

MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Prof. Adj. Dr. Carlos Güida

¿Qué entendemos por Modelo de Atención en Salud?

En primer término, definimos “modelo” como un arquetipo o punto de referencia, susceptible de ser imitado o reproducido. También puede entenderse como el esquema teórico de un sistema.

En el campo de la salud, un **modelo de atención** es el reflejo de complejos procesos históricos, económicos, culturales que involucran desde la planificación, la ejecución y al evaluación de las prácticas sociales en salud.

Los modelos de atención en salud pueden mostrar distintos niveles de tensión entre diferentes paradigmas, algunos hegemónicos, otros caducos, también los emergentes. Es decir, cuando en una sociedad se visualizan varios modelos de atención, los mismos pueden contar con diferentes grados de aceptación de la población, de los profesionales, de las instituciones que administran dichos servicios. Los modelos de atención que se concretan en las prácticas institucionales del sistema de atención son reguladas por cuerpos normativos. En nuestro medio existen modelos de atención similares, con algunos aspectos diferenciales, pero que se sostienen en una matriz similar de pensar la salud – enfermedad y los procesos de prevenir, cuidar, curar, rehabilitar.

En la medicina occidental moderna se han validado prácticas profesionales, ordenadas en disciplinas jerarquizadas y se han rechazado y combatido formas tradicionales de cura. Existen variados estudios que ejemplifican al respecto, pero nos detendremos en un libro relativamente reciente en la formación médica: un texto de extensa difusión en la formación en pediatría en América Latina, incluyendo Uruguay, ejemplifica la histórica batalla entre la ciencia médica - patriarcal, occidental y cristiana – y las prácticas de cura de transmisión oral – de origen popular, enmarcadas en la pobreza y ejercida por mujeres: en el capítulo “*El pediatra en América Latina*”, los profesores J. Meneghello y J. Macaya, recomiendan a “*el pediatra latinoamericano*” – siempre en genérico masculino – que debe enfrentarse a “*la cultura de la pobreza*”, constituida por “*esa masa amorfa que no se ha integrado*” y que mantiene “*las costumbres arraigadas desde antiguo, muchas de ellas heredadas de sus antepasados aborígenes*”. Plantean los autores que “*se evitarían muchos inconvenientes en la acción médica si el médico conociera esa cultura en la cual el empacho, el mal de ojo, las meicas, las parteras, las brujas y quirománticas, la superstición y la adoración idolátrica de las imágenes, son algunas de sus características principales. No se entiende que estas costumbres sean eliminadas en pocos años, pues para conseguirlo, probablemente sea necesario esperar una o dos*

generaciones, sino que el conocimiento y el buen manejo de ellas permitan, en muchas ocasiones, lograr la confianza de la comunidad, que de suyo es desconfiada, facilitando la introducción de la medicina científica” (Meneghello et. al, 1991, pág. 2, volumen 17). Una *cruzada* pediátrica ante las costumbres de la medicina tradicional, que trasluce el menosprecio sobre las comunidades insertas en la pobreza. Queda claro que quienes transmiten esas costumbres son las mujeres parteras, brujas y quirománticas. Y las que seguirán sus consejos serán, sin duda, las mujeres – madres. Son ellas las que llegan al consultorio con sus hijos enfermos. A través de este ejemplo, vemos como interactúa la ideología medico hegemónica – que describiremos a continuación – y el modelo de atención que deviene luego en prácticas de disciplinamiento.

La propia organización en niveles de complejidad, los recursos destinados a los procesos de prevención – cura – rehabilitación, el lugar dado a las personas que consultan y a las organizaciones comunitarias en los servicios en tanto “pacientes” o “usuarios”, son formas en las que se expresan los modelos de atención.

