por muchos enfermos.

Intervención psicosocial en la hospitalización: hemos clasificado las respuestas ante la hospitalización en adaptativas y no adaptativas. Podemos preguntarnos ahora por la causa de esa diferencia. Las variables que influyen en el condicionamiento de la conducta en cada caso son muchas. Hay algunas (quizás las más importantes) que proceden del propio enfermo, como por ejemplo el nivel de vulnerabilidad de su personalidad, y que son previas a su ingreso en el hospital. Sobre otras variables, como las estrictamente situacionales, que radican en la propia organización hospitalaria, si se puede actuar, y es el equipo hospitalario el que puede modificarlas.

Como es lógico, el enfermo no puede lograr el control y la información por sí mismo, pero puede acceder a ellos y conseguir así su adaptación a la situación a través del apoyo que puede y debe brindarle en este sentido la institución hospitalaria. Este es el objetivo general que debe tener la actuación del equipo hospitalario en el terreno psicológico. La atención de las necesidades psicológicas del enfermo hospitalizado debe ser asumida por todo el equipo asistencial, y no solo por el médico especialista o el psicólogo. En esta área debe resaltarse la importancia de la actuación del profesional de enfermería, que es el responsable principal básico del cuidado general de los enfermos y que tiene un grado de interacción con los pacientes mucho mayor que cualquier otro profesional de la salud.

La actuación del personal de enfermería en el cuidado psicológico del paciente se lleva a cabo proporcionándole información y apoyo emocional y estimulando su iniciativa frente a su situación.

El objetivo de todas estas medidas es paliar y reducir al máximo el carácter estresante que puede tener la hospitalización para el paciente. Solamente a través de la conjunción de esfuerzos a escala individual, de equipo e institucional, se podrá conseguir que nuestra atención hospitalaria sea más eficaz y que se dirija a la realidad total del ser humano.

Capítulo 7. Psicología para las ciencias de la salud. Comportamientos adaptativos y no adaptativos ante los estados de salud y enfermedad - Nieto-Munuera

Los postulados básicos del modelo biopsicosocial responden al concepto de que los procesos de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y de que es necesario tener en cuenta estos tres tipos de factores a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento.

El concepto de conducta de enfermedad: la conducta de enfermedad es una tentativa de convertir en una elaboración práctica el modelo biopsicosocial descrito por Engels (1977), es decir, de hacer de él un marco integrador de las dimensiones biológica, psicológica y social del individuo para explicar los estados de salud y enfermedad.

Dicho concepto, que en un sentido amplio hace referencia a la respuesta global del sujeto ante la enfermedad, intenta analizar diversas variables y explicar los distintos patrones de respuesta que presentan los pacientes. La importancia de este constructo se pone de relieve en numerosos trabajos empíricos que nos permiten afirmar que el modo que tiene un individuo de responder a la situación de enfermedad influye en la sintomatología y curso evolutivo del proceso morboso, determina la adherencia al tratamiento y configura la relación del médico con su paciente.

El término “conducta de enfermedad” fue acuñado por Mechanic en 1962, “para designar las peculiaridades individuales de las respuestas ante la situación de enfermedad que mediadas por diferencias en su percepción y evaluación, estarían condicionadas tanto por factores sociales como por las características personales del enfermo”.

Tal como indica el autor, “dos personas que tienen los mismos síntomas, considerados clínicamente, pueden comportarse de modo totalmente distinto; una de ellas puede preocuparse y buscar inmediatamente ayuda médica, mientras que la otra puede ignorar los síntomas y no preocuparse en absoluto por el tratamiento”. Este autor se apoyó en la concepción de la enfermedad, como una situación de desviación social, y sobre el concepto de “rol de enfermo”, pero su planteamiento tiene en cuenta desde el principio las características psicológicas del enfermo. En este sentido, viene a concluir que las personas perciben y evalúan los síntomas de manera diferente y se comportan frente a ellos de forma distinta, sugiriendo una teoría de canales alternativos aprendidos para responder ante las situaciones de estrés, entre ellas la de enfermedad, que desde una perspectiva sociológica el clasifica en una dimensión de alta o baja inclinación de los sujetos a definirse como enfermos y a tomar contacto con los distintos sistemas de cuidado médico.

La conducta de enfermedad, de este modo, implica la forma en la que los individuos controlan sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, ponen remedio y utilizan fuentes de ayuda, así como los más formales sistemas de cuidado de la salud. También se refiere a cómo las personas controlan y responden a esos síntomas y al cambio sintomático en el curso de la enfermedad.

Una premisa crucial es que la enfermedad así como la experiencia de ella, está modelada por factores socioculturales y psicosociales, independientemente de su base genética,

fisiológica o biológica. La enfermedad cumple funciones o es usada a menudo para lograr una serie de objetivos personales y sociales que poco tienen que ver con su patogénesis.

Estas consideraciones influyen en la calidad de vida de las personas, determinan sus apoyos sociales y el modo en que se desenvuelven en el nivel de asistencia médica, sobre todo en el nivel primario.

El modelado de la experiencia de la enfermedad y los factores que intervienen en este proceso dan como resultado que los síntomas sean percibidos y evaluados de manera diferente, lo cual, como es lógico, condicionaría su conducta de enfermedad.

El paciente es un ser activo que selecciona la información que recibe y elabora significados personales en virtud de su sistema de creencias, escala de valores, actitudes, etc, y con todo ello se construye su experiencia subjetiva de estar enfermo. Así, la conducta de enfermedad no es solo el resultado de la preocupación de estar enfermo: existe todo un filtrado selectivo que configura la interpretación de la situación y determina el repertorio de conductas de afrontamiento ante la enfermedad.

Enfermedad y Experiencia de enfermedad: ¿dos conceptos diferentes?

Enfermedad: se define como el acontecimiento biológico caracterizado por los cambios anatómicos, fisiológicos o bioquímicos, observables o inferidos que resultan de cualquier tipo de lesión, daño o disfunción, y que condicionan la desorganización de la estructura o función de un organismo, cambios que llevan al médico, a través de la reinterpretación de las experiencias del paciente a sancionar con los términos de disfunción o anomalía dicho acontecimiento biológico.

Experiencia de enfermedad: designa la experiencia subjetiva de sufrimiento humano que altera, incapacita o desorganiza la vida normal del sujeto el cual atribuye dicha experiencia a una enfermedad determinante, que lleva a desarrollar a los miembros de su red social y a él mismo, una serie de respuestas y conductas manifiestas. El significado que tenga la enfermedad para el sujeto dependerá en gran medida de los valores y creencias culturales del contexto social al que pertenezca.

La distinción entre ambos conceptos es clave para reconocer que la enfermedad es mucho más que un problema orgánico o un diagnóstico clínico, que más allá de un paciente clínicamente enfermo hay una persona que vive y sufre su enfermedad.

Conducta de enfermedad, Rol de enfermo y Afrontamiento de la enfermedad.

Rol de enfermo: El estudio del estatus y rol de enfermo es de suma importancia para entender los factores situacionales determinantes de la conducta de enfermedad. En tanto que rol social, el rol de enfermo está sujeto a una serie de derechos y obligaciones, y determina unos roles complementarios.

Estos derechos y obligaciones suponen en primer lugar que el enfermo se le excusa de desempeñar su rol habitual, sin que por ello se le considere culpable. Además, no se espera que el enfermo se recupere sin ayuda, es decir, que en esta situación se considera oportuno

acudir a los demás buscando asistencia y cuidado. El estado normal es encontrarse bien, lo que significa que estar enfermo es indeseable y, por tanto, el individuo está obligado a desear recuperarse lo antes posible. Otra obligación relacionada con está es la de buscar ayuda técnica competente y cooperar en el proceso de la curación.

La primera obligación (desear recuperarse) supone el derecho a la exención del rol habitual y sirve para reducir la probabilidad de que el enfermo pueda llegar a “disfrutar” su estado de enfermedad, es decir, a recibir alguna ganancia secundaria de su dependencia de los demás. El hecho de obtener alguna gratificación al permanecer enfermo tiende a prolongar el tiempo durante el cual la persona enferma no contribuye al funcionamiento de los grupos a los que pertenece. La segunda obligación (buscar ayuda técnica) es un reconocimiento explícito de la compleja naturaleza de la medicina moderna y de la necesidad del consejo de un experto. Existe otro elemento del rol de enfermo que resulta importante para los procesos del grupo, y es la legitimación de su dolencia. Está es proporcionada por el médico y sin ella la persona se expone a las sanciones del grupo.

Los derechos y obligaciones asociados con el rol de enfermo implican la existencia de roles complementarios, esto es, roles desempeñados por otros miembros del grupo respecto a la persona enferma. De igual modo, al menos en nuestra sociedad, las obligaciones del rol de enfermo incluyen el rol complementario del médico como principal sanador.

Falencias de las definiciones de conducta de enfermedad y rol de enfermo

Algunos autores critican estas definiciones, aunque reconocen la importancia que tiene su conceptualización. Sus críticas se basan principalmente en la dificultad que presentan para su comprensión global, debido a 3 grandes falencias en dichas definiciones: 1) la ausencia de una dimensión temporal, 2) la consideración de un solo rol de enfermo y 3) la carencia de soporte empírico.

La ausencia de una dimensión temporal: dichos autores sostienen que la conducta de enfermedad se da en estadios, en este sentido agregan una dimensión temporal a dicha definición.

Barker et al. (1946) plantean dos estadios: a) enfermedad y b) convalecencia o rehabilitación.

- **Enfermedad:** las personas, al ponerse enfermas, experimentan una visión reducida de su mundo. Ello se relaciona con una movilidad reducida, incapacidad de cumplir los roles normales y con la reducción de la interacción con los demás. El mundo del enfermo no solo se empequeñece en el sentido físico, sino que se hace menos diversificado y exigente. La preocupación del enfermo por su enfermedad tiende a enfocar la atención sobre su condición corporal, con exclusión de otras preocupaciones que normalmente le interesan. Estos factores, junto con el aumento de la dependencia de los demás, colocan a la persona enferma en una especie de status infantil; por ello, se dice que el enfermo experimenta una “regresión”.
- **Convalecencia o rehabilitación:** esta etapa es un periodo de prueba, ya que conforme el enfermo comienza a recuperar sus fuerzas y renueva su interés por el mundo exterior, tiene que probar, “al igual que un adolescente”, su habilidad de adulto. Como consecuencia de ello suele intentar demasiado pronto levantarse o

volver al trabajo. También puede manifestar con facilidad sus frustraciones y mal humor y su abierta rebelión contra los consejos del médico, enfermera o la familia.

Lederer (1958) añade a estas dos etapas una tercera denominada como etapa de “ponerse enfermo”. Este periodo comprende el desagrado por las sensaciones dolorosas y la ansiedad suscitada por ellas, fase que va seguida de un comportamiento agresivo o pasivo, el trauma ocasionado por el comienzo del tratamiento y posteriores estímulos de la ansiedad por las pruebas médicas y, quizás, la hospitalización.

A su vez, Suchman (1965) diversifica aún más los estadios, y divide la experiencia del estado de enfermedad en distintas etapas y las describe en términos de factores sociales, culturales y psicológicos. La división en estadios del proceso de enfermedad representa, junto con el rol de enfermo, otro de los factores situacionales determinantes de la conducta de enfermedad. Las etapas establecidas por el autor son: 1) etapa de la experiencia de los síntomas; 2) aceptación del rol de enfermo; 3) contacto con la asistencia médica; 4) rol del paciente-dependiente; y 5) etapa de recuperación y rehabilitación.

Es importante señalar que aunque estos estadios suelen sucederse en el orden en que se han presentado, pueden no tener la misma duración. Por otra parte, no todas las experiencias de enfermedad siguen todas las etapas mencionadas. La entrada y salida de cada etapa implican decisiones tomadas en parte por la persona enferma y en parte por los que le rodean.

El contexto etno-cultural

El modo de reaccionar del hombre ante la enfermedad es en gran parte una consecuencia de las interacciones sociales que surgen con la aparición de este fenómeno.

Los estudios de Koos, Saunders y Zborowski ponen de manifiesto la importancia de los factores culturales, étnicos y religiosos en relación con los comportamientos de los sujetos ante la enfermedad y con el uso de los servicios sanitarios.

