

M ó d u l o TRES

LA GESTIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública



2003

La Gestión en la atención integral de la salud. - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

110 p. : 21.5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud

ISBN:
ISBN:

1. Atención Integral. 2. Integralidad en Salud. 3. Reduccionismo. 4. Modelo Flexneriano. 5. Respuesta Social.

Comité Editorial

Álvaro Salas Chávez
Alcira Castillo Martínez
Raúl Torres Martínez
Carlos Icaza Gurdíán
Oscar Villegas del Carpio

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, Maria Adelia Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Carlos Icaza Gurdíán

Coordinación académica por UCR
Alcira Castillo Martínez

Colaboración en el Curso

Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Segunda edición, 2003

© Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Todos los derechos reservados
Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa del CENDEISSS.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de contenidos

Alcira Castillo Martínez
Ileana Quirós Rojas
Xenia Sancho Mora

Contenidos

6	PRESENTACIÓN
7	PREFACIO
8	INTRODUCCIÓN
10	OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO TRES
11	PRIMERA UNIDAD: INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO A ESCALA HUMANA
12	I. NECESIDADES HUMANAS Y DESARROLLO
12	A. INTRODUCCIÓN
13	B. NECESIDADES Y SATISFACTORES HUMANOS
17	C. EL SUJETO DEL DESARROLLO Y LAS NECESIDADES
18	D. PREMISAS DEL DESARROLLO BASADO EN LAS NECESIDADES
20	SEGUNDA UNIDAD: ASPECTOS CONCEPTUALES Y CONTEXTUALES DE LA SALUD COMO PRODUCCIÓN SOCIAL
21	I. SALUD: DEFINICIONES Y CONCEPTOS
21	A. LO COMPLEJO Y MULTIDIMENSIONAL DE LA SALUD
27	B. LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD
29	II. LA REPRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD
29	A. NIVELES DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL
32	B. OTROS ELEMENTOS DETERMINANTES DE LA SALUD
33	C. CONCEPCIÓN AMPLIADA DE SALUD
37	III. ÁMBITOS DE ACCIÓN E INTERVENCIÓN
37	A. ESPACIOS DE LA REPRODUCCIÓN SOCIAL
41	TERCERA UNIDAD: INTEGRALIDAD EN SALUD
42	I. LA RESPUESTA SOCIAL A LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD
42	A. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RESPUESTA SOCIAL
48	II. RELACIÓN SALUD E INTEGRALIDAD
48	A. ¿QUÉ ES LA INTEGRALIDAD?
51	B. BASES DE LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN Y GESTIÓN EN SALUD
60	III. LA INTEGRALIDAD: ELEMENTOS EN LA INTERSECTORIALIDAD
60	A. DEL MODELO DE ATENCIÓN ALTERNATIVA DE LA SALUD
63	B. EL CUIDADO LEGO DE LA SALUD

66	C. ÁMBITOS DEL CUIDADO LEGO DE LA SALUD
67	IV. INTEGRACIÓN DEL SISTEMA FORMAL E INFORMAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD
67	A. LAS PRÁCTICAS INFORMALES DE SALUD CONFORMAN SISTEMA
68	B. PARTICIPACIÓN DE GRUPOS ORGANIZADOS
72	CUARTA UNIDAD: ATENCIÓN INTEGRAL DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD
73	I. LA INTEGRALIDAD Y LA ATENCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD
73	A. LA GESTIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
77	II. ACCIONES CLAVES DE LA GESTIÓN INTEGRAL
77	A. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL
83	B. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL

Presentación

Prefacio

El Curso **ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTION LOCAL DE SALUD**, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para satisfacer adecuadamente la actualización de conocimientos teórico-prácticos de los recursos humanos en el primer nivel de atención. Este proyecto de capacitación se realiza desde finales de 1996 y en esta oportunidad se ofrece en una versión actualizada.

La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención. Más que una descripción técnica, sin contextualización institucional de la realidad nacional y los marcos de referencia teórica, el tratamiento de la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud.

En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenua. El abordaje propuesto en el Curso intenta, a partir de la concepción del posicionamiento de los actores protagonistas de los servicios de salud, que son los estudiantes profesionales que trabajan en los EBAIS y en las Áreas de Apoyo, el desarrollo de sus capacidades organizacionales e institucionales y los mecanismo de coordinación de las diferentes instancias de financiamiento, organización y provisión de servicios, factores relevantes en la definición de la trayectoria del proceso de cambio y de sus resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad.

En todos los casos, los módulos -dada su integración- se vinculan y retroalimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda, sino con características de complementaridad, para dar cabida a la concepción interdisciplinaria.

Este módulo y la serie a que pertenece constituyen el material didáctico básico del Curso de Gestión Local de Salud, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de 12 módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública.

Alcira Castillo Martínez
Directora
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Costa Rica

Introducción

Con la Reforma del Sector Salud y la implantación del nuevo modelo de atención de la salud en el primer nivel de atención se colocaron claros y retadores desafíos para reorientar los recursos, las actitudes y la visión sobre la forma de atender institucionalmente la salud de la población. La integralidad es el criterio de calidad que define la política de atención y de gestión de la salud en el nivel local. Este concepto difícil de definir, y mas aun de implementar, es la directriz que ordena y pone en marcha una serie de cambios en las prácticas cotidianas de los servicios de salud.

La construcción social de la salud, requisito del desarrollo social y del bienestar, exige la implementación de prácticas integradoras entre el personal de salud, los equipos de salud, entre los servicios institucionales y la comunidad, entre lo técnico y el saber popular; en fin, entre todos aquellos esfuerzos interdisciplinarios destinados a disminuir el malestar y procurar ese bienestar que significa tener salud.

El módulo La Gestión de la Atención Integral de la Salud, pretende en sus objetivos y contenidos reconocer y poner en función los elementos conceptuales y operativos de la integralidad de la atención y la gestión de la salud, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones. Con este propósito, el módulo contiene cuatro unidades en las que se desarrollan contenidos mínimos, considerando lo exhaustivo y complejo del tema, pero necesarios para despertar inquietudes técnicas y humanas en los profesionales y técnicos de la salud.

La primera unidad, trata sobre **El Desarrollo a Escala Humana** para propiciar una visión del desarrollo humano que oriente la atención de las personas como sujetos sociales, con necesidades y diversas formas culturales de satisfacerlas.

La segunda unidad **Aspectos conceptuales y contextuales de la salud** como producción social, pretende introducir mas ampliamente respecto de la determinación social de la salud, los ámbitos y espacios en que se producen las necesidades y los problemas de salud.

La tercera unidad **La Integralidad de la Salud**, aspira a caracterizar la atención y la gestión integral de la salud, mediante la acción intersectorial e interdisciplinaria y finalmente, la cuarta unidad, **La Atención Integral desde los Servicios de Salud: Bases para la Acción**, ofrece algunos elementos para la construcción de la integralidad en la atención individual y en la colectiva.

Por último, es importante señalar que, en el contexto de los dilemas y los avances del sistema de salud costarricense, es preciso que se enfatice en el desafío de afirmar un espacio propio de actuación del nivel local, en la aplicación de la integralidad que declara la política de salud.

Claves

O Objetivo específico

Ej Ejemplo

Res Resumen parcial

Concl Conclusión parcial

Objetivo general del Módulo TRES

Reconocer y poner en función los elementos conceptuales y operativos de la atención integral en la gestión local de la salud, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

PRIMERA UNIDAD

INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO A ESCALA HUMANA

Objetivo general de la primera unidad

Propiciar una visión del desarrollo humano que oriente la atención de la salud de las personas con énfasis en ellas como sujetos sociales.

I. NECESIDADES HUMANAS Y DESARROLLO

O

Reconocer la articulación de las necesidades humanas en la orientación del desarrollo.

A. INTRODUCCIÓN¹

Este apartado trata sobre los aspectos por considerar para que el desarrollo pueda orientarse hacia la satisfacción de las necesidades humanas. Exige un nuevo modo de interpretar la realidad concreta, y esto sólo es posible en el marco de una vigorosa participación social.

Hoy día se acepta que desarrollo y necesidades humanas son componentes de una ecuación irreductible porque:

En primer lugar, la apertura hacia una nueva manera de comprender el desarrollo, significa una modificación substancial de las visiones dominantes sobre las estrategias de desarrollo, en el sentido de entender que ningún nuevo orden económico internacional podrá ser significativo si no está sustentado en la reformulación estructural de una densa red de nuevos órdenes económicos locales.

En segundo lugar, tiene como propósito hacer entendible y operativo un **proceso de desarrollo sustentado en las necesidades humanas**. Esto exige que el esfuerzo no tenga como fundamento una, dos o tres disciplinas del conocimiento, porque la realidad y los nuevos desafíos obligan a la **interdisciplinaridad** y la **transdisciplinariedad**. Los problemas a los que nos enfrentamos corresponden a problemáticas complejas, que para su comprensión y adecuado abordaje, exigen la acción coordinada de distintos saberes y haceres.

Ej

Sólo un **enfoque transdisciplinario** permite comprender, de qué manera la política, la economía y la salud convergen hacia una encrucijada. Descubrimos así, casos cada vez más numerosos en que la “mala salud” de una población es el resultado de la mala política y de la mala economía para los intereses de las mayorías, aunque éstas sean una “buena política y una buena economía” para los intereses de una minoría.

¹ Adaptación libre de Max-Neef, M, Elizalde, A. Hopenhayn, M. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el Futuro, Ed. Cepaur, Fundación Dag, Hammarskjöld, 1986. realizada por la Dra. María Elena López en 1997 y colaboradores.

En tercer lugar, cuando se habla de desarrollo y necesidades humanas, el **desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos.**

En este sentido, el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar la calidad de vida de las personas y ésta dependerá de las oportunidades que las personas tengan para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

B. NECESIDADES Y SATISFACTORES HUMANOS

1. Conceptualización

a. Las necesidades Humanas

Las necesidades humanas pueden desagregarse en conformidad con múltiples criterios. En este módulo, se asumen los criterios propuestos por el autor en el que se combinan dos criterios posibles:

- Categorías existenciales: ser, tener, hacer y estar
- Categorías axiológicas o clasificatorias: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Los satisfactores

Son la forma de ser, de tener, de hacer o de estar, de carácter individual o colectivo, conducentes a la actualización de las necesidades.

Uno de los aspectos que define a una cultura es la elección de satisfactores. Lo que está culturalmente determinado no son las necesidades humanas fundamentales, sino los satisfactores de esas necesidades.

Los bienes económicos

Son objetos y artefactos que permiten afectar la eficiencia de un satisfactor.

Ej.

Cuando una madre le da el pecho a su hijo, a través de ese acto, la criatura recibe satisfacción simultánea para sus necesidades de subsistencia, de afecto, protección e identidad. 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. Estas relaciones no son fijas y pueden variar según el tiempo, el lugar o la circunstancia de los grupos sociales y de las personas.

En la siguiente matriz se ejemplifican las categorías existencial y axiológica con sus respectivos y posibles **satisfactores** (Ejemplos expresados en el interior de las casillas).

Ej

CUADRO 1

Necesidades Axiológicas	Necesidades Existenciales			
	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	Salud, equilibrio y adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, descansar, trabajar.	Entorno vital y social
Protección	Cuidado, autonomía, solidaridad.	Sistema de seguridad, sistema de salud, legislación, familia, trabajo.	Cooperar, prevenir, planificar, curar, defender.	Entorno vital y social.
Afecto	Autocuidado, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad	Amistades, pareja, plantas, animales.	Hacer el amor, acariciarse, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar.	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
Entendimiento	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	Literatura, maestros, método, políticas educativas, políticas comunicacionales.	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, interpretar.	Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupacionales comunales, familia.

Esta matriz nos permite observar la diferencia entre **necesidades y satisfactores**. Los siguientes ejemplos aclaran lo que se desprende de la clasificación.

Ej.

Alimentación y abrigo, son satisfactores de la contribución de la necesidad de “subsistencia” y “tener”.

Ej.

La educación, el estudio, la investigación son satisfactores de la necesidad de “entendimiento”..

Ej

Los **sistemas de salud** y la **prevención** son satisfactores de la necesidad de “protección” y “tener”

b. Relación entre necesidades, satisfactores y cultura

Al diferenciar los conceptos de necesidades y satisfactores es posible formular los siguientes postulados:

Las necesidades y la cultura

- Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables.
- Las necesidades humanas fundamentales, son las mismas en todas las culturas, a través del tiempo. Lo que cambia, es la manera en que los medios son utilizados para la satisfacción de esas necesidades.

Además, en este contexto, las necesidades se plantean no sólo como **carencias**, sino también y simultáneamente, como **potencialidades humanas** individuales y colectivas.

La interrelación entre necesidades, satisfactores y bienes económicos es permanente y dinámica.

Si escogemos el “hacer” para satisfacer la necesidad de entendimiento, se encuentran satisfactores como investigar, estudiar, experimentan, educar, 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 éstos satisfactores es la de potenciar el “hacer del entendimiento”.

Una política de desarrollo orientada hacia la satisfacción de las necesidades humanas, entendida en el sentido amplio en que aquí se presenta, trasciende la racionalidad económica tradicional. Las relaciones que se establecen entre las necesidades y sus satisfactores, hacen posible construir una filosofía y una política de desarrollo auténticamente humano.

Las necesidades revelan de la manera más apremiante el ser de las personas, ya que se les hacen palpables en su doble condición existencial: como carencia y como potencialidad.

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 al 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 y, más aún, pueden llegar a ser recursos.

Concl

Comprender a las necesidades como carencia y potencia y comprender al ser humano en función de ellas, previene contra toda reducción del ser humano a la **categoría de existencia cerrada**. Así entendidas las necesidades, resulta impropio hablar de “necesidades que se satisfacen o se colman”. En cuanto revelan un proceso dialéctico, constituyen un movimiento incesante. De allí que quizás sea más apropiado hablar de vivir y realizar necesidades y de vivirlas y realizarlas de manera continua y renovada. La necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de afecto.

C. EL SUJETO DEL DESARROLLO Y LAS NECESIDADES

La participación en la definición de las necesidades

Si queremos definir una sociedad en función de las necesidades humanas, no basta con comprender cuáles son las posibilidades que esa sociedad pone a disposición de los grupos o de las personas para realizar sus necesidades. Es preciso examinar en qué medida el medio reprime, tolera o estimula que las oportunidades disponibles sean recreadas y ensanchadas por los propios individuos o grupos que componen la sociedad.

Necesidades y bienes económicos

Cuando en una sociedad, la forma de producción y consumo de bienes conduce a erigir los bienes en fines en sí mismos, entonces la presunta satisfacción de una necesidad empaña las potencialidades de vivirla en toda su amplitud. Queda allí abonado el terreno para la confirmación de una sociedad alienada, que se embarca en una carrera productivista sin sentido. **La vida se pone, entonces, al servicio de los artefactos, en vez de los artefactos al servicio de la vida.** La pregunta por la calidad de vida queda recubierta por la obsesión de incrementar la productividad de los medios.

Lo histórico y subjetivo de las necesidades

La forma en que se expresan las necesidades a través de los satisfactores varía a lo largo de la historia, de acuerdo con **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-subjetivo de las necesidades y los bienes económicos, su materialización.

Los sujetos del desarrollo

Un **desarrollo orientado a la satisfacción de las necesidades** no puede, por definición, estructurarse desde arriba hacia abajo. No puede imponerse por ley ni decreto. Sólo puede emanar directamente de las acciones, de las aspiraciones y de la conciencia creativa y crítica de los propios actores sociales que, de ser tradicionalmente objetos de desarrollo, pasan a asumir su rol protagónico de sujetos. La propuesta de un proceso de desarrollo de este tipo, implica que el Estado asume el rol estimulador de procesos sinérgicos a partir de los espacios locales, pero con capacidad para abarcar todo el ámbito nacional.

El rescate de la diversidad

Es el mejor camino para estimular los potenciales creativos y sinérgicos que existen en toda sociedad. No puede existir una base más sólida para la unidad nacional, que cuando un cúmulo de potenciales culturales afloran libre y creativamente, contando con las oportunidades, el respaldo técnico y el estímulo para hacerlo.

