

# Modelos de Atención en Salud

Area de Salud

Curso Niveles de Atención

2007



En los teóricos anteriores hemos abordado:

- Las concepciones de salud en diferentes momentos históricos
- Los determinantes de la salud y la inversión económica en su abordaje
- Las estrategias de APS y de APSS
- La organización del sistema de atención según niveles de complejidad
- Hoy abordaremos los **Modelos de Atención en Salud**

# Un Modelo de Atención en Salud

- Es una de las modalidades mediante la cual los paradigmas del proceso de salud – enfermedad – atención se implementan mediante prácticas sociales (prácticas en salud, asistencia).
- En la medicina occidental moderna se despliegan prácticas profesionales ordenadas en disciplinas debidamente jerarquizadas, y los conocimientos sobre los niveles de prevención en salud se transmiten verticalmente
- Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos S- E- A
- Un modelo es un constructo teórico que oficia como una sistema organizado de prácticas en el “sector salud”, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación
- Valida o invalida otras prácticas de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos

Resolución V. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS"  
Aprobada por la XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

*28 de septiembre de 1993 – OPS /OMS*

- *El 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:

### 2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

- 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;***

## **Modelo Médico Hegemónico (MMH)** **E. Menéndez (1985)**

- **Biologismo**
- **A historicidad**
- **A socialidad**
- **Individualismo**
- **Exclusión del usuario al acceso a conocimientos**
- **tendencia a escindir:**
  - teoría y práctica**
  - práctica e investigación**

## Crisis del MMH (Menéndez)

- 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.



## Crisis del MMH (Menéndez)

- 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.

## **Modelo Antropológico Alternativo Menéndez**

- ❑ 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.
- ❑ 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. (...)

## E. Saforcada (1992)

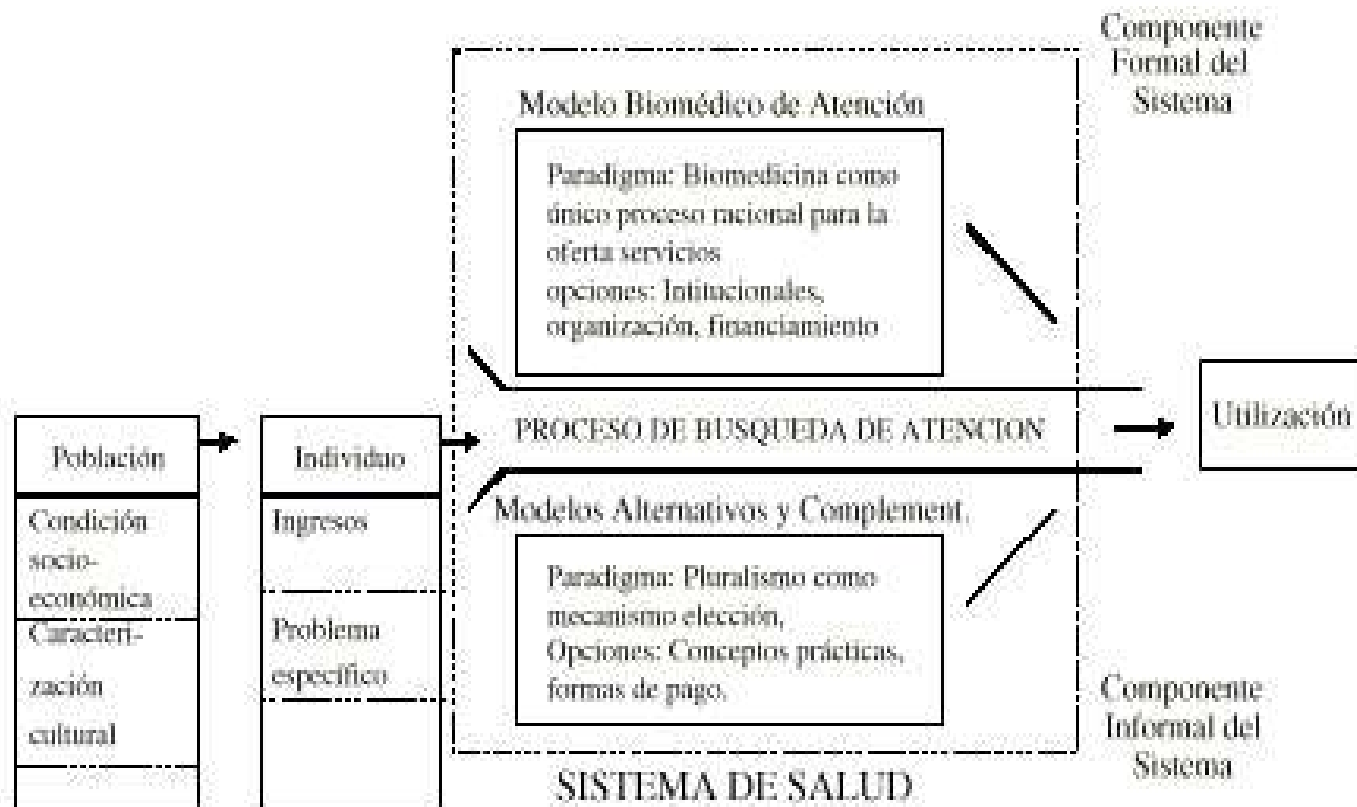
- Los aportes de la medicina
- Las corrientes que estructuran dos cuerpos teóricos – prácticos bien diferenciados:
  - La medicina clínica, que representa al paradigma individual – reduccionista (la medicina clínica integral es imprescindible, pero la tecnología y la ultra especialización, el lucro, 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) .