Koos (1954) demostró la importancia que para el comportamiento ante la enfermedad tiene la pertenencia a una clase social. No solo son distintas las normas de utilización de la asistencia médica (las clases altas acuden más pronto al médico), sino que también los conocimientos y las creencias sobre la enfermedad varían según la clase social.

Saunders (1954) ha estudiado en qué medida influye la base cultural sobre las creencias y prácticas médicas. Suchman (1966) informa que el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, el grado de retraso en procurarse tratamiento o el empleo de remedios caseros o de fármacos, están relacionados con la organización social del grupo o grupos al que pertenece el individuo.

Mechanic (1995) afirma que la salud es producto tanto de la cultura del individuo como de su estructura social. Otros autores describen la estructura social definida como “una institución de la sociedad reglada de relaciones sociales”, que influye la experiencia de enfermedad. Asimismo, plantean que las relaciones existentes entre la experiencia de enfermedad y el estatus socioeconómico del enfermo estructuran ciertas categorías que

sitúan al individuo en ciertas posiciones, en las que hay más o menos posibilidades de experimentar una forma particular de enfermedad.

Las creencias específicas y normas que definen a un determinado grupo cultural son también importantes en la experiencia de enfermedad. Todos existimos en un determinado ambiente social caracterizado por presentar un sistema específico de normas, creencias, valores y conductas. Tales normas, valores, creencias o conductas necesitan ser incorporadas a las intervenciones propuestas para un individuo dado, donde los factores culturales pueden ser predominantes.

Para Gaines y Hahn (1985) el papel de los factores culturales en la conducta de enfermedad no se limita solo al individuo; también la medicina constituye un sistema cultural.

En base a todo esto, se puede concluir que los individuos, en función de las influencias socioculturales que reciben, desarrollan diferentes modelos de creencias sobre la salud que mediaran en la evaluación y percepción que hagan de los síntomas en la situación de enfermedad y en la conducta de búsqueda de ayuda para afrontarla.

Psicología Social: Modelos de conducta preventivas sobre la salud

Es sobradamente conocida la importancia que tienen los factores comportamentales, los cuales desempeñan un papel central en el mantenimiento de la salud y en el desarrollo de las enfermedades. Se incluye en estos comportamientos cualquier actividad realizada por una persona que se crea sana con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en un estado asintomático.

Modelo de Rosenstock (1966). Modelo de creencias de salud: su hipótesis general es que habitualmente los individuos no llevan a cabo conductas de salud (prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a no ser que tengan unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vean a sí mismos como potencialmente vulnerables y vean la enfermedad como amenazante, estén convencidos de la eficacia de la intervención y vean pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud.

Su modelo teórico identifica dos factores determinantes de las conductas de salud-enfermedad:

1. la percepción de amenaza contra la salud, que estaría condicionada por los valores generales del individuo sobre la salud, por las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad y por las creencias sobre la gravedad de la enfermedad
2. las creencias sobre la posibilidad de reducir dicha amenaza, que estarían determinadas por la creencia en la eficacia de medidas concretas y por la convicción de que estas medidas superan los costes

Modelo de Fishbein y Ajzen (1967, 1980). Modelo de la acción razonada: se basa en el supuesto de que los seres humanos son habitualmente bastante racionales y hacen un uso sistemático de la información de que disponen. Se supone que las personas consideran las implicaciones de sus acciones, antes de llevar a cabo o no, una conducta determinada.

Postulan que una conducta de salud es el resultado directo de la intención comportamental, esto es, de algo tan sencillo como el que uno intente llevar a cabo o no, realmente, la conducta. La intención comportamental depende, a su vez, del funcionamiento concurrente de las actitudes que se tengan respecto del comportamiento concreto, así como de las valoraciones subjetivas respecto de lo apropiado de la acción comportamental. Por su parte, las actitudes están determinadas por las creencias respecto del resultado más probable de la conducta, y por la evaluación final de tal resultado. Las normas subjetivas están en función de lo que la persona cree, de lo que los demás piensan de esa conducta (creencias normativas) y de la motivación general que el individuo posea para actuar conforme a tales normas.

Apoyos sociales: consisten en la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia, la escuela, la iglesia, el trabajo, etc., manteniendo la coherencia de su estructura a través de una serie de mecanismos homeostáticos. Así, cuando un individuo enferma provoca el despliegue de una variedad de mecanismos habituales de resolución, lo que le permite superar la situación de manera similar a como lo hizo en ocasiones anteriores.

Una persona que enferma no se enfrenta sola a su enfermedad; es ayudada por quienes la rodean, que actúan por medio de valores o tradiciones para proporcionar conocimientos y confianza a fin de resolver los problemas de una forma aceptable. Así, el apoyo social, el cual puede ser brindado tanto por otros individuos como por instituciones, ayuda al enfermo a aliviar su tensión y a solucionar el problema por medio de una acción real, que le permita seguir siendo un miembro aceptado del grupo.

Algunos autores hipotetizan que los mecanismos de apoyo social pueden tener efectos tanto directos como amortiguadores:

1. **Efectos directos:** el apoyo social reduce la enfermedad por influencia directa de una serie de variables tales como la percepción de control o la de respuestas de afrontamiento disponibles, estas variables conducen a su vez a sentimientos positivos que estimulan a los correspondientes fisiológicos que reducen la vulnerabilidad de la enfermedad.
2. **Efectos amortiguadores:** los apoyos sociales ejercen su acción actuando sobre los estresores y reduciendo así el nivel de estrés

De esta manera, el disponer de apoyos sociales permite por un lado realizar evaluaciones de más bajo estrés, y por otro incrementar la sensación de eficacia para afrontar el estrés y así reducir el impacto de este.

Medicina comportamental. Modelos de afrontamiento de la enfermedad

Modelos cognitivos: desde esta perspectiva, se considera que los individuos no permanecen pasivos frente a la enfermedad, sino que seleccionan la información que reciben y elaboran significados personales en virtud de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, que contribuyen en definitiva a la construcción de la experiencia subjetiva de enfermar.

- **Modelo teórico del estrés:** se identifica la enfermedad como una situación de estrés en la que los esfuerzos del individuo para adaptarse a ella dependen de la

evaluación que haga de esta situación. Dependiendo de dicha evaluación, los sujetos afrontarán la enfermedad de diversas maneras.

El afrontamiento se define como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiante, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas, internas o ambas, evaluadas como abrumadoras o que exceden de los propios recursos.

Estos cumplen 2 funciones:

1. Manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación:
afrontamiento dirigido a la solución de problemas
2. Regular las respuestas emocionales que aparecen como consecuencia:
afrontamiento dirigido a la emoción

La importancia de los modos de afrontamiento para lograr una respuesta adaptativa adecuada a la situación de enfermedad depende de la integración equilibrada de las estrategias dirigidas a la resolución de problemas (seguimiento de indicaciones médicas, asumir el rol de enfermo, etc) con aquellas dirigidas a controlar el disturbio emocional.

En este sentido, dos conceptos tienen gran relevancia:

Autoeficacia o expectativa de eficacia: se refiere a la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados.

Expectativa de resultado: se refiere a las estimaciones hechas por una persona respecto a que ciertas conductas van a conducirla a determinados resultados.

Según Bandura, la integración de ambas expectativas se pueden resumir entendiendo que los resultados que una persona espera, dependen especialmente de lo que considera que va a ser capaz de hacer en determinadas situaciones.

En relación con el concepto de autoeficacia aplicado a la conducta de enfermedad, se puede concluir que las personas que se presentan a sí mismas como incapaces de controlar el entorno y que perciben este como impredecible y amenazante, responden ante sucesos de la vida estresantes, como la enfermedad, con tendencia a presentar síntomas ansiosos y depresivos y a desarrollar conductas no adaptativas ante esta situación.

Orientación psicopatológica. Conducta de enfermedad

Se centra en la descripción de los estilos no adaptativos de afrontar la situación de enfermedad, agrupados en el concepto de “conducta anormal de enfermedad” para referirse a aquellas enfermedades en las que el paciente expresa quejas físicas sin que se encuentren causas orgánicas que las justifiquen.

Pilowsky (1971) define el concepto de “conducta anormal de enfermedad” de manera amplia como “la persistencia de un modo inapropiado o mal adaptado de percibir, evaluar y actuar en relación al propio estado de salud, a pesar del hecho de que un médico u otro agente social apropiado haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la

enfermedad y del curso apropiado de tratamiento que debe seguir, basándose en un examen exhaustivo y una valoración de todos los parámetros de funcionamiento, teniendo en cuenta la edad y el ambiente educacional y sociocultural del individuo”.

La intención del autor es dejar claro que el médico debe realizar una evaluación completa de todos los factores relevantes en el ámbito biológico, psicológico, social y cultural, para llegar a un diagnóstico de conducta anormal de enfermedad.

Componentes psicológicos de la práctica médica - Garcia

Entrando en la práctica

1- Tipos de enfermedades y motivos de consulta

Existen al menos 3 formas de manifestarse la “enfermedad” en la consulta médica:

- a. **La enfermedad “tipificada”**: se trata de aquella delimitada claramente como enfermedad por un experto: una situación determinada que cumple unos criterios definidos previamente y los cumple de forma determinista o probabilística.
- b. **La enfermedad “sufrida”**: esta noción hace referencia a las sensaciones, sentimientos, fantasías, etc., es decir, a lo que el paciente o consultante se representa mentalmente como enfermedad. Tal noción es más o menos sinónima de la molestia o malestar individual, subjetivo. La mayor parte de los consultantes de la asistencia sanitaria “sufren” algún tipo de supuesta “enfermedad”, aunque no exista una definición “tipificada” para la misma dentro de los libros de la medicina clásica. Si no hubiera sufrimiento, no habría consulta. Y ese sufrimiento depende de múltiples factores: de la intensidad, preocupación, de la capacidad para soportarlo, para afrontarlo, de la intolerancia a las frustraciones que toda enfermedad o sufrimiento imponen, de los inconvenientes y las ventajas de la situación de “enfermo”, de la personalidad del individuo, etc.
- c. **La enfermedad “expresada”**: no toda enfermedad “sufrida”, no todo enfermo que sufre consulta en un dispositivo sanitario. Por otra parte, existen consultantes que no sufren realmente por la enfermedad que consultan, sino por otras causas, a menudo psicosociales o directamente sociales; o incluso consultantes que fingen sufrir con el fin de obtener unos supuestos “beneficios” que el médico puede otorgarles. Por otro lado, enfermos con enfermedades perfectamente tipificadas, normalizadas, a menudo no consultan en el sistema sanitario y, o no lo hacen en absoluto, o recurren a otros dispositivos menos profesionalizados: amigos, sacerdotes, curanderos, etc.

La manifestación de la “enfermedad”, sea ésta “real” o no, depende de múltiples factores, en especial psicológicos y sociales: personalidad del consultante, conocimiento de las posibilidades del sistema sanitario y del terapeuta, entorno social, situación interpersonal de crisis o no, representación que el consultante se hace de sí mismo y de su cuerpo, etc.

Ventajas del cuidado de los aspectos psicológicos y sociales en el sistema sanitario

La investigación internacional es clara al respecto: un servicio en el que las relaciones interpersonales así como los aspectos psicológicos de los pacientes y los profesionales se cuidan, es un servicio que, a igualdad de condiciones técnicas, proporciona unos

internamientos más breves, menor número de infecciones hospitalarias, menor porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas, menor uso de analgésicos, ansiolíticos e incluso antibióticos, mayor satisfacción con respecto al trato recibido por parte del paciente, etc.

Unas palabras sobre el argumento del “desastre asistencial”

Frecuentemente, cuando se habla de tener en cuenta los factores psicológicos de la práctica médica, muchos médicos argumentan diciendo que cómo va a ser posible eso con la actual demanda asistencial, sometidos como estamos a fuertes y, al parecer, crecientes demandas asistenciales. Sin embargo, las presiones asistenciales son sentidas como más “presionantes” precisamente porque no se tiene suficientemente en cuenta la posibilidad de elaborar las fantasías y temores de los consultantes con una mejor recepción de los mismos, cambios en el trato personal que se les dispensa, una atención médica que tenga también en cuenta lo psicosocial, una organización de servicios y equipos que valore estos aspectos, y de los profesionales y sanitarios.