Los modelos de atención que se manifiestan en los servicios sanitarios, implican diversos grados de consenso sobre las concepciones sobre la vida humana, sobre los derechos de usuarios y pacientes, sobre los derechos de acuerdo a la pertenencia de quien consulta, y reflejan en mayor o menor medida el orden simbólico y material de las relaciones en la sociedad. Los modelos de atención en salud, a través de lo que se denominan “prestaciones”, muestran la vigencia y el grado de aceptación de la reglas de juego entre la institución y quienes consultan. Muestran, de alguna manera, el estado del arte en las relaciones de dominación – subordinación en cada sociedad: desde las clases sociales, las relaciones de género, las relaciones interétnicas.

A través de las prácticas sanitarias institucionalizadas, los modelos de atención en salud validan prácticas de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas, las familias, las comunidades. Es necesario recordar los estudios de Laframboise en Canadá, a principio de los años 70 y el desarrollo posterior en el estudio de los determinantes de la salud, para evaluar el verdadero peso que posee la atención en salud en los procesos de salud – enfermedad de las poblaciones.

En determinadas sociedades, los modelos de atención hegemónicos se adjudican el monopolio de las prácticas de intervención sobre el cuerpo, relegando e incluso prohibiendo otras prácticas de cura, no aceptadas por el Estado.

Eduardo Menéndez (1985) describe al Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual ha sido validado a través de las prácticas de atención por profesionales y administrativos y es aceptado en mayor o menor grado por las poblaciones. El mismo es caracterizado por:

- biologicismo
- a-historicidad

- a-socialidad
- individualismo
- exclusión del usuario al acceso a conocimientos
- tendencia a escindir: teoría y práctica / práctica e investigación

Según este autor, dicho modelo se encuentra en crisis (desde hace varias décadas) debido a varios factores:

- Aumento del costo de la atención de la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo y secundariamente en el costo del personal. Esto ha conducido por lo menos en países capitalistas a crisis en los sistemas de seguridad social.
- 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.
- Aumento correlativo de la “intervención médica”, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas.)
- Aumento correlativo de la iatrogenia así como de la ineficacia.
- Predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de su calidad.
- Ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización) y la reducción real de las áreas de eficacia.
- La carencia de relación por lo menos en algunos casos entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y su control.
- La 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.
- El predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones de salud en general.

Menéndez analiza la viabilidad de un posible Modelo Antropológico Alternativo, que considere:

La importancia y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos.

- La importancia de las estrategias populares que implicarían un saber colectivo.
- La importancia del núcleo familiar y o comunal como el potencial del primer nivel real de atención.
- La importancia de la apropiación pragmática de las clases subalternas y del conjunto de las clases sociales, del saber y práctica médicos.
- La incidencia de los mecanismos sociales de reciprocidad, junto con los mecanismos de desigualdad social.
- 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.

PARA PROFUNDIZAR

Bello, J., de Lellis, M. **Modelo Social de Prácticas de Salud: comportamientos familiares para el cuidado y recuperación de la salud. Un aporte a las intervenciones en el nivel local.** Ed. Proa XXI, Buenos Aires, 2001

Menéndez, E. **El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos.** Rev Desarrollo Económico, vol. 24, No. 96 (enero-marzo 1985), 593-604.

Morales Calatayud, F. **Introducción a la Psicología de la salud.** Ed. Paidós, Buenos Aires, 1999.

- Todos estos procesos son reales y pueden favorecer el desarrollo de estrategias respecto de los problemas de salud enfermedad que total o parcialmente remitan a la participación popular. (...)

Francisco Morales Calatayud (1999), realizando un análisis histórico, valora los aportes de la medicina en varios planos, fundamentalmente desde el Renacimiento, cuando incorpora progresivamente el método científico y plantea cómo, desde esos momentos surgen corrientes que han estructurado dos cuerpos teóricos – prácticos bien diferenciados. Reconoce al respecto los aportes de Enrique Saforcada (1992), quien analiza los paradigmas que se han desplegado paulatinamente:

- La medicina clínica, que representa al paradigma individual – reduccionista (la medicina clínica integral es imprescindible, pero la tecnología y la ultra especialización, el lucro, la escasez de recursos asignados la han descategorizado).
- La medicina social, que representa al paradigma social – expansivo (integralidad de la práctica y rol del Estado como garante del cuidado de al salud poblacional, el papel de la epidemiología).

