

HACIA EL CAMBIO DE PARADIGMA EN MEDICINA: UN RETO EN SALUD

MSc. Lidia Salas Chavarría*

INTRODUCCIÓN

El contexto social actual evidencia un mundo globalizado con marcadas diferencias sociales en los grupos poblacionales, un incommensurable desarrollo de los medios de información y comunicación, crisis identitarias producto de la transculturación; concretamente en la prestación de los servicios de salud se cuestiona la necesidad de replantear un cambio en el paradigma de la medicina que durante años ha guiado las prácticas de las ciencias médicas.

Si el enfoque de salud se ha caracterizado hasta ahora por tener un énfasis curativo, a la luz de los cambios actuales que impactan las condiciones de vida de las personas, se impone la necesidad de reorientar las acciones de salud, principalmente hacia un enfoque de promoción y prevención de la misma.

Es urgente dar respuesta a los problemas y necesidades de salud desde una perspectiva integral, para lo cual se debe garantizar la participación de las colectividades, de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en pro del bienestar y condiciones de vida favorables de la población. Trascender, así el concepto reduccionista de salud del enfoque estático-biológico, de corte uni o multicausal, hacia un concepto que integre y vincule los procesos de producción y reproducción social de la salud.

Una disciplina científica nace como un nuevo modo de considerar el mundo y se estructura en consonancia con las condiciones culturales, económicas y sociales de una época; asimismo determina su objeto de estudio, el cual puede sufrir mutaciones en su proceso evolutivo, al surgir lo nuevo o bifurcaciones imprevisibles.

Al considerarse que los conceptos que sustentan las diferentes disciplinas son contruidos socialmente en un momento históricamente dado, específicamente en este trabajo interesa escudriñar qué determinantes han permeado la concepción de la salud y las implicaciones en el ejercicio de la práctica médica.

En la primera parte del trabajo se hace un análisis de los orígenes de la práctica médica asociada al

concepto de salud; en la segunda se analizan algunas implicaciones del paradigma biológico en la práctica médica, en la tercera parte, se aborda el contexto actual en que se circunscribe la práctica médica y la necesidad de cambio en la prestación de servicios de salud.



1. Evolución histórica del concepto de salud:

Al analizar la evolución histórica de la noción salud, se observa el énfasis puesto en la identificación de los "factores" que inciden en ella, no así en las consecuencias. Si bien se han experimentado cambios en diferentes momentos históricos, no logran desligarse de una concepción individualista uni o multicausal focalizada en la enfermedad.

A través de la historia se han identificado una serie de modelos epidemiológicos que han permitido la interpretación científica del proceso salud-enfermedad. Breilh y Granda (1985: 30-33) agrupan los modelos en unicausal, multicausal y triada ecológica.

Modelo unicausal:

Parte de la causa única y fundamental en la producción de la enfermedad, y se ubica fuera del organismo. Como concepción dominante estuvo presente desde los inicios de la humanidad.

En relación a este modelo, autores como Alberto Vasco (1987:21) refiere que la unicausalidad externa históricamente ha tenido diferentes expresiones, como formas de castigo, agresiones externas o en su

* Trabajadora Social, Jefatura Servicio de Trabajo Social, Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz. Licenciada en Trabajo Social, Máster en Salud Pública.

forma más sofisticada mediante agentes patológicos, noxas y microorganismos. La salud se plantea como una meta y ésta como ausencia de enfermedad; desde el punto de vista político se postula la sociedad perfecta y desde lo biológico la desaparición de la enfermedad.

Desde la perspectiva de este modelo la atención en salud se concentra en acciones de curación y reparación.

Modelo multicausal:

Plantea que la causa de las enfermedades no es única, admite que coexisten otras causas. Esta concepción se consolida en la década de los sesenta y continua manteniendo vigencia en los modelos explicativos basados en la idea de azar y particularmente en el concepto de accidente. Para Alberto Vasco (1987: 22) "esta noción adquiere una visión encubridora de las causas que muchas veces no permite predecir y prevenir eventos", considerar que la enfermedad es algo impredecible no permite el desarrollo de acciones preventivas.