En ocasiones, los profesionales o los demás miembros del equipo se sienten desbordados por las ansiedades personales o por las provocadas en la relación asistencial. A menudo, la sensación de desbordamiento proviene más de esas ansiedades no elaboradas que de un real desbordamiento asistencial: no son extraños los servicios hospitalarios en los que el personal habla continuamente de lo desbordado que se encuentra por tantos pacientes. A veces se ha investigado el uso del tiempo del personal de tales servicios y se ha encontrado que frecuentemente el dedicado a la asistencia, directa o indirecta, no llegaba al 50% de su contrato laboral (en ocasiones rozaba el 20%) y que el resto del tiempo se consumía entre congresos, cursillos, retrasos, pasillos, “desapariciones”, la cafetería, etc. Y, sin embargo, también en esos servicios dominaba la sensación de “desbordamiento asistencial”. Por ejemplo: ¿qué tipo de sensaciones y sentimientos puede experimentar un médico que, para ir a la cafetería del hospital, tiene que pasar ante salas de espera repletas de enfermos, de seres enfermos, a los que no les queda más remedio que esperar pacientemente su vuelta?

Si nos paramos a reflexionar, gran parte de la sensación de “desbordamiento asistencial” proviene precisamente del “desbordamiento de los profesionales por ansiedades difíciles de elaborar por ellos mismos”.

Existen experiencias de médicos de cabecera que han intentado cambiar sus consultas modificando la organización para poder considerar en ellas los aspectos psicológicos y sociales de los consultantes. El resultado de esa “mejor organización del desastre” -que lo sigue siendo desde el punto de vista asistencial sin duda; y que también debe cambiar de forma radical- es que, realizando esa serie de cambios organizativos y escuchando más a los pacientes, en cualquier consulta típica, habitual, el número de consultantes no solo no aumenta, sino que disminuye. Entre otras cosas, porque un paciente más contenido en sus ansiedades no necesita tantos medicamentos.

Por lo tanto, es posible atender mejor a la población. En especial si pasamos a tener en cuenta y valorar más finamente los aspectos psicológicos de su relación con el equipo sanitario. También ello redundará en nuevas mejoras organizativas apoyadas en una sensación, por parte de los pacientes, de ser mejor atendidos, y por parte de los médicos y el equipo sanitario, en una mayor tranquilidad real.

Para poder realizar los cambios necesarios, es preciso que el profesional y su equipo estén mucho más atentos a los factores psicológicos que influyen en la atención médica. Teniendo en cuenta los factores psicológicos de la práctica médica es como esos equipos han de hacerse una idea de cómo utilizar las listas de espera, las citas, los placebos, etc., para mantener un contacto con el paciente. Puesto que el paciente usa a su médico para intentar tratar ansiedades y temores varios (y no solo provenientes de enfermedades físicas directas), el médico ha de conocer lo suficiente sobre los elementos psicológicos de la relación (ansiedades, fantasías, temores, defensas, etc) para poder encauzar los mismos de forma positiva con respecto a la salud del paciente, de los miembros del equipo, y de la propia relación asistencial.

Emociones, sentimientos y fantasías en la relación asistencial sanitaria

Esperanzas del consultante

En realidad, la relación asistencial o clínica comienza bastante antes de que el consultante entre en contacto con el equipo sanitario: habrá oído comentarios de aquel médico, de su forma de trabajar, de sus preferencias, de sus actitudes hacía los pacientes. Incluso en el caso raro de que el consultante no haya escuchado o sabido nada sobre el médico o su equipo, no por ello dejará de hacerse fantasías al respecto. Esas fantasías determinarán en buena medida su conducta en la entrevista clínica, al menos en los primeros momentos.

Algunas de las esperanzas más frecuentes de los consultantes son:

1. **Que le libren del dolor, la incomodidad, la molestia:** es la motivación básica para la consulta médica, aunque, como vimos antes, el dolor, la molestia o la incomodidad pueden no coincidir con los abiertamente expresados por el consultante, ni con los que el médico comprende puede estar capacitado para resolver satisfactoriamente.

Esta necesidad de librarse del dolor se halla en la base de la presión a la que el consultante somete al médico para que este emita recetas, peticiones de exploración, etc. Es difícil soportar la ansiedad, máxime si ésta adquiere características persecutorias. Resulta difícil tanto para el paciente como para el médico: desde dentro y desde fuera nos sentimos presionados a actuar, recetar, opinar, explorar; sin embargo, ello no puede desviarnos de realizar otras labores médicas tan esenciales como: observar, escuchar y ayudar a pensar al entrevistado. A menudo, es casi lo único y lo más útil que podemos hacer por él.

2. **Que le ayuden a soportar su carga:** puede ser una esperanza y un deseo que se encuentre en la base de la petición de consulta. Cualquier médico clínico tiene experiencia de lo provechoso que resulta en estos casos poder escuchar al consultante y responder o actuar prudentemente. A menudo, los clínicos se sorprenden de la gratitud manifestada después por este tipo de consultantes. Dicha sorpresa podría elaborarse, pasar a ser actitud asistencial, si nos diéramos cuenta de que, ayudando a soportar esa carga, estamos estimulando la parte sana del paciente o consultante, a sus deseos de mejorar, de no dejarse hundir en la posibilidad ante las limitaciones y frustraciones.

3. **Que le permitan descargarse (ansiedades y quejas):** otras veces, por el contrario, lo que íntimamente desea el consultante es poderse quejar ante alguien de forma reiterada, incluso rechazándole. Y el médico es el profesional que, en nuestra sociedad, carga muy a menudo con ese tipo de deseo de los consultantes. Hay que entender que muchos de los pacientes que consultan más molestos o farragosos, y más difíciles de soportar, lo son porque vuelcan sobre nosotros ansiedades de difícil elaboración: por ejemplo, en forma de quejas o dolores interminables y confusos.
4. **Que le quieran y le traten bien:** todo consultante espera del equipo médico que le cuide, lo cual se halla muy cerca de la necesidad de que le quieran. El consultante espera que le escuchemos, le libremos de sus molestias si ello es posible, pero sin producirle otras nuevas, que le respetemos sus defectos y sus limitaciones, y que le tratemos bien y con cariño. Nuestro aprecio, que el consultante sin lugar a dudas busca, lo infiere a partir de la sensación de que le comprendemos.

Temores del consultante

1. **Que le encontremos algo maligno:** en definitiva, este es el temor fundamental que puede ocupar la mente y deformar la relación del consultante. El médico experimentado y con sensibilidad psicológica o capacidad para la relación acaba por pensar que el temor responde a una realidad, pero que dicha realidad no tiene porqué ser somática, sino que puede ser psicológica. Algo le está diciendo al paciente desde dentro que hay aspectos suyos difícilmente transformables, modificables, elaborables; que hay ansiedades de tan difícil manejo para el mismo que resultan incurables y que se repiten una y otra vez amenazándole siempre de disgregación. Si el médico puede llegar a pensar todo esto, tal vez acabe comprendiendo algo más al consultante y, sobre todo, sabrá ser tolerante con respecto a las ansiedades expresadas en la relación, a menudo de forma tan confusa, desordenada o incluso molesta para una conducta médica apropiada, para lo que el médico necesitaría con el fin de realizar “a gusto” su trabajo.
2. **Que le consideremos culpable de su problema:** entre los temores de ser inculcado debemos incluir lo que, a menudo, se han denominado “sentimientos inconscientes de culpa”. Todos nos sentimos en ocasiones culpables por acciones u omisiones que, de forma más o menos inconsciente, relacionamos con lo que ahora nos está sucediendo. La base para estas fantasías profundas que todos poseemos es bien real: a lo largo de nuestro desarrollo todos hemos tenido la experiencia de que nuestro propio descuido, nuestra rabia o agresividad, dirigida hacia nosotros mismos o hacia los demás, han generado daños y problemas. Cuando aparece un problema que nosotros mismos no podemos solucionar es bastante típico que se reavive, al menos en algunos momentos, el estado emocional que siguió a aquel suceso anterior de la vida. Es a esto lo que denominamos “culpa inconsciente”.

Los sentimientos de culpa pueden conducir a deformar u ocultar información; o incluso a culpar a los demás.

3. **Que le hagamos daño, lo castigemos:** el temor al sufrimiento, al dolor que puede producirse en una consulta o exploración médica, es tan omnipresente en la práctica clínica habitual, que los médicos nos hemos acostumbrado a trabajar con él y no sabemos prestarle importancia más que en los casos muy extremos: en aquellos

pacientes que, a causa de dichos temores dejan de consultar. Habitualmente acabamos adoptando en dicha práctica una serie de actitudes que juzgamos “tranquilizadoras” y que, por ello, esperamos que tranquilicen al consultante.

Un posible problema es que, en la medida en que tales conductas se automatizan, lo que sale a la luz son las tendencias y actitudes profundas del médico. Y así, podemos creer que “tranquilizan” actitudes irónicas o despectivas hacia el sufrimiento ajeno.

Por otro lado, el temor a que le lastimemos con nuestras exploraciones -o con nuestras preguntas- se halla a veces más o menos imbricado con el temor a que le castigemos.

Las fantasías que desarrollamos sobre nuestras enfermedades incluyen a menudo percepciones de nuestra responsabilidad en las mismas (percepciones que unas veces son realistas y otras no). Así, está claro que la avidez y la voracidad se encuentran en la base de numerosas obesidades y, por lo tanto, de muchos cuadros patológicos, en especial los crónicos.

Muchas personas que viven inmersas en un conflicto psicológico o relacional crónico, sin atreverse a afrontar su elaboración por las ansiedades y heridas en la autoestima que conlleva, muchas veces sienten los “aspectos somáticos” de la enfermedad sin aventurarse a afrontar los psicológicos. Sin embargo, hay en ellas una percepción realista, de que están colaborando en su propio enfermar, lo que les culpabiliza más y, en la misma medida, les vuelve más temerosos y desconfiados.

4. **Que le abandonemos, que no le hagamos caso:** en general en cada consulta hemos de entender que cuando se acude a un médico, son siempre los aspectos más necesitados, los más desvalidos y los más infantiles, los que afloran en la relación del paciente con el médico: en su enfermedad, dolor o trastorno, el consultante se siente como el niño de pecho con su madre o cuidadora. Hay una molestia que le inquieta, le pone ansioso o le duele, pero él no puede superarla con sus propias fuerzas. De alguna manera el consultante se entrega siempre al médico en la relación. Ahora, si nos entregamos a otro en una forma algo más confiada, algo más desarmada de lo habitual en la vida cotidiana, esto significa también que establecemos con él una relación más profunda, más afectiva y, sobre todo, ello implica una agudización de los temores a que el otro nos abandone, nos haga daño, no nos entienda. Pocas veces sentimos un dolor tan intenso como cuando aquella persona en la que confiamos traiciona nuestra confianza, o nos abandona. Pues bien, este tipo de temores se encuentra siempre presente en la relación asistencial.

Esperanzas del médico (y de los demás miembros del equipo)

También los profesionales, cada vez que somos consultados, cada vez que acudimos a la consulta, lo hacemos con una serie de esperanzas y temores acerca de lo que nos deparará esa relación; algunas de estas esperanzas son:

1. **Ser útil:** está es una de las motivaciones más directas del quehacer sanitario. Ser útil librando o ayudando a librarse del dolor, de la incomodidad o malestar, del temor

a nuestros semejantes, es la base de todo tipo de asistencia médica y la fuente de las satisfacciones profesionales fundamentales del médico, y del equipo sanitario honrado. A toda relación asistencial acude el médico con la esperanza, más o menos inconsciente y más o menos oculta por otras esperanzas y temores, de que su intento va a ser útil para el paciente.

Está esperanza y este deseo del médico, que puede considerarse un verdadero fundamento de su actividad profesional, puede sufrir una exageración que lo convierta en nocivo, en peligroso para la salud (mental) del profesional y para la salud (mental y física) del consultante. Son, por ejemplo, las situaciones en las que nos sentimos obligados no solo a ser útiles, sino a demostrar que somos útiles. Pero, pensemos que si hemos realizado toda una exhibición-demostración de nuestras capacidades ante el paciente, por algo será: ¿por nuestro temor a nuestra ignorancia o insuficiencia? ¿por qué nos sentimos culpables ante él? Además, en el mejor de los casos, en aquel en el que el paciente se ha sentido atendido y entendido por nosotros, esa actitud médica tiene el inconveniente de que en la próxima consulta lo lógico (y psicológico) es que el paciente espere de nosotros una “demostración” similar, lo cual tarde o temprano dejará de ser posible. Con ello acudiremos a cada futura consulta con mayores temores, de no resultar ya brillantes, sabios, ni siquiera útiles. Y en verdad, si no elaboramos estos temores, eso es lo que ocurrirá tarde o temprano. El resultado es un médico sometido a más y más ansiedades en cada consulta, un paciente frustrado en sus esperanzas de tener “un papa todopoderoso”, un fracaso en la relación y posiblemente en la asistencia.

