



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Material Académico

Atencio, Viviana, Baigorria, Natalia, Barrionuevo, Orlando, Bermúdez, Laura, Bonacalza, Gisela, Cáceres, Adriana, Cafferata, Eduardo, Castiello, Virginia, Chietino, Claudia, Grunweg, Celia, Hesayne, Maria Soledad, Herrera, Pablo, Ierace, Luciana, Konfino, Jonatan, Martin, Erika, Moreno, Cesar, Ojeda, Verónica, Orizzonte, Liliana, Otero, Sergio, Paredes, Roxana, Pereyra, Alejandra, Reyes, Evangelina, Rivas, Liliana, Rodal, Verónica, Stanley, Paola, Trepichio, Rubén, Vazquez, Mariana, Villa, Mabel, Vallone, Fernando, Zamarreño, María Eugenia y Ierace, Vicente Pascual

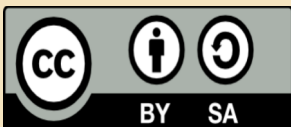
Proceso Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado

2024

Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Instituto de Ciencias de la Salud.

Cuadernillos Didácticos de Salud Pública; n. 2



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Atencio, V., Baigorria, N., Barrionuevo, O., Bermúdez, L., Bonacalza, G., Cáceres, A., Cafferata, E., Castiello, V., Chietino, C., Grunweg, C., Hesayne, M. S., Herrera, P., Ierace, L., Konfino, J., Martin, E., Moreno, C., Ojeda, V., Orizzonte, L., Otero, S.,... Ierace, V. P. (2024). *Proceso Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado* [Material académico]. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3550>



TEMA 2

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN-CUIDADO

¿Cómo vamos a trabajar en este tema?

Siguiendo los mismos pasos propuestos para el primer tema, les pedimos que desarrollen durante la semana las siguientes tareas:

- Realizar una lectura y comprensión del texto
- Ver los videos
- Resolver los ejercicios propuestos
- Completar la autoevaluación para comprobar la comprensión del tema y registrar dudas para consultar en clase presencial.
- Trabajar grupalmente con la consigna propuesta, la que tendrán que presentar en la clase, participando activamente de la discusión con compañeros y docentes a través de aportes y preguntas sobre el tema.

Vamos a comenzar el segundo tema con un repaso de lo trabajado hasta el momento:

- En el primer tema se abordó el concepto de salud y analizamos las diferentes ideas acerca de la salud y la enfermedad
- Las concepciones estáticas interpretan a la salud y la enfermedad como términos absolutos e independientes; es decir, se define que una persona está sana o enferma, según las características o síntomas que presente.
- Autores como Floreal Ferrara o Asa Cristina Laurell, desde una visión de la salud concebida como un hecho dinámico, plantean que salud y enfermedad deben enfocarse como *momentos de un mismo proceso*.
- A partir de este enfoque vamos a ampliar los conceptos referidos al *PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN-CUIDADO (PSEAC)*

“... el carácter histórico de la enfermedad no está dado por el estudio de su apariencia en los individuos, sino en cuanto al proceso que se da en la colectividad humana...” (Laurell, 1982)

Acerca de los conceptos.....



Estar sano/a o enfermo/a es parte de un proceso dinámico en el que intervienen múltiples factores, sociales, medio-ambientales, biológicos y del Sistema de Salud, así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos el individuo, su familia y su comunidad, a los que se denomina “Determinantes de la Salud” (Breilh 2013)

La salud ya no puede ser entendida como un estado (algo estanco, quieto, establecido), es un proceso de construcción colectiva: implica un movimiento permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprometen todas las relaciones de la persona y por lo tanto de su vida misma.

Los estudios económicos, demográficos, históricos y sociológicos han confirmado que el comportamiento de los procesos humanos de adaptación, que denominamos enfermedades, se ha ido modificando a través de la historia; habiéndose transformado y aún desaparecido algunas formas típicas de enfermar y apareciendo también otras nuevas, debido a las transformaciones en la organización social y en el comportamiento productivo y demográfico de las comunidades. Podemos hacer un ejercicio en el cual comparemos cuadros de enfermedades a través de las diferentes generaciones de nuestra propia familia, y vamos a visualizar en lo cotidiano cómo se han dado las transformaciones.

Asimismo, la Antropología ha mostrado que la respuesta de los individuos ante un mismo proceso de cambio no es siempre la misma, y que existen elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas y en el comportamiento frente a ellos. Es decir que ***"el contexto sociocultural interactúa con lo genético, lo biológico y lo psíquico en el proceso de organización de las formas mismas de presentación, representación y modificación de los procesos vitales del individuo"*** (Breilh, 1989)

Un ejemplo: Programa Barrios por la Salud

Un ejemplo de los atravesamientos sociales en el PSEAC son aquellos recursos colectivos que espontáneamente se han ido conformando durante situaciones de crisis, los que nos permiten identificar como el acompañamiento social puede incidir en este proceso, introduciendo la dimensión activa comunitaria como promotora de salud ante las dificultades.

Pensemos en la Pandemia COVID 19 en nuestros distritos: cuando se inició el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) comenzaron a aparecer los primeros casos de la enfermedad, los contactos estrechos, la necesidad de aislamiento, de internación, el desconocimiento de las medidas de cuidado. En ese marco, algunas Universidades Nacionales (UNGS, UNPaz, UNAJ) con la participación de docentes y estudiantes emprendimos la tarea, a partir de la demanda de las organizaciones sociales territoriales, de capacitar a los referentes locales en forma virtual.