D. PREMISAS DEL DESARROLLO BASADO EN LAS NECESIDADES

Articulación entre seres humanos, naturaleza y ecología (ecología)

Un desarrollo comprometido con las necesidades, tanto de las generaciones actuales como de las futuras, fomenta un concepto de desarrollo eminentemente ecológico, que pueda asegurar la sostenibilidad de los recursos naturales para un futuro.

Articulación de lo personal con lo social

El desarrollo de lo individual sólo es posible en el espacio de lo social. La identidad, la capacidad creativa, la autoconfianza y la demanda de mayores espacios de libertad, exigen en el plano social las capacidades de ese grupo social para subsistir, la protección frente a variables exógenas, la identidad cultural endógena y la conquista de mayores espacios de libertad colectiva.

Articulación de lo micro con lo macro

Se reconoce que un determinado estado macro (político, económico, ambiental, etc.) influye en los comportamientos individuales-micro, pero que éstos últimos, a su vez, influyen en los cambios del estado macro. Las interacciones entre los microelementos de un sistema pueden dar origen a diversos estados macroscópicos compatibles con las interacciones microscópicas.

Articulación de la planificación con la autonomía

Se precisa una planificación global para las autonomías locales, capaz de movilizar a los grupos y a las comunidades ya organizadas, a fin de que puedan trasmutar sus estrategias de supervivencia en opciones de vida, y sus opciones de vida en proyectos políticos y sociales, orgánicamente articulados a lo largo del país.

**Articulación
de la Sociedad
Civil con el
Estado**

La conceptualización del desarrollo partiendo de lo local, exige al Estado jugar un rol fundamental para abrir espacios de participación a distintos actores sociales. Y, con el fin de evitar que, a través de la reproducción de mecanismos de explotación y coerción, se consoliden proyectos autónomos, perversos que atenten contra la multiplicidad y diversidad que se pretende reforzar.

Concl

A una lógica económica, heredera de la razón instrumental que impregna la cultura del hoy, es preciso oponer una ética del bienestar. Al fetichismo de las cifras se debe oponer el desarrollo de las personas. Al manejo vertical por parte del Estado y a la explotación de unos grupos por otros, hay que oponer la gestación de voluntades sociales que aspiran a la participación, a la autonomía y a una utilización más equitativa y responsable de los recursos disponibles.

SEGUNDA UNIDAD

ASPECTOS CONCEPTUA- LES Y CONTEXTUALES DE LA SALUD COMO PRODUCCIÓN SOCIAL

Objetivo general de la segunda unidad

Introducir las bases conceptuales y los términos más utilizados en la concepción de la producción social de la salud, en el contexto de la política pública de la integralidad definida en el modelo de atención de la salud.

I. SALUD²: DEFINICIONES Y CONCEPTOS



Aplicar los modernos conceptos de la salud en el primer nivel de atención.

A. LO COMPLEJO Y MULTIDIMENSIONAL DE LA SALUD

El carácter complejo y multidimensional de la salud queda evidente en la nueva concepción o paradigma de la producción social de la salud. Esta se fundamenta en reconocer el proceso de salud enfermedad como resultado de los determinantes sociales de los individuos y grupos sociales. Fenómeno que se expresa y materializa en espacios poblacionales (territorios, comunidades) donde se sucede la vida cotidiana.

La salud es conceptualmente un proceso complejo que se construye social y biológicamente. Es difícil de definir por su carácter multidimensional como lo veremos más adelante, en este apartado.

Se incluyen algunos antecedentes históricos del modelo tradicional, para comprender la diferencia conceptual con el enfoque actual presente en la definición del nuevo modelo de atención de la salud del Sistema Nacional de Salud

1. Concepción unicausal de la salud

Algunos elementos científicos y políticos de la concepción tradicional de la salud dieron origen a la atención medicaliza. Es difícil definir la salud sin hacerlo de manera simplista, el carácter histórico exige un análisis profundo contextualizado en tiempo y lugar, histórica y socialmente.

Se presenta un breve resumen del origen histórico de la atención medicalizada de la salud para contribuir a la comprensión de ese enfoque.

² Los apartados I, II y III de la segunda unidad " Aspectos Conceptuales y contextuales de la salud como producción social", fueron tomados del artículo **Las Necesidades de Salud como Eje de la Defensa de la Integralidad y Equidad en la Atención de la Salud**, de Alcira Castillo M (en prensa, por publicar en el año 2004)

a. Aparición de la medicina científica

Desde la aparición de la medicina científica en los siglos XVIII y XIX con el descubrimiento de los microorganismos y su asociación con enfermedades, surge una nueva concepción que se apoya en la teoría de los gérmenes y que explica los problemas de salud según la relación agente-huésped. En otras palabras, el nacimiento de la microbiología justifica la **concepción unicausal de la salud**, y fundamenta la atención de la salud en la ciencia biológica.

Atención en centros de caridad

Esta concepción de la salud también se expresaba en los lugares donde se atendía la enfermedad. Es importante recordar que los hospitales eran lugares de asistencia, de caridad para los pobres, especialmente los moribundos. Ahí, donde se recibía atención física y espiritual; también se les excluía de la sociedad.

b. Aparición del biologismo de la salud

La exclusión de las causas sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad es la característica más significativa de ese concepto tan acuñado en los últimos tiempos y que tipifica a la concepción tradicional de la salud.

Modelo de la historia natural de la enfermedad

Se fundamenta en el enfoque clínico: privilegia al individuo y a la fisiopatología; la familia y el ambiente son datos que se suman al anamnesis con escasa contextualización.

Este modelo organiza las respuestas en la forma tradicional de atender la enfermedad; o sea, atiende el daño y sus indicios, el riesgo y la exposición a los riesgos.

Separación cuerpo-mente

Se construye a partir del paradigma cartesiano o científico de la época. Este modelo de abordaje e intervención de la realidad establece sus prácticas, concepciones y métodos, en el pensamiento racional, analítico y en la acción instrumental.

Ese tipo de pensamiento es el que convierte a la ciencia y a la objetividad en conceptos equivalentes; lo que se expresó en la salud como la separación cuerpo-mente, sujeto-objeto.

Reduccionismo

En el campo de la medicina se instituyó como dominante un modelo de intervención sobre el cuerpo humano, que hace la división entre cuerpo y mente, y llevó a la medicina a tratar el cuerpo como una máquina que podría ser analizada en sus piezas (especialización, subespecialización). Así, la enfermedad pasó a ser vista como el mal funcionamiento de los mecanismos biológicos.

Esta es precisamente una de las críticas más grandes de la medicina moderna, que al concentrarse cada vez más en partes menores del cuerpo, redujo la salud a un funcionamiento mecánico y perdió frecuentemente de vista al paciente como ser humano total, sin tomar en cuenta las circunstancias no biológicas sobre los procesos biológicos; es decir, la compleja interacción con lo psicológico, lo social y lo ambiental.

La concepción biológica, término restrictivo de la salud, reduce el fenómeno de la enfermedad a las relaciones de causa-efecto, y que, pudiendo tener distinto origen, remite la enfermedad siempre al nivel biológico y la resuelve al nivel clínico.

2. Institucionalización de la Medicina

La concepción tradicional de la salud, fundada como se observa en la “medicina científica”, inicia e impacta también a los hospitales que pasaron a ser locales de trabajo en salud, y se transformaron en instrumentos terapéuticos de aplicación de la ciencia biológica a la salud.

En el marco de este paradigma toman auge impresionante los laboratorios, que llegan a tener un carácter estratégico en el conocimiento etiológico de las enfermedades, y contribuyen al avance de las técnicas terapéuticas. Así mismo, ocurre con la industria farmacéutica y de equipos médicos (tecnología), que se valorizan en el plano mercantil a partir del siglo veinte.

**Modelo
Flexneriano**

A principios de siglo XX (1910), el informe Flexner sobre la práctica médica en Estados Unidos y Canadá, entre sus recomendaciones más importantes, destaca la institucionalización de la medicina científica. Este hecho es el que determina su práctica a partir de un conjunto de elementos que se complementan con la concepción del Modelo Flexneriano; particularmente, el mecanicismo, la especialización y el individualismo.

La determinación biológica y los nuevos elementos son los precursores de la institucionalización de la atención de la salud en los hospitales. A partir de esta época y de ese modelo, los servicios de salud que hoy se conocen, se organizan como centros de trabajo, con procesos de trabajo fragmentados. (Modelo de la sociedad industrial o Taylorismo)

**Recursos
Humanos
y formación**

Tiene origen en este modelo Flexneriano, con una influencia directa en toda la formación universitaria del personal profesional y técnico de la salud. En particular, la formación médica fue la más transformada, y con ella, también las prácticas médicas. Lo anterior se produjo en el mundo occidental y en América Latina no fue la excepción.

3. Elementos del Modelo Clínico

El modelo Flexneriano surge para analizar la práctica médica de la época de tipo generalista. Esa concepción se inspira en varios elementos que se definen a continuación:

a. Mecanicismo

Comprensión del cuerpo humano como una máquina que puede ser montada y desmontada, basta con que su estructura y función sean completamente entendidas.

b. Biologismo	Exclusión de las causas sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad, que valoriza únicamente la historia natural de la enfermedad.
c. Individualismo	Consideración del individuo como objeto alienada de la cultura y excluido de los aspectos sociales.
d. Especialización	Incentivo al conocimiento de las enfermedades; implica la fragmentación de la producción científica en la medicina y la división del individuo en partes.
e. Tecnificación	Visión general de que la ciencia y la tecnología traen el progreso para la humanidad, y que la medicina es un campo en el cual la ciencia y la tecnología pueden contribuir a la resolución de los problemas de salud, como una ingeniería biomédica.
f. Curativismo	Valorización del proceso fisio-patológico en detrimento de la causa o determinante, la base del conocimiento se evidencia por el diagnóstico y la terapéutica. (Silva, J, pag 47.)

La medicina científica se incorporó al desarrollo del sistema capitalista de nuestros países; así, el sector salud aumentó su papel normatizador de la sociedad, medicalizando sus problemas sociales y políticos y, finalmente, también abrió un nuevo mercado: el de consumo de prácticas médicas y de salud.

El Informe Flexner organizó los elementos tecno-asistenciales de la práctica en salud en forma centrada en la práctica médica, cumpliendo con la perspectiva funcionalista de la sociedad. De esa forma, enfatiza en la técnica, en la jerarquía, en la disciplina, y en el reglamento de la ciencia. Por consiguiente, la lógica de mercado se encargó de sobresalir como alternativa económica, ahí se privilegia lo privado en detrimento de lo público, y los valores de solidaridad y colectividad no son incentivados como valores de vida. Esto dio como resultado un sistema de salud que acepta la privatización, la exclusión social y el tratamiento paliativo en los efectos de la pobreza.

Por otro lado, se percibe que los principios funcionalistas y Flexnerianos sobresalen por medio del individualismo, la especialización y el incentivo a la práctica curativista. La comprensión de la salud a partir de esta perspectiva, es traducida como ausencia de enfermedad, y se excluyen los aspectos subjetivos, sociales y económicos, como ya se ha mencionado.

Mendes (1996, P. 241), explica que los conceptos flexnerianos asociados con los tradicionales de salud, “ estructuran una respuesta social organizada bajo la forma de práctica de la atención médica, en el marco de la medicina científica”.

Por tanto, este modelo busca ofrecer a la población la mayor cantidad posible de servicios, reducidos al trabajo médico ofertado individualmente y destinado a tratar enfermedades y rehabilitar secuelas de pacientes, por medio de la “clínica” y con la intermediación creciente de la tecnología.

Concl

La perspectiva de trabajo en salud centrada en la práctica médica trae en esencia un entendimiento de salud lineal, que excluye los componentes colectivos de la enfermedad y las características psicosociales de la salud, o sea, cada problema de salud se propone como teniendo sus propios factores causales o de riesgo. Es una solución dependiente de la intervención médica.

Lo que se observa en lo cotidiano es que una simple mayor oferta de servicios médicos o su normalización en evidencias, no son garantes de la salud de la población. Además de eso, su insatisfacción, sea por mecanización de la relación médico paciente, sea por la pérdida de la totalidad del cuerpo humano, o todavía, por el desplazamiento del sujeto como centro y objetivo de la medicina, generó la necesidad de construir una nueva práctica sanitaria.

Se quiere destacar, que la concepción médico centrada, incrustada en nuestros modos de pensar, sentir y hacer han impedido que formas más interesantes y productivas de una nueva práctica ganen y tengan consistencia y cambio.

B. LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

1. Introducción de “lo social” en la salud

a. Articulación de lo social

Con la introducción de “lo social” se amplía el concepto de salud (o su ausencia) y de enfermedad (o su ausencia), en lo colectivo determinado por las condiciones materiales de vida de las personas y los grupos sociales; es decir, por las dimensiones de la reproducción social.

Ruptura con el modelo tradicional

Esto provocó en el campo de la medicina, una ruptura con los modelos reduccionistas biológicos, higienistas y con la epidemiología tradicional.

Relacionados con esta superación de concepto aparecen nuevos términos y en diferentes contextos históricos y sociales; con límites conceptuales poco definidos y confusos entre sí, como el de la Medicina Preventiva, Medicina Social, Salud Colectiva, pero que instituyen sus saberes y prácticas en la incesante búsqueda de la articulación del proceso salud enfermedad con las relaciones sociales (Arouca,1975) (Breilh, 1990)

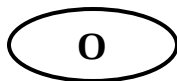
b. Individualidad y subjetividad del ser humano

Lo social implica, no sólo las formas de reproducción social con su componente económico dominante, sino los elementos extra-económicos como la organización de la vida cotidiana, la sociabilidad, la afectividad, la sensualidad, la subjetividad, la cultura y el placer y otros aspectos de la experiencia social individualizada.

**Singularidad
de
las personas**

La determinación no sólo es colectiva y social, es también individual aportada por el componente de la singularidad de las personas. Significa tomar en cuenta el componente subjetivo de cómo “caminar la vida”, cómo se percibe la salud y la enfermedad, cómo incorpora su bagaje cultural para enfrentar problemas de salud y enfermedad.

II. LA REPRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD



Reconocer las bases conceptuales que dan sustento a las acciones de salud en el modelo de atención de la salud.

A. NIVELES DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL

Esta concepción de la salud se centra en las relaciones establecidas en el proceso social de reproducción de las condiciones de vida, que determinan las desigualdades en el estado de salud de las personas, grupos sociales y comunidades. La categoría de **condiciones de vida** es clave para explicar el proceso de salud - enfermedad desde la perspectiva estructural.

1. Modo de vida, condiciones de vida y estilos de vida.

El fenómeno de la salud se concibe en la relación de esos tres niveles de la determinación social como una expresión del modo de vida, que a su vez incluye el estilo y las condiciones de vida; este concepto explica juntamente con las condiciones de trabajo y del medio ambiente, el perfil epidemiológico de la población.

**El modo de vida
(concepto)**

Se relaciona fundamentalmente con la disposición de recursos materiales y culturales a que los grupos sociales tienen acceso, según su incorporación al proceso productivo de una sociedad.

**Estilo de vida
(Concepto)**

Se relaciona con las conductas o comportamientos individuales; producto, entre otros aspectos, de la pertenencia a un determinado grupo social, del nivel educativo, de gustos y preferencias. (Castellanos, 1990)

Las condiciones de vida (son colectivas, reflejan las diversas situaciones de vida de los grupos sociales) y los estilos de vida (son individuales, reflejan lo particular de las condiciones de vida de las personas); estos términos no son independientes, ni absolutos, tienen diferente jerarquía y dependen a su vez del modo de vida.

2. Dimensiones del proceso de la reproducción social de la salud

La reproducción social de la situación de salud está determinada por las necesidades y los problemas derivados del modo, condiciones y estilos de vida, y por las respuestas sociales a esas necesidades y problemas, para reducir su magnitud o modificar el impacto sobre la situación de salud, mediante acciones de salud y bienestar.