La esperanza de ser útil conlleva pues el peligro de sentirse obligado a demostrar nuestra “utilidad” y el peligro de disminuir la autonomía de los pacientes (y por lo tanto de su salud) con actitudes directivas, intrusivas, “paternalistas”, etc.

2. **Comprender:** cada vez que entramos en relación con un consultante, como con cualquier otra persona, esperamos ser capaces de comprenderle -y de que él se sienta comprendido-. La tendencia a conocer, a reunir datos, a “saber” sobre los pacientes, es estimulada por los sistemas de enseñanza de las ciencias de la salud. Y, con frecuencia, esa necesidad y tendencia a saber (o incluso a comprender) es potenciada de tal forma que llega a cegar la necesidad más básica de la relación asistencial, que es la de ser útil.

En nuestro entorno -y en las facultades de medicina-, por desgracia tenemos a menudo ejemplos de que es más importante “saber” que comprender, “brillar” que ser útil. La propia orientación asistencial de la medicina **centrada en la enfermedad** en lugar de **la asistencia centrada en el consultante** ayuda a tal deformación y a la desviación de las necesidades y exigencias sociales al médico clínico.

Nos acercamos pues a la relación asistencial con la esperanza de poder comprender a los consultantes y también con el temor de no comprenderles y con los peligros de deformación de esa necesidad de comprensión del profesional.

La única comprensión sobre las personas podemos obtenerla en la relación interpersonal: al fin y al cabo, el término comprensión incluye también los aspectos afectivos y relacionales.

Es cierto que existen teorías y datos para todo: hay teorías sociológicas, psicológicas, sanitarias o médicas, pero ¿quien las combina todas? ¿Y quien las combina todas para *este paciente concreto en esta situación concreta*? Solo el médico o el equipo sanitario concreto pueden hacerlo; y en mi opinión, solo pueden hacerlo si su práctica se basa en una **asistencia centrada en el consultante** más que en una medicina centrada en la enfermedad.

3. **Ser tolerante:** no es posible ser médico, actuar como médico, sin ser tolerante. Y una esperanza importante de cada situación médica y de cada día de trabajo radica precisamente ahí: esperamos que hoy, que aquí, que también con este consultante podamos ser tolerantes, a pesar del temor o incluso la repugnancia que nos produzca su enfermedad, o su deformación física o emocional, a pesar de sus exigencias a menudo desmedidas, a pesar de la irritación que nos genera o de las provocaciones conscientes o inconscientes a que nos somete.
4. **Que nos valoren:** los médicos no sólo deseamos ser útiles a los demás, en el fondo de cada uno de nosotros, incluso de los más desinteresados y esforzados, no nos basta con sentirnos útiles: también deseamos que se nos reconozca y que se nos valore -como poco, por nuestros merecimientos-. Un paciente agradecido nos produce satisfacción, o una declaración del consultante de que se encuentra mejor gracias a nosotros, o simplemente con un sentir en la entrevista que el paciente nos valora, tiene en cuenta nuestras opiniones y prescripciones y no abusa de ellas ni va contra ellas.

Sin embargo, estas esperanzas de ser útiles y de que nos valoren por lo que cuidamos, pueden verse enormemente exageradas. Por ejemplo, una tendencia frecuente puede llevar a que en algunos casos lo que más le interese al médico sea precisamente eso: que se le valore. A veces, incluso está necesidad de que halaguen nuestro narcisismo, esa necesidad de que aseguren desde fuera nuestro *yo inestable*, se sobrepone a la esperanza y a la necesidad de ser útiles a los demás.

En definitiva, esta esperanza de que nos valoren viene matizada en su expresión pública al menos por dos imperativos: el primero, el grado de elaboración-no elaboración de los aspectos narcisistas que todos poseemos, de nuestra tendencia a anteponer nuestra propia persona y autoestima a cualquier relación; en el segundo, los imperativos y las actitudes sociales interiorizadas (ganar dinero, poder, etc), las cuales suelen implicar también grados mayores o menores de no-elaboración de nuestras tendencias narcisistas.

Existen, por ejemplo, al menos, dos tipos de esperanzas negativas para la asistencia que suelen estar apoyadas en esta necesidad de que nos valoren:

- a. **Que los consultantes nos ayuden con nuestros problemas y conflictos:** desde esta perspectiva, para el médico sensible, honesto y con cierta capacidad de ponerse en contacto con sus propios problemas, el trabajo asistencial puede resultar una ayuda personal, una ayuda en la elaboración, la profundización y aclaración de los propios problemas y conflictos.

Empero, en ocasiones acudimos a una consulta, a una solicitud o incluso realizamos un trabajo continuado con la esperanza, más o menos

consciente, de que ese trabajo “nos distraiga de nuestros problemas” o de “nuestras cosas”. Ni que decir tiene que un trabajo efectuado con personas, en el que los individuos pasan de ser sujetos a ser medios, útiles para la actuación (o negación) de nuestras dificultades y problemas, corre graves riesgos de degenerar o desviarse en cualquier dirección. Se puede empezar por utilizar ese trabajo “como distracción” y acabar utilizando a las personas para distraernos, tranquilizarnos, experimentar o divertirnos.

Mediante la manipulación o la utilización de los demás está bien claro que podemos calmar problemas y ansiedades personales.

Temores del médico y de los demás miembros del equipo asistencial

Una forma de enfocar este apartado sería invertir mentalmente la situación asistencial y considerar en nosotros los temores del consultante. Así, deberíamos considerar nuestro temor a ser culpables de errores, a ser poco útiles para resolver los problemas del consultante, a que este nos maltrate, a que no nos considere o valore, a que el paciente nos abandone -temor aumentado por motivos económicos en el caso de la práctica privada-, etc

Otra vía de entrar en el tema de nuestros temores ante la relación asistencial y de intentar una sistematización de ellos, sería considerar que el negativo de cada esperanza del médico es un temor, o dicho de otra forma, que cada esperanza conlleva en nosotros el temor a no poderla satisfacer o realizar. Así, tendríamos temores como los de no ser útil, de no poder comprender al paciente, de no ser suficientemente tolerante, de que los consultantes no valoren nuestro trabajo o buena voluntad, o incluso el temor de que “hoy” o “tal consultante” no cumpla con su papel y no nos ayude “a olvidarnos de nuestros problemas”.

Un campo en el que la mayoría de los médicos todavía suelen sentirse paralizados por sus propios temores y ansiedades es el campo de lo psicológico.

- **Temor a ser invasivo, entrometerse (o temor a que le consideren invasivo o entrometido):** todo profesional mínimamente sensible aunque en el momento no llegue a ser consciente de ello, siente a menudo este tipo de temores durante la relación asistencial. Los cuales a su vez, se encuentran agravados en el caso de los problemas psicológicos: ante ellos se generan desde las actitudes del médico que entra “de lleno” en cualquier tema y a cualquier profundidad, hasta la actitud del médico que temeroso de hacer daño, entrometerse o bien “no saber qué hacer después con lo que salga”, adopta una continua actitud de huida ante lo psicológico, con los inconvenientes y sufrimientos (mutuos) que conlleva.

Naturalmente, sólo una cierta tranquilidad del médico ante la motivación de sus peticiones de exploración puede permitir que las demande o realice con tranquilidad a pesar de que pueda sentir que son invasivas o incluso dolorosas. Y no hay que confundir la tranquilidad basada en una valoración científica y una autoaceptación de las propias demandas y riesgos profesionales en el cociente beneficios/riesgos de cualquier exploración, con la pseudotranquilidad producida por la rutina: puede parecer que encargando o realizando de forma rutinaria ciertas exploraciones

disminuye e incluso desaparece la ansiedad con la que el médico las enfrenta. Nada más lejos de la realidad: cuando un equipo médico solicita de forma reiterada exploraciones que son peligrosas para la salud o la vida de los pacientes sin que existan razones profesionales seguras para tal petición sistemática, puede que lo haga con la mayor apariencia de “rutina” y luego sin ansiedad aparente, pero, en la especie humana, ante el peligro propio o ajeno, la ansiedad es omnipresente, y si no es directamente visible en la conducta, es canalizada por otras vías: por ejemplo, mediante actuaciones que eviten sentirla.

En definitiva, es natural que todo médico sensible, no burocratizado o rutinizado en su profesión, sienta a menudo el temor a ser invasivo, intrusivo, o desconsiderado para sus consultantes. Y ello ocurre mucho más a menudo en el campo de lo psicológico, tanto por la poca preparación para afrontar estos temas que recibimos durante nuestra carrera y entrenamiento, como por diversas razones de índole personal. “Razones” apoyadas en uno u otro sentido sobre la realidad de que cuando hablamos o tratamos de temas psicológicos, estamos refiriéndonos siempre a nuestra propia psicología y los estamos juzgando a partir de la misma. Por ello, únicamente un buen contacto con los propios conflictos y dificultades psicológicas, y una percepción de nuestras ansiedades, frustraciones y limitaciones, puede ser el mejor instrumento para el contacto con los pacientes.

Para realizar una correcta asistencia, máxime en la atención primaria, lo que necesitamos no son tanto protocolos y cuestionarios para interrogar a los pacientes, evitando así ansiedades suplementarias, silencios, momentos de duda o de no saber qué hacer. Esos instrumentos pueden ser útiles, pero sólo si se complementan con un dispositivo mucho más fino, delicado y difícil de “mantener a punto”: nuestra capacidad de escuchar, observar y esperar.

Una noción diferente de la enfermedad y de la relación asistencial. Sus consecuencias

Para la práctica médica los rasgos de personalidad del propio profesional son de capital importancia, y a pesar de lo que muchas veces se plantee, ello no es obstáculo para que se pueda mejorar y entrenar los rasgos que favorecen una relación “positiva” con el paciente, como también, podemos aprender a soportar o tolerar (sin actuar en el exterior) aquello que supondría una relación “negativa” con ellos.

Cuando, como y por donde empezar a profundizar psicológicamente

Como primer principio de la práctica médica para empezar a profundizar psicológicamente, podría plantearse algo así:

“Procure no aconsejar o tranquilizar a un paciente sin antes haber aclarado en qué consiste el problema real”. Y un principio estrechamente relacionado con ese: “el veredicto de que “no hay nada anormal”, “todo marcha bien”, o “todo son nervios”, rara vez tranquilizan a un paciente ansioso, aunque puedan tener un cierto efecto en un paciente con una “enfermedad tipificada”, y en el propio médico. Es decir, que ante una queja, problema o

dificultad, cuya causa desconocemos, tal vez no sea adecuado proporcionar consejos, exploraciones o “terapias al por mayor” y sin un diagnóstico previo.

Si somos mínimamente sensibles en nuestra práctica profesional, nos encontraremos a menudo con el problema de “cuándo” y “por donde” empezar a profundizar. Es decir, en qué momento de la relación vale la pena y con qué pacientes vale la pena empezar a profundizar por la vía psicológica o social y cómo hacerlo.

Ese *cuando* es difícil de definir de forma genérica porque depende al menos de 3 factores:

1. del consultante y de su actitud
2. del médico y de su actitud
3. de la relación que se haya establecido entre ambos

Como idea general está claro que hay que partir de que el médico moderno siempre debe estar abierto a lo psicosocial y, por tanto, un cierto interés forman parte de su actividad cotidiana. Es decir, ante todo paciente cuyos problemas no se vayan a resolver a nivel estrictamente biológico, debemos “hacer intentos”, al menos leves, cuidados siempre, de aproximación psicológica. Naturalmente, estos intentos o “puentes” dependerán de los deseos que tenga el médico de establecerlos, de sus capacidades para ello, de su actitud o sentimientos en ese momento de la relación médico-consultante. Estos mismos factores van a influir de forma poderosa en la otra razón por la cual, al menos parcialmente, la contestación a la pregunta “cuándo empezar” habría de ser “siempre”. Todo médico cuidadoso debería disponer de una parte de su atención, de una parte de sus capacidades en la consulta cotidiana no para buscar activa y directivamente los síntomas y signos, sino para atender a otro tipo de comunicaciones del paciente: a sus comunicaciones verbales sobre problemas relacionales, a sus comunicaciones no verbales a través de gestos, expresiones, omisiones, silencios, repercusiones somáticas de la ansiedad.