Modelo triada ecológica:

Planteado por Leavell y Clark (1953: 48), constituye una variación más dinámica del modelo anterior. Sostiene que las causas de la enfermedad se clasifican en tres categorías: agente, huésped y ambiente. Estas se relacionan entre sí integrando un constante equilibrio, que al romperse produce la enfermedad. Clasifican la atención en salud en diferentes niveles, a saber: preventivo, clínico y de recuperación. En este modelo, el ambiente se introduce de manera contextual y externa, manteniendo como eje central de la explicación la relación entre el huésped y el agente, éste identificado como algo único y externo al organismo.

Si bien estos modelos, en otro momento permitieron a la salud pública avances importantes en el desarrollo de acciones sanitarias con especial énfasis en lo curativo, se caracterizaron por presentar una progresiva incapacidad explicativa y una estéril multicausalidad en la concepción de la salud – enfermedad.

Tras la búsqueda de mejores abordajes conceptuales, se llega al planteamiento de nuevas nociones de salud que se caracterizan por ser más integradoras.

Es así como Alberto Vasco (1987: 24) y Pedro Luis Castellanos (1991), presentan una propuesta que permite conceptualizar la salud como un proceso que se caracteriza por su forma cambiante, su carácter de construcción histórica, su valor definido socialmente, su relación con lo económico y político y su articulación en

los niveles individual y grupal. También destacan su vínculo con las condiciones de vida de las poblaciones determinadas históricamente por las formas de producción y reproducción social.

Este proceso está enmarcado por la ideología política y la organización o estructura social, que determinan las condiciones materiales de vida y éstas a su vez las pautas de comportamiento.

La propuesta de Castellanos de la noción de salud como producto social incorpora tres elementos básicos: las condiciones de vida, los problemas de salud-enfermedad y las respuestas sociales de salud y bienestar.

Las condiciones de vida se operacionalizan en forma dinámica, en cuatro dimensiones, a saber:

Biológica:

"Procesos predominantemente biológicos del potencial genético y la capacidad inmunológica, así como la salud y la enfermedad". Se incluyen datos relacionados con nacimientos, número y causas de consulta, enfermedades de declaración obligatoria, entre otros.

Ecológica:

"Procesos predominantemente ecológicos separados en macro ambiente, ambiente laboral y micro ambiente. Ejemplo de macro ambiente: inundaciones, terremotos, deslizamientos; del micro ambiente: viviendas, servicios básicos, hacinamiento".

Económica:

Responde a la "articulación de la producción, distribución y consumo de bienes y servicios; incluye como elemento fundamental los servicios de salud", así como educación y fuentes de empleo.

Conciencia y Conducta:

"Procesos predominantemente culturales y reproductivos de las formas de la conciencia y la conducta; ejemplos: hábitos, conducta, ideas, costumbres", estilos de vida intelectuales y colectivos, organización comunal.

Este proceso se articula en tres niveles:

General: Contempla el sistema político, marco legal, instituciones y el modelo económico.

Particular: Se refiere a los grupos sociales, donde el proceso salud-enfermedad se diferencia cualitativamente.

Individual: Constituido por los individuos y las

familias.

Es de esta forma como el concepto de salud ha evolucionado en gran medida desde una mayor vinculación con las enfermedades y la muerte, hasta concepciones relacionadas con las posibilidades de realización personal y colectiva de grupos y comunidades. Un concepto de construcción social como expresión de las condiciones de vida de la sociedad.

La salud como construcción social es manifestación del bienestar, de la convergencia de los esfuerzos individuales y colectivos en la conservación de los recursos ambientales, en el fomento de lo económico, social y político. Es la interacción que establecen los individuos y grupos sociales en procesos productivos y de reproducción social.