Por tanto, el fenómeno de la salud en poblaciones humanas está biológica y socialmente determinado, lo que ocurre en los procesos de reproducción social de las sociedades, grupos e individuos.

Para explicar la situación de salud, desde el enfoque de condicionantes y estilos de vida, se privilegia la articulación con cuatro dimensiones de la reproducción social:

a. La reproducción de procesos predominantemente biológicos

La primera condición para la existencia de sociedades, es la presencia del ser humano como especie, la reproducción de sus procesos biológicos y de su potencial biológico. El ámbito básico de estos procesos es la concepción, la embriogénesis, la gestación, el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo. En estos se manifiesta la capacidad inmunológica y la herencia genética.

b. La reproducción de los procesos predominantemente ecológicos

El ser humano, al igual que los otros seres vivos, existe en el contexto de sus relaciones con otras especies y con el ambiente. Envuelve la interacción de los individuos y grupos con el ambiente residencial y de trabajo, y en la participación en sistemas ecológicos en un determinado territorio.

c. La reproducción de los procesos predominante-mente de conciencia y conducta o comportamiento

Las relaciones del ser humano con la naturaleza están mediadas por su conciencia, por su capacidad de percibir el mundo que lo rodea, de desarrollar concepciones, valores, hábitos y de organizarse y expresar sus sentimientos.

Estas formas de conciencia y conducta se reproducen en la sociedad mediante procesos e instituciones, tales como la familia, el sistema de educación formal e informal, la organización social y política de una sociedad, que expresan lo cultural, lo social y lo comunitario

d. La reproducción de los procesos predominante-mente económicos

La constituyen las formas de organizarse y participar en la producción, distribución y el consumo de bienes y servicios. Es un componente fundamental de la vida humana. La subsistencia exige la producción de estos bienes y servicios mediante el trabajo

Ej

La mortalidad por cardiopatías articula determinantes de la diferentes dimensiones

- modo de vida industrial
- estrés ligado al ambiente laboral
- herencia
- sedentarismo
- obesidad
- fumado

Ej

Los problemas de salud mental articulan determinantes de la diferentes dimensiones:

- Se agravan por el crecimiento urbano y poblacional de las ciudades
- desarraigo y aislamiento social
- herencia
- estrés

Concl

“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, grupos, estratos e individuos que la conforman”.

“Constituyen, en consecuencia, el tejido de procesos mediadores en los cuales se concreta la articulación de los complejos procesos sociales y biológicos que constituyen la vida de los hombres; y por tanto, la determinación de los fenómenos que conforman su vida real en una sociedad compleja y en un momento dado”. (Martínez, 1997)

B. OTROS ELEMENTOS DETERMINANTES DE LA SALUD

Se reconoce que la organización social de la producción de bienes y servicios es generadora de desigualdades “per se” y que esa dimensión económica es dominante en la producción social de la salud; sin embargo, no se puede considerar como el único ni el principal factor determinante para explicar el proceso de salud-enfermedad.

Otros factores explicativos

Contribuyen a crear desigualdades en las condiciones de vida y de salud:

- las relaciones de género
- las relaciones de etnia
- las relaciones generacionales

Estos factores, cuando se combinan con las relaciones de clase; y con otros aspectos de la condición socio-económica, como la pobreza producen y acentúan las diferencias en las condiciones de vida y de salud de las personas (Donnangelo, 1983).

C. CONCEPCIÓN AMPLIADA DE SALUD

1. En relación con la determinación colectiva

Una definición de amplio espectro conceptual debe considerar el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, renta, ambiente, trabajo y transporte, empleo, placer, libertad, acceso a la tierra, a la cultura y a los servicios de salud. Además, todas resultado de las formas de organización social de la producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en el nivel de vida y de salud (VIII conferencia Nacional de Salud, SUS, Brasil 1986).

2. En relación con la determinación individual

Por otro lado, una concepción de salud no reduccionista debe considerar el significado del individuo, del ser humano, en su singularidad y subjetividad en la relación con los otros y con el mundo; o sea, la experiencia social individualizada en cada sentir, vivenciada en un cuerpo (biológico) es un condicionante definitivo en la producción de salud y la enfermedad y en las formas de enfrentar y dar respuestas individuales, grupales y en la sociedad en general, tanto para curar la enfermedad como para mantener y promover la salud.

3. En relación con una concepción practica de salud

La salud como hemos visto es conceptualmente un proceso complejo que se construye social y biológicamente. Es difícil de definir por su carácter multidimensional, tal y como se ha visto en este apartado.

**Concepción
subjetiva
de salud y
enfermedad**

Para efectos prácticos, puede decirse que la palabra salud no se define por la ausencia de enfermedad, significa estar bien, “bien-estar”; significado relativo que depende de la percepción que las personas y los grupos sociales tengan sobre la salud y enfermedad. Probablemente influidos por el medio cultural y en función de que estos procesos se producen socialmente.

En el plano personal, la salud y la enfermedad son abstracciones necesarias para describir diferentes grados de fenómenos, que se producen en la interacción de los individuos con el medio que los rodea y con la dinámica interna de su propio cuerpo.

Ej

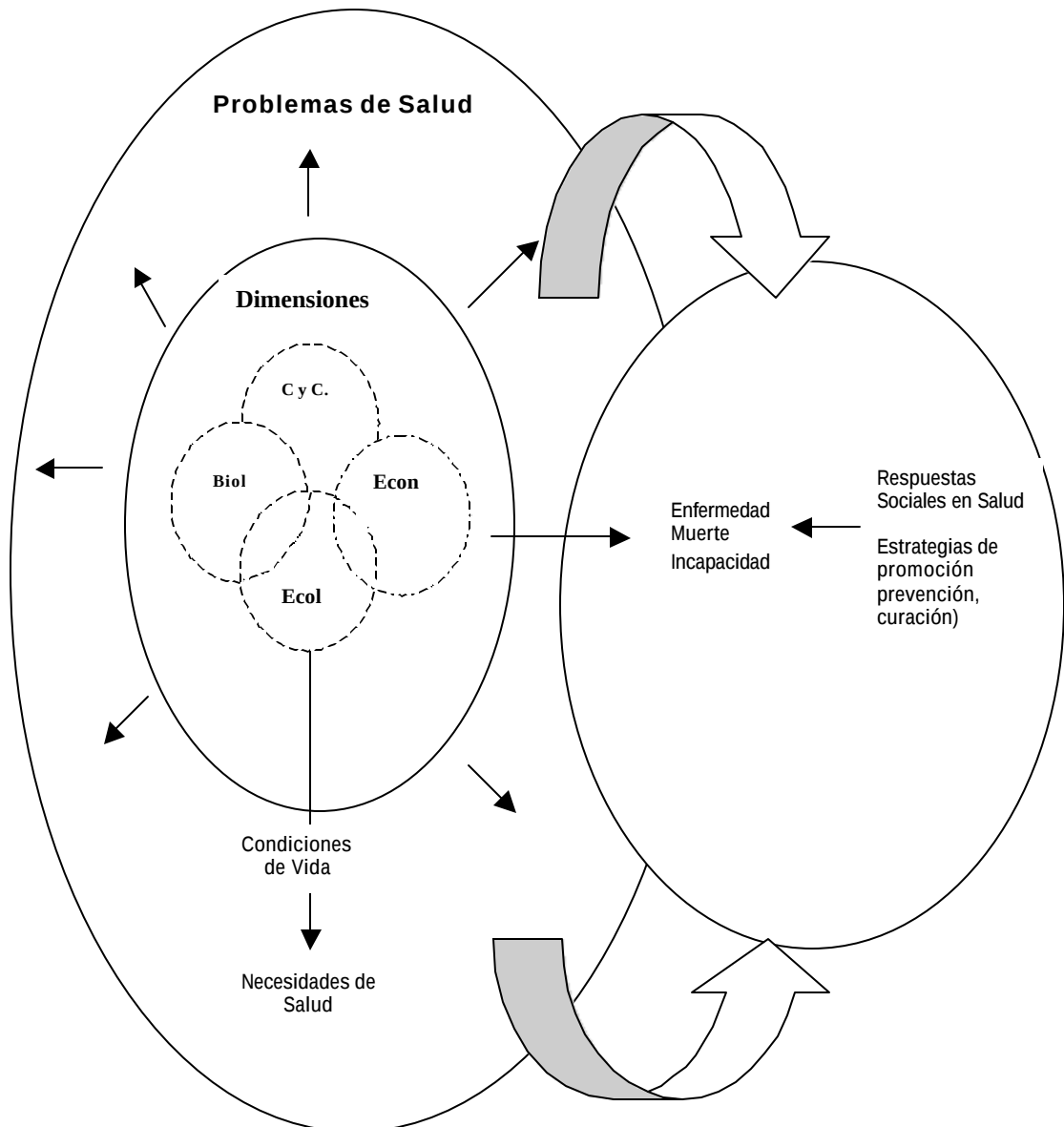
Individuos saludables- familias saludables:

En estos dos casos, **saludable** en el fondo se refiere a aquello que proporciona a los individuos y las familias, medios y ambientes favorables a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud y los servicios necesarios para ese fin.

Pero también se aplica el concepto de saludable para casas, escuelas, ciudades, etc., a fin de representar que están bien, que gozan de condiciones materiales y ambientales óptimas para la vida humana, que protegen la salud.

Diagrama 1

**Reproducción social y respuesta social
a las necesidades y los problemas de salud**



Concl

El enfoque biologista y la organización de la práctica médica en los hospitales según el modelo Flexner, estimula la tendencia de medicalizar los problemas sociales y políticos, con respecto a la salud.

Los problemas de salud se producen en la **sociedad, en los grupos sociales y los individuos** (por eso debe entenderse que los problemas de la salud son colectivos, son sociales, entre los cuales se incluye la enfermedad, sin dejar de lado el componente biológico de lo individual, como es obvio).

El sector salud y los servicios de salud, también con su papel normatizador en la sociedad, contribuyen a la persistencia de ese modelo. En nuestro caso, el sistema de salud de Costa Rica, está haciendo esfuerzos organizativos y funcionales para cambiar el modelo bien llamado biologista.

Ese esfuerzo requiere, no sólo la coherencia en la formulación de las políticas de salud y sus programas técnico-asistenciales, sino en la orientación de las prácticas de salud que desarrollan los profesionales y técnicos, en especial del primer nivel de atención, y aún más, en el tipo de gestión de las políticas que imponen los servicios de salud.

La existencia de la salud, que es física y mental está ligada a una serie de condiciones irreductibles unas de otras. Un concepto ampliado de salud debe considerar esta como resultante de las formas de organización social de la producción; o sea, la determinación social y de la determinación individual, en tanto seres humanos pensantes, subjetivos y con capacidad de tomar decisiones relativas y absolutas.

Pensar en salud hoy, implica considerar lo social que determina las condiciones de vida, y al individuo en su organización de la vida cotidiana, tal como se expresa, no sólo mediante el trabajo y el placer, sino en materia de la satisfacción de las necesidades humanas.

Una conceptualización ampliada de salud, pasaría también, por pensar en la recreación de la vida sobre nuevas bases, de modo que la institución de la sociedad pueda atender plenamente la atención de las diferentes y singulares necesidades humanas.

El desafío es conocer y reflexionar sobre cuál salud producimos con nuestras prácticas.

El desafío, por tanto, no es sólo técnico, es también ético.

III. ÁMBITOS DE ACCIÓN E INTERVENCIÓN

0

Relacionar las acciones de salud con los diferentes espacios en que se producen los problemas de salud.

A. ESPACIOS DE LA REPRODUCCIÓN SOCIAL

1. Individuos, Grupos y Sociedad

Las dimensiones de la reproducción social reseñadas en el primer apartado son contradictorias; esto, por cuanto en su interior y dinámica incluyen procesos que son conflictivos, favorables o desfavorables para la vida cotidiana de los grupos sociales y los individuos. Además, estos procesos favorables o desfavorables son mediadores para la producción de problemas de salud, que pueden ser modificados por las acciones de salud y bienestar que la sociedad desarrolla como respuesta.

A partir del modelo de la reproducción social de la salud, se identifican diferentes espacios - población (territorios) en que se producen los problemas de salud. Se analiza y se trabaja la realidad en cada uno de esos espacios (en este caso el campo de salud) y se definen las estrategias de intervención pertinentes en salud. Estas estrategias pueden abarcar a los individuos, a los grupos sociales y a la sociedad en general.

a. Individuos

Este es el **espacio de lo singular**, las intervenciones se definen hacia las condiciones de salud de las personas o casos individuales, con particular interés en el estilo de vida de dichos individuos; aún cuando, estas intervenciones tienen impacto sobre las condiciones de vida y los perfiles de salud de los grupos.

En este espacio tradicionalmente se producen acciones con mayor énfasis orientadas a modificar los riesgos de morir o enfermar en los individuos. Estas intervenciones se desarrollan en todos los niveles de atención, con poco impacto en el primer nivel de atención y más relevancia en los otros niveles.

Ej.

Algunas estrategias dirigidas a individuos de alto riesgo de enfermar o morir, como:

- tratamiento del cáncer con radioterapia
- control prenatal del embarazo de alto riesgo
- toma de papanicolau en mujeres mayores de 35 años

b. Grupos sociales

Este es el **espacio de lo particular**, las intervenciones tienen impacto sobre la salud de los grupos sociales, se producen mediante las modificaciones de las condiciones de vida de los grupos humanos y, en alguna medida, en los modos de vida. Estas intervenciones corresponden con mayor pertinencia, tanto en su planificación como su ejecución, al primer nivel de atención.

Ej.

Estrategias poblacionales como:

- la vacunación
- el control del dengue
- uso del preservativo para prevención del SIDA
- campaña contra la violencia doméstica

c. **Sociedad general** en

Este es el **espacio de lo general**; está determinado por lo macrosocial, por la política económica y la política de desarrollo social, que determinan el modo de vida de la sociedad. Las intervenciones en este espacio, en general no se diseñan; se implementan al nivel local por corresponder a acciones más de tipo político y estructural de nivel general (Castellanos, 1990).

Ej.

- Definición de políticas económicas, sociales y de salud
- Comedores escolares
- Fondos de compensación social
- Legislación en salud, como yodación y fluorización de la sal
- Prohibición del fumado en sitios públicos
- Uso obligatorio del cinturón de seguridad (paradójicamente en discusión en nuestros país, hasta hace unos días)
- Reforma del Sector Salud
- La implementación de la estrategia de atención primaria de la salud en el modelo de atención de la salud

2. Necesidades y Problemas de Salud

En apartados anteriores se fundamenta que la salud-enfermedad es el resultado de la interacción de las dimensiones de la reproducción social. Estas interacciones producen determinaciones que se expresan en las condiciones de vida como necesidades y problemas de salud en forma desigual en los grupos sociales.

**Necesidades
de salud
(concepto)**

“Son las carencias, ausencias o problemas existentes que afectan a un actor social o a una población” (Cuba, 2002). Según Castellanos, éstas expresan el resultado de la interacción entre los procesos deteriorantes y saludables de las diferentes dimensiones de la reproducción social y las acciones de salud y bienestar. Estas necesidades pueden ser o no percibidas.

**Problemas
de salud
(concepto)**

“Los problemas de salud corresponden a los “efectos” de las necesidades no resueltas por las acciones de salud y bienestar, representados socialmente por una actor social”. Al igual que en las necesidades, “hay una dimensión subjetiva en la definición del problema”. (Castellanos, 1991).

Ej

Malnutrición en niños menores de cinco años en La Carpio.

Es importante reconocer que aunque las necesidades o problemas de salud se perciban o no por los actores involucrados, no implica que estos no existan y no sean sujetos de satisfacción (las necesidades) y de transformación (los problemas).

TERCERA UNIDAD

INTEGRALIDAD EN SALUD

Objetivo general de la tercera unidad

Caracterizar la atención integral de la salud y su gestión para propiciar la acción intersectorial y la atención de la salud local.

