



Número 3 - Noviembre de 2006 - ISSN 1668-7515

**ESTRATEGIAS DE COMPRENSIÓN INTEGRAL
DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD:
APORTES DESDE LA PERSPECTIVA DE VIVIENDA SALUDABLE**

Por María Beatriz Ciuffolini y Humberto Jure

Introducción

Pensar en el desarrollo de estrategias que posibiliten la comprensión integral del proceso salud-enfermedad exige una propuesta teórica y metodológica que permita dar cuenta del grado de complejidad que dicho proceso contiene.

Esta compleja construcción excede a las capacidades propias de las distintas disciplinas que se ocupan del abordaje de las diferentes facetas del proceso salud- enfermedad y requiere una elaboración conjunta y transdisciplinaria.

El presente artículo tiene por objeto analizar desde la perspectiva de la medicina familiar la necesidad de repensar y reelaborar los modelos tradicionales de abordaje del proceso salud-enfermedad, en función de las limitaciones evidenciadas y procurar avanzar en la elaboración de una propuesta teórico metodológica que posibilite analizar y comprender los diversos, complejos y dinámicos componentes que lo determinan.

La propuesta de vivienda saludable, al considerar como campo de referencia al hombre en su hábitat y su significancia en términos de calidad de vida, aparece entonces como un concepto operativo con múltiples potencialidades para estructurar modelos de abordaje integral de los problemas de salud.

Desde el campo de la medicina, la existencia de diversas perspectivas de análisis de los problemas de salud se remonta a la antigua Grecia, representadas respectivamente por la Escuela de Cos y la Escuela de Cnidos. Esta tensión entre una concepción holística del proceso salud- enfermedad, que procura comprender al individuo y sus condiciones de salud en su contexto y una concepción reduccionista y determinista que entiende a la enfermedad como un fenómeno específico que cobra entidad en si misma, se ha sostenido aún hasta nuestros días.

La necesidad de comprender los fenómenos y las implicancias estructurales y funcionales de la enfermedad como fenómeno físico, que impacta, modifica y aniquila un cuerpo doliente, fue consolidando a partir de los avances en la descripción de regularidades e identificación de agentes causales, una concepción dominante centrada en la simplicidad lineal de la causalidad, la regularidad de los fenómenos, la contrastación empírica, la objetividad y la neutralidad valorativa.

Sostenida en estos postulados positivistas, comienza a consolidarse entonces una modalidad de abordaje de los problemas de salud dominante hasta nuestros días, que se pretende objetiva, que desconoce los diversos componentes subjetivos vinculados al proceso salud- enfermedad e ignora su inscripción en un contexto socio- histórico- cultural y económico, en un modo de vida, en una biografía.

La consolidación de una determinada perspectiva de comprensión del proceso salud- enfermedad, se traduce necesariamente en la institucionalización de modalidades específicas de organización de los servicios de salud y el proceso de atención, y establece características determinantes en el desarrollo de las prácticas sanitarias.

El paradigma biomédico, propuesta clásica de abordaje

Entre las particularidades estructurales de este modelo biomédico dominante, se señalan su concepción biologista de orientación curativa, a-histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una relación médico- paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente. Esta concepción se identifica además con la racionalidad científica, la escisión entre teoría y práctica, la medicalización de los problemas y la comprensión de la salud- enfermedad como una mercancía (Menéndez, 2004: 24)

Este paradigma dominante se consolida alrededor del creciente y sostenido desarrollo tecnológico evidenciado durante el siglo XX, el cual se instituye en el fundamento científico del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, como entidad específica.

Esta concepción científico- técnica contribuye sustancialmente a consolidar la hegemonía del paradigma biologista, y paradójicamente se constituye a su vez en el punto instituyente de sus insuficiencias.

El paradigma biopsicosocial (La necesidad de un nuevo modelo)

En el contexto mundial de crisis sociopolítica que se extiende desde mediados de la década del `60 hasta fines de los `70 se inscriben los mayores cuestionamientos al modelo biologista dominante hasta entonces.