En este sentido, se plantea la idea de tener en cuenta el *criterio relacional* para saber cuando empezar a profundizar psicológicamente: con este concepto nos referimos a que se debería empezar **cuando** el médico percibe que ambos miembros de la relación están dispuestos, percibe que ello es necesario y percibe que entre los dos existe, al menos en ese momento, una capacidad de empatizar, una capacidad de comprenderse y de tolerarse mutuamente. Con ello nos referimos a “criterio relacional”.

Con respecto al *cómo*, la forma adecuada de profundizar en las áreas psicológicas de la consulta difícilmente será el interrogatorio siguiendo las vías de la anamnesis tradicional. Por el contrario, el sistema alternativo consistirá en **escuchar**. Una parte importante de las vías que conducen el diagnóstico médico consiste en la capacidad de escuchar. Para el diagnóstico que aquí nos proponemos, para un diagnóstico más globalizador, más totalizador, que incluya los aspectos psicosociales, es necesario saber escuchar. Como consecuencia, parece que los médicos deberíamos entrenarnos en el arte de escuchar.

Como es sabido desde el inicio del psicoanálisis, a menudo la información fundamental para entender una relación no nace de la comunicación consciente directa, sino que se filtra por los intersticios de la relación en los gestos, las actitudes, las interjecciones, lo no dicho, lo subrayado inconscientemente, lo redundante. Según este modelo médico menos tradicional, habrá que atender también a esos elementos.

A esto me refería cuando hablaba de que el “cómo” comienza por aprender a escuchar (y a observar). Antes de que podamos llegar a esos diagnósticos “más profundos”, antes de que la relación pueda ser más satisfactoria -y, por tanto, más curativa- hemos de aprender a escuchar.

Ahora bien ¿de qué dependen las posibilidades de escuchar y observar en cualquier médico o trabajador sanitario? Al menos de la combinación de 2 tipos de factores:

1. **Factores personales:** se refiere a los rasgos de la personalidad del profesional, que pueden ayudar a interferir su capacidad de escuchar. A un profesional que tiende siempre a ver el mundo a través de sus propios conflictos le será mucho más difícil escuchar. Este factor es uno de los más relevantes para nuestra práctica profesional, y para la vida misma.
2. **Factores técnicos:** referido a determinadas técnicas de anamnesis que por desgracia son bastante habituales, las cuales dificultan de forma grave las capacidades de escucha del profesional.

En general, parece que, para considerar los factores o componentes psicológicos de la práctica médica, es más útil el método de observar y escuchar al paciente (y a nosotros mismos) que el de interrogarle.

Por otro lado, el “por dónde” comenzar dicha profundización en los problemas y conflictos psicológicos en la relación puede desarrollarse a partir de un punto sensible de la misma, de un momento de la entrevista en que el médico puede observar que ambos, médico y paciente, se emocionan conjuntamente (suceso denominado como *flash*). También puede favorecerse la libre expresión del paciente y “simplemente” escuchar su comunicación poniendo atención tanto a lo que dice como a lo que no dice, en una técnica que, en cierta forma, recuerda a la psicoanalítica de la “asociación libre”.

En otros momentos o con otros pacientes el médico puede decidir que el por dónde consiste en “entrar de lleno” en el problema crucial del consultante o de la relación médico-paciente.

Y por último, en otras ocasiones es preferible la vía más prudente de las aproximaciones paulatinas.

La decisión de cuál de las vías utilizar está en manos del médico y de su intuición, su experiencia, su conocimiento del paciente o, en el mejor de los casos, un diagnóstico de la relación a través del *flash*.

Cuando detenerse: en general, la satisfacción de los pacientes en una consulta con el médico se correlaciona especialmente con:

- a) la creencia de que sus sentimientos han ido comprendidos por el médico
- b) la posibilidad de expresar sus propias preguntas

A pesar de lo que cabría esperar, por el contrario, **no correlaciona** con las características sociales de los pacientes y los médicos, con la contestación explícita de estos a las preguntas de los consultantes, con la dirección de la entrevista por parte del paciente, ni incluso con la mejoría subjetiva de los síntomas.

Esa es la perspectiva desde la que estoy intentando aproximarme, a la práctica médica: **desde una revalorización del acto de escuchar.**

Si la escucha es empática, si se realiza en contacto con los sentimientos del paciente, puede resultar en sí misma psicoterapéutica y, por lo tanto, terapéutica. Además, tal “escucha empática” resulta ser un requisito indispensable para un diagnóstico más profundo, para un “diagnóstico globalizador”.

Ahora bien: está claro que el médico de cabecera o de especialidad no psiquiátrica no tiene porque ser un psicoterapeuta, ni estar especialmente formado en psicoterapia. En consecuencia, hay temas, problemas y relaciones en las que es mejor no profundizar más. Y ello, tanto por razones intrínsecas a la propia consulta como por razones del propio problema: así, por ejemplo, el caso en el cual el médico de cabecera encuentra un conflicto psicótico importante en el paciente.

También por razón de las posibilidades que el propio médico tiene para ayudar en problemas relevantes. O por razones propias de la personalidad o situación del médico.

Ese es el tema de “cuándo detenerse”. Es la experiencia de cada uno, a ser posible supervisada, la que nos debe orientar con respecto a “cuando uno mismo debe detenerse”.

Sin embargo, creo que es posible enumerar indicadores para detenerse, al menos en la práctica de la asistencia primaria:

1. La aparición de conflictos psicológicos graves, que pueden considerarse psicóticos, o bien de depresiones graves con melancolía, neurosis obsesivo-compulsivas, etc
2. Las limitaciones procedentes de la propia autoobservación del profesional: nuestra práctica cotidiana, máxime si se supervisa o controla en grupo en sus aspectos psicológicos, nos va dando una información precisa sobre nuestros propios conflictos, puntos ciegos, dificultades, etc. Además, cada uno de nosotros posee grados variables de *insight*, elemento que se vuelve un útil indispensable para el manejo de estas dificultades.
3. Las relaciones médico-consultante que, por errores o inadvertencias del médico, o por la propia patología del consultante, se han convertido en imposibles de manejar, de elaborar, por parte de esa “pareja terapéutica” concreta.

En definitiva, se puede afirmar que únicamente una cierta capacidad de contacto con las emociones y ansiedades tanto propias como del paciente y, posiblemente, una necesaria supervisión de esos procesos, puede orientarnos en el proceso de profundizar psicológicamente nuestras consultas.

La relación médico-paciente - Rodriguez

Se puede definir la relación médico-paciente como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.

Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional.

La relación médico-paciente puede ser clasificada de diferentes formas pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas:

1. **Relación activo-pasiva:** es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente con un edema agudo del pulmón.
2. **Relación de cooperación guiada:** es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre con algunas enfermedades agudas y crónicas.
3. **Relación de participación mutua:** este tipo de relación no solo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

Aspectos relevantes de la relación médico-paciente

Resulta de suma importancia en esta relación tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social.

Otros aspectos a tener en cuenta en esta relación son los objetivos que persigue el paciente, el estado afectivo de ambos y la posición de cada uno.

En una entrevista médica hay diferentes etapas:

- **Recepción:** esta etapa, no utilizada con frecuencia, alcanza una extraordinaria significación, si se tiene en cuenta la angustia e inseguridad con la cual acude el paciente a este primer encuentro.
- **Identificación:** la toma de los datos de identidad conducida habitualmente permiten conocer elementos muy útiles sobre la personalidad del paciente y características sociodemográficas.
- **Interrogatorio:** esta es la etapa **más importante** de la relación médico-paciente. El interrogatorio constituye uno de los aspectos más difíciles de la historia clínica y el que requiere más tiempo, capacidad y dedicación. Inicialmente el paciente expresará libremente su sintomatología sin interrumpirlo, salvo que se salga del hilo conductor, y siempre hacerlo con suavidad y delicadeza. En una segunda parte ya corresponde al médico precisar las características de cada síntoma y ordenarlos cronológicamente.

Problemas actuales de la relación médico paciente

- **La política neoliberal imperante:** en muchos países en que el estado reduce la salud pública, se la entrega a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un “comprador” en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos “vendedores”; de benefactor tradicional el médico se ha convertido prácticamente en un enemigo del

paciente y de la familia. Esta situación ha incrementado los errores médicos y violado los principios de la ética médica.

- **El desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas:** dicho desarrollo ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico.

Módulo 9 - Intervenciones psicológicas en los distintos niveles de atención de la salud y ante problemáticas específicas. La Psicología y los niveles de prevención. La Psicología y los equipos de salud. Aportes desde la experiencia.

Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad - Martín Alfonso

La psicología de la salud es una forma de pensamiento en salud que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención.

Se define como una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud. Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población.

Stone considera que la psicología de la salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solo en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación, financiamiento, legislación y otros componentes de este tipo en todo el sistema.

Tomando en cuenta el planteamiento de la epidemiología la cual propone un periodo de prepatogenesis y patogénesis, siendo este último donde se comienza a hablar del desarrollo de la enfermedad, con evolución de síntomas tipificables; la psicología corresponde un papel decisivo en el periodo de prepatogenesis, en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y adopción de conductas preventivas.

Entre los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades, el más estudiado por su importancia ha sido la acción del estrés. Se han elaborado varios modelos de estrés que pueden resumirse en 3 enfoques:

1. **El enfoque del estrés como respuesta a estímulos agresores del medio ambiente**
2. **La concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo:** ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas

- 3. Los modelos transaccionales del estrés:** los cuales conciben el estrés como un tipo particular de interacción entre el individuo y su entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos y a las emociones, como estados psíquicos en los que se fija el estrés

Los estudios de estrés como respuesta psicobiológica (modelo 2) ha permitido desarrollar la rama de la medicina llamada *psiconeuroinmunología*.

Psiconeuroinmunología

Es definida como *el estudio de la interacción entre el sistema nervioso central como mediador de procesos tanto psicológicos como biológicos con el sistema inmunitario, responsable no solo de la resistencia a la enfermedad, sino también de otras funciones biorreguladoras.*

Ha demostrado la posibilidad de que el sistema inmune este mediado por factores psicológicos. Las investigaciones realizadas permiten afirmar que variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando a través de esta vía la salud.

Se han estudiado variables emocionales como ansiedad, depresión, ira, etc que constituyen factores predisponentes al distress, facilitan el rol de enfermo, cambios en el sistema inmune y estimulan conductas no saludables. De igual manera, las variables cognitivas como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos e ideas irracionales desempeñan un papel importante en el mantenimiento de trastornos emocionales que a su vez tienen la repercusión antes descrita.

A partir de todo esto se puede inferir los beneficios médicos de los sentimientos y las emociones positivas, las ventajas de la percepción optimista y esperanzadora de la existencia, a lo que se une el valor de las relaciones personales como fuentes para compartir los sentimientos íntimos, mantener estrechos contactos afectivos y encontrar apoyo emocional y material. Estas son aristas de la intervención psicológica en individuos supuestamente sanos, con vistas a reducir los efectos nocivos del estrés y contribuir al mantenimiento de la salud, así como a la prevención y la recuperación de las enfermedades.

Todas las enfermedades poseen un conjunto de atributos formados a partir de las interacciones sociales que contienen juicios acerca de la relevancia de los síntomas, la frecuencia de aparición, la visibilidad, el carácter amenazante y la reversibilidad.

Una vez que se diagnostica la enfermedad se produce una diferencia subjetiva entre esta y la forma que la percibe el que la padece y el significado que le confiere. El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. En función de cómo el enfermo la perciba, este adoptará su rol de enfermo. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de este, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento.