I. LA RESPUESTA SOCIAL A LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD.



Describir los distintos tipos de acciones que se generan en la respuesta social a la salud

A. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA RESPUESTA SOCIAL

1. Definición

La respuesta social es el conjunto de intervenciones diseñadas y decididas por las instituciones, grupos organizados o las que se producen en forma espontánea en la sociedad por los grupos sociales, de frente a las necesidades y problemas de salud.

Estas respuestas pueden ser de tipo individual, en especial aquellas relacionadas con los procesos biológicos. O bien, de tipo colectivas, como las que se organizan desde los diversos actores individuales o colectivos (Castellanos, 1991).

Una de las respuestas sociales es la organización de la atención de la salud con característica de integralidad. Este es el enfoque que propicia la actual política de salud en el modelo de atención de los servicios de salud. Esfuerzo importante que realiza la CCSS en el primer nivel de atención y que debe extenderse a los otros niveles de complejidad del sistema de salud.

2. Tipo de acciones

La respuesta social debe intentar ser congruente con la definición de una concepción ampliada de salud, que reconoce lo estructural de la determinación social de la salud y la participación del sujeto con sus individualidades; en ese sentido, el soporte está en la planificación de estrategias y en la organización de las intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales que involucran a:

- Lo estatal
- Lo comunitario
- Lo grupal
- Lo individual

Las distintas acciones y sus orígenes se activan e implementan según los intereses y prioridades de los actores sociales participantes; eso incluye a los servicios de salud y la orientación con la cual desarrollan la prestación; es decir, con estrategias de promoción, prevención, asistenciales o curativas y de rehabilitación.

Dentro de las acciones organizadas desde el Estado y que conforman parte de la respuesta social por parte del sector salud, se encuentran:

- Vigilancia de la salud
- Vigilancia epidemiológica
- Atención en los servicios de salud

3. Vigilancia de la Salud

Se organiza en forma de intervenciones para dar respuesta al fenómeno de la salud- enfermedad. Constituye una práctica sanitaria con procesos de trabajo dirigidos al **control** de los daños, de los riesgos y de las causas determinantes (socio-ambientales) expresadas en las necesidades sociales de salud, en un territorio determinado

El modelo de vigilancia de la salud contempla el proceso de salud-enfermedad en la colectividad, y se fundamenta en el análisis de situaciones de salud, la epidemiología y las ciencias sociales. Reconoce la reproducción social de la salud como el modelo que incorpora los determinantes sociales en el análisis de situación. Es en el marco de la vigilancia de la salud donde se origina el concepto amplio de **promoción de salud**, con orientación hacia el mejoramiento de la calidad de vida. (Paim, 2000)

Decreto Ejecutivo 30945-s.

El Ministerio de Salud el del 27 de enero del 2003, creó el Sistema de Vigilancia de la Salud, lo define como: "Desarrollo y aplicación de normas, protocolos, procedimientos y actividades, por los diferentes actores a través de los procesos de recolección, depuración, análisis de los datos y la divulgación de la información, para la planificación y elaboración de políticas, directrices, lineamientos, investigación y toma de decisiones a fin de lograr la mejoría y el fortalecimiento de la salud y la calidad de vida en cualquier escenario del ámbito nacional". (Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud)

4. Vigilancia Epidemiológica

Conjunto de actividades y procedimientos sobre enfermedades, muerte y síndromes sujetos a vigilancia y a la notificación obligatoria que generación información sobre el comportamiento de los mismos, para la implementación de intervenciones en forma oportuna, a fin de lograr el control inmediato de dichos eventos. (Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud)

En Costa Rica, el sistema de vigilancia epidemiológica, actualmente se encuentra integrado al sistema de vigilancia de la salud, en el decreto No. 30945-s; incluye el subsistema de notificación obligatoria de ciertas enfermedades, condiciones y lesiones.

La activación de un sistema de vigilancia epidemiológica ofrece las posibilidades de planificar intervenciones colectivas e individuales, para dar contenido a la estrategia de **prevención de enfermedades**.

5. Atención en los servicios de salud

La atención de la salud en los servicios es la forma de respuesta social más conocida, que institucionaliza muchas de las prácticas de la salud. Ahí se concreta la responsabilidad estatal con la salud del público, y con énfasis en atención de los individuos. Esta respuesta es, por cierto, la que mayor financiamiento y costo requiere.

Organiza su oferta en niveles de atención según su complejidad en el primero, el segundo y el tercer nivel para brindar acciones de salud. Las del primer nivel tienen énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades; el segundo nivel abarca la prevención y la curación de las enfermedades, y el tercero, la curación y la rehabilitación de la enfermedad.

6. Salud Pública

Esta forma de respuesta social como ámbito de prácticas en la salud pública contempla tanto la acción del Estado, en tanto su compromiso con la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables, a través de actividades profesionales y especializadas.

Esta área del saber fundamenta un ámbito de **prácticas interdisciplinarias, multiprofesionales, interinstitucionales e intersectoriales**, en la perspectiva de promover y proteger la salud con integralidad. (Paim, 2000).

En el campo de la salud pública, el desarrollo científico y tecnológico incorpora importantes contribuciones de la epidemiología social, de las políticas y prácticas de salud, de la planificación en salud, y de la epistemología y la metodología en salud (Samaja, 1994), (Laurell,1994), (Testa, 1995). Con esto estructura su respuesta social a la salud colectiva, con métodos, técnicas y prácticas que tienen como objeto las necesidades sociales de salud. (citados por Paim, 2000)

Las prácticas de la salud pública, por tanto, no se desarrollan sólo en modelo de salud pública institucionalizado, o como modo de organización de los servicios de salud. La salud pública, tiene como objeto de intervención la salud del público: individuos, grupos étnicos, generaciones, clases sociales, poblaciones, etc.

a. Objetos de intervención

En esta conceptualización, la salud pública privilegia cuatro objetos de intervención:

Objetos de Intervención

- Políticas: formas de distribución del poder
- Prácticas: cambios de comportamiento, cultura, producción de conocimientos. Abarca las prácticas institucionales, profesionales y relacionadas
- Técnicas: Técnicas de organización y de regulación de los recursos y de los procesos productivos de manejo de las personas y los ambientes
- Instrumentos: medios de producción en la intervención

Ej

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública, que promueve y regula el Ministerio de Salud de nuestro país.

7. La Acción Comunitaria

Esta forma de respuesta social implica toda la gama de prácticas sociales para atender la salud en el espacio de lo comunitario, con sus agrupaciones y organizaciones particulares, redes formales e informales y los actores sociales que influyen y promueven la salud. Este tipo de acciones varía entre las comunidades y, por lo general, está ligado al desarrollo que tenga la participación social para favorecer la construcción de ciudadanía en salud; es decir, la participación activa y democrática de los (las) ciudadanos (as) en la toma de decisiones sobre la vigilancia de la salud y en la gestión de los servicios de salud.

Ej

- La organización de las Juntas de Salud para controlar la prestación de los servicios de salud en el nivel local.
- El comité de Defensa de la Seguridad Social

Concl

Los determinantes sociales de la salud pueden ser abordados, por lo menos, en los tres niveles en que se produce la interacción del modo, las condiciones y los estilos de vida. Estos reproducen las necesidades y los problemas de salud, en los distintos espacios: el singular (individual), el particular (grupos sociales) y el general (la sociedad).

Estos tres niveles de interacción, no deben ser entendidos como la influencia de procesos externos a la biología humana, lo cual llevaría a concluir, por ejemplo, que los problemas de salud y la enfermedad son la expresión biológica de los procesos sociales. Deben ser entendidos, por el contrario, como los procesos a través de los cuales se reproducen los procesos biológico-sociales que se expresan en todos los ámbitos de la vida humana individual, grupal y colectiva.

La respuesta social a la salud es amplia e involucra diferentes actores sociales, intervenciones y enfoques para orientar la acción. Entre algunas de las respuestas señaladas, tiene una nueva concepción de integralidad el modelo de la vigilancia de la salud, el cual se menciona con mucha frecuencia pero, por lo general, con muy poca claridad conceptual y operativa.



Por ultimo, la salud pública como campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinaria contribuye con el estudio del fenómeno de salud-enfermedad en las poblaciones, investiga la producción y distribución de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social, analiza las prácticas de salud (proceso de trabajo) en su articulación con las demás prácticas sociales.

En fin, procura comprender las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para atenderlos.

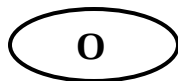
No obstante este modelo, abre el panorama para la reflexión y exige la acción en lo referente a promoción de la salud, a fin de mejorar la calidad de vida de los individuos y las colectividades, más allá de las intervenciones clásicas de atención de la enfermedad.

La vigilancia epidemiológica favorece la organización de las acciones preventivas con su sistema de información para la acción y la salud pública enfatiza el compromiso del Estado con la sociedad al implementar prácticas integrales para enfrentar la enfermedad y promover la salud.

La atención en los servicios de salud pone a disposición una oferta de servicios en tres niveles de atención. Estos tienen sus propios programas de atención y énfasis, tal y como se mencionaron.

La acción comunitaria, es mucho más variada, espontánea y reproduce pautas culturales y de organización hacia el cuidado de la salud. Además, existen otros tipos de respuestas que operacionalizan las estrategias de prevención, las asistenciales y curativas, así como las de rehabilitación, según los distintos espacios población.

II. RELACIÓN SALUD E INTEGRALIDAD³



Utilizar los conceptos y prácticas de la atención integral en el trabajo diario con las personas sanas y enfermas.

A. ¿QUÉ ES LA INTEGRALIDAD?

La atención integral a la salud se refiere a la acción interdisciplinaria, intersectorial e íter-organizacional, que implica la responsabilidad del Estado, el gobierno y la sociedad civil, en el abordaje de los determinantes de la salud. Por su parte, los servicios de salud contribuyen a esa respuesta social organizada para atender los problemas de salud de la población.

1. Conceptualización y abordaje

**Atención Integral
desde los
servicios de salud**

Es aquella que inscrita en el concepto de salud integral, aborda los problemas y necesidades de salud, individuales y colectivos. Toma en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana y la subjetividad de la demanda. Potencia la autonomía, la participación y el ejercicio de la dignidad, los derechos y la responsabilidad de las personas.

(Modificado de Matamala et al., 1995)

³ Los apartados de I , II, III, y IV de la unidad “Integralidad en Salud”, fueron tomados del artículo **Las Necesidades de Salud como Eje de la Defensa de la Integralidad y Equidad de la Salud**; de Alcira Castillo M (en prensa por publicar en el año 2004)

No resulta difícil deducir que si la salud es el bienestar que se logra individual o colectivamente por el conjunto de acciones dirigidas con ese propósito y con abordaje intersectorial, estas acciones deben relacionarse, entonces con el desafío de la atención integral de la salud (AIS) y la integralidad en su gestión en salud.

Por tanto, es preciso aclarar esa directriz institucional como criterio de calidad en el desempeño de los servicios de salud, en la protección de y por la calidad de la vida.

En esta unidad introductoria se intenta ubicar el tema de la integralidad y, al mismo tiempo, los cuestionamientos respectivos para activar el pensamiento en nuevas direcciones.

Interrogante

¿Es la integralidad un camino por recorrer o un punto de llegada?

¿Pertenece la atención integral de la salud a la ética del cuidado o a la racionalidad en la construcción de las políticas?

¿De qué forma el paciente, usuario es escuchado y se atiende cuando se aplica integralidad de y en la atención de la salud?.

No se aspira dar respuesta al conjunto de estas y otras cuestiones pero es posible plantearse las reflexiones necesarias, para repensar el discurso y el quehacer en salud. Por ello; se da énfasis en la integralidad como criterio de calidad y en su aplicabilidad a la atención médica de las personas.

La atención integral en salud debe ser comprendida como un proceso en construcción que envuelve diversos actores sociales. En el ámbito de las estrategias y acciones se implementa por medio de las interrelaciones en las que participan los trabajadores de la salud, los grupos sociales y la comunidad en general.

2. Noción de Integralidad

Incluye:

- La articulación de los saberes y prácticas de los diferentes actores; es decir, con la interrelación de sus acciones se puede garantizar una atención más completa de la salud
- Una nueva división y organización del proceso de trabajo en salud
- Una mayor valorización del trabajo en equipo
- La utilización del enfoque interdisciplinario, sumamente vinculado con los aspectos anteriores. (Campos, 1991)

a. Integralidad como principio de la política pública

Los principios o “nortes” de un modelo de atención de la salud que declara la integralidad implica entonces:

- La gestión democrática para construir la salud
- La salud se constituye en un derecho de la ciudadanía
- Los servicios públicos se orienten a asegurar la mayor calidad de vida, individual y colectiva. (De Mattos, 2001)

3. Integralidad como complementariedad

La integralidad en la atención de la salud requiere la complementación de acciones de **promoción, prevención y de curación y rehabilitación**, tanto en lo individual como en lo colectivo.

a . Requisito del cuidado médico y de la clínica

La gestión de la atención médica conservadora y de corte patocéntrico no evidencia, por sí sola, suficiente capacidad para producir salud; pero, ¿cómo se podría asegurar el tratamiento y el cuidado de las enfermedades, lesiones y condiciones sin acciones médicas, sin la clínica y sin la participación de las diferentes profesiones de salud?.

Además, el abordaje de la atención debe tornarse holístico, a fin de que amplíe e integre a la persona como un todo, en su dimensión física biológica, con su bagaje cultural y social, producto de su

pertenencia a una familia y a una comunidad; cada uno con su historia y sus condiciones de vida.

Es esto y no otra cosa, lo que puede entenderse como bio-psico-social en la práctica clínica; es decir, se trata de la atención integral en el cuidado médico de los individuos para prevenir y curar la enfermedad y promover la salud. (Pinehiro, 2001)

b. Requisito en la gestión de salud pública

El control colectivo de los daños a la salud, la aplicación de las técnicas epidemiológicas y de educación en salud, por sí solas tampoco producen salud sin la atención de tipo asistencial, curativo.

No se puede negar la necesidad de las decisiones de la gestión de la salud pública y la práctica de la vigilancia de la salud para que la población se sienta efectivamente atendida y segura en sus necesidades y problemas de salud. (Luz Madel, 2000)

B. BASES DE LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN Y GESTIÓN EN SALUD

1. Conceptos relacionados

La integralidad en el ámbito de la gestión local utiliza las nociones de interdisciplinariedad y intersectorialidad, estas tiene gran relevancia pues la práctica política de ese enfoque exige la proyección y el acompañamiento a los grupos sociales en las respuestas locales a las necesidades de salud.

Para tener concepciones que puedan consensuarse es preciso incluir algunas definiciones que podrán resultar útiles; no sin antes advertir que ellas no son exhaustivas, sólo pretenden orientar sobre su puesta en práctica en la resolución de problemas complejos existentes en la realidad social.

a. Disciplina

Constituye un cuerpo específico de conocimientos específicos que puede ser transmitido con sus propios antecedentes de educación, capacitación, procedimientos, métodos y áreas de contenido.
(Chavez, 1998)

Ej

La medicina como profesión.

b. Multidisciplina

Según Piaget, citado por Chavez, la multidisciplinaridad ocurre “cuando la solución de un problema hace necesario obtener información de dos a más ciencias o sectores de conocimiento sin que las disciplinas desarrolladas en el proceso sean ellas mismas modificadas y enriquecidas”.

