

EL CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN Y EL DERECHO A LA SALUD

LA SALUD como DERECHO HUMANO ha sido consagrado en numerosos tratados internacionales. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) en su artículo 25, párrafo 1, establece que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"

"La Salud tiene la característica de ser por un lado un derecho en sí mismo y por el otro, ser condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente como en éste, ya que a la vez, la salud depende de otros derechos. A veces las condiciones de salud de una persona varían según el grado de libertad que vivan, o de la vivienda que habitan, del acceso a alimentación adecuada, a vestido y trabajo".

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, en 1993, se concluye que los derechos económicos, sociales y culturales, dentro de los que se incluye el Derecho a la Salud, "tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección.

...[..] Pero en qué consiste el derecho a la salud? Este no debe entenderse como un derecho a estar sano". Según el Comité de los Derechos Económicos, sería muy difícil que los Estados "pudieran garantizar la buena salud ni ... brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano... Los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona."

"Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.¹"

En nuestro país, está codificada la Salud como derecho? Nuestra Constitución del año 1967 establece en su artículo 44: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes." Según esta normativa el Estado tendrá una función regulatoria y la obligación de brindar asistencia gratuita "tan solo" a los indigentes o carentes de recursos suficientes. El cuidado de la salud es un "deber" de los habitantes según la Constitución vigente. Es necesario que nuestra Constitución explicita en forma precisa a la Salud como un derecho humano fundamental para toda la población.

¿Que entendemos por Salud? Existen y han existido múltiples conceptos de Salud, tantos como contextos socioeconómicos y culturales de diferentes momentos históricos. La salud es conceptualmente un proceso complejo y multidimensional que se construye

¹Chiarotti Boero. S. El derecho humano a la Salud, modificado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Argentina. 17 /09/ 2001.

social y biológicamente.

*“La salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social”*². La salud no es un estado abstracto; implica considerar lo social que determina las condiciones de vida, y al individuo en su organización de la vida cotidiana, no sólo mediante el trabajo y el placer, sino en materia de la satisfacción de las necesidades humanas.

El enfoque biologista y la organización de la práctica médica en los hospitales según el modelo Flexner³ estimuló la tendencia de medicalizar los problemas sociales y políticos, respecto de la salud.

Los problemas de salud se producen en la **sociedad, en los grupos sociales y en 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.

La forma en que se organiza el sector Salud contribuye a la persistencia o al cambio de este modelo.

“El Sistema de Salud es el instrumento idóneo para llevar a cabo una profunda transformación

en el situación de Salud en nuestro país.”

(Hugo Villar. Marzo 2003).

La 53ª Asamblea de la OMS celebrada el 10 de abril de 2000 define SISTEMA DE SALUD como “el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria”.

Por actividad sanitaria se entiende todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública, o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito principal de mejorar la salud humana.

Un MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD es “una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación. O sea que valida o invalida otras prácticas.

Implícitamente en los modelos de atención coexisten concepciones sobre la persona humana y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación de los sujetos, sobre modelos explicativos de los procesos Salud – enfermedad – atención, de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas y los colectivos”.⁴

Desde esta perspectiva, un MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD distingue e incorpora las siguientes concepciones:

- ✓ **La atención longitudinal:** se refiere al acompañamiento del profesional del proceso Salud enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere,

² Villar, H. Capote, R

³ Informe Flexner 1910: la medicina como ciencia natural aplicada: modelo biomédico

⁴ UDELAR. Área Salud. Modelos de atención en Salud. Cursos niveles de atención. Montevideo. 2007

independientemente de que presente una patología. Por ende trasciende la asistencia a la patología concreta en un determinado momento de su vida (atención vertical).

- ✓ **La integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud:** el modelo biopsicosocial, que surge como alternativa al insuficiente modelo biomédico, considera los aspectos psicológicos y sociales de la persona como determinantes claves a la hora de valorar el proceso Salud – enfermedad.
- ✓ **La atención continua:** implica la responsabilidad del profesional actuante de garantizar el seguimiento del estado de Salud de la persona por los distintos servicios que conforman el Sistema Sanitario, así como la Red Sanitaria. O sea que implica un conocimiento apropiado del profesional de los mecanismos de referencia – contrarreferencia, y de las Instituciones que conforman la red con la que cuenta la comunidad referenciada.
- ✓ **La atención integrada:** hace referencia a la necesaria interrelación de los aspectos asistenciales con los preventivos – promocionales en la actividad profesional cotidiana. En términos generales, el modelo de atención Integral a la Salud incorpora con énfasis los aspectos antes mencionados a la actividad asistencial tradicional.