Las condiciones de vida tienen un carácter dinámico, pueden mejorar o deteriorarse por efecto de los cambios naturales y sociales que caracterizan la sociedad en general. Cada persona, familia, comunidad, grupo poblacional, en cada momento de su existencia tiene necesidades y riesgos que le son característicos, sea por su edad, sexo, nivel educativo, ubicación geográfica y ecológica. De esta manera cada grupo social tiene su propio perfil de necesidades y problemas de salud vinculado a las condiciones de vida en que están inmersos y traduce su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura social, requiriendo así acciones de salud y bienestar específicas.

En este mismo sentido, Jaime Breilh (1986: 45) plantea que "las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado de ese proceso complejo y dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla".

En forma complementaria, Marta Pardo (1995: 35) dice: "no debemos olvidar que los diferentes conjuntos sociales construyen simbólicamente sus realidades a partir de sus realidades concretas, y de los componentes de un imaginario colectivo que se ha estructurado históricamente".

2. Implicaciones del paradigma biologista en la práctica médica:

A fin de correlacionar los paradigmas biologista y social en el desarrollo de la ciencia médica, es pertinente empezar por definir este concepto.

Un paradigma es una estructura mental, consciente o no, que sirve para clasificar el mundo y puede "asumir la forma de modelos teóricos, de ejemplos, de fórmulas básicas, de instrumentos, de

valores, etc." (Gérard Fourez, 2000: 79), según contexto social históricamente determinado.

Guba y Lincoln, citados por Valles refieren que los paradigmas deben entenderse como "sistemas de creencias básicas (principios, supuestos) sobre: la naturaleza de la realidad investigada (supuesto ontológico), sobre el modelo de relación entre el investigador y lo investigado (supuesto epistemológico), sobre el modo en que podemos obtener conocimiento de dicha realidad (supuesto metodológico)". (Miguel, Valles: 1997: 49).

Para Kuhn, "un paradigma es un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Esas realizaciones poseen creencias y valores que subyacen a la forma de generar el conocimiento". (Enrique, Ruelas: s.f, 141).

La realidad es una construcción social, no existe una sino múltiples realidades dependientes de la percepción, decisión y acción de los diferentes grupos sociales, quienes la construyen conforme su visión de mundo.

Los paradigmas son contruidos socialmente, y están condicionados conforme el discurso ideológico, político, dominante que impera según contexto.

Concretamente el paradigma de la medicina científica percibido a través del concepto de salud, ha estado permeado por construcciones culturales. Cada sociedad según su nivel de desarrollo, organiza los recursos asignados en salud y establece los procesos para mejorar la salud de la población por ejemplo, "al médico chino se le paga mientras el cliente está sano, mientras que el médico occidental sólo cobra su remuneración cuando el cliente está enfermo". (Gérard, Fourez: 2000, 80).

Un cambio de paradigma significa ruptura y modificación de la visión que se tiene del mundo. Este cambio es un proceso gradual y paulatino que está inmerso también en la propia historia de la época; por lo que ambos paradigmas, uno viejo y uno nuevo, coexisten durante cierto tiempo hasta que, por fin, el nuevo paradigma se impone por su propio peso y el viejo paradigma pasa a formar parte de la historia.

La forma en que se ha estructurado el paradigma médico ha tenido implicaciones en el modelo de atención en salud y ha legitimado prioridades, tales como la "prioridad de la curación sobre la higiene, prioridad del cuerpo sobre la psicología, prioridad de las especialidades sobre la medicina general, prioridad de la curación sobre la

calidad de vida". (Gérard, Fourez: 2000: 82). Situación que denota una clara exclusión de las causas sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad.