Para realizar un análisis del Modelo de Atención es de interés tomar en cuenta:

a) los conceptos que subyacen a la denominación de:

- pacientes / clientes externos / usuarios / beneficiarios
- personal de salud /prestadores/ profesionales

b) la tensión entre las formas de cuidado doméstico de la salud (desde la perspectiva de género y de generaciones) y las prácticas sanitarias que promocionan los servicios de todos los niveles.

c) la problematización de los servicios que funcionan de acuerdo a la planificación normativa y la planificación estratégica (servicios basados en la programación, en la demanda, etc.), la accesibilidad a los servicios de atención psicológicos, la cobertura a los problemas de salud desde una concepción integral.

d) la suficiencia y pertinencia de los recursos humanos y materiales, para desarrollar un nuevo modelo, basado en la Estrategia de APS.

Consideramos que los modelos de atención en salud, reflejan uno de los aspectos fundamentales del derecho a la salud de las personas y de los colectivos y también el grado de vigencia de los derechos humanos, a través de la concreción de estos modelos.

Para avanzar en construcción de un Modelo Basado en los Derechos Humanos hay que:

- Abogar por el cambio de paradigma en lo que refiere al proceso Salud – Enfermedad – Atención y en la organización del sistema de atención a la salud, superando un visión meramente centrada en la eficiencia economicista (“paquetes”, “canasta de prestaciones”), compatibilizando los recursos con la atención centrada en valores de equidad, solidaridad, libertad, de acuerdo a una política planificada de inversiones.
- Problematicar en qué medida los modelos de atención y los servicios de salud pueden consolidar exclusiones y violentar los derechos humanos básicos ó, por el contrario, potenciar procesos de aprendizaje en salud, promover valores de autocuidado – socio cuidado, fomentar la participación ciudadana y el control social sobre la gestión de los servicios, y promocionar la calidad de vida.

En nuestro país, la Ley 18.211 ha creado el “SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD”. En su exposición de motivos, el cuerpo legislativo establece que:

“La protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud.

Una preocupación sanitaria centrada en la enfermedad, con consecuentes altos gastos en tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles, completa un marco altamente disfuncional al ejercicio pleno del derecho humano a la protección de la salud y aconseja la urgente instrumentación de una reforma cuyas bases sean legalmente definidas, conjuntamente con las responsabilidades de las autoridades a cargo de llevarla a cabo.

La reforma de salud que instrumenta la presente Ley se inspira en las definiciones programáticas del Gobierno Nacional en la materia, profundizadas en el curso de un proceso de discusión amplio entre el Ministerio de Salud Pública y los actores involucrados, en el seno del Consejo Consultivo para el Cambio en la Salud. Su objetivo fundamental es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación. Para alcanzar ese objetivo, contempla cambios en tres niveles:

a) en el modelo de atención a la salud, sustituyendo el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención.

MOMENTO PARA LA REFLEXIÓN

¿En qué medida los servicios de atención pueden satisfacer las Necesidades Humanas Fundamentales que plantea Manfred Max Neef?

b) en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.

c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente.-

El cambio en el modelo de atención supone fomento de hábitos saludables de vida, protección frente a riesgos específicos, capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos. Al efecto el Ministerio de Salud Pública aprobará programas de prestaciones integrales, dotados de indicadores de calidad y trazadores de resultados...”

Sin dudas, el cambio de modelo de atención implica la transformación de la currícula universitaria, del imaginario social y de las prácticas profesionales acendradas.

Veamos a continuación dos ejemplos.