La Prevención de enfermedades es un conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Son acciones que normalmente emanan del *sector sanitario*, y que consideran a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*. Incluye la estrategia de enfoque de riesgo ya que apunta a trabajar con poblaciones de riesgo

Distinguimos 3 niveles de Prevención que se corresponden con las etapas de la Historia Natural de la Enfermedad (HNE):

1. la PREVENCIÓN PRIMARIA: conjunto de acciones dirigidas a evitar la aparición de la enfermedad.
2. la PREVENCIÓN SECUNDARIA: conjunto de acciones dirigidas a detectar la enfermedad en su período pre sintomático.
3. la PREVENCIÓN TERCIARIA: conjunto de acciones dirigidas a evitar la progresión de la enfermedad, sus complicaciones, secuelas y a estimular la rehabilitación e inserción social.

- ✓ **El trabajo en equipo interdisciplinario:** implica una acción coordinada entre diversas personas, con un alto grado de compromiso hacia la realización de un propósito común, pero desde una forma particular de encuentro entre disciplinas. Interdisciplina viene del latín *inter* que significa “entre, en medio, entre varios”. Es un concepto que se refiere a la capacidad de poder trascender la mirada de cada disciplina generando un nuevo conocimiento. Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al interjuego de asimilación y reformulación de los mismos, resultando por consiguiente un nuevo esquema. La Multidisciplina se refiere a otra forma de encuentro entre disciplinas (*multi* del latín significa “muchos”); pero es un encuentro donde cada una de ellas participa con su cuerpo teórico y metodológico específico sin modificarlo. No existe un verdadero intercambio, pues cada disciplina aporta individualmente una respuesta. El trabajo en interdisciplina implica un verdadero desafío para los profesionales de la Salud, pero es una forma de vincularnos que debemos de aprender, practicar,

corregir y disfrutar con miras a poder contribuir a responder de forma Integral a los problemas de Salud de nuestros pacientes y sus familias.

- ✓ **El enfoque familiar y social:** exige una nueva mirada de “zoom imaginario” que le permite al profesional acercarse a un problema individual concreto, alejarse para poder ver el funcionamiento familiar ante ese problema individual, y finalmente distanciarse aún más para entender y conocer las respuestas de la comunidad frente a esa situación; o a la inversa cuando partimos de la familia o la comunidad como “problema” y nos acercamos al individuo. Se trata de considerar a la familia y a la comunidad como determinantes del proceso – salud enfermedad, o sea como recursos claves a considerar en la práctica cotidiana.

- ✓ **El énfasis en la Promoción de Salud:** LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: es una estrategia global, social y política que no concierne exclusivamente al sector sanitario. Definida en 1986 en Ottawa, *“es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”*.⁵

Implica:

1. acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos
2. acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas.

El fin: mitigar el impacto en la salud pública e individual.

Se definen tres estrategias básicas para este proceso:

1. abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas
2. facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud
3. mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

La Carta de Ottawa plantea cinco áreas de acción de la Promoción de Salud:

1. Establecer una política pública saludable
2. Crear entornos que apoyen la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud
4. Desarrollar las habilidades personales
5. Reorientar los servicios sanitarios

Esta carta ha sido ratificada y su área de acción ampliada en sucesivas conferencias internacionales.

La Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud tiene como producto la “Carta de Bangkok” donde se profundiza la importancia de la estrategia en un mundo globalizado y se establecen medidas y compromisos para abordar los factores determinantes que tienen hoy influencia crítica para la salud:

- desigualdades crecientes en los países y entre ellos
- nuevas formas de consumo
- nuevas formas de comunicación
- cambios ambientales
- la urbanización
- cambios sociales, económicos y demográficos, que afectan adversamente las condiciones laborales, de aprendizaje, la estructura familiar y la cultura social de las comunidades.

⁵ OMS. 1ª Conferencia sobre Promoción de la Salud. Ottawa. 1986.

- ✓ **La Participación comunitaria:** del latín "*participare*" significa tomar parte. El diccionario de la Real Academia Española define la participación como "la acción de tomar parte en algún asunto en el que se tiene parte". "*La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario*".⁶ Rifkin et. al (1988) definen la Participación Comunitaria como "un proceso social, donde grupos específicos con necesidades compartidas, que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades".⁷

La participación social "es un proceso social inherente a la salud y desarrollo, a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de una zona geográfica determinada, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud u otros problemas afines y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir".⁸