Ej

Las disciplinas que comparten en un servicio de salud como enfermería, medicina, trabajo social, administración, etc., en su accionar funcional constituyen la multidiscipliplina.

c. Interdisciplina

Existen varias definiciones de este término, citar algunas:

Según Naomar Ahmeida, citado por Chavez, considera que la interdisciplina es, “una axiomática común a un grupo de disciplinas conexas, cuyas relaciones son definidas a partir de un nivel jerárquico superior, ocupado por una de ellas; esta última generalmente determinada por referencia a su proximidad en la temática común, actúa no solamente como integradora de la circulación de los discursos disciplinares, sino principalmente, como coordinadora del disciplinar” . Además, Chavez cita a Piaget, quién define que el término interdisciplina, “debe ser reservado para designar el nivel en que la interacción entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia conducen a interacciones reales, a una cierta reciprocidad en el intercambio, que lleva y conduce a un enriquecimiento mutuo” (Chavez, 1998)

Ej

El EBAIS, es un equipo humano de distintas disciplinas que se organizan para resolver y atender problemas de salud, en el primer nivel de atención. En este caso, las funciones de enfermería, medicina, asistente técnico de atención primaria y otras afines, en su funcionamiento dentro del sistema local de salud, desarrollan una acción concertada.

d. Transdisciplinaridad

Piaget, citado por Chavez, consideró hace tres décadas que la transdisciplinaridad todavía era un sueño, pero hoy día es una realidad; significa que “transdisciplina está al mismo tiempo entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de todas las disciplinas.

Su finalidad es la comprensión del mundo actual; por lo que uno de sus imperativos es la unidad del conocimiento”. (Chavez,1998).

Naomar Almeida, transdisciplina trata del efecto de una integración de las disciplinas de un campo particular sobre la base de una axiomática general compartida. Se basa en un sistema de varios niveles y con objetivos diversificados, su coordinación se asegura por referencia a una finalidad común con tendencia a la horizontalización de las relaciones de poder”. (1997)

Ej

La gestión local de la salud es un proceso de trabajo que exige integración funcional en lo técnico, administrativo y el contexto social para lograr la acción concertada en salud.

Concl

No puede haber integración ni interdisciplinariedad sin integración humana. El especialista solitario no es el hombre que caracteriza a la Revolución Científica y Tecnológica. Esta se caracteriza por los equipos interdisciplinarios. Por conjuntos consolidados de docentes e investigadores. Por profesionales que delegan en el equipo la responsabilidad del conjunto de la labor. No hay interdisciplinariedad posible, al margen de las concepciones integradas de los conjuntos de profesionales que trabajan de manera solidaria y cooperativa. (Torres, Raúl. 2003)

2. Acción y visión intersectorial

La expresión “sector salud” se usa principalmente para efectos de planificación en el nivel macro, o en el nivel país.

Objetivo

Es proporcionar a la población de un país el nivel más alto de salud que pueda alcanzar en un momento dado histórico con los recursos disponibles.

El campo de la salud es parte integrante del bienestar social y, por ende, responsabilidad intersectorial.

La integralidad de la atención preconiza la superación del actual modelo médico-céntrico, por ello la transición a la noción de atención integral de la salud, lo que se logra con acciones intersectoriales y la integración entre las diversas áreas técnicas buscando la calidad de vida.

3. El sector salud es impreciso

Se utilizan para este tema los conceptos de Chaves (1998), por considerarlos bastante explícitos para comprender la complejidad del sector salud. Sugiere este autor:

El sector salud corresponde a “la construcción colectiva de estructuras matriciales que faciliten la creación de alianzas entre múltiples actores y sistemas sociales en el abordaje de problemas” de dicho sector”.

4. Aspectos de la integralidad en la atención

En una lógica de integralidad la atención de la salud, incluye diferentes aspectos:

- a. Visión del usuario como un ser integral, inserto en un contexto; precisa que se considere en la lógica de la atención de la salud y como responsabilidad de todos los niveles de atención, desde la promoción hasta la rehabilitación.
- b. Una buena relación de los servicios de salud y de la población, Merhy (1994.p 138) propone algunas nociones fundamentales: ambiente acogedor, vínculo y resolutiveidad.

**Ambiente
acogedor**

Es tanto una relación humanizada y acogedora, que los trabajadores y el servicio como un todo establecen con los diferentes tipos de usuarios, como la garantía de acceso a todos los servicios ante cualquier cuadro vivido, como problema de salud. (Op. cit. pág 63)

Vínculo

Crear un vínculo es permitir la constitución de un proceso de transferencia entre el usuario y el trabajador que sirva para la construcción de la autonomía del propio usuario. El vínculo, por tanto, significa una relación más próxima entre el equipo de salud, los usuarios, las acciones y los servicios de salud, y es considerado un elemento esencial para la institucionalización de una práctica clínica ampliada y de calidad.

Resolutividad

Su comprensión está asociada con colocar a disposición de los usuarios las acciones y servicios de salud con toda la tecnología disponible a fin de conseguir el diagnóstico y el tratamiento adecuado a cada caso, abordándose una dimensión individual y colectiva de los problemas de salud. Incluye la búsqueda por atender con agilidad y calidad.

Ej

El primer nivel de atención atiende el Dengue, haciendo uso de la tecnología de conocimiento y de equipo necesario para atacar a nivel poblacional esta enfermedad; así mismo, asignar recursos para atender individualmente a los enfermos y promover su referencia inmediata y adecuada, según corresponda.

5. Aspectos de la integralidad en la gestión

a. Autonomía del nivel local de salud

El paradigma de producción social de la salud para el estudio de las situaciones de salud, según condiciones de vida, Castellanos (1991) y el presentado por Méndez (1996), nos permiten cuestionar en el concepto de sector salud como una parte aislada de la realidad social.

La vida como proceso social y experiencia concreta no puede ser fragmentada, una realidad se presenta por entero, con vivencias subjetivas en el cuerpo y en las relaciones sociales.

Así, entendemos que la producción social de la salud, además de dar cuenta de la conceptualización de la salud como un estado en permanente transformación, confirma que un sector salud no está aislado ni es autónomo; es el resultante también de hechos y procesos económicos, políticos, ideológicos y culturales.

Se reitera lo expuesto anteriormente en el concepto de salud como campo de conocimiento, que lo caracteriza en el orden de la interdisciplinariedad y, como práctica social en el orden de la intersectorialidad.

La descentralización y la regionalización apoyan la aspiración del primer nivel de atención por lograr la autonomía para la gestión local de la salud.

Algunas reflexiones se presentan sobre este tema en la atención de la salud para darle pensamiento a la organización de la atención integral.

En la práctica se observa que en el trabajo de los EBAIS, la fragmentación en la organización política de sus acciones resulta de un proceso de determinación histórica, del ejercicio acrítico de las tareas profesionales y de la conducción burocrática de los resultados de las organizaciones públicas de la salud.

b. La interdisciplina y las interfases

El trabajo regional y local está intentando construir la integralidad por medio de la implementación de la interdisciplinariedad en el ejercicio profesional del establecimiento de interfases entre las acciones técnicas para que configuren políticas; pero se continúa organizando el trabajo en sus diseños programáticos por incentivos y siguiendo normas técnicas establecidas en forma vertical.

Los programas existen como prácticas disociadas unas de otras y se les da vigencia cuando se cree que basta definir metas basadas en la vigilancia de la salud.

No es aceptable que la vigilancia de la salud traduzca la noción de integralidad, porque, define y presenta los problemas de salud, previamente relacionados con los modos de producción de la salud.

c. La realidad en salud contextualizada

Los servicios de salud deben estar organizados para considerar las peticiones **ampliadas de las necesidades de salud** e irse reordenando en diseños de equipo, de acciones y de soportes técnicos, financieros y operacionales.

Sí por un lado, el camino que se está visualizando pasa por la interfase acciones-programas entre sí para renovarlos como políticas y por la interdisciplinaridad en el desempeño técnico de los trabajadores, por otro, se percibe que no es suficiente apenas con su viabilización para organizar las acciones en salud en forma integral.

El cuidado de la salud requiere atención individualizada, acciones colectivas, apertura política a la participación y control social, para imprimirle fuerza y coraje para la reinvención y la creación, no puede estar orientado por los procesos fisiopatológicos y patológicos.

d. Planeamiento con origen en políticas de salud

En la construcción de la integralidad se encuentran obstáculos fuertes relacionados con los contextos históricos, culturales, políticos ideológicos y gerenciales. La integralidad de la atención de la salud por su amplitud y complejidad, requiere que se construya a partir de un planeamiento que tenga origen en políticas de salud, y que contemplen de forma amplia, y abarcativa, todos esos contextos.

El gran desafío, que se presenta es cómo hacer esa construcción.

En este sentido al gerenciar el trabajo de los EBAIS, los programas deberán concretar las políticas de salud y no atender en forma limitada, solo parte de los problemas de salud de la población. La integralidad se configura cuando las respuestas a los problemas de salud consiguen atender más las diversas dimensiones existentes.

e. Control social

Para que ocurran los cambios antes reseñados es preciso, que los EBAIS tengan más autonomía en cuanto al gerenciamiento de la atención integral de la salud, o sea, **detentar un papel político diferenciado de las estructuras regionales tradicionales**, a fin de efectuar una aproximación técnica y política con los municipios, situación llena de desafíos y novedades, principalmente en cuanto a la formación y desarrollo del personal, a la construcción de estructuras eficaces de negociación entre gestores y la consideración del control de la sociedad sobre los servicios para que se planifique y delimite la atención integral de la salud.

Para conquistar esa autonomía los EBAIS, la CCSS necesita la construcción de la integralidad y de la problematización en profundidad de su forma de organización.

Mattos (2001) cuando reflexiona sobre los sentidos de la integralidad, nos alerta que, tanto cuanto tomamos la integralidad como un principio capaz de orientar la organización del trabajo o la organización de las políticas, ello implica “una recusa al reduccionismo, a la objetivación de los sujetos y talvez una afirmación de la apertura para el diálogo”

Los EBAIS deben emprender el diálogo con sus trabajadores, colocando en escena, a la organización del trabajo, produciendo el protagonismo de los profesionales por medio de la ruptura de los estrechos límites de los programas tradicionales y de los núcleos de conocimiento para diseñar, con los nuevos desafíos de interacción, la interdisciplinaridad y múltiples interfases.

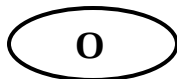
Se busca ampliar las percepciones de las necesidades de los grupos e interrogarse sobre las mejores formas de dar respuestas a tales necesidades. Para Matos “las necesidades de los servicios asistenciales de una población no se reducen a necesidades de atención oportuna de sus sufrimientos”, afirma además que, tampoco “se reducen a necesidades de información e intervenciones potencialmente capaces de evitar un sufrimiento futuro”.

Concl

Resulta indispensable a la altura del avance del modelo readecuado de salud en el nivel local, la búsqueda de movimientos propositivos para que gradualmente se rompa con la fragmentación. De esa manera se deben construir acciones políticas, alejándose de programas racionalizadores.

En la práctica venimos observando, que la organización gerencial de las políticas de salud continúa con la compartamentalización de acciones y programas. Estos se estructuran y conducen en forma aislada y fraccionada; por tanto, no existe o es insuficiente el cotejo y la creación de interfases entre las diversas acciones políticas y las distintas realidades de salud por enfrentar.

III. LA INTEGRALIDAD: ELEMENTOS EN LA INTERSECTORIALIDAD



Incorporar en el trabajo de los sectores y áreas de apoyo las relaciones de las prácticas de salud en el contexto de sector salud.

A. DEL MODELO DE ATENCIÓN ALTERNATIVA DE LA SALUD

1. Modelos de atención con formas híbridas.

La perspectiva de la integralidad en la atención a la salud en forma total es un reto muy importante de lograr en la actualidad, dada la complejidad de su accionar y porque necesariamente, la concepción de integralidad tiende a eliminar la idea de que el modelo biomédico y el modelo alternativo constituyen concepciones de atención mutuamente excluyentes. Hoy admiten formas híbridas o intermedias.

La deslegitimización o, mejor dicho, la subordinación de las diferentes formas de atención ejercidas por las medicinas comúnmente llamadas alternativas, aluden a una relación ambigua que la “medicina científica” o biológica, mantiene con los actuales y abundantes saberes y prácticas no convencionales de las personas y grupos sociales respecto de la atención de la salud.

a. Ambigüedad de prácticas

De hecho, existe una ambigüedad que opera de manera selectiva y oportunista en la atención médica profesional; mientras que unas veces se reconocen estas prácticas y en ciertas ocasiones, se consideran como formas complementarias, la mayoría de la veces, no se estiman como decisivas en la resolución de los problemas de salud. Es elocuente lo que afirma Menéndez (1997) citado por Perdiguero.

Ambigüedad de prácticas

“Sirven para culpabilizar a los usuarios de los servicios de no adherirse estrictamente a las prescripciones e introducir factores disruptores en el curso terapéutico”.

En este sentido, debe advertirse que la atención de la salud no implica solamente prácticas terapéuticas, sino también elementos culturales de referencia. Pero, además, procesos de información y toma de decisiones, de diagnóstico, de actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Este conjunto de actividades y estrategias se ofrecen tanto en el nivel personal como es el caso de las tareas más elementales del cuidado, protección y acompañamiento, como en el nivel socio-comunitario con respecto a la intervención en políticas de salud y actividades de saneamiento ambiental y otros.

El tema de las prácticas de la medicina alternativa, como se puede comprender es polémico. Incluso se llega a politizar, pues incide en la tensión entre derechos y deberes de los ciudadanos y, también, los del Estado.

Ej

- La autoatención
- La autoayuda

2. Diferentes tipos de medicina alternativa.

a. Tradicionales, ancestrales y modernas

El término de medicina alternativa es amplio e involucra diferentes formas, por lo general muy relacionadas e insertas en procesos históricos y culturales.

También se conocen con los términos “medicinas paralelas”, o las “otras medicinas, etc, expresiones que conllevan, esa deslegitimación y, en algunos contextos, incluso su prohibición y persecución bajo la denuncia de charlatanería. (Menéndez, 1997)

Como se verá en los ejemplos son tendencias muy variadas, pero comparten entre sí el hecho de ser consideradas “alternativas”. Esto significa que son alternativas respecto del modelo hegemónico de la práctica médica (el biólogo, el biomédico).

Ej

Las “primitivas” y “tradicionales” indígenas, estas incluyen diversas formas especializadas: como “adivinos”, “chamanes”, “curanderos”, “comadronas”, “hueseros”, “sobadores”, “yerberos,etc.”.

Ej

Las corrientes terapéuticas ancestrales (muchas veces consideradas como las verdaderas medicinas tradicionales) : la medicina china, la islámica, la ayurvédica y la tibetana, etc.

Ej

Otras modernas como : la aromaterapia, la homeopatía, la iridología, la kinesiología, el naturismo, la osteopatía, la quiropraxia, la reflexología, y muchas otras tendencias y corrientes médicas alternativas denominadas de la “nueva era” (Eisenberg et al., 1993)⁴

b. Coexistencia con la medicina hegemónica

Este tipo de formas alternativas de la medicina son de aplicación y utilización, con gran frecuencia, a nivel privado por individuos capacitados o corporativos especializados y, aun, al menos en nuestro país, bastante poco utilizadas por los profesionales de la medicina.

No cabe duda, que coexisten con las formas institucionales de la atención médica y que tienen influencia en ciertas formas de atención a la salud, con base en la autoayuda y en el núcleo del autocuidado y la autoatención, ya que eventualmente éstas incorporan elementos de las formas alternativas.

B. EL CUIDADO LEGO DE LA SALUD

1. Conceptualización

Tal y como se comentó en el apartado anterior respecto de la medicina alternativa, las actividades y prácticas de la salud utilizadas por las personas en ese modelo, están definidas según su extracción cultural y social. Según algunos autores estas se llaman y se conocen como *cuidado lego* o *cuidados profanos*. *Esa denominación obedece al concepto mismo de subordinación; es decir, que existen al margen de la medicina profesional.*

El campo de esas prácticas populares en salud ha sido históricamente opacado, invisibilizado por los sistemas convencionales de salud. Estos sistemas formales mantienen actitudes ambiguas de descalificación, exclusión o incluso son mal vistas todas aquellas iniciativas relacionadas con la atención de la salud que están fuera del ámbito de la prescripción médica.

Es común considerar como cuidado del lego, todo aquel ejercicio que no provenga de la medicina hegemónica o biomedicina; ya se sabe que esta es la forma más institucionalizada de atención de la salud en las sociedades modernas, y que cuenta con el respaldo del Estado y de la comunidad científica.