En este sentido se consideran relevantes 2 conceptos:

1. **Cumplimiento:** se define como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta. Se considera que es la medida donde la conducta de una persona, en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas, o de realización de cambios de estilo de vida coincide con el consejo médico o sanitario.
2. **Adherencia:** se entiende como una implicación activa y colaboración voluntaria del paciente en un desarrollo de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Hace énfasis en los componentes psicológicos, sobre todo volitivos del paciente, que lo inducen a estructurar una conducta de cumplimiento.

Se han señalado un conjunto de variables de naturaleza social, psicológica, médica y gerencial, como factores determinantes en la conducta de cumplimiento. También se considera que la combinación de algunos factores constituyen variables que actúan como factores moduladores de la adherencia, estos pueden integrarse en 4 grandes grupos:

1. **La naturaleza de la enfermedad:** incluye tipo de enfermedad (aguda o crónica), presencia de síntomas de dolor o incomodidad. Las enfermedades agudas con síntomas de dolor producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que las enfermedades crónicas y las asintomáticas presentan las menores tasas; asimismo, la gravedad de la enfermedad no incide en el cumplimiento, sino que depende de la percepción de gravedad que tenga el paciente.
2. **Las características del régimen terapéutico:** incluye complejidad, duración y tipo de tratamiento, si es curativo, preventivo o rehabilitador. La adherencia disminuye a medida que la terapia se alarga.
3. **Las características de la interacción del paciente con el profesional sanitario:** se destacan variables como la satisfacción del paciente y las características de la comunicación que establece con el médico.
4. **Aspectos psicosociales del paciente:** incluye creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud o consecuencias ocasionadas por la enfermedad, la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y por último la creencia de que la respuesta será eficaz. Asimismo se debe tener en cuenta la motivación del paciente por la salud, las características de sus procesos cognitivos, especialmente la memoria y de las redes de apoyo social que cuenta.

La adherencia se ha estudiado en diferentes tipos de enfermedades y en todos se evidencia el papel del psicólogo como facilitador del desarrollo de la alianza con el médico y la búsqueda de cooperación del paciente.

Sobre la muerte

La muerte es un proceso que por sí mismo es estresante, y tiene, igual que la vida, un condicionamiento histórico-social muy importante. La muerte forma parte del mismo proceso de vivir, y constituye una situación límite, íntimamente relacionada con la trayectoria personal, biográfica y las actitudes que ante la vida se hayan tenido.

Sin embargo, a nadie se le enseña a morir, ni en la escuela o el hogar, ni los padres, maestros, incluso los médicos hablan de ella. Generalmente no estamos preparados, ni como profesionales, ni como personas, para afrontar la muerte. Así, corresponde a la Psicología de la Salud investigar y elaborar recomendaciones científicamente fundamentadas, que permitan lograr adecuadas estrategias de afrontamiento a la muerte

Se han descrito afrontamientos o estadios psicológicos por los que pasan los enfermos antes de morir (negación, aislamiento, ira, hostilidad, depresión y, por último aceptación). Se debe permitir la expresión de estos sentimientos y facilitarlos, darles información siempre que la soliciten, dar apoyo afectivo, ayudar a pensar mejor sobre lo que les preocupa, mostrar paciencia y comprensión.

Concluimos con que la psicología de la salud debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad.

Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. - Buitrago

La atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales por 3 razones:

1. Porque junto con la escuela, es el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos
2. Porque múltiples investigaciones apuntan que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS
3. Porque a niveles pragmático y sanitario, los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución

Las posibles estrategias para mejorar la salud mental de las personas y prevenir sus trastornos serían:

- a) la promoción de la salud mental y la prevención primaria de sus trastornos;
- b) la detección e intervención precoz del trastorno mental grave (tan cerca de la comunidad y del entorno afectivo y familiar del paciente como sea posible), y
- c) la atención integral y continuada de los pacientes (asegurando la continuidad de los cuidados y la integración de servicios, orientándolos a la promoción de la autonomía personal y a la reinserción relacional, social y laboral).

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos - Fernandes Alves

Las contribuciones de la psicología de la salud deben aportar a las intervenciones del psicólogo en la sanidad pública, el fundamento epistemológico y práctico para sus acciones en los 3 niveles de salud.

1. A nivel primario, las intervenciones deben volcarse en la salud general de los individuos dentro de sus colectivos sociales, priorizándose la asistencia de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. A nivel secundario, se brindan las intervenciones especializadas, cuyo objetivo principal es la salud mental. Ahí es donde actúan los psicólogos clínicos.

3. A nivel terciario enmarca las actuaciones en los hospitales y las investigaciones epidemiológicas.

La promoción de la salud general

Según Reyes, Abalo y Lebrada (1999), promover la salud significa educar, es decir, instaurar en la población un comportamiento que haya demostrado ser realmente efectivo para una salud óptima.

En general, se recomienda que las acciones de promoción de la salud sean anteriores a las acciones preventivas. Su principal característica es la de proponer y facilitar las acciones antes de la aparición de las enfermedades. Tiene un carácter amplio y responde al compromiso ético de mejorar el potencial de salud socioecológico de las comunidades.

La prevención de enfermedades

Después de involucrarse en la promoción de la salud, las intervenciones del psicólogo de la salud se vuelcan hacia la prevención de enfermedades en los diversos niveles de atención sanitaria. Según algunos autores, la prevención pretende que se disminuya la incidencia de enfermedades y su prevalencia mediante el acortamiento del periodo de duración de la enfermedad o la disminución de secuelas y complicaciones.

Prevención e intervención primarias

El primer nivel de intervención psicológica se hace en los servicios de APS. Debe realizarse en 2 etapas:

1. primero a nivel de prevención primaria
2. luego a nivel de intervención primaria

La prevención primaria debe estar directamente relacionada y condicionada a la promoción de la salud. Sus acciones no van dirigidas a un individuo, sino a los planes de educación para la salud, los cuales podrán aportar contenidos de otras áreas de aplicación de la psicología. Tiene como característica central la actuación en los problemas epidemiológicos de la población e invierte en la construcción de estilos de vida saludables y en evitar comportamientos de riesgo.

Intervención primaria es la intervención directa sobre una queja detectada en un individuo o un colectivo. Es la actuación primera ante la presencia de un problema que deberá ser identificado y orientado. La intervención no deberá ser especializada.

El abordaje de los problemas a nivel primario podría descongestionar los servicios de salud en sus niveles especializados.

La intervención primaria del psicólogo deberá apuntar hacia prácticas interdisciplinarias y multiprofesionales. Por ello, para trabajar en este nivel de atención, el psicólogo necesita un conocimiento más amplio de epidemiología, políticas sociales, antropología de la salud, sociología de la salud, etc.

A nivel de APS las intervenciones del psicólogo deberán priorizar la salud general y no la salud mental. Se deberá considerar al individuo en su colectivo social como un todo, comprendiendo los distintos contextos (biológico, social, psicológico, etc).

Algunas actividades compatibles con la prevención e intervención primarias:

- elaborar e implementar programas de promoción y de educación para la salud
- proponer programas de humanización y mejora de la calidad de los servicios
- proponer y organizar grupos informativos
- etc

Prevención e intervención secundarias

- **La prevención secundaria** se hace en los ambulatorios y/o centros de especialidades. Su principal objetivo es acompañar al paciente ayudándole en el seguimiento de su tratamiento para prevenir el agravamiento de la dolencia. Conocer bien las características que llevan asociadas la falta de adhesión a determinados tratamientos facilita la formulación de programas preventivos además de utilizar las diversas actividades para prevenir comportamientos que refuerzan la dificultad del seguimiento.
- **Intervención secundaria:** asiste a los usuarios derivados de la APS para brindarles tratamientos más específicos. La atención a los problemas de salud mental tiene aquí su lugar apropiado.

Algunas actividades compatibles con la prevención e intervención secundarias:

- Brindar asistencia psicoterapéutica
- Realizar psicodiagnósticos
- etc

Prevención e intervención terciarias

- **La prevención de tercer nivel** está relacionada con la asistencia a los problemas de alta complejidad derivados de los otros niveles de atención, y con las investigaciones de salud. Incluye el seguimiento de pacientes en tratamiento clínico, quirúrgico, quimioterápico y radioterápico.

Según algunos autores, las intervenciones quirúrgicas son situaciones estresantes, así que la preparación para las cirugías es una actividad muy corriente en las asistencias a adultos. Es la información proporcionada antes de la operación que, además de modificar respuestas cognitivas, puede producir cambios en las respuestas psicofisiológicas.

También se describen como actividades propias de la labor del psicólogo hospitalario: la preparación de los pacientes para readaptarlos a la nueva situación después del diagnóstico de cáncer, SIDA u otros. El objetivo de estas actuaciones es ayudar a que estos pacientes desarrollen una nueva expectativa de vida con otros valores que les de el soporte para afrontar la nueva realidad en consecuencia de la dolencia.

El trabajo con las familias es desde luego, también esencial, considerando la importancia del papel de ésta en la recuperación de los enfermos, el trabajo desarrollado junto a ella enmarca de forma positiva la condición general del paciente.

- **Intervención de tercer nivel:** en el ámbito de la psicología de la salud, esta intervención tiene en la investigación una de sus más importantes actividades. El psicólogo de la salud investiga los factores biopsicosociales que intervienen en la

etiología de los problemas de salud, analizando cómo el entorno sociocultural afecta a la salud-enfermedad-vida-muerte, en consecuencia de los estilos de vida.

De acuerdo a algunos autores, la aproximación epidemiológica es una de las formas más significativas para la investigación y recogida de datos en psicología de la salud, ya que por medio de ella es posible examinar los aspectos conductuales, cognitivos, sociales, económicos, evolutivos y fisiológicos que tengan alguna relación con la salud-enfermedad.

Según Anton y Mendez (1999), uno de los objetivos de la psicología de la salud es identificar qué comportamientos son saludables y especialmente qué comportamientos son precursores de la salud.

Algunas actividades compatibles con la prevención e intervención terciarias:

- Apoyar y orientar a los pacientes ingresados y a sus familias
- Preparar a los enfermos para las cirugías
- Orientar a las madres de niños ingresados
- Asistir a las urgencias psicológicas
- Priorizar el desarrollo de las actividades de investigación
- etc

Concluimos con que una buena actuación de los psicólogos en salud pública debe tener en cuenta las posibilidades de intervención en los diversos niveles de atención de salud, sopesando la adecuación de cada acción en su nivel apropiado y también el carácter dinámico e integrativo de las mismas.

Introducción a la psicología de la salud. Capítulo V: la psicología en la atención primaria de la salud - Calatayud

La promoción de salud

El “estilo de vida”: en promoción de salud y en atención primaria en general se observa una reiterada referencia a este concepto, y en general se utiliza para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad.

En general dicho concepto se utiliza en el sentido de comportamientos específicos identificados como factores de riesgo para enfermedades y muertes accidentales, siendo los más comunes el uso de tabaco, los hábitos de consumo de alcohol y drogas, el control del peso y de la dieta, la realización de ejercicios físicos, el manejo del estrés, y otros.

Sin embargo, algunos autores llaman la atención acerca de que este uso supone la noción de que los hábitos personales son discretos y modificables independientemente, y de que las personas pueden incidir voluntariamente la alteración o modificación de estas conductas; sin embargo, se presta poca atención a la modificación de los aspectos generales de las sociedades en las cuales los individuos participan. Al ignorar las influencias sistemáticas de la sociedad, se pone el foco de atención en el individuo y en su propia responsabilidad. Considerar los comportamientos como elementos aislados,

divorciados de su contexto, induce a la formulación de programas de promoción de salud que lo que intentan es cambiar comportamientos específicos sin considerar el complejo total dentro del cual estos elementos son sólo una parte, sin tomar en cuenta el nivel del sistema macro-socio-cultural que sostiene y le da sentido a esos patrones de conducta.

En algunos ambientes, ciertos comportamientos no saludables son inevitables. Para los psicólogos resulta muy importante comprender estos hechos, ya que a nuestra disciplina corresponde esclarecer la relación entre el ambiente y los comportamientos, buscar medios para prevenir la adopción de aquellos que tienen potencialmente un efecto negativo sobre la salud así como para modificarlos en las personas que los practican. Empero no podemos perder de vista la importancia de identificar en el ambiente los determinantes de esos comportamientos, de modo que nuestra participación en programas de promoción de salud pueda ser más efectiva.

