



PsicoResúmenes

www.psicoresumenes.com

Resumen de Saforcada, E. (1999).
Análisis de las concepciones y
prácticas en 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



Saforcada, E. (1999) Análisis de las concepciones y prácticas en salud. En: Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Ed. Paidós.

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 los 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.