2. Prácticas en el cuidado Lego

Este tipo de prácticas es una dimensión estructural en todas las sociedades y tiene influencia y determinación en la producción social de la salud y en la respuesta social de esta, lo cual significa que existen según la expresión cultural y social de los diferentes grupos sociales y comunidades.

Las formas de cuidado las prácticas en este campo se expresan en forma:

a. Autocuidado

Comprende un primer abordaje de la atención, el cual es y se relaciona con el ámbito natural de referencia de todo proceso asistencial en el cuidado de la salud; El concepto de autocuidado, puede entenderse como un sinónimo del término de autoatención, ya que ambos expresan prácticas endógenas de salud. Es decir, que se practican de manera informal, generalmente en el mismo domicilio.

De esta forma, resulta conveniente utilizar el término de autocuidado para denotar las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos, y que suelen estar orientadas a los individuos o el grupo doméstico.

b. Autoatención

Es un término bastante propio para referirse a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento. Tienden a activar las respuestas colectivas y, por lo tanto, sirven para ubicar las relaciones en que se inscriben dichas prácticas, que abarcan tanto al propio grupo doméstico como las redes sociales.

Las redes informales integran el concepto de autoatención, por lo general son estructurales en toda sociedad.

c. Autoayuda

Se refiere a las iniciativas formales que se inscriben en el orden de la participación social en el ámbito de la salud; son generadas característicamente para responder a las necesidades no cubiertas por los sistemas profesionales u oficiales de salud y asistencia social.

En ocasiones estas iniciativas replican la oferta de ciertos servicios con particularidades propias y cumplir otras funciones de carácter personal y comunitario, como la necesidad de afiliación y de alcanzar experiencias de autoeficacia y aprendizaje social.

Ej

- Colectivos de mujeres
- Clínicas comunitarias autogestionarias

De acuerdo con el contexto cultural donde estas prácticas se originan y perpetúan asumen muy variada terminología y significados según el medio sociocultural.

Ej

- Prácticas populares.
- Prácticas tradicionales
- Practicas rituales

También asumen terminologías en relación con los recursos que en ellas concurren, de tipo personal, comunitarios, etc.

Ej

- Sistema lego
- Apoyo social
- cuidados informales
- Automedicación
- Autoayuda

También caben aquí las experiencias de autogestión que adoptan la forma de movimientos sociales e inciden en la reformulación de las políticas sanitarias.

Concl

El concepto de cuidado lego o profano, como pareciera obvio se contrapone a los conceptos de atención médica profesional; en tanto el concepto mismo de lo profesional también tiene diferentes acepciones.

En este modelo de atención alternativa, elaborado a partir de las fuente en que se obtiene los recursos, se ilustra el solapamiento y la complementación de los sistemas médicos y asistenciales; también permite apreciar los diferentes ámbitos implicados y las eventuales relaciones que se presentan en este complejo sistemas de opciones de atención que concursan en la actualidad.

C. ÁMBITOS DEL CUIDADO LEGO DE LA SALUD

1. Continuidad de la atención de la salud

Existe un amplio abanico de actividades que se despliega en forma concéntrica en un *continuum* que va desde las opciones de auto cuidado más elementales, hasta el concurso de diversas iniciativas asistenciales, que no son oficiales en tanto no procedan del Estado ni tampoco son otorgadas por profesionales.

Ej

- Cuidado de nosotros mismos (rutinas y hábitos cotidianos) como: hábitos más personales e íntimos, ducharse, lavarse los dientes los hábitos higiénicos y la nutrición.
- Los ritmos de trabajo (excesivos, estresantes, lentos aburridos)
- Ritmos de reposo (sedentarios, excesivos, adecuados, etc.)
- Las relaciones sociales que cultivamos, (amigos, vecinos, familiares, con grupos sociales, etc.
- Otras conductas protectoras de la salud, la prevención: ponerse un preservativo o diafragma; la gimnasia y otras formas de actividad física, la prevención de accidentes y contagios; y también el auto tratamiento en caso de enfermedades)
- Activación de redes familiares y sociales
- Activación de grupos organizados(que a partir de la autogestión constituyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social independientemente de los sectores médicos profesionales).

I V. INTEGRACIÓN DEL SISTEMA FORMAL E INFORMAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD



Incorporar en la integralidad de la atención y la gestión de salud la relación de las prácticas de salud formales o institucionales con las prácticas de salud del ámbito doméstico y de la atención alternativa.

A. LAS PRÁCTICAS INFORMALES DE SALUD CONFORMAN SISTEMA

1. La integralidad en el sistema de salud

La integralidad en la atención de la salud individual, familiar y comunitaria, en la gestión del sistema de salud, en nuestro caso el Sistema Nacional de Salud, supone la incorporación de:

- a.** Acciones de salud del sistema formal; esto quiere decir, la atención médica profesional organizada institucionalmente.
- b.** El campo de acción de las prácticas formales se expresa en esencia en las políticas de salud, en el personal y en los servicios de salud públicos, como los de la CCSS y en los de tipo privado, como la Clínica Bíblica, el Hospital Cima, o cualquier organización no gubernamental (ONG) que brinde servicios de salud, etc.
- c.** Acciones informales producto de las prácticas sociales arraigadas en la cultura de las comunidades para cuidar la salud individual y colectiva; es decir el autocuidado.
- d.** El campo de acción de las prácticas informales de salud se manifiesta tanto en el ámbito doméstico y familiar, como sucede con la atención que pueden recibir nuestros parientes cercanos, amigos o vecinos etc., como en el plano comunitario con sus redes de apoyo, grupos específicos, etc. A eso se le llama “medicina alternativa” o “atención alternativa”, con sus formas rituales y privadas.

2. El reconocimiento de lo cultural en salud

El mundo de lo cultural

Está presente en cada comunidad y grupo social, incluye el conjunto de saberes, tradiciones, costumbres, valores, etc. En el campo de salud, muy especialmente las diferentes culturas, incorporan todo su acervo cultural para cuidar de la salud. (Perdiguero, 2000)

Cuando en los servicios de salud se reconocen y se respetan esas particularidades y desde las prácticas de los servicios de salud se promueve el acercamiento entre el personal (profesionales y técnicos) y las personas con su propia extracción social y cultural, se produce una mayor eficacia en la atención de las enfermedades, condiciones y lesiones.

Algunos autores denominan la integración entre la medicina formal, las prácticas informales y la medicina alternativa, como “medicina holística”, entre ellos el Dr. Juan Jaramillo Antillón en su libro “Historia y Filosofía de la Salud y la Medicina”

Actitud Integradora

Es positiva y mejora la relación terapéutica, logra mayor éxito en la adhesión de las personas al tratamiento al incorporar la visión de mundo, el imaginario que con respecto a salud poseen culturalmente las personas y las comunidades; en general se le llama **cuidado lego** o **prácticas tradicionales, populares**, etc. (H. Encinas, citado por Perdiguero, 2000)

B. PARTICIPACIÓN DE GRUPOS ORGANIZADOS

La integración del sistema formal e informal en la atención de la salud implica incorporar en las estrategias y acciones los actores sociales necesarios para prevenir y atender la enfermedad, así como promover la salud.

Esta característica de la gestión de la salud contribuye a que las intervenciones y la respuesta social tengan mayor impacto y arraigo social. Sin duda, ese factor garantiza la sostenibilidad de las acciones, dándoles también el carácter intersectorial que se requiere en la construcción social de la salud.

1. Actores sociales

Es importante reconocer que los actores sociales son personas físicas u organizaciones que tienen **poder de influencia en la toma de decisiones** políticas, técnicas u operativas, de cualquier naturaleza o campo de acción. (Castillo, 2001)

Ej

Actor individual físico: sacerdotes, maestras (os), directores (as) de escuela colegio, etc. presidentes de asociaciones de desarrollo, de una junta de salud, alcaldes, síndicos, diputados, directivos de servicios de salud privados, líderes de cualquier organización reconocida, etc.

Ej

Actor colectivo: partidos políticos, sindicatos, asociaciones, ONGs, empresas públicas o privadas, Municipalidad, regiones del Ministerio de Salud, de la CCSS, Áreas de Salud, etc

2. Actores sociales del campo de salud

La delimitación de actores en el campo de la salud nos introduce en la referencia de un capital simbólico en la lucha por su apropiación; esto es, los actores construyen su identidad en el interior del campo de sus propias organizaciones, en que ellos establecen sus relaciones de poder, tienen intereses y capacidades específicas y están en condiciones de defender modelos de organización sectorial pública y privada.

Ej

Los principales actores identificables al interior del sector salud son, sin duda, los que tienen a su cargo los organismos específicos del aparato estatal, los que representen a los beneficiarios de la seguridad social, las corporaciones gremiales médicas, de enfermería o de otras profesiones, etc.

3. Actores en los niveles locales

La construcción social de la salud en los niveles locales, involucra a los actores sociales interesados que desarrollan su praxis en campos conexos con la salud, con sus ideologías sobre el cuidado de la salud y hacen efectiva también la participación social.

Ei

- Grupos gubernamentales organizados como Movimiento Nacional de Juventudes, etc
- Grupos no gubernamentales como PANIAMOR, Hogares CREA, etc
- Grupos voluntarios como la Cruz Roja, Alcohólicos Anónimos, etc.
- Las redes formales como las Juntas de Salud, etc.
- Las redes informales como damas voluntarias

Concl

El paradigma de producción social de la salud para el estudio de las situaciones de salud, según condiciones de vida de Castellanos (1991) y el presentado por Méndez (1996), permite cuestionar el concepto de sector salud como una parte aislada de la realidad social.

La vida como proceso social y como experiencia concreta no puede ser fragmentada. La realidad se presenta por entero, con vivencias subjetivas en el cuerpo y en las relaciones sociales. La producción social de la salud, además de dar cuenta de la conceptualización de la salud como un estado en permanente transformación, confirma que un sector salud no está aislado ni es autónomo; es el resultante también de hechos y procesos económicos, políticos, ideológicos y culturales.

La salud es parte integrante del bienestar social. La salud no es la medicalización de la vida, como muy bien lo afirma Ivan Illich. (1975).

La integralidad implica necesariamente que el sistema de salud conformado institucionalmente (proveedores, personal y políticas), reconozca la participación en salud de la comunidad como ente vital con prácticas autóctonas, de tradición en las familias y personas relativas al autocuidado, redes de apoyo, prácticas y saberes populares que existen, coexisten e interactúan con las acciones formales de atención de la salud dirigidas a las personas y a los colectivos poblacionales.

CUARTA UNIDAD

ATENCIÓN INTEGRAL DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD: BASES PARA LA ACCIÓN

Objetivo general de la cuarta unidad

Identificar los elementos fundamentales para la construcción de la integralidad en la atención individual y en la organización de la atención colectiva de la salud

I. LA INTEGRALIDAD Y LA ATENCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD



Valorar los elementos necesarios para generar cambios en la gestión de salud.

A. LA GESTIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

1. Cambio en la gestión

En los servicios de salud predomina una visión, en la que la demanda se caracteriza por indicadores objetivos tradicionales, relativos a la estructura demográfica, la morbilidad y la mortalidad, utilizados para definir una oferta de servicios asistenciales. Esta se traduce en un paquete básico de servicios, especialmente para el primer nivel de atención.

Estos conceptos, la demanda y la oferta, están relacionados con las leyes de mercado de las teorías económicas. Lo que no siempre es consecuente con la respuesta a la atención integral de la salud. Estos mecanismos, no necesariamente son coherentes con las necesidades y problemas de salud de una población determinada. Es cuestionable la no consideración de las formas de interacción de los determinantes sociales de la salud, ni las visiones propias de las personas y grupos que demandan y ofertan los servicios.

Servicios de salud susceptibles y adaptables

Los servicios de salud, por ser sistemas complejos que están en un cambio continuo responden a los problemas de la población, considerando las diferentes perspectivas (individuales, institucionales, gremiales, etc.). Consecuentemente, deberían inclinarse a una gestión flexible, participativa, que permita adaptar las políticas, las normas, los procedimientos y otros instrumentos de la gestión para que sean coherentes con el modelo de atención integral.

**Cambio en
los modelos
mentales**

La transformación de los modelos tradicionales de atención médica de la enfermedad y de los procesos fisiológicos, hacia un modelo de atención integral desde los servicios de salud, implica en gran medida, la transformación de los modelos mentales de los diferentes actores, tanto en la oferta como en la demanda. Estos cambios, por su naturaleza, son lentos y progresivos y se han empezado a generar por medio de diferentes estrategias. Sin embargo, éstas deben articularse y posicionarse, tanto en el discurso de los diferentes actores sociales como en la práctica en los diferentes escenarios.

Esto significa realizar un cambio en la forma de gestionar para lograr una atención integral.

**La gestión
para la
atención
integral
en salud**

Acción social resultante de la permanente interacción de los actores en la relación de las necesidades y problemas de salud, en planos distintos de la atención : en el plano individual -donde la integralidad se construye en el acto de la atención individual- y en el plano sistémico -donde se garantiza la integralidad de las acciones en la red de servicios), en los cuales los aspectos subjetivos y objetivos sean considerados. (modificado de Pinheiro Roseni, 2001)

Concl

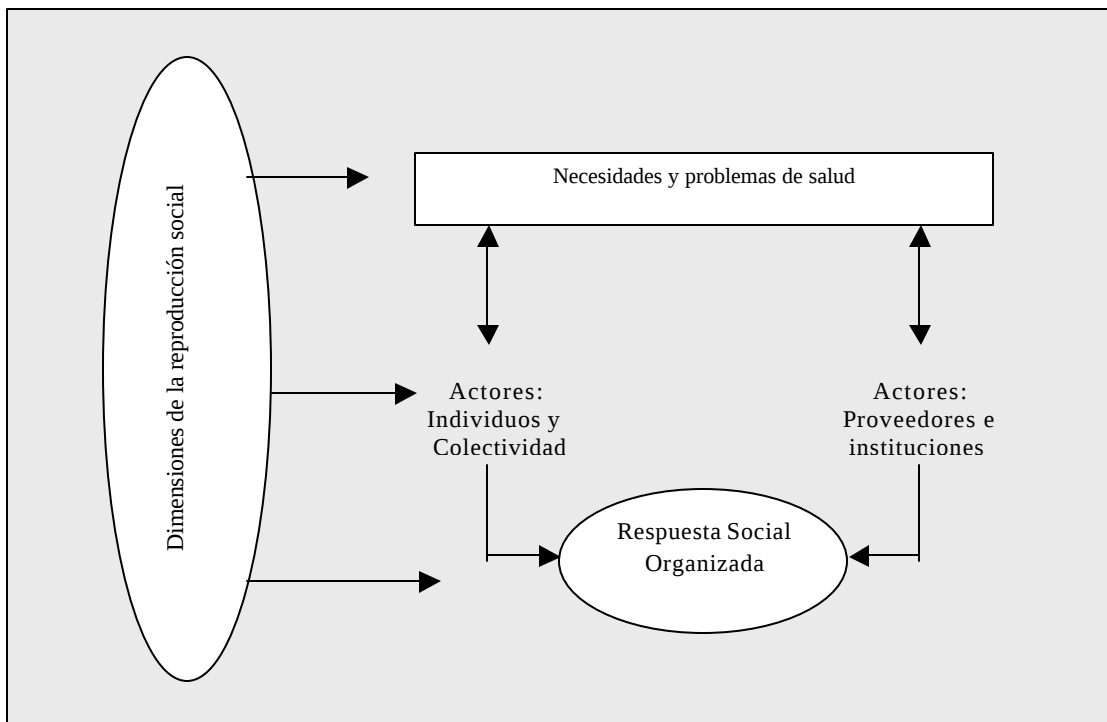
De acuerdo con la noción de gestión planteada, los conceptos tradicionales de demanda - oferta adoptarían un sentido particular. Estas categorías se utilizan, tal como lo considera Pinheiro, como “un tipo de marcador continuo que permite identificar los límites, posibilidades y los desafíos, para garantizar la integralidad en los servicios de salud”. Estos conceptos deben ser utilizados relacionamente.