Las principales críticas estaban dirigidas hacia la ineficiencia de una propuesta centrada en actividades curativas y asistenciales, sostenidas en la superespecialización y el uso intensivo de la aparatología, con una insostenible estructura de costo creciente. Se señalaban también como limitaciones del sistema, el desarrollo de una práctica deshumanizada que desconoce la subjetividad y las condiciones de contexto, constitutivas del proceso salud-enfermedad.

La presencia de dichas anomalías que dan cuenta de las insuficiencias del paradigma dominante, posibilitan el surgimiento de nuevas propuestas y perspectivas de abordaje.

En 1977, George Engel estructura los postulados de un nuevo paradigma, heredero en esencia de la más pura tradición hipocrática.

Este nuevo paradigma biopsicosocial se sustenta entre otras en la Teoría General de Sistemas, la cual al rescatar el carácter relacional de los distintos componentes de un fenómeno, pretende superar la tendencia reduccionista de un modelo que postula que el conocimiento de fenómenos complejos se sostiene en la fragmentación sucesiva de sus componentes.

Este nuevo paradigma no pretende reemplazar ni negar los innumerables aportes científico-técnicos del paradigma biológico, sino que procura una contribución a la comprensión y al abordaje de la complejidad inherente al proceso salud- enfermedad.

Desde esta nueva perspectiva, el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales. La causalidad ya no se entiende como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado.

A partir de los aportes teóricos del paradigma biopsicosocial, y comprendiendo a la salud como un proceso en permanente tensión y conflicto en la búsqueda de una mejor calidad de vida, condicionada por las potencialidades, capacidades y limitaciones que las personas, las familias y las comunidades evidencian en el manejo de los recursos disponibles, procuraremos desde el marco disciplinar de la medicina familiar describir los elementos constitutivos de una nueva propuesta de abordaje integral del proceso salud- enfermedad.

Desde esta conceptualización, el enfermar no resulta de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos (Almeida Filho, 2000), el cual exige repensar los marcos de referencia y abordaje en función de la constitución de distintos niveles de análisis que permitan comprender la complejidad contextual en que se sitúa el proceso salud- enfermedad.

Aportes de la medicina familiar

La perspectiva propia de la medicina familiar considera como unidad funcional de cuidado y abordaje a la persona en su contexto familiar y comunitario. En la constitución de esta perspectiva ha contribuido sustancialmente la Teoría General de Sistemas al facilitar la comprensión del carácter relacional de la familia, y proporcionar además una variedad de herramientas que facilitan el abordaje de demandas y conflictos que emergen de la dinámica, la interrelación, la evolución y demás condiciones de la familia y sus implicancias en las condiciones de salud de cada miembro en particular y de la familia en general.

Este aporte de la Teoría General de Sistema, que posibilita la comprensión y el análisis del proceso salud-enfermedad como totalidad y las interacciones entre sus distintos componentes, constituye una contribución significativa.

Otro aporte sustantivo lo constituye la propuesta de Ian Mc Whinney, denominada Proceso Clínico Centrado en el Paciente, el cual pretende mediante la incorporación de diferentes componentes ampliar la capacidad comprensiva del método clínico, propiciar el análisis contextual y la incorporación de la subjetividad del paciente y del médico y su significancia e implicancias en el proceso salud-enfermedad.

Este abandono de la concepción de método, en función de la noción de “proceso” y el corrimiento del objeto de cuidado, desde el individuo hacia la familia, constituye sin dudas el punto de ruptura con el paradigma dominante, y abre la posibilidad de construcción de un modelo de abordaje de mayor fuerza explicativa.