Surge así el Programa “Barrios por la Salud”, que se realizó en forma conjunta con el Área de Relaciones Institucionales del Municipio, quienes nos pusieron en contacto, a través de sus redes, con representantes de los Clubes, Sociedades de Fomento, Comedores, Iglesias y otras organizaciones presentes en los barrios, con el fin de fortalecer sus capacidades para asistir y difundir medidas de cuidado dirigidas a acompañar y orientar a sus vecinos.

En este proyecto participaron más de 80 organizaciones, además de autoridades y especialistas. Durante los talleres virtuales se compartieron preocupaciones y experiencias; se elaboraron materiales de difusión basados en los protocolos oficiales y videos cortos en Tik Tok con información útil, así como un recursero con los teléfonos y direcciones a los que se puede recurrir ante distintas situaciones.

Para más información sobre esta experiencia

<https://www.facebook.com/barriosxlasalud/photos/219416986537944>

<https://www.facebook.com/barriosxlasalud/>

Actividad



Después de haber leído la experiencia del Programa Barrios por la Salud, les invitamos a responder individualmente la siguiente pregunta: ¿De qué manera piensan que esta experiencia pudo haber influido sobre el PSEAC entre los integrantes de las comunidades con las que se trabajó?

El carácter histórico del proceso salud-enfermedad



Para Asa Cristina Laurell (1982) ***“La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico de la enfermedad no está dada por el estudio de su apariencia en los individuos si no por el proceso que se da en la colectividad humana. Es decir, la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos”.***

Otra forma de mostrar el carácter social de la enfermedad, que además permite ahondar en cuáles son los determinantes sociales del perfil patológico, es el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico. También el análisis del tipo, frecuencia y distribución de enfermedades entre los distintos grupos sociales

que componen la sociedad. Es decir, al existir una articulación entre el proceso social y el proceso salud enfermedad-atención, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales.

A continuación, presentamos un ejemplo de cómo los factores sociales, económicos y culturales influye sobre la situación de salud de una población. En el siguiente gráfico (UNICEF, 2019) podemos observar un incremento en todo el mundo de la proporción de adolescentes con sobrepeso entre el año 2000 y el año 2016, pudiendo identificar además las diferencias entre una región y otra. En décadas anteriores, este problema de salud se registraba en las regiones y sectores de ingresos medio-altos. Sin embargo, actualmente la epidemia de sobrepeso y obesidad impacta de manera desproporcional a los países y sectores poblacionales de menores recursos, vinculado a los cambios en las pautas de consumo alimentario, el acceso a alimentación de calidad, el comportamiento sedentario, entre otros factores.

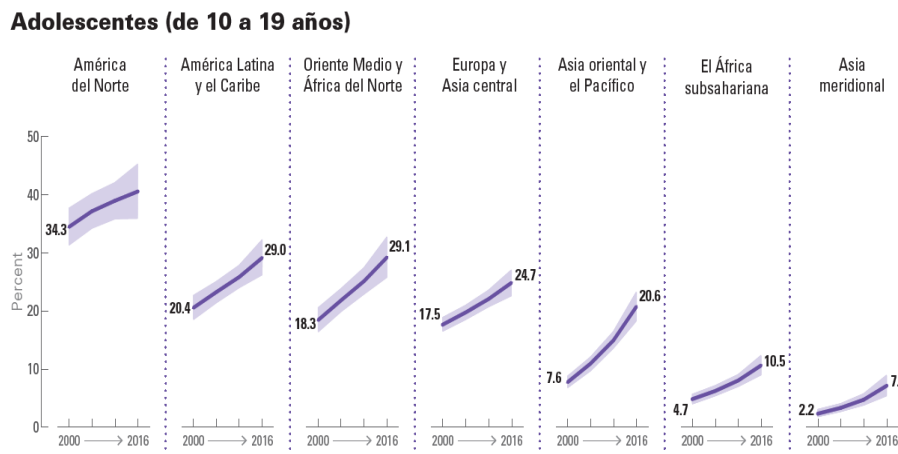


Figura 1.4. Porcentaje de adolescentes (10–19 años) que tienen sobrepeso, por regiones UNICEF, 2000–2016

¿Por qué el proceso salud-enfermedad tiene carácter social, si está definido por los procesos biológicos del grupo?

El proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. El proceso biológico humano mismo es social, en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica de las personas al margen del momento histórico. La relación entre el proceso salud-enfermedad colectivo e individual entonces, está dada porque el proceso salud-enfermedad a nivel colectivo determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual.

Esto visto desde el individuo significa que su historia social asume importancia por condicionar su biología, y porque determina cierta probabilidad de que enferme de un modo particular; pero como sabemos, la probabilidad no se cumple en el individuo más que como presencia o

ausencia del fenómeno. Lo mismo sucede con la atención brindada, que se va modificando de acuerdo con técnicas, conocimiento, ideología, contexto, etc.