Ejemplo 1: Modelo de atención, cuidado y género

Desde los estudios de género es posible analizar cómo los modelos de atención en salud, vehiculizan determinadas prácticas de cuidado:

“Género y Salud. Programa Salud de la Familia en cuestión”

W. Villela y Simone Monteiro (organizadoras) – ABRASCO - UNFPA (2005)

Para una mejor comprensión del trabajo de cuidar es interesante analizar la distinción hecha históricamente entre las palabras inglesas *to care* (cuidar) y *to cure* (curar) que traducen históricamente la constitución del saber/poder médico que separa las actividades de los cuidados de la vida (preventivos) con aquellas ligadas a la reparación instrumental del cuerpo enfermo (curativos). Eso distingue también los saberes, separando aquellos ligados al cuidar, en los cuales las mujeres generalmente dominan, de aquellos ligados al reparar, cuyo dominio está con la ciencia médica” También aporta que “ otra distinción, *caring off* y *caring for*. Estas expresiones en la lengua inglesa remiten a los géneros masculino y femenino respectivamente: las preocupaciones de los hombres con sus familias se hacen, tradicionalmente, mediante la función de proveedor (*caring off*), en tanto las preocupaciones de las mujeres se hacen mediante los cuidados directos y cotidianos que ellas realizan en el interior de sus familias (*caring for*) (Scavone, L; pp.101-102).

Ejemplo 2: Modelo de atención, etnia y validación de modelos alternativos

En 1993, la OPS/ OMS aprobó la Resolución V. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS" en el marco de la XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO:

Visto el Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;

Tomando en cuenta las recomendaciones efectuadas por los participantes en la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993;

Reconociendo que las condiciones de vida y de salud que prevalecen entre una población estimada en unos 43 millones de indígenas en la Región de las Américas son deficitarias, expresándose en una mortalidad excesiva por causas evitables y en una menor esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia y aun la acentuación de las desigualdades de las poblaciones indígenas en relación con otros grupos sociales homólogos;

Considerando las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como de que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente;

Reconociendo la particular contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural de las Américas, a la biodiversidad y al equilibrio ecológico, y muy especialmente a la salud y nutrición de la sociedad;

Resaltando la necesidad de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud, y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias, y

Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud y de la propuesta de desarrollo de modelos alternativos de atención a nivel de los sistemas locales de salud (SILOS) como un recurso táctico valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas,

RESUELVE: Instar a los Gobiernos Miembros a que:

PARA PROFUNDIZAR

Ningenda, G. y otros. **Modelos alternativos de atención a la salud. Utilización y disponibilidad en la Ciudad de México.** México, 2002.

Saforcada, E. **Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud.** Ed. Paidós, Buenos Aires, 1999.

Saforcada, E. y col. **El factor humano en salud pública.** Ed. Proa XXI, Buenos Aires, 1998.

- a) *Promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;*
- b) *Fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad;*
- c) *Pongan en marcha las acciones intersectoriales que corresponda en los campos de la salud y el medio ambiente, tanto a nivel del sector oficial como a través de organizaciones del sector no gubernamental (ONG), universidades y centros de investigación que trabajan en colaboración con organizaciones indígenas;*
- d) *Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;*
- e) *Promuevan el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena en sus países.*

Nigenda et. al. (2002) desarrollan el pluralismo en la búsqueda de atención en salud vincula aspectos tales como la búsqueda de alternativas al modelo biomédico en América Latina debido a varios factores, asociándolo con aspectos desarrollados por teóricos pos modernistas. Además de la restringida accesibilidad a los servicios de amplios sectores de la población, que no consideran los factores culturales, étnicos, es necesario. El descontento con las respuestas de los servicios a los problemas de salud, sobretudo en aquellos países que han desmantelado servicios bajo el predominio del neoliberalismo.

MOMENTO PARA LA ACCIÓN

- 1) Realice un análisis comparativo sobre modelos de atención en salud, basándose en diferentes desarrollos teóricos planteados por los autores citados y de la bibliografía.

2) Analice el modelo propuesto por las propagandas televisivas sobre Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Seguros de Salud.

Médica Uruguaya

Policlínica de Prevención y Promoción de Salud

En Médica Uruguaya nos interesa la salud de nuestros afiliados. Por este motivo se crearon Policlínicas Especiales con médicos sumamente capacitados.