- En relación con el "cómo" se participa: se trata de incluir la participación de las personas en todas las fases del proceso de planificación de manera activa, diseñando y utilizando técnicas y estrategias que faciliten el proceso de "capacitación", de "adiestramiento participativo" (significa que las personas se forman por medio de la práctica, es decir, la participación como método efectivo de desarrollar sus capacidades). Se ha de dar un proceso de enseñanza – aprendizaje en el que las personas deben "Saber - Querer y Poder" e intervenir en aquellos factores del entorno que están alrededor del problema, para facilitar el proceso de cambio; la dirección es hacia el "empoderamiento" de las personas y la comunidad. "El empoderamiento es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, la de las organizaciones y las comunidades para ganar control respecto de sus vidas en su comunidad y en el conjunto de la sociedad. En este sentido, no es ganar poder para dominar a otros, sino para actuar con otros intentando lograr un cambio"⁹.
- En relación con el "cuanto", significa que todos los miembros de una comunidad o grupo comparten la toma de decisiones que afecten a la comunidad. No es equivalente a "colaboración comunitaria o la consulta a la comunidad o al grupo". La participación comunitaria es mucho más que contribuir con trabajo o suministros; es participar en la toma de decisiones, para elegir un proyecto comunitario o grupal, planificarlo, implementarlo, gestionarlo, supervisararlo y controlarlo. El rol de los profesionales debe ser el de facilitador/a del proceso.

El Sistema Nacional Integrado de Salud promueve un nuevo modelo de atención como una de sus estrategias de cambio. Este nuevo modelo basa sus principios en la estrategia de APS, y en los componentes de un modelo de Atención Integral a la Salud y busca consolidar un Primer Nivel de atención continente y resolutivo.

El nuevo modelo de atención responde a un cambio de las condiciones sociales, económicas y políticas, y a su vez contribuye a la transformación de las mismas,

⁶ OMS. Conferencia sobre APS. Alma -Ata. 1978

⁷ Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. Soc Sci Med 1988.

⁸ Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y El Caribe, serie Paltext, OPS-OMS,1999.

⁹ Kornblity y Méndez. 2000.

demandando y creando incluso las condiciones para el cambio del modelo de formación de técnicos y profesionales de la Salud.

El nuevo modelo de atención persigue el reconocimiento y el ejercicio efectivo del derecho a la Salud.

Su construcción requiere un esfuerzo técnico, económico y social desplegado a lo largo de décadas de lucha contra las resistencias originadas en los intereses económicos consolidados en el viejo modelo.

La garantía de su progreso radica en la efectiva participación social que es a la vez parte intrínseca del modelo, ya que permite identificar en forma continua y efectiva las necesidades sociales, y adecuar las acciones sanitarias a las mismas.

Pero, surgen una serie de cuestiones para la reflexión:

- Cómo se organizará esta participación social??
- cómo es nuestra cultura de participación???
- cuales serán los programas de trabajo que permitirán progresar en esta organización??
- cómo se construirán esas unidades de trabajo en el primer nivel de atención, que son las unidades básicas del nuevo modelo??
- Qué cambios educativos requiere el nuevo modelo para la formación de técnicos y profesionales de la Salud??

En resumen:

- **El cambio del modelo de atención es la clave de la transformación del Sistema de Salud**
- **Esta transformación y este cambio de modelo tienen por objetivo la puesta en práctica o el ejercicio del derecho a la Salud para todos.**
- **La garantía y el motor del cambio del modelo de atención es la participación popular organizada y efectiva, que es necesario construir para producir los cambios.**

Referencias bibliográficas.

- OMS. Salud para todos. Glosario de términos, adaptación. Ginebra 1998
- Soto, E. Reforma Constitucional: la salud como derecho. Montevideo. 16/10/2006.
- Cerqueira, MT. Curso Especial de Posgrado Atención Integral de Salud para médicos generales. Concepto de Salud. Universidad de Costa Rica . 2003.
- OMS. Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. Canadá. 1986.
- OMS. Declaración de Jakarta: La promoción de la Salud en el siglo XXI. 2005
- Garré, L. Lamique, G. Investigación basada en la participación. Monografía. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Montevideo. Agosto 2007.
- Domenech, D. Modelo de atención integral a la Salud. Aporte desde la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria. Monografía. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Montevideo. Diciembre 2007.
- Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª edición. MASSON. Barcelona.

2000.

- Etchebarne, L. Bozzo, E. Garay, M. Programación participativa en Salud Comunitaria. PROPAS. Comisión Sectorial de Educación Permanente. UDLAR. Abril, 2005.
- De la Revilla, L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. DOYMA. Barcelona. 1994.
- Garay, M. Tuzzo, R. Díaz, A. Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. FEFMUR. Montevideo. Marzo 2006.
- Scoccoza, M. Interdisciplina, un encuentro más allá de las fronteras. Revisión 2002. Montevideo.
- Restrepo, H. Curso Internacional de Promoción de la Salud. La Promoción de la Salud y la prevención de Enfermedades y Riesgo: un debate presente. Documento para foro. CLAEH – EVES – Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Restrepo, H. Curso Internacional de Promoción de la Salud. Prevención vs Promoción de la Salud. Documento para foro. CLAEH – EVES – Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Hernandez, J. Curso Internacional de Promoción de la Salud. La promoción. CLAEH – EVES – Universidad de Antioquia. FLACSO. OPS. Mayo 2007.
- Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>