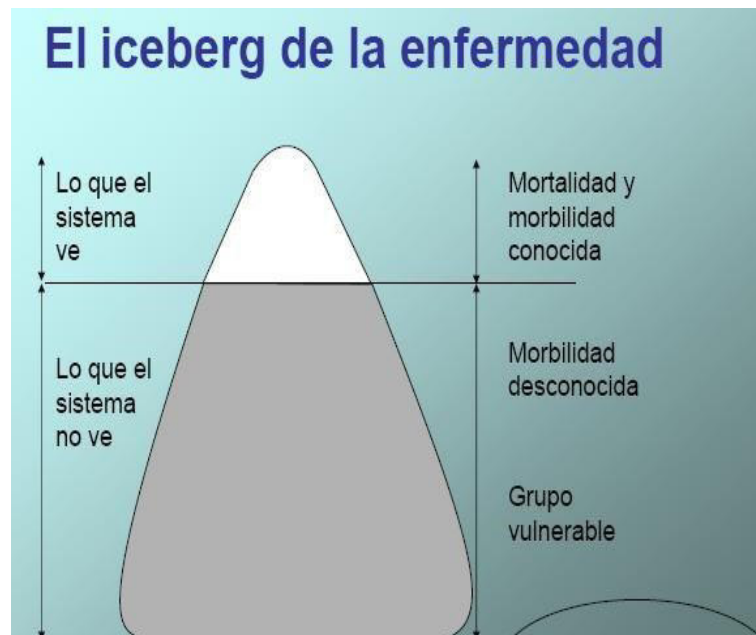


...” Las causas de la enfermedad deberían buscarse no solamente en los procesos biológicos o en las características de la triada ecológica, el huésped, el agente y el ambiente, sino en los procesos sociales, en la producción y la reproducción social...” (Laurell, 1982)

Proceso salud-enfermedad y Sistema de Salud: la atención y el cuidado

En general, el Sistema de Salud asiste preponderantemente a aquellos individuos que acuden a sus servicios (esto se denomina morbilidad percibida); es decir, se trata de servicios fundamentalmente **curativos**.

Sin embargo, los problemas de la población son mucho más amplios **“incluyendo no sólo la parte visible del iceberg, aquellas personas que acuden al sistema, sino también su parte oculta, las que no acuden al sistema, así como aquellos que aun estando sanos/sanas son vulnerables a la enfermedad y cuya vulnerabilidad podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema de salud”** (Castellanos, 1985). En este sentido, es importante señalar que **el objeto de intervención del Sistema de Salud debe incluir a toda la población**, no solamente la que demanda atención.





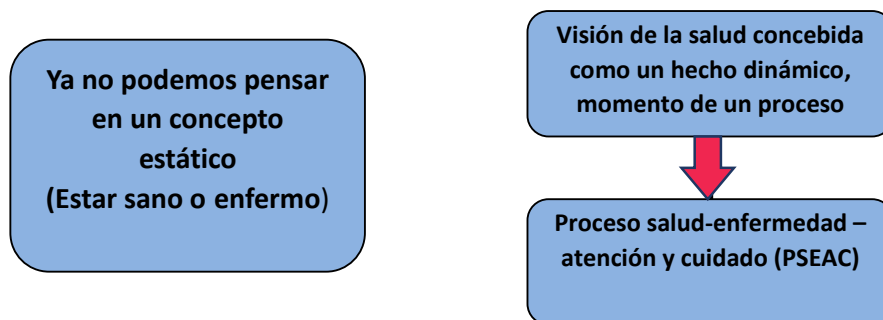
En relación al **modelo de atención**¹, Menéndez (2005) señala que *“la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera”*. En este marco, la **auto-atención** constituye el primer nivel real de atención, ya que previo a llegar al Sistema de Salud las personas desarrollan (tanto a nivel individual como dentro de su grupo familiar y también en el contexto comunitario) distintos procedimientos para cuidar su salud y atender sus dolencias.

Dicho proceso de auto-atención cuestiona algunos de los principales estereotipos que maneja el Sistema de Salud respecto de los conjuntos sociales: *“Explicar las características, desarrollo y funciones que cumple la biomedicina - y por supuesto, las otras formas de atención – supone también describir y analizar los diferentes sectores sociales que se relacionan a través del proceso salud/enfermedad en una sociedad determinada.”* Menendez plantea que, aunque es correcto establecer diferencias a partir de los saberes técnicos específicos que tienen los profesionales de la salud, *“ello no supone eliminar el papel de los sectores y grupos sociales en el desarrollo de los procesos de atención de la salud/enfermedad”*.

Siguiendo esta línea, el autor hace referencia a las sociedades latinoamericanas en las que existen diversos modelos de atención de los padecimientos *que son considerados en forma aislada y hasta antagónica por el sector salud, en lugar de observar las estrechas relaciones que se dan entre esos modelos a través de las prácticas y representaciones de los sujetos que los utilizan* (Menendez, 2003). Tales consideraciones nos llevan a reflexionar sobre los distintos modelos de atención y el impacto diferencial que estos modelos producen en el PSEAC, como también comprender la importancia de las prácticas y representaciones de los sujetos de una comunidad respecto a la salud y la enfermedad.