La prevención y el control de riesgo de enfermar

Mediante estudios epidemiológicos, se han podido establecer los “factores de riesgo” que se asocian a muchas enfermedades. Existen riesgos físicos, químicos, biológicos y otros, pero a los psicólogos nos interesan especialmente los riesgos que se asocian al comportamiento y a las circunstancias del ambiente social que los favorecen.

En este sentido resulta útil una valoración de algunos de los conceptos que se han venido postulando para definir factores de riesgo en relación con problemas de salud frecuentes:

El riesgo “psicosocial” o “factor psicosocial de riesgo”: en referencia a este concepto, lo primero que surge es la cuestión de si es o no adecuado su uso. El término “psicosocial” es una palabra compuesta en la que se juxtaponen dos términos que sirven para denominar dos realidades muy relacionadas o interdependientes, pero que cualitativamente son diferentes. Al procederse al uso indiscriminado de la expresión “factor psicosocial de riesgo” se aplicará indistintamente, ya sea a procesos definidamente psicológicos, ya sea a procesos definidamente sociales, ya sea a procesos complejos en los que están presentes variables psicológicas y variables sociales, con lo que se puede perder especificidad acerca de lo que se quiere describir. Más oportuno parece hoy esforzarnos por precisar mejor las expresiones, dándole contenido a los conceptos “factor/es psicológico/s de riesgo”, “factor/es social/es de riesgo”, y cuando sea necesario porque es reconocible en la realidad que se analiza y describe la presencia de ambos tipos diferenciados de factores, entonces usar la expresión “factores psicológicos y sociales de riesgo”.

Los “acontecimientos de la vida”: este concepto, entendido como variable simple, tiene valor descriptivo y sólo relativamente en términos de poblaciones y de frecuencia de problemas de salud en las poblaciones. Es necesario que sea entendido no como un simple cambio, sino, como situaciones que poseen contingencias potencialmente productoras de estrés (por ejemplo, circunstancias en las que las consecuencias son impredecibles). Los programas preventivos deben tener la capacidad de identificar en el ambiente social aquellos acontecimientos que para una determinada población con la que se trabaja se presentan frecuentemente, para brindar ayuda a esas personas sobre la base de un análisis individualizado.

El “estrés”: Álvarez destaca la importancia de que los estímulos que pueden provocar estrés no tienen sentido “per se”, sino en relación con la persona que lo experimenta, así como el carácter activo de la respuesta, potencialmente modificadora de la propia situación. De acuerdo a Gonzalez (1994), “un aspecto esencial, disparador de la reacción integral que presupone el estrés, es la calidad de las emociones que el sujeto experimenta, las cuales están esencialmente determinadas por el proceso personalógico que activamente mediatiza el mundo interno y externo del sujeto y que descansa en la configuración psicológica de la personalidad”. No necesariamente el estrés es siempre negativo (distrés) sino que puede ser un activador positivo para la acción.

En el estudio de Kielcot-Glaser (1985) se encontró que personas de edad avanzada que experimentan estrés de tipo crónico, mejoran sus indicadores inmunológicos cuando reciben ayuda psicológica mediante técnicas de relajación y se incrementan sus oportunidades de contacto social. En otros trabajos se han hecho recomendaciones en torno a la importancia de llevar a la práctica clínica los resultados de esas investigaciones, y se ha hecho énfasis en el valor de los tratamientos psicológicos para mejorar la actividad del sistema inmune, en particular en grupos de personas consideradas vulnerables, lo que tiene especial sentido para el trabajo a nivel de la atención primaria.

El “patrón de comportamiento tipo A”: este concepto supone que ciertas personas son más vulnerables para desarrollar la enfermedad coronaria, y son aquellas que mantienen un sentido de urgencia de tiempo, un exagerado sentido de involucramiento, multiplicidad de metas, hostilidad y competitividad en sus relaciones con los demás; son centrados en sí mismos, fácilmente irritables, impacientes, enérgicos y tensos. Los que no son así, son denominados “*Tipo B*”.

Aunque no se sabe claramente si a lo que se refiere no es a otra cosa que a un conjunto de respuestas que se corresponden con ciertas condiciones de la sociedad contemporánea, sobre todo en sus ambientes urbanos. Por otro lado, los resultados de las investigaciones han sido contradictorios, evidenciando que muchas personas con el patrón A no desarrollan la enfermedad cardiovascular, mientras que otros con el patrón B la desarrollan.

Por eso, tampoco este patrón puede ser asumido de manera simplista como factor psicológico de riesgo, siendonos útil como orientación general para el estudio de los ambientes sociales y el tipo de comportamientos frecuentes que en los mismos se observan, y como una guía más para la interpretación de la interacción del individuo con el ambiente.

Las “creencias de salud”: más que como un factor de riesgo específico, el concepto se ha manejado de manera general para describir cómo las creencias de un individuo y el modo en que se estructuran, pueden orientar su comportamiento hacia un mayor o menor riesgo de enfermar.

En la década de los 50 fue elaborado el llamado “Modelo de creencias de salud”, el cual hipotetiza que el comportamiento depende principalmente de 2 variables:

1. El deseo de evitar la enfermedad, o si se está enfermo, de ponerse bien
2. La creencia de que una acción de salud específica podría prevenir, o mejorar, la enfermedad. Por ejemplo, la estimación del individuo de la amenaza de la

enfermedad, y de la probabilidad de ser capaz, mediante la acción personal, de reducir esa amenaza

Las dimensiones establecidas en este modelo fueron:

- a. **susceptibilidad percibida:** los individuos varían ampliamente en sus sentimientos de vulnerabilidad personal a una condición. Por lo que esta dimensión se refiere a la percepción subjetiva del individuo del riesgo de contraer una condición
- b. **severidad percibida:** los sentimientos relativos a la seriedad de contraer una enfermedad, o de que se cure una que no ha sido tratada
- c. **beneficios percibidos:** mientras la aceptación de la susceptibilidad personal a una enfermedad también considerada como seria fue sostenida para producir una fuerza conducente a la conducta, la misma no define el curso particular de la acción que probablemente será emprendida; está se hipotetiza como dependiente de las creencias hacia las varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad
- d. **barreras percibidas:** los aspectos potencialmente negativos de una acción de salud particular pueden actuar como impedimentos para llevar a cabo el comportamiento recomendado

El “aislamiento/apoyo social”: este es otro de los conceptos muy utilizados desde una perspectiva social y psicológica. Ya desde los años 70 se ha reiterado la noción de que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales tienen más riesgo de enfermar o para el empeoramiento y mala evolución de sus enfermedades crónicas, destacándose la importancia del apoyo social, sobre la base de la idea de que los plazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., pueden ser fuente de afecto, de recursos o ayudas prácticas y de información, de modo tal que esos lazos ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud.

En la literatura hay también referencias acerca de otros conceptos que se han manejado en relación con el riesgo de enfermar desde una perspectiva psicológica o social, entre los que se encuentran: la disponibilidad de recursos personales para el afrontamiento de los eventos tensionantes; el “locus” de control interno o externo; la influencia del grupo social sobre las creencias y comportamientos individuales a través de expectativas de lo que debe o no ser hecho sobre las creencias y comportamientos individuales; y en relación con el funcionamiento familiar.

Es importante recordar que ninguno de estos elementos parciales, ni tomados en forma aislada ni adicionados simplemente, tiene sentido psicológico en el riesgo de enfermar, considerando que el análisis de las variables psicológicas supone un nivel de comprensión tanto de la propia historia de desarrollo del individuo como de los eventos del ambiente con los que entra en contacto. Dicho en otras palabras, cada sujeto individual establece una relación activa frente a los múltiples eventos del ambiente, y es justamente a partir de un análisis de las contingencias que se podría definir con mayor certeza el riesgo al que cada sujeto se halla expuesto; por otro lado, es imprescindible que se establezca, con la mayor claridad posible, el tipo y nivel de competencias de que se dispone, las cuales son el resultado de la historia de su propio desarrollo. Será necesario, tanto para el diseño y puesta en marcha de programas de promoción de salud como de prevención de problemas

de salud específicos, tomar en cuenta los anteriores elementos, propios de una teoría general de la conducta y de una teoría de la personalidad.

Enfoque sobre prioridades de trabajo en atención primaria

Con independencia de las características de cada comunidad, y de la especificidad de sus realidades, hay un conjunto de temas que generalmente aparecen como prioritarios para la psicología en atención primaria, y ese carácter prioritario se debe a que son los temas vinculados con variables psicológicas que más afectan el estado de salud de las personas, los cuales, si reciben una correcta atención, pueden conducir a introducir mejoras importantes en el nivel de salud de la población.

Cada uno de estos temas se relaciona con aspectos biológicos, sociales y del comportamiento, siendo estos últimos los que nos interesa considerar para servirnos de pautas o guías para el trabajo de psicología en la atención primaria. Además, es importante considerarlos dentro del eje denominado como “ciclo vital”.

Salud reproductiva: es la base del inicio del ciclo vital. La salud del recién nacido depende en mucho de que el proceso reproductivo se desarrolle en las mejores condiciones posibles, condiciones estas que a su vez dependen tanto de circunstancias asociadas a las condiciones de vida, como a la calidad de los servicios de salud y a factores de comportamiento. Muy asociado a este proceso está el primer año de vida del niño, en el cual pueden aparecer muchos problemas que pueden comprometer su desarrollo futuro e incluso su vida.

Algunos problemas frecuentes en esta área susceptibles de ser abordados por la psicología son:

- prácticas sexuales que conducen a embarazos indeseados o a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual
- nacimientos de hijos de madres adolescentes (maternidad precoz)
- aborto inducido
- comportamientos de riesgo para el buen desarrollo del embarazo, y las circunstancias del ambiente social que los propician
- etc

Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- trabajo con grupos de adolescentes para fomentar comportamientos preventivos de embarazos y enfermedades de transmisión sexual
- diseño de intervenciones para favorecer comportamientos que propicien la mejor evolución del embarazo de las mujeres de la comunidad, que pueden incluir: acciones a nivel de la pareja y la familia, recursos informativos y trabajo a nivel grupal
- diseño de acciones grupales e individuales para la transmisión de información acerca de las necesidades físicas y emocionales del niño en el primer año de vida, entrenamiento de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales para su participación en estas acciones
- etc

Salud del niño: después del primer año de vida pueden presentarse algunos problemas que pueden dañar o limitar el buen desarrollo de las posibilidades del niño.

Algunos problemas frecuentes en esta área susceptibles de ser abordados por la psicología son:

- ambientes domésticos y sociales propiciadores de accidentes
- inadecuados patrones de crianza infantil, insatisfacción de las necesidades emocionales y de juego
- ambientes familiares disfuncionales
- pobre preparación del niño para la entrada en la escuela

Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- diseño y aplicación de programas a nivel individual y grupal para el mejoramiento de los patrones de crianza infantil
- identificación de familias disfuncionales e intervenciones de ayuda para sus problemas
- identificación de ambientes familiares y comportamientos proclives a la producción de accidentes de los niños, intervenciones para modificar estas situaciones a nivel individual, familiar y grupal
- etc

Salud del adolescente

Algunos problemas frecuentes en esta área susceptibles de ser abordados por la psicología son:

- inicio de prácticas nocivas para la salud a largo plazo, como fumar o ingerir bebidas alcohólicas
- aumento del riesgo de accidentalidad al ampliarse el espacio en el que se desplazan, o por la práctica de deportes que implican asumir riesgos
- dificultades de adaptación al medio familiar, escuela y el ambiente social

Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- realización de estudios y observaciones dirigidas a identificar la frecuencia de comportamientos nocivos para la salud entre los adolescentes de la población con la que se trabaja
- asesoramiento y capacitación de maestros y miembros del equipo de atención primaria acerca de los problemas psicológicos de los adolescentes y las técnicas que pueden usarse
- organización de servicios de consulta, orientación psicológica e incluso, terapéutica, de fácil acceso para los adolescentes

Salud del adulto: las demandas del ambiente, las condiciones materiales de existencia, los recursos de asistencia disponibles, y los comportamientos que se despliegan, tendrán una influencia muy marcada en el mantenimiento del estado de salud y en la evolución de los padecimientos del adulto.