La respuesta social desde los servicios de salud se estructura, por las necesidades y problemas de salud sentidos por la población; percepciones que están mediadas por las visiones propias, sobre como se producen la salud y la enfermedad, cuál debe ser la respuesta de los servicios y cuál es la participación de los diferentes actores en la construcción de la salud, mediante la generación de procesos saludables, en los diferentes planos y espacios.

Res

Diagrama 2

Respuesta Social Organizada



II. ACCIONES CLAVES DE LA GESTIÓN INTEGRAL



Aplicar algunos elementos operativos en las acciones claves para la gestión integral de la salud.

A. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

De los diferentes aspectos desarrollados en los apartados anteriores, se revisan algunas estrategias fundamentales que puedan transformar la atención individual y colectiva, como parte de la respuesta social al proceso salud-enfermedad.

Las acciones que se utilizan para conocer, en un espacio-población, los determinantes de la salud y los perfiles de salud enfermedad, permiten establecer los problemas, los nudos críticos, las posibles acciones que puedan transformar los problemas de salud; así como la identificación y participación de los diferentes actores sociales.

El análisis de situación de salud (ASIS)

Es una herramienta que posibilita la identificación de las necesidades y problemas de salud, así como sus determinantes, en un espacio-población determinado, es una fase esencial en el proceso de la planificación.

Conocer la situación de salud es importante para el diseño de estrategias de acción más dirigidas hacia la solución de los problemas identificados, para mejorar el balance entre las acciones curativas, preventivas y de promoción del modelo de atención y para la identificación de áreas de responsabilidad compartida con otros actores sociales, entre otras.

Planificación Estratégica

Es la planificación intencionada de acciones que diferentes actores realizan sobre el proceso salud-enfermedad, considerado como un objeto de transformación. Estas acciones son valoradas a su vez, en función de su contribución a mejorar la pertinencia, calidad y cobertura de los servicios de salud, los cuales responden a los problemas en el contexto del espacio-población.

La planificación estratégica se desarrolla en cuatro momentos, los cuales son dinámicos; es decir, que considera que la realidad es cambiante y tienen un avance no lineal:

- a. Análisis de la situación de salud
- b. Identificación de actores sociales y población representada
- c. Elaboración y articulación de programas y proyectos de intervención
- d. Direccionalidad, objetivos, metas, resultados, productos, procesos, actividades y recursos.

Programación

Es un proceso permanente, que se basa en tres elementos: las necesidades, los conocimientos (normas, planes, etc.) y los recursos. Es un proceso que se da en toda la red de servicios. De la programación, se derivan los suministros, el desarrollo personal, los aspectos financieros y otros.

Las actividades que comprenden esta programación son las siguientes:

- a. Identificación de necesidades para el desarrollo de la promoción y la atención individual de las personas
- b. Identificación de las prioridades, es decir, los problemas de salud que se van a atender y los problemas por transformar
- c. Orientación de recursos y actividades (basados en la concentración y cobertura de la población de bajo y de alto riesgo)
- e. Ajuste de las metas, normas y otros para lograr una cobertura efectiva y resolución de los problemas de salud
- f. Evaluación del proceso.

Estas actividades se enmarcan en los diferentes momentos de la planificación estratégica. Es un instrumento flexible, adaptado a la realidad de cada contexto, que une la reflexión y la evaluación permanente a la acción diaria y a la visión estratégica de mediano y largo plazo.

**Articulación,
promoción,
prevención y
atención en la
programación**

En contenido y como proceso debe reflejar el modelo de atención integral: acciones de promoción, de prevención y atención de los problemas de salud de forma individual y colectiva. No debe ser visualizado como un requisito o un formulario, sino como “un proceso de discusión técnica sobre diversas propuestas alternativas de la adjudicación de recursos a problemas de salud”(Paganini)

**Programa
(Concepto)**

Según Campos, los programas son “simples recortes de un conjunto de problemas sanitarios, definidos según criterios supuestamente técnicos y epidemiológicos”,

En general los programas son seleccionados antes de la aplicación de técnicas de programación. Muchas veces como resultado de presiones políticas, económicas y sociales. Las acciones programáticas son apenas la organización de los recortes de las demandas de salud para estructurar los servicios de salud, que selecciona la tecnoburocracia, o el poder del gobierno.

La programación, se distingue como técnica de planificación, de la programación que se utiliza con frecuencia en el modelo asistencial. Se caracteriza a la programación como técnica independiente de los políticos, como una racionalidad que busca neutralidad en el trabajo de la salud.

Ej

Existen dos prácticas distintas de salud, una como “consulta externa”

La práctica centrada en la consulta se operacionalizaría por la asistencia profesional individual

Ej

La otra como “trabajo sanitario”, el trabajo sanitario envolvería también una dimensión epidemiológica que hace la diferencia con la consulta

La oposición entre esas dos prácticas, en cuanto modelos asistenciales son reconocidas, pero debido a la coexistencia institucional, puede haber una aproximación entre ambas.

1. Integración y programación

Es esperable que exista la integración entre la programación. Las acciones programáticas son las que pueden producir una relación de integración entre la promoción de la salud, la protección y la recuperación en las personas; con ello se reduce, por ejemplo: la fragmentación y la independencia entre programas verticales, como los de T.B y otros

Ese modo técnico de planificación de salud produce acciones que se distinguen en la integralidad de la atención. Los profesionales responden y se apropian de su “programa”, trabajando con cierta patología, con aspectos de la anatomía, o con ciertas etapas del ciclo vital, pero no con las personas, con historia de vida, o con arreglos colectivos de formas de vida, trabajando en compartimentos estancos o cajas programáticas.

Habría que polemizar acerca de la idea de que la programación en salud daría origen a un nuevo modelo acerca de atención médico-sanitaria, pues considera una sobre estimación la importancia de las técnicas de programación para introducir un nuevo modelo de salud.

En cuanto a la oposición entre el trabajo clínico y el sanitario, en cuanto modelo asistencial, se considera que las evidencias históricas empíricas no confirman tal antagonización, ni aún bajo la perspectiva neoliberal, aún ésta procura combinar los tipos de trabajo en forma complementaria. (Campos, 1998)

Ej.

La Política de Salud Mental en cuánto se relaciona con las de Salud del Trabajador. El usuario, en consecuencia, es visto en segmentos recortados de su cuerpo, de su historia y de su inserción social.

Concl

Resulta indispensable a la altura del avance del modelo readecuado de salud en el nivel local, la búsqueda de movimientos propositivos para que gradualmente se rompa con la fragmentación. De esa manera se precisa construir acciones políticas, desapegándose de programas racionalizadores.

En la práctica venimos observando, que la organización gerencial de las políticas de salud continúa con la compartimentalización de acciones y programas. Estos se estructuran y conducen de forma aislada y fraccionada; por tanto, no existe o es insuficiente el cotejo y la creación de interfases entre las diversas acciones políticas y las diferentes realidades de salud por enfrentar.

Res

Se podría decir que debe realizarse progresivamente, una serie de rupturas en cuanto a esquemas, procesos y formas de hacer las cosas, para posibilitar la construcción de un modelo de atención integral desde los servicios de salud.

De		Hacia
Un paradigma de la producción biológica de la enfermedad	⇒	Una concepción de producción social de la salud
Una atención individual y colectiva desde la perspectiva clínica y control se riesgos atención individual y colectiva	⇒	Unos servicios basados en las necesidades y problemas de salud
Una planificación normativa	⇒	Una planificación estratégica
Un poder concentrado	⇒	Una democratización y participación
Una atención clínica individual asistencialista	⇒	Una atención que integren la asistencia, la prevención y la promoción.

Modificado de Rovere, 1993.

B. INTERVENCIONES EN ATENCIÓN INTEGRAL

1. Promoción de la Salud

La promoción de la salud desde una visión más tradicional, ha limitado las intervenciones al ámbito personal, por consiguiente las actividades se orientan fundamentalmente a la educación, para influir sobre conductas individuales tratando de lograr cambios conductuales. Lamentablemente se ha dejado de lado el ámbito más estructural, por lo tanto no hay un efecto transformador de determinantes de la salud.

Desde el análisis realizado en capítulos anteriores, se hace evidente la complejidad de situaciones que animan modos particulares de vida y comportamientos que ponen en riesgo la salud. Limitar la promoción de la salud a adopción de estilos de vida saludables, es desconocer que estos pueden ser adoptados únicamente si existen los conocimientos, la voluntad, pero sobre todo, si existe la oportunidad para hacerlo. Consecuentemente, se debe pensar en estrategias integrales que tengan incidencia potencial en la amplia variedad de sus determinantes.

Acorde con el modelo explicativo de la salud que estamos utilizando, la promoción de la salud, tiene que ver con los procesos para lograr que las personas y las comunidades puedan ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud y, por tanto, logren mejorar su estado de salud. Esta visión plantea que existen intervenciones que se proponen tanto en el ámbito estructural y que pretenden influir en los determinantes de las condiciones de vida; como en el ámbito personal, dirigidas más a lograr cambios en los “estilos de vida” (Restrepo, 2001).

2. Prevención de la Salud

Las acciones preventivas que se realizan dentro de la atención clínica individual, se conocen como prevención clínica, que es el nexo de unión entre la salud pública y la atención primaria.

En la prevención las intervenciones se centran en la enfermedad y en los riesgos de morir, por tanto su objetivo fundamental es reducir los factores de riesgo y las enfermedades. Las acciones de prevención son fundamentalmente protectoras de riesgos específicos. Estas se dirigen a personas y grupos en riesgo de enfermar, a enfermos que aún no tienen manifestaciones de la enfermedad y a enfermos en quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte.

Plantear que el asunto se reduce a “vigilar riesgos”, no es suficiente. Porque el concepto de “riesgo” va ligado al de un “peligro eventual” probable, y no todo proceso destructivo es circunstancial, sino que los hay permanentes. Esta noción de riesgo tampoco da cuenta del carácter contradictorio del proceso de reproducción social, de la coexistencia de sus aspectos destructivos y saludables.

Sin embargo, si partimos de un modelo que considera que la biología está permanentemente determinada por procesos que surgen de su interacción en las diferentes dimensiones de las condiciones de vida, y que, por tanto, la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción y la oposición de procesos que favorecen y deterioran la salud. La prevención se orienta a contrarrestar o acabar con los procesos deteriorantes (Breilh, 1995).

Ej

El siguiente caso es un ejemplo de la atención colectiva. Expone las etapas fundamentales que son la base de la atención integral. Desde el Análisis de Situación de Salud, que identifica y explica los problemas de salud hasta la propuesta de algunas estrategias que permitan definir las acciones por considerar.

a) La situación del Área de Salud del Cedral.

El Área de salud de Cedral, pertenece a la provincia de Puntarenas y está localizada a 200 Km. Al sur de Pérez Zeledón en la Región Brunca. Tiene una extensión de 840 Km. Cuadrados. Este cantón tiene 7 distritos:

Distritos	Población
Central	5.926
Santa cruz	1.879
El Alto	1.505
Piedades	1.309
Santa Rosa	933
Maravilla	1.223
Líbano	1.751
TOTAL	14.586



La población de este cantón está compuesta por el 51,5% de mujeres y el 48,5% de hombres. El 65% de la población es rural. El 40% de esta población es menor de 19 años y el 5% mayor de 60.

El analfabetismo está estimado en un 10,1% y la desocupación en un 5,2% de la PEA, que es un 48,1%.

Dada su condición de ruralidad, los distritos presentan bajo desarrollo. Las actividades productivas se centran en el sector agropecuario.

Hay algunas actividades comerciales y muchas de las familias siembran sus propios alimentos. Existe una organización que agrupa a los pequeños productores del cantón.

En el 30% de los hogares hay, como jefa de hogar, una mujer, debido a la migración de los hombres a otros lugares por problemas con la producción, comercialización de los productos y de las escasas oportunidades de financiamiento, que han producido desempleo.

También existen limitantes para el uso del suelo, ya que el 32% del cantón presenta limitaciones en la capacidad del uso del suelo.

El Cedral cuenta con acceso a medios de comunicación masiva en relación con prensa, televisión, radio y tiene también una radioemisora local. En el distrito central hay una sede del IMAS, del IDA y el PANI. También hay un CEN-CINAI, un Colegio agropecuario y Oficina municipal de la Mujer



En el recuento de organizaciones en las comunidades se tienen: La Asociación de Desarrollo Comunal, el Patronato Escolar, la Junta de Educación, el grupo de Alcohólicos Anónimos, el Comité de Nutrición, el Comité de Deportes, la Junta de salud.

En lo que se refiere a los servicios de salud, la sede del Área se encuentra en el distrito central, donde se ubican tres EBAIS, uno se encuentra desconcentrado en la comunidad de El Alto y se cuenta con una unidad móvil odontológica.

El 70% de la población cuenta con algún tipo de seguro.

En la población económicamente activa, aparte de las consultas relacionadas con los aspectos asociados a la reproducción , la primera causa de consulta para ambos sexos es la enfermedad hipertensiva; son también muy frecuentes la diabetes mellitus, gastrroduodenitis, las artropatías y las dorsopatías.

b. Contextualizando la Comunidad del Cedral

La situación de esta comunidad se enmarca en un contexto en donde el aumento en los costos de producción por efectos inflacionarios y cambiarios, y la globalización y liberalización de los mercados nacionales, producen una competencia desigual en el mercado, que hace cada vez más difícil la colocación de los productos de los pequeños productores.



Concomitantemente, se produce tanto una modificación en los gustos y preferencias de los consumidores, así como una reducción de la capacidad adquisitiva de estos, producto de los cambios económicos.

Se ha dado, desde hace varios años, una sobreexplotación del suelo, lo que ha limitado tanto la expansión como el aumento de la productividad de la principal actividad productiva del lugar. En este sentido, ha faltado apoyo estatal para desarrollar modelos alternativos de producción, el acceso a la tierra es limitado y los niveles de tecnificación escasos.

Debido a que las actividades productivas se centran en el sector agropecuario, las condiciones de trabajo son difíciles, tanto por las actividades propias de la jornada como por la intensidad de estas.

Por los patrones de socialización, las mujeres campesinas asumen, desde muy temprana edad de manera simultanea, diferentes actividades en lo doméstico, la producción agrícola y la participación comunitaria. Sin embargo, la valoración social del papel de la mujer la ubica en el ámbito de lo doméstico, invisibilizando la producción de productos para el autoconsumo y el comercio. No existe diferenciación entre el espacio domestico y el espacio "productivo".

La difícil situación económica de la zona, ha hecho que los hombres migren a otros lugares para complementar los ingresos, y como resultado las mujeres han asumido también las actividades de estos, lo cual implica una sobrecarga del trabajo.



c. Algunas intervenciones

Previa explicación de los problemas de salud, tema que no se trata en el módulo de Análisis de Situación de Salud. Es necesario reflexionar y analizar cuáles son los procesos que pueden explicar la situación particular de una comunidad, para así reconocer las acciones pertinentes tanto en la gestión como en la atención.

En este ejemplo, se identifica como prioritario transformar la forma de planificación local, que es el aspecto crítico que puede ser transformado desde los servicios de salud y en el cual convergen una serie de condiciones. En relación con lo anterior, es necesario adaptar la aplicación de la oferta de servicios, así como las normas, guías y otros lineamientos institucionales, para adecuar la respuesta de los servicios, en términos de lograr un mayor accesibilidad.

Es fundamental que los servicios se adapten a las condiciones de la población y no que esta población con sus limitaciones se adapte al servicio de salud.