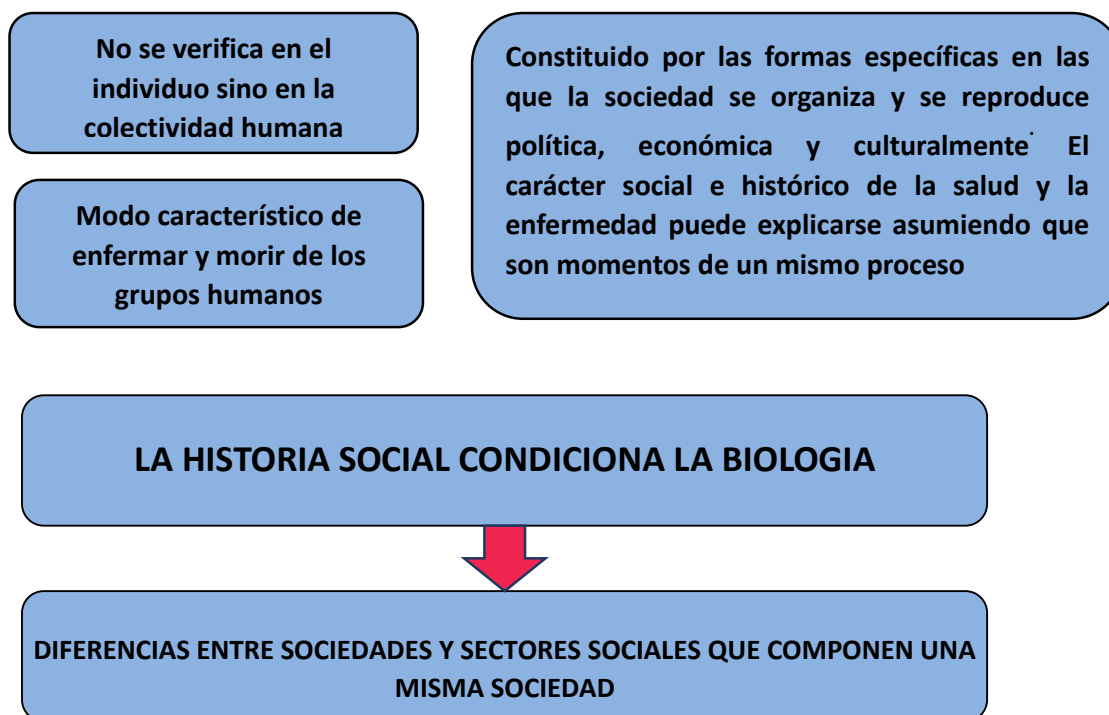
Sintetizamos las ideas principales abordadas hasta el momento:

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCION-CUIDADO (PSEAC) COMPLEJIDAD DE LA SALUD EN SUS CONCEPTOS, IDEAS Y PRÁCTICAS



¹ Con “modelo de atención” nos referimos a la organización del sistema de salud en una región o un país, respecto a la forma en que los diversos componentes del sistema de servicios de salud se disponen con el objeto de contribuir a su función colectiva de dar respuesta al cuidado de la salud, la prevención, asistencia y control de enfermedades, así como el seguimiento y la rehabilitación de las personas que han padecido alguna enfermedad.

EL CARÁCTER HISTORICO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD



Actividad



A modo de repaso y comprensión de lo que estuvimos leyendo, les invitamos a responder las consignas:

- ✓ Expliquen por qué definimos a la salud como proceso dinámico y no como algo estático
- ✓ ¿Y por qué decimos que se trata de un proceso histórico y social? Mencionen algunos factores que influyen en este proceso
- ✓ ¿Qué impacto tienen los modelos de atención en la evolución de una enfermedad? Reflexionen sobre algunos ejemplos de experiencias que hayan vivido o conozcan.

Proceso de salud – enfermedad: modelos explicativos

A lo largo de la historia de la Epidemiología² se han desarrollado distintos modelos teóricos para explicar el proceso de salud-enfermedad. Nos vamos a detener en dos de los principales enfoques conceptuales utilizados para orientar las acciones en Salud Pública:

² La Epidemiología es la ciencia que estudia el proceso de salud-enfermedad de la sociedad, analizando la distribución poblacional y los factores determinantes del riesgo de enfermedades, lesiones y eventos asociados a la salud, proponiendo medidas específicas de prevención, control o erradicación de enfermedades, daños o problemas de salud, y de protección, promoción o recuperación de la salud individual y colectiva, produciendo información y conocimiento para apoyar la toma de decisiones en la planificación, administración y evaluación de sistemas, programas, servicios y acciones de salud. (Almeida Filho, 2008)

- a. El modelo de Historia Natural de la Enfermedad
- b. El modelo de Determinantes de la Salud

El **Modelo de Historia Natural de la Enfermedad** desarrollado por Leavell y Clark (1965) constituyó un avance con respecto a las anteriores concepciones epidemiológicas. Logra un perfeccionamiento en la sistematización de los elementos, integrando la idea de movimiento o proceso histórico de la enfermedad, aunque lo condene a un nivel biológico-evolutivo. Mediante la explicitación ordenada de las manifestaciones empíricas³ ocurridas en las fases sucesivas del proceso natural que describe, permite adecuar las acciones a diferentes momentos de la “historia” de la enfermedad, posibilitando un claro discernimiento de las etapas de la prevención. De esta manera, propicia una **operacionalización técnica** con mayores posibilidades de éxito.

Este enfoque denominado “**preventivista**” se enmarca dentro del **modelo de multicausalidad**, ya que incorpora la visión de una multiplicidad de factores que son en primera instancia los condicionantes del estado de salud tanto a nivel del individuo como de un conjunto poblacional.



La **principal desventaja** de este modelo es que no ha establecido el peso específico de cada factor, y continúa poniendo el énfasis sobre aspectos biológicos e individuales. Por estos motivos, la denominación “**Historia Natural**” es discutida por autores como Jaime Breilh (2013), quien sostiene que los fenómenos sociales, más que con la naturaleza, están relacionados con otras dimensiones como la economía o la política, ya que las relaciones productivas de la sociedad y el ordenamiento político determinan preponderantemente la manera en que se enferma cada grupo social. Este último punto no es menor, por ello retomaremos lo relativo al peso de las variables sociales, históricas y culturales.



El **modelo de Determinantes de la Salud** constituye un enfoque superador respecto al modelo anterior, ya que contempla la complejidad del PSEAC. Se basa en la comprensión de la salud como un **proceso de construcción colectiva**, que **reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales** que comprometen todas las relaciones de la persona y por lo tanto de su vida misma.