Problemas frecuentes en esta etapa:

- reacciones de adaptación a los cambios y situaciones comunes de la vida (inicio de la vida laboral, demandas laborales, adquisición de vivienda y bienes, matrimonio, etc)
- mantenimiento de “estilos de vida” poco saludables
- enfermedades agudas y crónicas
- accidentes y sus secuelas

Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud frecuentes en los adultos de la comunidad
- organización de formas de trabajo, preferentemente coordinadas con los demás miembros del equipo de salud, para la disminución de los riesgos de accidentes, especialmente viales y laborales
- realización de trabajo con grupos de la comunidad en relación con los “estilos de vida” nocivos para la salud
- asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de atención primaria en relación con los aspectos psicológicos de los problemas de salud de los adultos

Salud de los adultos mayores (tercera edad): el aumento que se ha venido produciendo en la expectativa de vida, hace que se produzcan cambios en la estructura de la población. El problema ya no es solo lograr que las personas vivan más años, sino darle la mejor “calidad de vida” a esos años. En esa etapa de la vida, las enfermedades crónicas pueden ser más frecuentes, imponer más limitaciones y requerir más cuidados. También las personas se enfrentan a acontecimientos de mucha importancia, como la jubilación, el desmembramiento de la familia que crearon, e incluso, a la progresiva disminución de sus fuentes de apoyo social.

Problemas frecuentes en esta etapa:

- reacciones de adaptación a los cambios y situaciones frecuentes en esta etapa: jubilación, reducción de los recursos económicos, viudez, etc
- aumento de las limitaciones impuestas por las enfermedades crónicas, adaptación de rutinas personales a las exigencias de los tratamientos de esas enfermedades
- disminución de las oportunidades de uso placentero del tiempo libre y dificultades de adaptación a los cambios del ambiente social que obstaculizan esas distracciones
- uso inadecuado de los servicios de salud disponibles

Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud más frecuentes entre los adultos mayores, así como las circunstancias del ambiente familiar y social que favorecen estos comportamientos o que incrementan las posibilidades de dificultad la adaptación a los cambios y situaciones de la vida típicos de la etapa; diseño de intervenciones apropiadas para estos problemas
- pesquiasaje de los individuos con mayores dificultades y con comportamientos que afectan la evolución de sus enfermedades crónicas o pueden constituir riesgo para las que aún no han debutado

- ofrecimiento de servicios de atención psicológica de fácil acceso
- asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de trabajo de atención primaria, en relación con los problemas psicológicos de este grupo de edad

Aunque en los ejemplos mencionados se señalan algunos que se refieren a la participación de miembros de la comunidad en las acciones, el tema de la participación popular en salud, de suma importancia en atención primaria, no ha ocupado un acápito particular. En este sentido es necesario complementar la exposición anterior indicando que corresponde a la psicología en ese nivel de servicios contribuir a promover ese tipo de participación, a través de diferentes vías, tales como la obtención de información acerca de la evaluación que los miembros de la comunidad hacen de cuales son sus principales problemas de salud y sobre sus expectativas acerca de lo que pueden hacer de manera conjunta con el centro de salud de atención primaria para resolverlos, la identificación de líderes naturales de la comunidad y su motivación y capacitación y la asesoría y capacitación de los miembros del equipo de salud para el trabajo con ellos y con la comunidad en general.

Por último, respecto al psicólogo de atención primaria, este debe tener formación en salud pública y conocimientos básicos de epidemiología y estadísticas de salud, de manera que pueda participar en el diagnóstico de salud de la comunidad, y en la elaboración y evaluación de programas de intervención. Asimismo, debe contar con formación en psicología social y elementos de sociología que le facilite la interpretación de la realidad de la comunidad para la que trabaja y el uso de procedimientos de investigación social, de comunicación y de manejo de grupos. Por otra parte, necesita disponer de conocimiento actualizado acerca de los problemas de salud más frecuentes en la comunidad, específicamente en cuanto a los aspectos psicológicos de los mismos y las propuestas para su manejo que aparecen en la literatura como producto de la actividad de los investigadores, muy en particular sobre comportamientos de riesgo, salud reproductiva, desarrollo infantil, enfermedades crónicas, y salud de los adultos mayores. Desde el punto de vista clínico, requiere conocimientos sobre técnicas de diagnóstico, orientación, consejería, elementos básicos de psicoterapia individual y familiar.

Introducción a la psicología de la salud. Capítulo VI: la psicología en los hospitales y centros de rehabilitación - Calatayud

Los psicólogos han estado presentes en los hospitales desde hace más de 50 años, pero durante la mayor parte de ese tiempo su actividad estuvo vinculada casi exclusivamente a los servicios de psiquiatría.

A partir de la década de los años 70 la psicología ha ensanchado su actividad en los hospitales sobre la base de los siguientes hechos:

- 1) el aumento del reconocimiento del papel de las variables psicológicas en la evolución de las personas que tienen padecimientos crónicos degenerativos, las que por otro lado cada vez están más presentes en los hospitales. El tema de la adherencia a los tratamientos ha sido uno de los más influyentes en este sentido.
- 2) el desarrollo, concomitantemente, de los recursos tecnológicos de la psicología para intervenir en una mayor diversidad de problemas de salud

- 3) el aumento del interés por la calidad de los servicios, la satisfacción de los pacientes y familiares, y por la adecuación de los ambientes hospitalarios a las necesidades de los usuarios
- 4) un mayor interés en el trabajo en equipo; y por parte de los profesionales de la salud (médicos y enfermeras sobre todo) por obtener y aplicar conocimientos psicológicos
- 5) un mayor interés de los propios psicólogos por actuar en un ámbito más amplio y de manera más independiente

No obstante, el proceso de integración de los psicólogos a los hospitales está muy condicionado por las características generales de la institución. Cuando está es parte de un sistema de servicios de salud en el que comparte con otras instituciones (como centros de APS) una orientación hacia el uso racional de los recursos, la evitación del tecnologismo, y a la satisfacción completa de las necesidades de los pacientes y sus familiares sin dependencia del mercantilismo, las oportunidades de la psicología serán mayores.

El componente psicológico en las enfermedades

Para entender adecuadamente la importancia del papel de la psicología en el marco de los servicios de los hospitales, es necesario comprender este concepto.

Ya vimos que una enfermedad supone no solamente un daño o una disfunción, sino un estado que pueda ser reconocido por la propia persona, sus familiares o por el médico. Por lo tanto, el daño o la disfunción debe ser percibido por el sujeto o por lo menos, este debe reconocerlo cuando le es indicado por sus familiares o por el médico, y luego adoptar el “rol de enfermo”, rol que está influido por procesos de carácter cultural y social. En este sentido, puede haber muchas variaciones de la correspondencia entre las disfunciones y los comportamientos que se despliegan.

En la causalidad de todas las enfermedades, en general hay, e mayor o menor grado, elementos de carácter psicológico. En todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejada, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia “respuesta a la enfermedad” en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de la misma como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica.

El servicio de psicología en los hospitales

En los hospitales no debe ocurrir que los psicólogos que trabajan se mantengan aislados, respondiendo cada uno solamente a los intereses particulares de la especialidad con la que se vinculan.

Los objetivos de la psicología en los hospitales deben ser agrupados en cuatro direcciones principales, en íntima vinculación:

- 1) la asistencia directa a los enfermos y sus familiares
- 2) la docencia, mediante la enseñanza regular de contenidos de psicología a estudiantes de medicina y enfermería, así como también al personal paramédico, auxiliares, etc

- 3) la investigación, que debe estar orientada al esclarecimiento de aspectos psicológicos tanto de los problemas de salud que se presentan con más frecuencia, como de la atención de los mismos
- 4) la acción institucional, que comprende los problemas de la satisfacción de los usuarios con los servicios, diseño del ambiente hospitalario y evaluación y mejoramiento de los sistemas de información, funcionamiento de determinados servicios y equipos de trabajo
- 5) etc

Las características del hospital en cuanto a su dedicación tendrán mucha influencia en la orientación de las tareas de la psicología en la institución en cuestión. Aun cuando se trata de un hospital general, las tareas que se lleven a cabo en los servicios de adultos tendrán ciertas diferencias con respecto a las que se lleven a cabo en los servicios de niños y en los de ginecología y obstetricia.

- **Servicios clínicos y quirúrgicos de adultos**

Áreas problema frecuentes asociadas a las condiciones de la enfermedad y a la situación de hospitalización:

1. toma de decisiones, preparación emocional y consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cooperación con los mismos
2. cumplimiento de indicaciones de administración de medicamentos, reposo, ejercicio, dietas, etc
3. cumplimiento de rutinas institucionales
4. manifestaciones psicológicas de nivel clínico: depresión, ansiedad, etc
5. manejo del dolor

Acciones que pueden ser emprendidas:

1. análisis de los patrones de comunicación en uso, de acuerdo al tipo de servicio y enfermedades, identificación de insuficiencias
2. favorecimiento del proceso de toma de decisiones siguiendo las mismas pautas del punto anterior en lo que a comunicación se refiere; asesoramiento al equipo de atención para ayudar al paciente a la reducción de ansiedad y en el afrontamiento de las experiencias displacenteras
3. asesoramiento al equipo de trabajo en técnicas de fomento de la adherencia a los tratamientos
4. etc

- **Servicios clínicos y quirúrgicos para niños**

Áreas problema frecuentes asociadas a las condiciones de la enfermedad y a la experiencia de la hospitalización:

Los mismos problemas que se señalan para los servicios de adultos aparecen en los hospitales que atienden niños, como es lógico, con sus características específicas. Además, pueden encontrarse otras áreas problema como:

1. implicaciones de la enfermedad, la experiencia de la hospitalización, y las posibles limitaciones permanentes para el desarrollo psicológico del niño

2. participación de los padres, y muy especialmente de la madre, en todo el proceso de atención del niño, interviniendo como un elemento presente en la relación del equipo con el paciente;
3. interrupción del ciclo de aprendizaje escolar
4. etc

Acciones que pueden ser emprendidas:

1. evaluación casuística del impacto de la enfermedad para la vida futura del niño; atención de su desarrollo psicológico aun después del egreso
2. diseño de sistemas de madre/padre acompañante
3. integración de programas escolares en el hospital; asesoramiento a los maestros

- Servicios clínicos y quirúrgicos de ginecología y obstetricia

Áreas problema frecuentes asociadas a las condiciones de la enfermedad y a la experiencia de la hospitalización:

Los servicios de ginecología presentan, en general, las mismas áreas problema que se describieron anteriormente, pero en el caso de los de obstetricia se presentan otros problemas peculiares:

1. preparación psicológica para el parto, incluyendo la preparación de los esposos para su participación en el mismo
2. pérdidas de embarazos deseados
3. lactancia materna
4. aborto inducido

Acciones que pueden ser emprendidas:

1. diseño, puesta en ejecución y evaluación de programas de preparación para el parto para la pareja, en los que este presente no sólo la perspectiva médica, sino también la psicológica
2. programas específicos para la atención de las parejas que han experimentado la pérdida de un embarazo deseado
3. investigación de las variables psicológicas y sociales que se asocian a la solicitud de aborto en el área en la que se trabaja
4. etc

Los centros de rehabilitación

La rehabilitación está dirigida a brindar recursos médicos, psicológicos y laborales para que las personas que presentan secuelas de alguna enfermedad en forma de limitaciones estables y permanentes puedan reducir esas limitaciones, y desarrollar nuevas capacidades que les permitan el máximo de desempeño autónomo en su medio habitual, tanto doméstico como en el trabajo productivo y la vida social.

El papel de la psicología en los centros de rehabilitación es muy importante para:

- 1) evaluar las limitaciones de las personas en términos de la repercusión psicológica de las mismas

- 2) ofrecer tratamientos a esas personas para fomentar su cooperación en el proceso de rehabilitación y sus comportamientos adaptativos
- 3) evaluar y favorecer el apoyo familiar y social
- 4) orientar vocacionalmente a estas personas
- 5) asesorar al equipo de atención acerca del manejo de los problemas psicológicos de los pacientes



PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Psicología y Salud.

En la web encontrarás:



Bibliografía



Evaluaciones



Resumen



Tutorías

Accedé a:

- Clases particulares de varias materias.
- Un tutor para ayudarte a planificar tus semestres.
- Un tutor que te corrija tus trabajos de facultad.



@PsicoResúmenes



@Psico.Resúmenes