Algunas de las estrategias para la definición de acciones integrales por programar, pueden ser:



Estrategias	
Promoción	- Trabajo intersectorial con las entidades correspondientes a nivel local, para lograr la diversificación de cultivos, soporte técnico, y mayor acceso de los diferentes grupos poblacionales a los alimentos. - Apoyo con las diversas instancias para la creación de redes de apoyo que permitan a las mujeres disfrutar de espacios de recreación y actividad física. - Potenciar el trabajo de instancias comunitarias para mejorar las condiciones de vida y salud de toda la población, apoyando la elaboración de propuestas políticas de salud.
Prevención	- Capacitación a grupos sobre prevención y atención básica de los problemas de salud más frecuentes, potenciando los saberes y prácticas positivas en salud de la población y de los agentes tradicionales. - Brindar información a la población sobre los derechos de las personas usuarias, sobre la oferta de servicios. - Difusión de mensajes positivos a través de medios de comunicación y grupos organizados de la comunidad. - Formación de promotores de salud en la comunidad, que permitan establecer un nexo entre ésta y los servicios de salud. - Favorecer grupos de discusión sobre temas de salud que sean generados desde la comunidad.
Atención directa	- Integrar las acciones de prevención clínica, diagnóstico y tratamiento oportuno, referencia adecuada y oportuna, de acuerdo al contexto y particularidad de cada una de las personas que utilizan el servicio.

3. Atención clínica individual

A pesar de que el modelo actual propone que la salud se construye como un proceso social, se continúa aplicando a diferentes estrategias o acciones de la atención contenidos y conceptos tradicionales. Se generan, entonces, contradicciones que producen limitaciones para lograr una atención integral. Es necesario, entonces, revisar los enfoques y redefinir las acciones que deben asumir los servicios de salud.

a. Atención centrada en la persona

La atención clínica se percibe única y exclusivamente como lo curativo. Se ve como la atención de la enfermedad y se considera como antagónica con la visión de la salud pública, debido a la forma en que el personal de salud, visualiza y aborda a las personas -como órganos o enfermedades-, convirtiendo a éstas en “pacientes” (pasivos), expropiándolas de su cuerpo y de la participación con respecto a las decisiones en torno a su propia salud.

Lo anterior, es consecuencia de los modelos explicativos de la salud que han predominado, en los cuales el eje es lo biológico; por tanto, la atención se ha centrado indudablemente en la genética, la anatomía y la fisiología. Al excluir las causas sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad se descontextualiza a la persona.

Sin embargo, en un modelo coherente con la concepción de salud integral expuesta, la atención debe centrarse en la persona, lo cual implica que los problemas se abordan en el contexto de la persona y no solo desde la enfermedad.

Relación médico paciente

De esta manera, el personal de salud asume otro papel, “el médico centrado en el paciente aborda el proceso patológico, la experiencia previa de enfermedad que tiene el paciente y los contextos psicológicos y sociales globales. Este médico trabaja junto con el paciente para establecer prioridades y determinar el papel de cada uno de los participantes en el tratamiento” (Stewart M, et al. 1995, citado por Squier, Brody y Supanich, 2002).

El modelo “Biopsicosocial”, hace un intento por integrar los diferentes elementos del ser humano (biológico, psicológico y social), al considerar que estos están interrelacionados y son interdependientes. Sin embargo, en la práctica el eje de esta visión ha sido lo biológico y los otros elementos se ven como factores que se suman en una relación de aproximación externa y no como una expresión integrada de los diferentes componentes, lo cual, de alguna manera, favorece la fragmentación en la atención.

Evidentemente, este enfoque biomédico tradicional no da respuesta a las necesidades asistenciales de las personas, se dan soluciones parciales a sus demandas asistenciales. Se actúa en forma sintomática y se obvian las intervenciones sobre los otros aspectos que originan el problema.

La atención a la persona, desde una verdadera perspectiva biopsicosocial, considera la salud como una expresión integrada de los diferentes componentes. Por tanto, explica y aborda el problema de la persona desde sus diferentes aspectos.

A pesar de que el papel del personal de salud, en el tratamiento de la enfermedad y en la atención aguda del padecimiento, es fundamental, las acciones preventivas y de promoción deben ocupar un lugar importante en el quehacer de las y los proveedores.

Ej

El caso de Carmen

Carmen es una mujer de 56 años, nació en el distrito de Santa Cruz. Ella es la mayor de seis hermanos. Su vida cotidiana ha transcurrido entre la cocina, el corral, los potreros y las reuniones en la Iglesia La Maravilla, todos los miércoles con el grupo de mujeres que componen la Legión de María.

Carmen pasó de trabajar con sus padres a trabajar con su marido cuando se casó a los 17 años, tuvieron cuatro hijos, en la actualidad, sólo el menor vive aún en la casa. El trabajo que venía realizando Carmen de soltera continuó siendo prácticamente el mismo cuando se casó, y aumentó especialmente con el nacimiento de los hijos

La jornada diaria de Carmen se inicia a las 4:30 AM y finaliza a las 9:30 PM; se levanta, hace el desayuno, muele el maíz, da de comer a las gallinas, ordeña las vacas, lava los baldes para el ordeño, hace el oficio, el almuerzo, por las tardes hace queso y va al potrero por las vacas para encerrarlas, hace la comida, cena con su familia, lava los trastos y ve un poco de televisión. Muchas veces, se duerme mientras observa las noticias.

Desde hace dos años se le diagnosticó hipertensión arterial moderada. Se le trató desde entonces con fármacos y recomendaciones de dieta y ejercicio. También se ha quejado de dolores en la columna y en las articulaciones, para lo que le han recetado analgésicos solamente. Los hijos y el esposo de Carmen se quejan de su malhumor y de la “quejadera” de Carmen últimamente.



En el grupo que asiste, la mayoría de sus amigas y vecinas comentan “los males de la edad” y la incompreensión que sufren por parte de sus familias. Sin embargo, lo pasan con resignación, pues piensan que es el ciclo natural de la vida de las mujeres.

Muchas veces sus preocupaciones se acrecientan, ya que las labores de la finca se ven afectadas por la estacionalidad, porque en el verano la escasez de pasto hace que sea difícil mantener el mismo número de vacas que en el invierno, por lo que se hace necesario vender unas cuantas para equilibrar el pasto disponible. En la finca se produce para el autoconsumo, de manera que solo existen los ingresos monetarios provenientes por un lado, de la venta de queso y cuajada, elaborados por Carmen en el invierno con la leche que no se consume y la venta de gallinas y huevos.

Cuando Carmen asiste a control médico, generalmente la regañan porque tiene la presión alta y no baja de peso. La enfermera sospecha que no se toma el tratamiento como debe ser, por lo que le explica la importancia de su continuidad.

Consideraciones para la atención integral

Al aproximarse a Carmen, como un caso particular, debe contextualizarse como una mujer de mediana edad que pertenece a una comunidad (con las condiciones anteriormente expuestas), la cual tiene una historia particular de vida. Los elementos que configuran un perfil específico de acciones, por ejemplo:

- Considerar que la persona no desea únicamente un diagnóstico y un plan de tratamiento, sino también comodidad y un reestablecimiento de su sensación de normalidad.
- La detección y tratamiento oportuno de condiciones crónicas

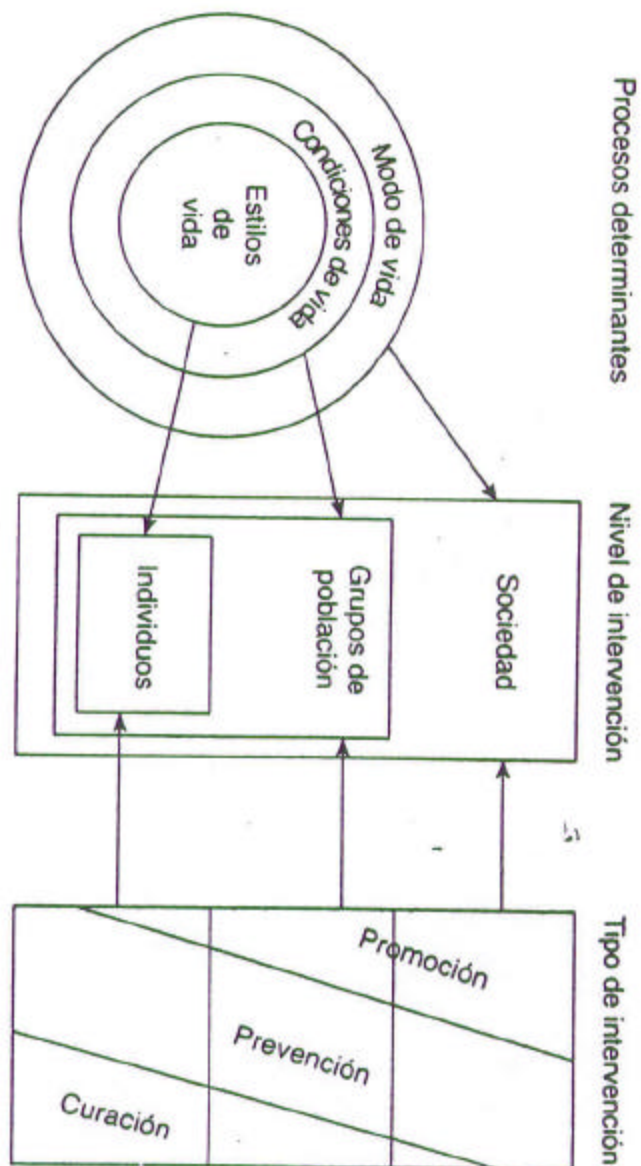


- Explorar las razones por las cuales tiene dificultad para adherirse al tratamiento, por ejemplo: no aceptación del plan de tratamiento, mala información, el temor al tratamiento o la falta de consenso entre el médico o la médica y ella sobre la importancia de los planes terapéuticos.
- Auto percepción de su condición de salud y de los recursos que tiene para conservarla y mejorarla.
- El apoyo familiar para optar por tiempo libre para la recreación
- Darle opciones de participación en diferentes grupos recreativos.
- Información sobre las organizaciones disponibles que podrían apoyarla en sus labores de producción.
- Invitarla para que se forme como promotora de salud o contactarla con la promotora de salud de sus localidad.
- Otras que se podrían considerarse.

Res

Diagrama 3

Procesos Determinantes, Niveles y
Tipos de Intervención en Salud Pública



Bibliografía

ABRASCO. **Ciencias sociales y biológicas en el curso médico: Enfoque interdisciplinar.** Serie de documentos de Educación Médica Brasileña. No. 12. 1989

Arouca, S. **O Dilema preventivista: Contribuicao para a compreensao e crítica da Medicina Preventiva.** Faculdade de Ciencias Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, Brasil. 1975.

Breilh, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación.** Guía pedagógica para un Taller de Metodología. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. 2da. Edición. Ecuador. 1995.

Breilh, J., et al. **Deterioro de la vida.** Corporación Editora Nacional. Quito, Ecuador. 1990.

Campos, G. **La salud pública y la defensa de la vida.** Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1991.

Castellanos, P L. **Sobre el concepto de salud y enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud.** Bol. Epidemiológico. OPS. 1990; Vol. 10 No. 4.

Castillo, Alcira, et al. **Módulo Participación Social en Salud.** CENDEISS, CCSS. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, 1998.

Castillo. A. **Representación de intereses en la Caja Costarricense de Seguro Social: Sindicalismo médico 1993 a 1996.** Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. 2001 (Tesis Maestría)

Cuba Ore, V. **Diseño de Proyectos y Programas Sociales.** Una mirada estratégica. Lima, Perú. 2002.

Chaves, M. **La interdisciplinariedad en las ciencias médicas.** Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Río Janeiro. 1998. (documento inédito)

De Mattos, R. **Os sentidos da integralidade: Algumas reflexiones.** Abrasco. Río Janerio, Brasil. 2001.

Donnangelo, C. **Saúde e Sociedade,** Editorial Abrasco. Río Janerio, Brasil. 1983.

Evans, Robert, et al. **Why are some people healthy and others not?. the determinants of health of populations.** Ed. Theodore R. IV Series, 1994. Pags.27-64, 217-230.

Ferla, Alcindo, et al org. **O fazel em saúde colectiva: inovacoes da atencao a saúde no Rio Grande do Sul.** Editorial Dacasa, Porto Alegre, Brasil. 2002.

Haro, J. **“Cuidados profanos: una dimensión ambigua de la atención de la salud”**, en Perdiguero, E. (eds), *Medicina y Cultura*. Editorial Bella Terra. Barcelona, Madrid. 2000.

Illich, I. **Nemesis Médica: La Expropiación de la Salud.** Barcelona: Barral Editores, S.A., 1975.

Jaramillo, J. **Historia y Filosofía de la Salud y la Medicina.** Editorial EDNASSS. San José, Costa Rica. 2002.

Kadt, Emanuel; Tasca, Renato. **Promover la equidad. un nuevo enfoque desde el sector salud.** OPS/OMS. Washington, 1997.

Luz, M. **As novas formas da saúde e a saúde en forma: práticas e representacoes culturais.** Abrasco (mimeo, 2000)

Martínez, F. et al. **Salud Pública.** Ed. McGraw Hill - Interamericana. Págs.87-92.

Matamala, M., Berlagoscky, M., Salazar, G., Núñez, L. **Calidad de Atención en Salud Reproductiva desde un enfoque de Género.** Investigación cualitativa con mujeres beneficiarias del Servicio de Salud Occidente de la Región Metropolitana. Reunión Regional Género y Calidad de Atención en los Servicios de Salud Reproductiva. San Salvador, El Salvador. 1995.

Mehry, Emerson. **A saúde pública como política.** Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1992.

Mendez, E. **Uma agenda para a saúde.** Editorial Hucitec. Sao Pablo, Brasil. 1996.

Paim, J., Almeida, N. et al. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde colectiva.** Editorial Casa Qualidade. 2000.

Perdiguero, E. et al. **Medicina y Cultura.** Editorial Bella Terra. Barcelona, España. 2000.

Pinheiro, R., et al. **Os sentidos da integralidade na atencao e no cuidado a saúde.** Editorial Abrasco. Río Janeiro, Brasil. 2001.

Restrepo, H., Málaga, H. **Promoción de la Salud: Como construir Vida Saludable.** Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. 2001.

Rovere, M. **Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.** Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96. OPS. Washington, D.C. 1993.

Silva, A. **Modelos Tecnoasistenciales en salud: Un debate.** Facultad de Medicina Sao Pablo, Brasil. (Mimeo). 1998.

Torres, R. **Los nuevos paradigmas en la actual revolución científica y tecnológica.** San José, Costa Rica. EUNED, 2003.

De los Autores

Alcira Castillo Martínez

Actual Directora de la Escuela de Salud Pública, trabajadora social, socióloga, docente e investigadora de la Facultad de Medicina desde 1976, Maestría en Salud Pública con énfasis en Administración de registros médicos y sistemas de información; Maestría Académica en Sociología Política. Con amplia experiencia en la coordinación académica de programa de capacitación en servicios con metodología de educación a distancia, en especial en el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud.

Xenia Sancho Mora

Médica de Familia. Maestría en Salud de la Mujer. Docente universitaria en cursos de pregrado de la Licenciatura en Medicina y Cirugía y en la Maestría de Población y Salud de la Universidad de Costa Rica. Con amplia experiencia en el trabajo del primer nivel de atención. En la actualidad trabaja en el Departamento de Medicina Preventiva , Sección Salud de la Mujer, CCSS.

Ileana Quirós Rojas

Médica con una Especialidad y una Maestría en Salud Pública. Ha trabajado en el nivel local, tanto en el Ministerio de Salud como en la CCSS. Con experiencia docente en el Departamento de Tecnologías en Salud, en la Escuela de Medicina y en los Posgrados de Salud Pública y Población y Salud de la Universidad de Costa Rica. En este momento, labora en la Sección Salud de la Mujer, Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA
Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO
Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS
Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN
Coordinadora
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. LUIS ARTURO BOZA ABARCA
Director Ejecutivo
Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos
CENDEISSS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Dr. GABRIEL MACAYA TREJOS
Rector

Dra. LEDA MUÑOZ GARCIA
Vicerrectora
M.SC. CLAUDIO VARGAS
Director Sección Extensión Docente
Vicerrectoría de Acción Social

Dra. MARÍA PÉREZ YGLESIAS
Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ
Directora
Escuela de Salud Pública

Dra. ILEANA VARGAS UMAÑA
Directora
Maestría en Salud Pública