Asimismo, este enfoque reconoce la interacción entre los **múltiples factores** que intervienen en este proceso de salud-enfermedad-atención y cuidado: los factores sociales, medio-ambientales, biológicos y del sistema de salud, así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos el individuo, su familia y su comunidad. A estos factores los denominamos “**Determinantes de la Salud**”

³ Empírico, es decir basado en la experiencia

Historia natural de la enfermedad

En el año 1949 John Gordon, de la Escuela de Salud Pública de Harvard, introdujo el concepto de **“tríada ecológica”**, resaltando las mutuas y dinámicas interacciones entre los aspectos causales de las enfermedades, los que clasificó como factores relativos al huésped, al agente y al medio ambiente.

Dando continuidad a estos desarrollos, Edwin Clark y Hugh Leavell propusieron en 1958 el modelo de Historia Natural de la Enfermedad (HNE), basado en la tesis de la multicausalidad de las enfermedades. Con el desarrollo de este modelo se instala que la **prevención** debe estar presente en todos los momentos en que sea posible intervenir para evitar la enfermedad o sus consecuencias, estableciendo diferentes **Niveles de Prevención (NP)**: desde transformaciones de condiciones ambientales y sociales que predispongan al surgimiento de los daños, hasta la reducción de sus peores efectos en aquellos que ya se enfermaron.

El modelo de HNE plantea que la interacción de los agentes causales sobre los individuos que presentan factores predisponentes (factores de riesgo) luego de un período variable de latencia o incubación, dan lugar al desarrollo de la enfermedad. En ausencia de tratamiento esta enfermedad sigue su curso, el cual puede llevar a la curación, la cronicidad, la invalidez o la muerte. Este proceso se denomina **Historia Natural de la Enfermedad**.

En la **HNE** se pueden identificar **tres periodos** diferentes:

El período pre-patogénico: Se caracteriza porque en **ausencia de enfermedad**, pueden estar presentes los factores que favorecen o determinan su desarrollo. Estos pueden ser de diversa naturaleza: físicos, químicos, biológicos, sociales. La persona está aparentemente sana pero ya existe una relación de causalidad con los factores adversos del ambiente, agentes causales y los factores condicionantes o favorecedores del individuo. Cuando uno de estos factores adversos es responsable de un aumento de las probabilidades de aparición de la enfermedad se lo denomina factor de riesgo.

El período patogénico: Tiene dos estadios, el **pre-sintomático** y el **de enfermedad clínica**. Durante **la primera etapa del período pre-sintomático** no hay síntomas de enfermedad, pero como consecuencia del estímulo causal, el comienzo biológico ya se ha producido y se han iniciado los cambios anatomopatológicos responsables de la enfermedad, aunque si bien el proceso es activo, no existen en general medios técnicos para su detección. En una **segunda etapa**, aún pre-clínica, podría hacerse el diagnóstico si se aplicaran los exámenes diagnósticos disponibles y si la población se sometiera a exámenes periódicos de salud. En el **estadio clínico** los cambios en los órganos y los tejidos son ya suficientemente importantes como para que aparezcan signos de la enfermedad en la persona. Los síntomas son manifiestos, aunque quien los padece puede no darles suficiente importancia como para concurrir a un servicio de salud o en algunos casos, pese a ello puede no ser diagnosticado.

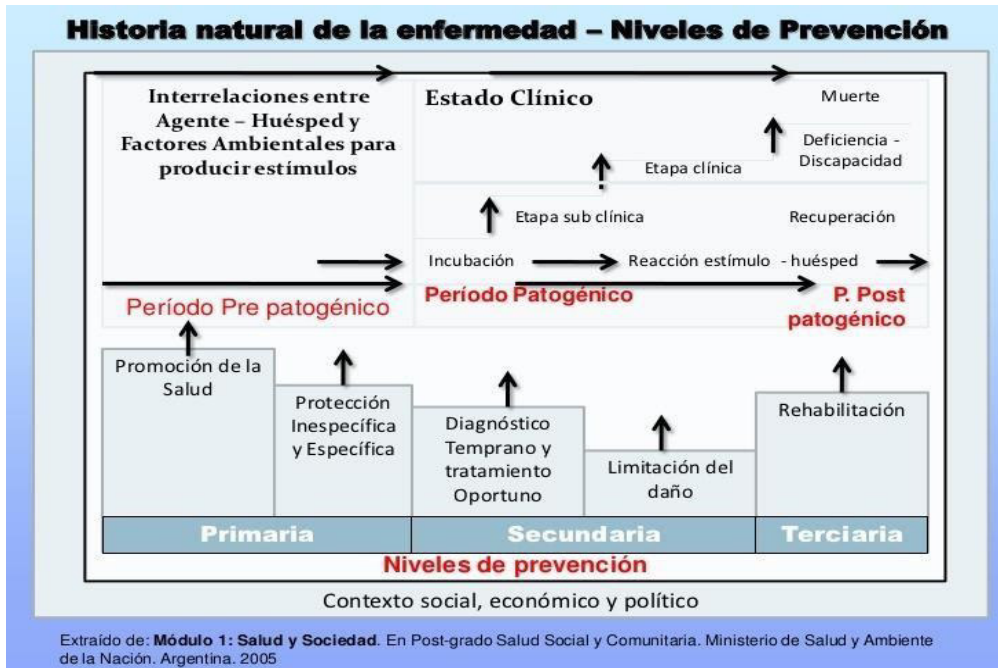
El período pos-patogénico: La desadaptación provoca la reacción intensa del organismo de tal manera que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo pudiendo arribar como **resultado del proceso: muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud.**

Asimismo, en cada período de la Historia Natural de la enfermedad se establece una intervención preventiva específica:

La Intervención Preventiva Primaria (IPP) es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca, protegiendo a las poblaciones frente a aquellos factores que pueden generar enfermedad. Las acciones más importantes en este sentido son las orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población o las que actúan sobre aspectos actitudinales que influyen en el desarrollo de ciertas patologías (ej. Consumo de sustancias, lesiones de tránsito). Otro ejemplo bien conocido es el de las inmunizaciones contra ciertas enfermedades contagiosas.