Nuestros profesionales brindan no sólo un cuidado específico de las patologías sino que además promueven conductas saludables y previenen problemas de salud.

En este espacio Ud. podrá encontrar información acerca de cada una de estas Policlínicas de Promoción y Prevención de Salud.

Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

CENTRO CALIDAD DE VIDA:

Educar en prevención y rehabilitar para lograr una vida de mejor calidad.

La Prevención y la Rehabilitación, constituyen dos focos principales de la Medicina actual. El conocimiento más profundo de las enfermedades, ha permitido además establecer con mayor claridad, cuáles son aquellos factores de riesgo que predisponen a su aparición. El control de dichos factores será el que nos permitirá anticiparnos a la enfermedad y vivir en Salud, con los consiguientes beneficios para la persona, y una acción más eficiente por parte de la Institución Médica. Podría pensarse que alcanzar estos objetivos supone acciones complejas y sumamente costosas. Sin embargo, visto el tema en perspectiva, nada de esto es así. Básicamente, nuestro subconsciente nos dice que el hábito de vida sana constituye la ruta correcta. El acceso masivo a la información de estos días, nos permite leer a diario de la importancia de una vida físicamente activa, de lo relevante de una alimentación sana, etc., etc. Probablemente hoy no existan dudas a ese respecto, pero qué difícil resulta pasar a la acción, ¿no es cierto?.

Nuestro Centro, tiene como premisa principal, allanarle ese camino, dándole respuestas a la mayoría de las excusas –a veces justificadas- que suelen conformarnos a la hora de explicar porqué aún no hemos realizado el cambio que tantas veces nos prometimos. No sé qué tipo de actividad hacer, los horarios no son accesibles, la actividad está sólo planificada para gente joven y sana.....

En algunos casos, la situación es aún más seria. Aquellas personas portadoras de enfermedades crónicas – cardiopatías, diabetes, enfermedades osteo articulares, etc.-, necesitan indispensablemente de una supervisión adecuada para realmente beneficiarse del ejercicio físico.

El Centro Calidad de Vida prevé todas estas situaciones y muchas otras, de forma tal de anticiparse a la enfermedad en la medida de lo posible, y cuando ésta se ha instalado, actuar a través del ejercicio físico y medidas nutricionales para el mejor control de la misma, promoviendo la mejor calidad de vida posible para aquel sujeto portador de una afección crónica. Para ello, luego de una evaluación completa inicial, se elabora un programa individualizado de actividad física y control nutricional, que el paciente realiza en nuestro servicio por un periodo de entre tres y seis meses.

Nuestro propósito desde este espacio, es que el socio de la Asociación Española, conozca más en profundidad las tareas que aquí desarrollamos, las afecciones que aquí son tratadas, así como los beneficios que es esperable lograr a través del ejercicio físico y el control nutricional. Para ello, en sucesivas entregas, los integrantes de nuestro staff técnico estarán compartiendo con el lector, temas vinculados a nuestro quehacer que esperamos puedan resultar de su interés. Así, compartiremos con ustedes medidas para descender el colesterol, prevenir y controlar la hipertensión arterial, prevenir y controlar la diabetes, establecer qué riesgo tenemos para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, qué tipo de ejercicio es el que mejor puede beneficiarnos, cómo cuidar nuestra columna vertebral, etc.

Deseamos éste constituya un aporte más para el cuidado de su Salud.

Dr. ...
Director

CASMU

Somos el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, la mayor Institución de asistencia colectiva privada en el País. Ocupamos a más de 7000 personas directamente, e indirectamente a varios miles más. Ponemos al servicio de su Salud lo mejor de nuestros esfuerzos personales y la tecnología más avanzada. Disponemos de una gran infraestructura sanatorial , un Policlínico Modelo, policlínicas zonales y tenemos importante presencia en la Costa de Oro y en varios departamentos. Nuestra red asistencial de más de 1.500 Médicos de Zona está cerca de su casa y de su familia. *Ud. nos conoce somos el CASMU.*