La medicina científica se ha caracterizado por exaltar valores relacionados con la eliminación del mal, curación del enfermo, cuidado y bienestar. A su vez ha estado determinada por la práctica médica, que se ha dirigido en primer lugar a lo individual, pacientes capaces de cuidarse y pagar la consulta médica. En este sentido si los cuidados de la salud se hubiesen dirigido desde sus inicios a las masas, las ciencias de la salud hubiesen dado mayor importancia a la prevención y menor importancia a lo curativo. La incorporación de la medicina científica al desarrollo del sistema capitalista logra así su rol normatizador de la sociedad, medicalizando los problemas sociales y políticos, y se gesta un nuevo mercado el de consumo de prácticas médicas y de salud.

Algunas de las implicaciones de la concepción sobre el origen de la enfermedad y de la salud se manifiestan en la atención directa médico-paciente y en la gestión de los servicios de salud. Históricamente y hasta nuestros días el médico tiene investidura de poder legitimado socialmente en virtud de su sabiduría, conocimiento, normas éticas y de compromiso con el enfermo, en el mejor interés del otro por encima de sus intereses personales, cuya práctica ha sido reconocida y formulada en el juramento hipocrático. En los tratados hipocráticos se le asignaba al médico el don de filósofo y merecía comparación con Dios; desde entonces su sabiduría ha implicado: desprendimiento, juicio, calma, dignidad, prestigio lo cual le ha garantizado un poder social que ha sostenido la medicina durante muchos siglos.

Es así como la práctica médica construyó su legitimidad social sobre principios de autonomía y ética en la relación médico-paciente, la acción individual y el saber científico.

Todas estas cualidades asociadas y asumidas por el médico, le han permitido desarrollar un papel activo en la relación médico-paciente, contraria a la actitud del paciente, por lo general un sujeto pasivo, receptor de la información que muchas veces le resulta incomprensible.

Esto ha influido a su vez en la percepción que tienen los usuarios del concepto de salud, generalmente lo asumen como contrario a la enfermedad, por lo que fomentar la salud para muchos implica solamente disponer de servicios médicos accesibles y no asumir un papel más activo en el autocuidado de su propia salud.

No obstante es válido hacer la observación, de que en la actualidad los usuarios tienen mayor participación en toma de decisiones relacionadas con los

procesos de salud, ejemplo de ello es la participación en las Juntas de Salud, lo cual ha facilitado un mayor acercamiento desde los servicios de salud hacia los diferentes grupos organizados de las comunidades.

Lo anterior en virtud de que las consecuencias sociales en el sistema de salud lógicamente producen fuertes erogaciones en aspectos curativos, y subyace en el discurso que es más fácil recurrir a los medicamentos que modificar estilos de vida en la población. De aquí el empeño de la institución, como parte del sector salud para enfrentar los acelerados cambios históricos, el ajuste económico, la provisión de servicios con calidad; de promover el liderazgo y la promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo de la salud como aporte al desarrollo humano y a la democracia.

Retomando el punto en cuestión se tiene que la relación entre lo biológico y lo social ha sido una de las contradicciones más antiguas en el ejercicio de la medicina; hoy aún en alguna medida se mantiene en toda su dimensión al privilegiarse el enfoque biológico curativo, propio de la medicina individual y el social preventivo que debe caracterizar la atención primaria en salud genera discusiones y polémicas en los gestores de políticas sanitarias.

Hoy los factores epidemiológicos toman mayor relevancia, y la dinámica social apela a la necesidad de considerarlos para determinar las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales y por ende determinar y operacionalizar acciones específicas de salud en procura de mantener y mejorar su calidad de vida.

Si bien la práctica médica, desde sus orígenes, ha estado atravesada por enfoques mecanicistas, reduccionistas, fragmentados, de la medicina convencional anclada en la imagen cartesiana del cuerpo humano como máquina, sustentada en prácticas, concepciones y métodos de un pensamiento racional, propios del paradigma imperante, es válido recordar que un paradigma también puede establecer una ruptura con ideologías que no se consideran pertinentes, que han rebasado los viejos esquemas, y que exigen nuevas perspectivas.