La Intervención Preventiva Secundaria (IPS) está orientada a intervenir en la etapa pre-sintomática o silenciosa de la enfermedad, para impedir su desarrollo en los momentos iniciales de la misma, posibilitando minimizar el daño sobre el organismo. El ejemplo más característico de este tipo de intervención son los programas de detección precoz, como el control de salud niños, niñas y adolescentes; los test diagnósticos como el Test de VIH o el de sífilis, etc.

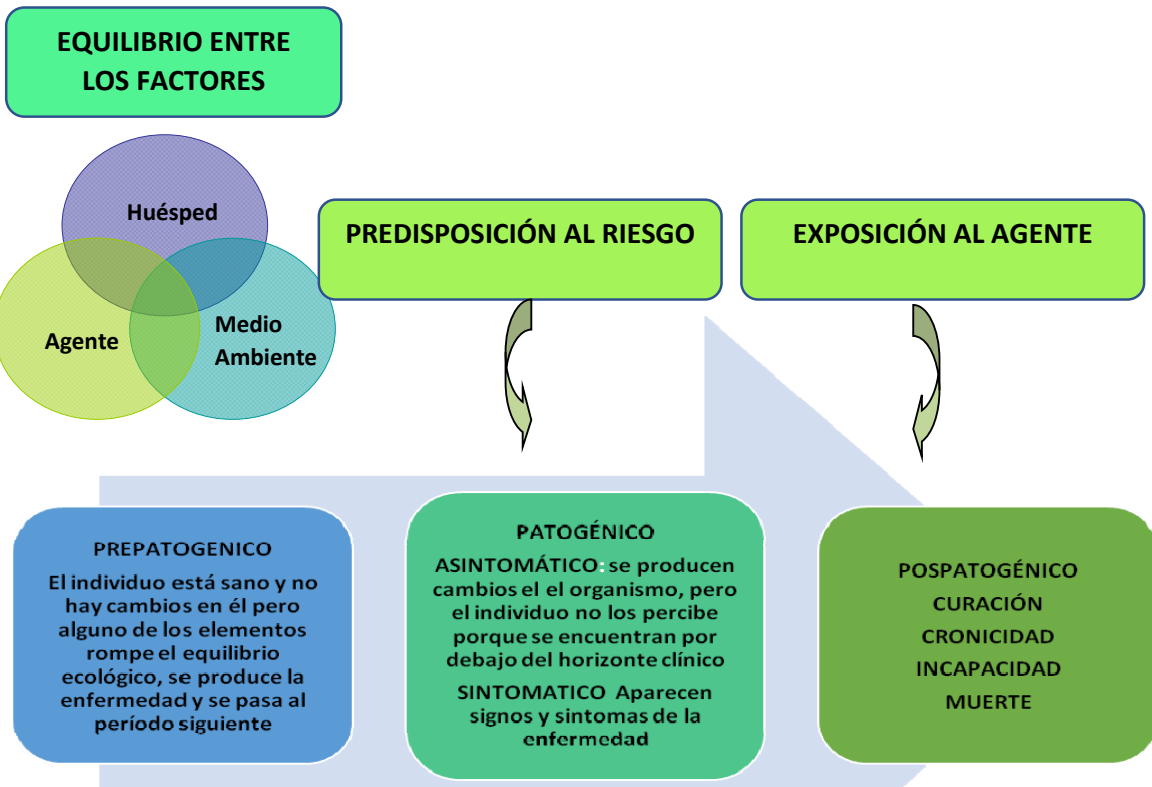
La Intervención Preventiva Terciaria (IPT) tiene lugar cuando la persona está enferma y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarla e intentar que se reinserte en su medio laboral y social. **La mayor parte de los recursos de salud se invierten en la medicina clínica,** que representa sólo una parte de la IPT pero **consume entre el 90 y 95 % del total del gasto en salud en la mayoría de los países occidentales.** Sin embargo, **los mayores resultados se han logrado con la IPP, especialmente lo relacionado con las mejoras de las condiciones de vida de la población.** Este tipo de intervención es la más importante para la mejora de la salud de la población y exige una relación clara entre cambios sociales, políticos, económicos y de salud, constituyendo el elemento más importante de la Salud Pública.



A modo de resumen sobre el Modelo de HNE

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Modelo de Leavell y Clark. 1965