## Pluralismo en la búsqueda de atención en salud (Nigenda y otros, 2002)

Algunos autores sostienen que este fenómeno está ligado a cambios culturales de mayor alcance en las sociedades. En áreas pobres de América Latina, la realidad de amplios sectores sociales en América Latina y México puede ser mejor entendida a través de lo expuesto por escritores post-modernistas entienden como el crecimiento de las opciones terapéuticas no biomédicas. Esto es visto como una expresión en el campo de la salud de las etapas multidimensionales que la sociedades industrializadas modernas están experimentando. El post-modernismo está asociado con la idea del abandono por la búsqueda de verdades absolutas basadas en la racionalidad del conocimiento científico (Saks, 1998).

# Modelos de Atención biomédico y alternativos (Nigenda y otros, 2002)



## Los tres cuerpos (Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes, 1996)

- *“Al nivel más evidente se encuentra el **cuerpo individual**, entendido en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida por el cuerpo mismo. Puede asumirse razonablemente, que todas las personas comparten por lo menos algún sentido intuitivo de su propia corporiedad, que los separa de otros cuerpos individuales. Sin embargo, las partes constitutivas del cuerpo –mente, materia, psique, alma, el yo- y las relaciones entra cada una y la manera en la que el cuerpo experimenta la salud y la enfermedad son altamente variables”.*

- *“Un segundo nivel de análisis, es el **cuerpo social**, referido a los usos representados del cuerpo como un símbolo natural con el cual pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura. A este respecto nuestra discusión sigue el bien andado camino de antropólogos simbólicos, sociales y estructuralistas que han demostrado un constante intercambio de significados entre los mundos naturales y sociales. El cuerpo saludable ofrece un modelo orgánico de totalidad; el cuerpo enfermo ofrece un modelo de desarmonía, conflicto y desintegración social. Recíprocamente la sociedad enferma o saludable, ofrece un modelo para entender el cuerpo”.*

- *“En el tercer nivel de análisis está el **cuerpo político**, referido a la regulación, vigilancia y control de los cuerpos (individuales y colectivos) en términos de la reproducción, la sexualidad, el trabajo, la holganza y la enfermedad. La estabilidad del cuerpo político descansa en su capacidad para regular a la población (el cuerpo social) y disciplinar los cuerpos individuales”.*



## El análisis del Modelo de Atención:

- las modalidades que adquieren los vínculo en los servicios entre quienes concurren (“pacientes” – “clientes externos” – “usuarios” – “beneficiarios”) y quienes les brindan cuidados ( “personal”- “prestadores” – “profesionales”)
- la tensión entre las formas de cuidado doméstico y comunitario en el procesos S - E - A y las prácticas sanitarias (saber técnico – saber popular)
- la atención y problematización la demanda, (servicios basados en la programación o en la demanda), la accesibilidad, la cobertura.
- la suficiencia y pertinencia de los recursos humanos y materiales, para desarrollar un nuevo modelo (capacitación, interdisciplinaridad, aspectos básicos para asegurar la calidad de atención).

## Hacia la construcción de un Modelo Basado en los DDHH

- Cambio de paradigma en lo que refiere al proceso S – E - A
- Cambio de Paradigma en la organización del sistema de atención a la salud:
- De la cobertura centrada en la eficiencia economicista (“paquetes”, “canasta de prestaciones”), a la atención centrada en valores de equidad, solidaridad, libertad, de acuerdo a una política ordenada de inversiones.
- Considerar que los servicios de salud pueden:
- consolidar exclusiones y violentar derechos humanos básicos ó
- potenciar procesos de aprendizaje, promover valores de autocuidado – socio cuidado, participación ciudadana, control social sobre la gestión de los servicios, en un marco de derechos humanos y de promoción de calidad de vida

## Condiciones para expandir un nuevo modelo basado en los DDHH

- Replicabilidad
- Flexibilidad y adaptabilidad
- Participación ciudadana
- Coherencia teórico - metodológica
- Integralidad de las Acciones
- Viabilidad política, económica, organizativa, tecnológica, cultural
- Evaluable en sus diversas componentes y procesos

## Un Modelo de Atención en Salud alternaivo al MMH:

- Asignación de recursos económicos con equidad y solidaridad social
- Capacitar a equipos de salud en enfoques que garanticen la inclusión y la equidad (etnicidad, género, atención de acuerdo a capacidades, etc.)
- Incluir disciplinas excluidas, que presentan abordajes no biomédicos.
- Garantizar interdisciplinariedad y transdisciplinariedad
- Intersectorialidad (sistema educativo, sistema judicial, etc.)
- Prácticas basadas en evidencias científicas, reconociendo limitaciones
- Monitoreo ciudadano
- Asegurar la Calidad de Atención

# Uruguay: ¿Hacia un nuevo modelo de atención?

## Proyecto de Ley SNIS, 2006

Artículo 4°.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:-----  
---

- a) 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 que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población. -----  
-----
- b) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.-----
- c) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.---

- d) Establecer un financiamiento equitativo de la atención integral de la salud.-----  
-----
- e) Promover la participación activa de trabajadores y usuarios en el control social del Sistema Nacional Integrado de Salud.-----  
-----
- f) Promover la investigación científica en salud.-