Es imprescindible a la luz de lo descrito retomar en forma crítica el discurso de la salud como ausencia de enfermedad y la enfermedad asumida como ausencia de salud (funcionamiento inadecuado de los mecanismos biológicos) lo cual resulta anacrónico y atraviesa la cotidianidad en los espacios sanitarios.

3. El nuevo modelo de atención en salud:

Todo cambio de época genera conflictos y contradicciones, a partir del enfrentamiento dialéctico

entre diferentes visiones de mundo, que compiten entre sí para prevalecer en la época emergente. Así, la asunción de nuevos paradigmas y el establecimiento de un saber renovado genera tensión y coloca a los funcionarios en salud en el terreno de la incertidumbre, de la confusión.

En la medicina científica se está generando todo un cuestionamiento en el ejercicio de la práctica médica y la necesidad de cambiar el paradigma prevaleciente de la concepción de la salud.

Conforme evaluaciones realizadas en materia de salud se ha hecho necesario readecuar el modelo de atención acorde a las necesidades y problemas, de grupos poblacionales específicos, conforme su perfil de morbi-mortalidad.

Como parte de estos cambios, las políticas sanitarias orientan sus acciones hacia la promoción de la salud a través de la *modificación de estilos de vida*. Simultáneamente los trabajadores de la salud deben asumir los retos y desafíos que implica la asunción de un nuevo paradigma: la salud como producción social.

A partir de este enfoque, la salud se considera como factor y resultado; factor porque el ser humano determina la capacidad de producción y a su vez la salud es un indicador de la calidad de vida de las personas. Es resultado porque de las condiciones de desarrollo de una población depende su condición de salud.

Asimismo, esta concepción integral está influida por factores biológicos, sociales, ecológicos y por los servicios, por tanto un problema de salud puede estar causado por uno o más de estos factores dependiendo de las condiciones de vida de las personas. Las condiciones de vida son parte de la realidad que vive el ser humano, como su condición biológica, su situación socio-económica, y los aspectos físicos ambientales. Así, se entenderá como estilos de vida, la forma de vivir, que puede afectar en forma positiva o negativa la salud y es influenciada por aspectos personales, culturales, económicos y ambientales.

En este contexto, el ser humano se visualiza en objeto de su propio desarrollo dado que le interesa su bienestar como individuo, como miembro de una familia y de una sociedad. Esto le permite asegurarse mejores condiciones de vida para lograr una buena capacidad productiva, estabilidad laboral y progreso social así como un crecimiento de condiciones de equidad y bienestar.

Desde ésta perspectiva, la salud se concibe como resultado de las acciones que realizan los diferentes actores sociales por medio de su interacción e intervención en la producción de salud.

En concordancia con este enfoque las políticas sanitarias en la Caja Costarricense de Seguro Social generan cambios en el modelo de atención en salud, orientados al fortalecimiento del primer nivel de atención, a la consolidación de los Equipos Básicos de Atención en Salud, Equipos de Apoyo, al fortalecimiento de la participación social como eje fundamental en los procesos de identificación e intervención en los problemas que afectan la salud de las personas, a partir de la concepción de salud como construcción social.

Con el término producción de salud, se recurre a la participación de todos los actores en el desarrollo del país y en procesos que permiten la interacción de todos los involucrados hacia objetivos comunes. El modelo propuesto busca devolver a la población una buena dosis de responsabilidad, especialmente en lo referente a la modificación de estilos de vida y el uso adecuado de los servicios públicos de salud.

El carácter social del proceso salud-enfermedad demanda la responsabilidad de la salud a una efectiva y oportuna labor de equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios en las unidades de trabajo, al involucramiento de diferentes sectores y a la comunidad misma.