Contribuciones para la elaboración de una perspectiva integral

La construcción de un modelo de abordaje integral exige la consideración de algunas premisas vinculadas a la Teoría de la Complejidad de Edgar Morin y a la propuesta de Epidemiología Crítica de Jaime Brehil, tales como:

- Comprender el proceso salud-enfermedad como un fenómeno complejo, es decir como un tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares (Morin, 2005: 32), que posibilitan su consubstanciación como fenómeno.
- La necesidad de realizar una doble operación de análisis a los fines de hacer inteligible la complejidad del proceso salud-enfermedad, lo que requiere por una parte procesos operacionales que permitan jerarquizar, distinguir, seleccionar y ordenar los elementos constitutivos y que por otra parte faciliten religar, asociar dichos componentes, de manera tal de poder “distinguir sin desarticular y asociar sin reducir” (Morin, 2005: 34)
- La posibilidad de elaborar a partir de esta concepción totalizante, *perfiles epidemiológicos*, como recurso de síntesis, es decir de sistematización de características esenciales de un sistema multidimensional de contradicciones entre procesos protectores y procesos deteriorantes. (Breilh, 2003: 71)
- Comprender el concepto *modos de vida*, como una amplia instancia determinante del proceso salud-enfermedad, mediada por dos dimensiones: *condiciones de vida*, como la resultante de ciertas condiciones materiales de existencia (vivienda, trabajo, alimentación) y *estilos de vida*, como formas social y culturalmente determinadas de vivir (composición de la dieta, práctica de deportes, consumo de sustancias) (Almeida Filho, 2000: 165)
- La caracterización de los *modos de vida* como un recurso que posibilita identificar vulnerabilidades y protecciones de los grupos sociales.
- La identificación de tales procesos como un insumo para la acción, ya sea que evite o atenúe los procesos deteriorantes (estrategias de prevención) o fortalezca los procesos protectores (estrategias de promoción).
- La necesaria concurrencia de múltiples saberes y disciplinas, que procure la constitución de un campo de conocimiento transdisciplinar, como recurso facilitador de la comprensión del carácter complejo del proceso salud enfermedad.

- La necesidad de integrar la subjetividad y la perspectiva de todos los actores involucrados en el proceso, incluso las del propio observador.

A partir de estas premisas procuraremos avanzar en el esbozo de los elementos constitutivos de un modelo de abordaje integral del proceso salud-enfermedad- atención, es decir procurar una elaboración conceptual y metodológica que posibilite la observación, análisis, comprensión y diseño de intervenciones.

Contribuciones de la vivienda saludable

Si pensamos en modelos que promuevan la comprensión del individuo en su contexto, tomar como campo de referencia al espacio vital en que se desenvuelve la familia, ofrece múltiples potencialidades. Aparece entonces como concepto operacional, la propuesta de vivienda saludable.

El principio de vivienda saludable fue enunciado en 1987 por la Organización Mundial de la Salud y lanzado como iniciativa para las Américas en 1994 por la Organización Panamericana de la Salud.

Definida como el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia, vinculadas a su protección y desarrollo, incluye también un concepto de peridomicilio de límites abiertos y difusos, que la funden e integran a la noción de comunidad.

Las potencialidades que ofrece para la comprensión integral este concepto de vivienda saludable están vinculadas por un lado a que la vivienda se constituye en el primer espacio estructurante de determinadas condiciones y estilos de vida, en el que el hombre transita una parte sustancial de sus días y de su vida y por otro lado a que han sido ampliamente descriptos el sinnúmero de problemas de salud, vinculados a deficientes condiciones medioambientales e insalubridad de la vivienda. Estos problemas van desde procesos ampliamente ligados a la acción de un agente específico (parasitosis, intoxicaciones, etc), hasta procesos vinculados a la esfera psico-afectiva y social (por ejemplo trastornos depresivos, violencia familiar, etc).