Actividad



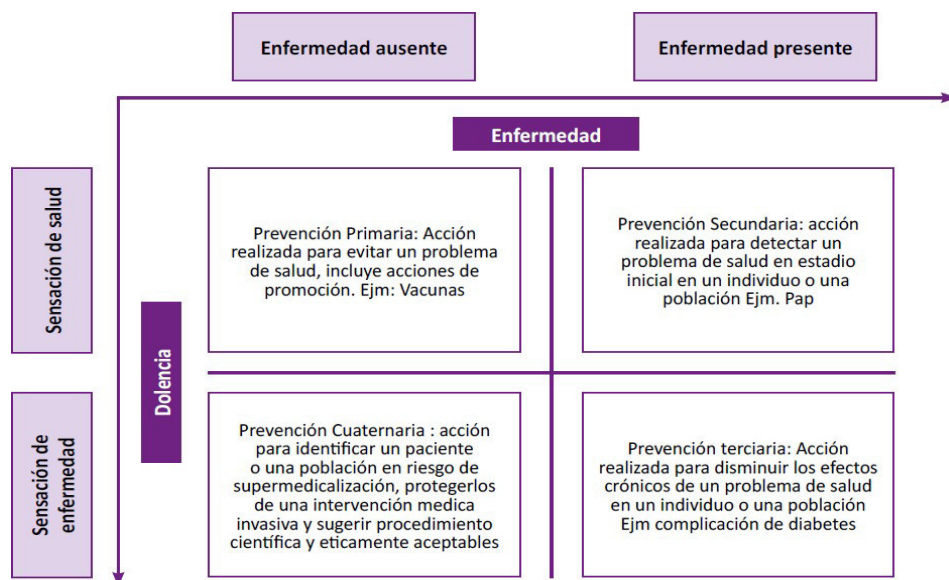
Para profundizar la comprensión de la **Historia Natural de la Enfermedad (HNE)**, les proponemos que seleccionen un problema de salud, lo describan brevemente, y luego expliquen en qué consisten los **tres períodos de la HNE** para ese problema en particular, y cuáles serían las intervenciones a nivel de **prevención primaria, secundaria y terciaria**.

Prevención cuaternaria

El concepto de **Prevención Cuaternaria** es posterior a los niveles de intervención preventiva propuestos en el modelo de HNE, y tiene origen en 1986 de la mano de Marc Jamoulle⁴ (2015), quien combinó en un mismo esquema conceptual la línea del tiempo de la prevención con la dimensión relacional persona-médico: esto implica considerar la perspectiva de la persona cruzándose con la del médico respecto a un episodio de salud.



Según el Diccionario de Medicina General y de Familia, **"la prevención cuaternaria es la acción tomada para identificar a un paciente en riesgo de sobre tratamiento, para protegerlos de una nueva invasión médica, y sugerir él / ella intervenciones, que son éticamente aceptable"**.



⁴ Marc Jaumolle. Médico de familia belga. Propuso el concepto de Prevención Cuaternaria, que fue incluido en el Diccionario de Medicina General y de Familia de la Organización Mundial de Médicos de Familia

Jamouille indicó que muchas de las acciones de la práctica diaria de un médico de familia están relacionadas con la práctica de la prevención cuaternaria. Describió los **4 tipos de prevención** en un gráfico de 2x2 con la enfermedad y la dolencia en los lados; y afirmó que en cada encuentro se aplica más de un tipo de prevención:

- Cuando una persona no tiene la dolencia ni la enfermedad, se debería aplicarla **prevención primaria**.
- Cuando una persona no tiene la dolencia, pero tiene la enfermedad, se debe aplicar la **prevención secundaria**.
- Cuando una persona tiene la enfermedad y la dolencia debe aplicarse la **prevención terciaria**.
- Cuando una persona tiene la dolencia, pero no la enfermedad se debería aplicar la **prevención cuaternaria**. (Cuba Fuentes, 2016)

En lo cotidiano esto implica un enfoque y una práctica que **promueven cambios en la forma de desarrollar cuidados de salud y de ejercer la medicina, priorizando los cuidados centrados en la persona**. Su **marco conceptual** se sustenta en aspectos éticos y filosóficos centrales en el ejercicio de la medicina. Su **objeto es proteger** fundamentalmente a los pacientes, pero también a los integrantes del equipo de salud, de los excesos de la **medicalización** y de las **prácticas innecesarias o dañinas**.



Se entiende por **medicalización** al proceso de convertir situaciones vitales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. También puede ocurrir que se pretendan resolver de este modo problemas que no son médicos, o al menos no eran considerados así con anterioridad. Los profesionales de la salud son, a la vez, actores y víctimas de dicho proceso.

La **medicalización** tiene como principales consecuencias la transformación de personas sanas en enfermas, el aumento de daños iatrogénicos, el consumo innecesario de recursos sanitarios, y la falta de procesos encaminados a regular las expectativas de la población, de limitar el campo de acción de la medicina, fomentar el autocuidado y actuar de acuerdo con las evidencias científicas existentes (Pizzanelli, 2016)

Determinantes y determinación social de la Salud



*El abordaje del PSEAC desde los Determinantes de la Salud facilita la comprensión de un sistema por demás complejo. Pero, como veremos más en detalle en el próximo Tema de nuestra asignatura, desde la Epidemiología Crítica latinoamericana se plantea el concepto de **Determinación Social de la Salud**, que incluye la dimensión política, y asume que la modificación del conjunto de Determinantes de la Salud exige la acción política. Según Breilh la clase social es una realidad determinante que no puede transformarse tan solo en factores.*

Así, el modelo de **Determinantes de la Salud** ha sido desarrollado por la corriente de Medicina Social Latinoamericana, poniendo el énfasis en el **carácter histórico y social de la enfermedad**

e instalando como categoría central el **proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado**.

Pedro Luis Castellanos (1990) se refiere a la salud y la enfermedad como procesos inherentes a la vida misma, por lo que el análisis de la situación de salud de una población conlleva un determinado modo de manifestarse de ese grupo poblacional en un momento dado. De esta forma, aparecen entremezclados múltiples determinantes que explican el PSEAC desde tres dimensiones:



- Procesos más **generales** del **modo de vida** de la sociedad como un todo
- Procesos más **particulares** inherentes a las **condiciones de vida** del grupo en cuestión y sus interacciones con otros grupos
- Procesos más **singulares** inherentes al **estilo de vida** personal o de los pequeños grupos a los cuales pertenece

Modos de vida: Cada sociedad, en cada momento histórico, tiene un modo de vida, expresión de las características del medio natural donde se asienta, del grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, de su organización económica y política, de su forma de relacionarse con el medio ambiente, de su cultura, de su historia y de otros procesos generales que conforman su identidad como formación social.