Para garantizar la sostenibilidad de las acciones comunitarias que se desarrollan, se promueve el fortalecimiento de organizaciones locales permanentes y un modelo de cogestión en la administración estratégica local, a partir de una auténtica participación social con pleno acceso a la información para todos los actores sociales.

Con el replanteamiento del modelo de atención en salud, y con la estrategia de la participación social se pretende que la salud trascienda de ser un problema eminentemente individual a una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos el mantenerla, preservarla y mejorarla.

La participación social a nivel institucional es definida como "Un proceso de interacción, negociación y concertación que se establece entre la población, la Caja Costarricense de Seguro Social y las institucionales gubernamentales y no gubernamentales, mediante acciones de organización, contribución y toma de decisiones en la que prevalecen los derechos, deberes e intereses de todos, para la construcción de la salud". (CCSS: 1998, 17). De esta forma la participación social crea la plataforma para movilizar y acercar a todos los actores sociales para el trabajo conjunto, promueve la actuación democrática mediante la concertación, el diálogo y la negociación para, conjuntamente, poder transformar la realidad; concilia los intereses de los grupos con las políticas de salud, en la gestión de los

programas, servicios y en acciones que construyan la salud colectiva.

El éxito del modelo readecuado de atención va a depender de la participación efectiva de todos los actores sociales en todas las fases del proceso de planificación local (diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación) y que trasciendan de ser actores pasivos a actores sociales protagónicos. La planificación en salud es un proceso racional y complejo, que correlaciona diversos aspectos del desarrollo socio-económico, ecológico, biológico, de las comunidades y que promueve mejorar las condiciones de salud de las poblaciones.

La participación social es asumida como un modelo de coestión social de la salud, que incorpora la negociación como instrumento de interacción entre actores sociales, organizaciones comunales y la sociedad civil en general.

Así, para hacer efectiva la participación social se estimula el protagonismo de los diferentes actores sociales en conocimientos, habilidades y destrezas para la toma de decisiones, la negociación, la concertación, el manejo de conflictos y la construcción de alianzas estratégicas y pactos sociales.

La participación social como eje fundamental del modelo readecuado de atención en salud exige la conformación de Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS), constituidos por un profesional en medicina, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria en Salud (ATAPS), Equipos de apoyo conformados por diversas disciplinas.

El profesional en medicina como integrante del EBAIS, está llamado a impulsar acciones de salud mediante la participación social de grupos específicos, ubicados en cada sector de trabajo.

Ante esta demanda de involucrar a los diferentes actores sociales en la construcción de la salud, se requiere un funcionario en salud que reúna características tales como:

- Disposición y condiciones para el trabajo en equipo.
- Posición más congruente y comprometida con la situación de salud de la población.
- Disposición para realizar proyectos en salud conjuntamente con la comunidad.
- Conocimiento de metodologías participativas que faciliten el acercamiento con la población.
- Organización y capacitación para el fortalecimiento de grupos comunales.
- Desarrollo de la creatividad para elaborar técnicas y medios para la educación en la salud.
- Reconocimiento genuino del saber que la población

tiene de su realidad. (UCR. módulo tres: 2000, 23).

Los retos en salud apelan a un cambio en la organización de los procesos de trabajo, y se plantea que "los servicios de salud deben convertirse en agentes de cambio que contribuyan a la equidad y al mejoramiento del nivel de salud de la población; mediante la participación social, el conocimiento, la solidaridad y el mantenimiento de los valores positivos, permitirán defender los derechos humanos, la libertad y la autodeterminación de las personas". (UCR. módulo dos: 2000, 23).

De esta manera, a partir de esta concepción de salud como un proceso socio-biológico integrado y dinámico en la práctica, la tríada usuario- funcionario en salud-servicios de salud debe asumir un rol más protagónico:

"El usuario(a): Desde el punto de vista de la atención médica, ser tratado como ser integral, que piensa y actúa según sus condiciones de vida; y como sujeto crítico en la toma de decisiones concernientes a su proceso de salud.