Esta relación entre vivienda y salud constituye, en el caso de América Latina, un aspecto altamente preocupante si se considera que aproximadamente 127 millones de habitantes viven en asentamientos precarios urbanos y que más del 25% de la carga global de infecciones respiratorias agudas bajas, diarrea, infecciones intestinales, Tracoma, Schistosomiasis, Chagas, Filariasis Linfática, Dengue y malnutrición son atribuibles a las condiciones de la vivienda. Además, estas condiciones de precariedad habitacional afectan principalmente a las poblaciones más pobres y a los más vulnerables, como niños menores de 5 años,

personas que padecen enfermedades crónicas como el VIH/SIDA, discapacitados y adultos mayores, grupos poblacionales que por sus condiciones vitales pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda. (Korc M, 2006)

De esta forma, el concepto de vivienda saludable alude a un espacio de residencia que promueve la salud de sus moradores cumpliendo condiciones fundamentales ligadas a condiciones de vida (tenencia segura, ubicación segura, diseño y estructura adecuada, servicios básicos de calidad) y a estilos de vida (bienes de consumo seguros y hábitos de comportamiento saludables)

Así, si bien el concepto clásico de vivienda saludable aparece como un interesante recurso para operacionalizar una comprensión integral, resulta insuficiente en pos de dar cuenta de la compleja trama de interacciones que determinan la calidad de vida del individuo en su contexto y sus implicancias en términos de salud- enfermedad.

Aparecen entonces interesantes aportes que procuran dotar a esta propuesta de mayores alcances explicativos al proponer reconstruir la noción de vivienda saludable mediante el aporte de argumentos que contribuyan a superar la visión de actuar sobre factores, mediante un sujeto único y una acción funcionalista, por una visión de intervención sobre el proceso salud-enfermedad que desencadene en consecuencias significativas y sustentables en las habilidades, estilos y condiciones de vida de los sujetos y la sociedad (Rojas y col, 2005:28).

Esto significa una reelaboración de la propuesta, en función de considerar no solamente las clásicas variables de evaluación de la vivienda: materialidad (materiales de techo, paredes, pisos, etc.); espacio habitable (hacinamiento); provisión de servicios básicos (agua potable, electricidad, saneamiento ambiental, recolección de residuos, etc.); equipamiento del hogar (electrodomésticos, teléfono, etc), localización de la vivienda (proximidad a carreteras, fábricas, etc) sino que de cuenta además de los determinantes políticos, socioeconómicos, culturales, etc.

La vivienda saludable entendida como recurso para analizar y comprender el desarrollo de los modos de vida que una familia configura en un determinado

contexto comunitario y su significancia en las condiciones de salud, exige su aproximación desde una perspectiva centrada en la percepción y el protagonismo activo de la comunidad. Protagonismo esencial y determinante al comprender a los actores involucrados como sujetos activos que piensan, construyen representaciones, toman decisiones, oponen resistencia, poseen capacidades, recursos y poder para direccionar y modificar cursos de acción.

La posibilidad de ponderar el conjunto de variables que conforman la noción de vivienda saludable y su correlato en la constitución de modos de vida, posibilitaría entonces la elaboración de perfiles epidemiológicos y tipologías de riesgo. Conforme a la perspectiva de trabajo hasta aquí desarrollada, la elaboración de tipologías de riesgo, exige necesariamente repensar el concepto de riesgo.

En el discurso médico, el concepto de riesgo se comprende como la probabilidad de ocurrencia de un evento o fenómeno ligado a la salud, expresado mediante un indicador estadístico. Esta conceptualización posibilitó el desarrollo de un modelo de abordaje de riesgo que identifica la posibilidad de ocurrencia de un fenómeno con la probabilidad estadística de ocurrencia, que presupone su recurrencia en el tiempo y que entraña un supuesto de homogeneidad en la naturaleza de la morbilidad. Este enfoque reduccionista y fragmentado, sin dudas evidencia limitaciones para la elaboración de modelos integrales de análisis y comprensión de la complejidad inherente al proceso salud-enfermedad. Resulta necesaria entonces la constitución de un modelo de análisis de corte interpretativo, que posibilite la comprensión del sentido, el significado, es decir la contextualización de las funciones de riesgo. (Almeida Filho, 2000).