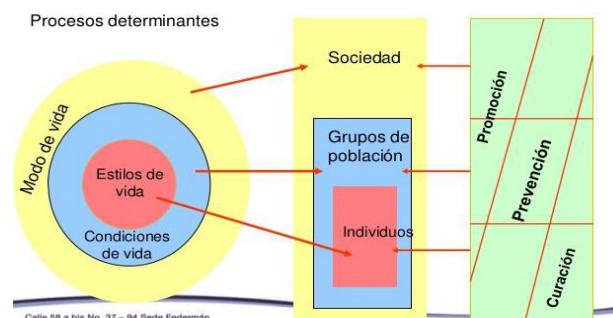
Condiciones de vida: Son las condiciones materiales necesarias para la subsistencia, la nutrición, vivienda, saneamiento y las condiciones ambientales hechas por la capacidad de consumo social.

Estilos de vida: Remite a las formas social y culturalmente determinadas de vivir, se expresan como conductas (deportes, dieta, hábitos, alcohol, tabaco).

Espacios y Estrategias de intervención sanitaria

De acuerdo al planteo de Castellanos, los determinantes son factores que influyen en la salud individual y colectiva, que, interactuando en diferentes niveles de organización, establecen el estado de salud de la población. Por lo que, al incidir en los principales factores determinantes de la salud, se reducen los efectos negativos de las enfermedades y promueve la salud de la población.

Esta explicación de los problemas de salud y sus determinantes analizados desde los diferentes espacios, lleva a comprender que la complejidad del PSEAC requiere de estrategias de intervención para cada uno de ellos. Así, podemos ver que existen diferencias en las estrategias de prevención desarrolladas desde el espacio referido a los modos de vida, el referido a las condiciones de vida y el correspondiente a los estilos de vida.



Espacio Singular (Estilos de vida) – Individuos – Formas de intervención: Estrategias vinculadas a la vulnerabilidad del sujeto. Ej. Tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y otras sustancias.

Espacio Particular (Condiciones de vida)– Grupos Sociales –Formas de intervención: Estrategias poblacionales. Ej. Servicios básicos, cloración del agua

Espacio General (Modos de vida) – Modelos Sociales, Económicos, Políticos – Formas de intervención: Políticas de salud Ej. Ley de salud Mental, Políticas de Medicamentos.



Actividad

Para reflexionar sobre el tema planteado les proponemos que identifiquen determinantes que influyan sobre el PSEAC a nivel de modos de vida, condiciones de vida y estilos de vida. Seleccionen al menos dos para cada espacio



Trabajo Grupal

Al finalizar la lectura les proponemos un ejercicio grupal que luego se presentará para debatir en la clase presencial. En primer lugar, **lean y analicen el siguiente artículo** sobre “**Cómo las grandes empresas engancharon a Brasil con la comida chatarra**”:

<https://www.nytimes.com/es/2017/09/16/espanol/america-latina/comida-chatarra-obesidad-alimentacion-brasil.html>

Luego **reflexionen en el grupo sobre los determinantes de la salud** que influyen en los **problemas alimentarios y de malnutrición** de la población. Luego **identifiquen al menos dos determinantes vinculados a cada uno de los espacios planteados por Castellanos**:

- Estilos de vida
- Condiciones de vida
- Modos de vida

BIBLIOGRAFÍA:

Almeida Filho, N. y Rouquairol M.Z. (2008) Introducción a la Epidemiología. Lugar Editorial.

Breilh J (1989). Epidemiología, economía, medicina y política. Fontamara ed. México D.F.

Breilh J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

Castellanos P.L. (1990) Sobre el concepto de Salud Enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. Bol. Epidemiológico OPS vol.10, N°4.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32628/8366.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castellanos, P.L. (1998) Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad. En Salud Pública. Editorial Mc Graw-Hill. Madrid.

<https://drive.google.com/file/d/1QccWd2mUW7uvTcwVT9YmTEmEn4ykRFIV/view?usp=sharing>

Cuba Fuentes MS , Morera González L. (2016) Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. Acta Med Peru.2016;33(1):

Jamouille M. (2015) Prevención Cuaternaria; antes que nada no hacer daño. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 10(35):1-3

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1064>

Laurell A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales Nº 19.Rosario.[https://saludpublicasur.webnode.com/files/200000045-](https://saludpublicasur.webnode.com/files/200000045-79ad87aa4b/laurellsaludenfer.pdf)

[79ad87aa4b/laurellsaludenfer.pdf](https://saludpublicasur.webnode.com/files/200000045-79ad87aa4b/laurellsaludenfer.pdf)

Leavell, H. y E. G. Clark. (1965) Preventive medicine for the doctor in his community. 3er. Edición. New York, McGraw-Hill

Menéndez E.L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, Ciencia & Saúde Coletiva vol. 8, núm. 1, pp. 185-207. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil

<https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>

Menéndez E.L. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva Vol 1 No.1 UNLa <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1/1>

Pizzanelli M, Almenas M, Quirós R, Pineda C, Cordero E, Taureaux N, et al. (2016) Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud. Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunidade. Rio de Janeiro, Oct-Dic; 11(Suppl 2):75-85 <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/1388/786>

UNICEF (2019) *Guía programática de UNICEF: Prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes.* Nueva York: UNICEF.

<https://www.unicef.org/media/96096/file/Overweight-Guidance-2020-ES.pdf>