Funcionarios en salud: A partir de un equipo de trabajo reconocer la presencia de actores sociales en la gestión de la salud, por lo cual debe considerar como acciones básicas el trabajo intersectorial, con la coordinación de redes organizacionales y fortalecer los procesos de participación social.

Servicios de salud: Los servicios de salud deben transformar la oferta de servicios de un servicio meramente curativo a acciones de promoción y prevención de la salud. Incidir mediante acciones específicas en "los determinantes de la salud: favorecer los procesos protectores de la salud para mejorar la sobrevivencia, disminuir procesos deteriorantes que favorecen el deterioro fisiológico, el sobrevejecimiento, la enfermedad y la muerte". (UCR. módulo dos: 2000, 29).

Para que estos cambios en la prestación de servicios de salud sean efectivos, es indispensable el compromiso de los gerentes de salud de hacer reingeniería organizacional y de procesos en sus unidades de trabajo. En forma complementaria la academia debe fortalecer su rol estratégico en la formación de recursos humanos; funcionarios en salud muy especialmente profesionales en medicina, quienes tienen una responsabilidad directa en los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) y que en alguna medida exhiben actitudes con mayor resistencia a participar en estos procesos sociales.

Es necesario revisar planes de estudio, diseños

curriculares y ajustarlos a los requerimientos del perfil del profesional en medicina que se necesita. Un profesional más sensibilizado con la realidad nacional, específicamente en las comunidades donde labora, con capacidad para trabajar con comunidades, para trabajar en equipo y trabajar con grupos; para realizar o involucrarse en el proceso de desarrollo de investigaciones sociales, entre otras.

Asimismo desde los servicios de salud, debe establecerse un balance entre los estudios cualitativos que incluyen formas de interacción de las determinantes sociales de la salud (impacto en personas, grupos y comunidades) y los estudios cuantitativos; dado que se evidencia una mayor tendencia en las autoridades institucionales hacia éstos últimos. Lo más importante resulta ser: la producción de consultas médicas, cantidad de recetas despachadas, cantidad de exámenes de laboratorio y cantidad de procedimientos quirúrgicos realizados.

En fin, las políticas en materia de salud que se emiten y operacionalizan deben ser concordantes con el discurso social y político que prevalece en relación a la salud: la readecuación del modelo de atención en salud y la salud como construcción social.

CONCLUSIONES:

Es importante generar un espacio de reflexión, cuando se habla del *nuevo modelo de atención en salud*. Tal y como se menciona en este trabajo un cambio de paradigma implica un proceso paulatino y gradual de ajustes y modificaciones en el modelo prevaleciente; por lo que en la actualidad en la Institución es posible admitir la readecuación del modelo de atención en salud vigente.

El cambio del paradigma biologista en salud hacia un paradigma más integrador, se constituye en un punto álgido en las unidades prestatarias de servicios de salud. Algunos funcionario(as) en salud aún se sienten ajenos a tales cambios; les resulta un enfrentamiento con su visión de mundo, que ha sido permeada desde el escenario familiar, educativo y comunal, donde lo más importante ha sido y es curarse cuando se está enfermo(a).

El reto en salud implica cambios actitudinales tanto en los funcionarios(as) como en los usuarios(as) de los servicios de salud, cambios en los procesos de trabajo, es decir un cambio de paradigma. Se requiere establecer alianzas estratégicas desde los servicios de salud y las comunidades; recuperar la confianza y solidaridad de los diferentes actores sociales, participarlos en la toma de decisiones para la construcción social de la salud. Desde la academia concertar esfuerzos de manera que los profesionales en medicina, al igual que otros funcionarios en salud,

logren una mayor sensibilidad hacia el trabajo con grupos y comunidades. Romper con esquemas en relación al poder legitimado del profesional en medicina, disipar esa relación asimétrica donde el conocimiento y el poder experto es asociado a este profesional.