Desde esta conceptualización, el concepto de vivienda saludable posibilita el desarrollo de modelos sistemáticos de valoración de procesos protectores y deteriorantes de las condiciones de salud-enfermedad, a partir de las cuales proponer cursos de acción, centrados en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, que rescaten y potencien las facetas protectoras y estrategias preventivas destinadas a morigerar los efectos de las facetas deteriorantes que una determinada comunidad presenta.

Así las cosas, la vivienda saludable se constituye en un escenario de abordaje en el que interactúan diferentes actores, intercambiando percepciones, conocimientos y habilidades, capaces de generar información, de ponderar recursos, alianzas y resistencias en la elaboración de propuestas de acción destinadas a mejorar la calidad de vida.

Consideraciones finales

Desde la perspectiva de la medicina familiar la propuesta de vivienda saludable, comprendida como un componente objetivo, cuya condición saludable está determinada por aspectos subjetivos, se constituye en:

- Un concepto operativo para estructurar modelos de abordaje integral de los problemas de salud.
- Un campo de referencia en el cual situar el contexto de análisis y sus diversos componentes.
- Un escenario para posibilitar la identificación de fragilidades, potencialidades, recursos y capacidades comunitarias.
- Una oportunidad para desarrollar estrategias preventivas con énfasis en la promoción de salud.
- Un potenciador para la elaboración de un campo conceptual transdisciplinario.
- Una herramienta alrededor de la cual construir espacios de participación social.
- Una propuesta para contribuir a una mejor calidad de vida de los sujetos en su marco familiar y comunitario.
- Un facilitador de la comprensión del significado y sentido de los determinantes de salud en una comunidad.

Estas consideraciones pretenden sencillamente constituirse en un discreto aporte para la discusión, análisis y reflexión de todos aquellos que desde

diferentes lugares procuramos el desarrollo de estrategias de trabajo en salud comprometidas con el cuidado de la vida.

Bibliografía

ALMEIDA-FILHO N. (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*, Buenos Aires,; Editorial Lugar.

BREILH, J.(2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Editoral Lugar.

BRONFMAN, M. (2001) *Como se vive se muere*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

CANGUILHEM,G.(2004) *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu.

DE SOUSA MINAYO, M.C. (1997) *El desafío del conocimiento*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

KORC, M. *Vivienda Saludable: Enlace entre la investigación y las políticas públicas*. Ponencia aceptada en el 11º Congreso Mundial De Salud Pública. Agosto 2006.

KUHN T.S. (1988) *La estructura de las revoluciones científicas*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

MC DANIEL S, CAMPBELL, T, SEABURN, D. (1998) *Orientación familiar en atención primaria*, Barcelona, Springer-Verlag Ibérica.

MC WHINNEY, I. (1995) *Medicina de familia*, Madrid, Ed. Doyma.

MENÉNDEZ, E. (2005) “*Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*”. *Salud Colectiva*. Spinelli Hugo, Compilador, Buenos Aires, Editorial Lugar. 11-47.

MORIN, E.(2005) *Introducción al pensamiento complejo*, Editorial Gedisa, Barcelona.

OPS – OMS (1999) *Planificación local participativa*, Washington D. C.

Organización Mundial de la Salud (1999), Organización Panamericana de la Salud. *Documento de Posición de OPS sobre políticas de Salud en la Vivienda*. Washington D.C. y La Habana.

ROJAS MC, CIUFFOLINI MB, MEICHTRY N, “La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar”

Archivos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. Vol. 7 N° 1 enero-abril 2005, pp. 27-30

SAMAJA, J. (2004) *Epistemología de la salud, Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

SOUSA CAMPOS, G. (2001) *Gestión en salud, en defensa de la vida*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

VARGAS, P. (1997) "El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma". *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Julio Ceitlin. Tomas Gomez Gascon, Madrid, Ed. Semfyc. CIMF.