Así, mediante procesos de participación social asumir la transformación de prácticas sociales, colectivas y personales, que inciden en la salud y desarrollo humano, como producto y resultado de la redistribución del saber y la modificación de las relaciones sociales hacia el logro de la equidad.

La participación asumida como un proceso que implica distribución de poder, que abarca desde la negociación misma de la participación hasta el control de la situación, que por ende conlleva al máximo grado de participación en la toma de decisiones.

Se requiere, concordancia en el discurso ideológico de las autoridades institucionales y la facilitación de las condiciones óptimas (recursos materiales, humanos, infraestructura básica) para generar cambios en la gestión de la salud, y así desarrollar procesos participativos con grupos y comunidades que logren impactar en la salud de la población.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ BREILH, JAIME Y GRANDA, EDMUNDO.(1985). "Investigación de la salud en la sociedad: guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico". Fundación Salud y Sociedad. La Paz, Bolivia.
- ❖ CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.(1998). "Participación Social en la Atención de la Salud ". Editorial EDNASSS.San José.Costa Rica.
- ❖ CAPRA, FRITJOF.(s.f) "Sabiduría insólita". Editorial Kairós. Barcelona.
- ❖ CASTELLANOS, PEDRO LUIS. (1991) "Sistemas Nacionales de Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar". Folleto mimeografiado. OMS/OPS. San José. Costa Rica.
- ❖ CASTILLO, ALCIRA Y OTROS. (2000). "Participación Social en el campo de la Salud".

- ❖ CCSS. UCR. CENDEISS. Editorial EDNASSS. San José. Costa Rica
- ❖ CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA SOCIAL, VI Brasil. (1989). "Democracia, desigualdad y salud". Brasil: NUPES, 26-30 set.
- ❖ FAJARDO ORTIZ, HECTOR. Salud Pública. (1983). "En atención médica y práctica administrativa". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México.
- ❖ FAIRCLOUGH, N. (1989). "Language and Power". Editorial Longman. Londres.
- ❖ FAIRCLOUGH, N. (1985). "Critical discourse analysis: the critical study of language". Editorial Longman. Londres.
- ❖ FAIRCLOUGH, N. (1985-b) "Discourse as social practice". (1985). Editorial Longman. Londres.
- ❖ FAIRCLOUGH, N. "Discourse and power". (2001). Editorial Longman. Londres.
- ❖ FOUREZ, GÉRARD. (2000) "La construcción del conocimiento científico. Sociología y ética de la ciencia". Editorial Narcea. Madrid
- ❖ GONZÁLEZ, JULIO. (1984). "Marco conceptual y líneas de acción de la promoción de la salud". OPS/OMS. San José. Costa Rica.
- ❖ GUZMAN, ANA Y OTROS. (2000). "Atención Integral en Salud". CCSS. UCR. CENDEISS. Editorial EDNASSS. San José. Costa Rica.
- ❖ LEAVELL Y CLARK. (1953). Textbook of preventive medicine. Tavistok, Londres.
- ❖ MINISTERIO DE SALUD. (1991). "Estrategia de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud". San José. Costa Rica.
- ❖ PARDO, MARTA. "Cultura y Salud". (1995). Reflexiones. Universidad de Costa Rica, No.36: 26-38. San José. Costa Rica.
- ❖ RUELAS, BARAJAS ENRIQUE. "Los paradigmas de la calidad en la atención médica" Revista. Méd. Méx. Vol.133.No.2. México.
- ❖ VALLES, MIGUEL S. (1997) "Técnicas cualitativas de investigación social". Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis Sociológica. Madrid.
- ❖ VASCO URIBE, ALBERTO. (1987). "Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad". En: Taller Latinoamericano de Medicina Social. Alames. Colombia, Medellín.
- ❖ VÁZQUEZ O, LUZ ESTELA. (1980). "Participación de la comunidad en salud". Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud.