

Trabajo de Investigación

Medwave. Año XII, No. 1, Enero 2012. Open Access, Creative Commons.

Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante

Autores: Jacqueline Ibarra Peso⁽¹⁾, Arlette Hernández Castro⁽¹⁾, Samuel Meza Vásquez⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

Correspondencia: smeza@ucsc.cl

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.01.5290>

Ficha del Artículo

Citación: Ibarra J, Hernández A, Meza S. Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante. *Medwave* 2012 Ene;12(1) doi: 10.5867/medwave.2012.01.5290

Fecha de envío: 15/11/2011

Fecha de aceptación: 13/12/2011

Fecha de publicación: 1/1/2012

Origen: no solicitado, ingresado por FTS

Tipo de revisión: con revisión externa por 4 revisores a doble ciego

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido salud no solamente como la ausencia de enfermedad, abriendo la perspectiva más allá del bienestar físico o biológico de la persona, incorporando la prosperidad mental y social del individuo. Es por ello que el profesional de la salud o usuario interno, ha debido adaptarse a una nueva forma de intervenir al paciente o usuario externo inmerso en una sociedad, desde el Centro de Salud Familiar, antiguamente denominado Centro de Salud y/o Consultorio. **Objetivo:** Determinar la percepción que tiene el usuario interno acerca de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. **Material y método:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se aplica entrevista semi-estructurada, a una población de 23 usuarios internos profesionales del Centro de Salud Familiar Pinares, comuna de Chiguayante en febrero de 2009. **Resultado y discusión:** Los datos no demuestran rechazo al nuevo modelo de salud familiar. Sin embargo, se observan conocimientos deficientes o fragmentados que, conjugados con los carentes recursos, dificultan la implementación del modelo biopsicosocial.

Abstract

Introduction: The World Health Organization (WHO) has defined the word "health" not only as the absence of an illness, but as a perspective that goes beyond the physical or biological welfare of a person, involving a mental and social prosperity of an individual. Because of all these aspects, the health specialist or the so called Internal User has the need to adapt himself/herself to a new way of intervention in the Familiar Health Center, that it used to be called "health center" or "doctor's office". **Objective:** Determine the perception that the intern user has about the biomedical transition to the biopsychosocial one. **Materials and methods:** using quantitative methodology with a phenomenological approach. The instrument used was an interview that was applied to 23 users, specialists, related to the Family Health Center Pinares, located in Chiguayante, in February 2009. **Results and discussion:** The information does not demonstrate the rejection to the new Model of Familiar Health. Nevertheless, you can observe deficient or fragmented knowledge that was brought together with not so many resources; making difficult the implementation of the biopsychosocial model.

Palabras clave: CESFAM, percepción, usuario interno, metodología cualitativa

Abreviaturas: CESFAM: Centro de Salud Familiar

Introducción y objetivos

Los cambios epidemiológicos y demográficos que afectan a la población chilena son la base de las transformaciones que se han suscitado en todo ámbito: familiar, social, educacional y ambiental, entre otros. Estas se traducen, particularmente en el sector salud, en una mayor cuantía de consultas, en cambios en la concentración de los grupos etáreos^{1,2} y en un aumento de patologías crónicas.

Frente a estos acontecimientos se asumen nuevas tareas. Es así como, a través del Ministerio de Salud, se acoge una política de acción bajo el lema "salud para todos"³, focalizando sus objetivos en el trabajo promotor y preventivo, orientado a la resolución de los problemas a través de vías integradoras, modificando el concepto de "paciente" por el de "usuario externo".

El enfoque biopsicosocial se define como "el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a un medio ambiente físico, social y cultural"⁴. Es decir, una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer las demandas de la comunidad. Se dirige al logro de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las sociedades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad¹.

El punto de conflicto está dado en un clima saturado de tradicionalismo al momento de atender o realizar cualquier proceder clínico, enmarcado en un paradigma biomédico⁴ desde el cual el usuario interno o funcionario de salud, debe utilizar todas sus destrezas -tanto académicas como personales-, para responder a nuevas inquietudes e intereses.

La problemática anterior sustenta la investigación y motiva a responder al objetivo de determinar la percepción⁵ de la transición del modelo biomédico⁶ al modelo biopsicosocial en usuarios internos del Centro de Salud Familiar Pinares de la comuna de Chiguayante.

Métodos

Estudio cualitativo de tipo fenomenológico⁷. La población de estudio está constituida por usuarios internos, profesionales o licenciados de estudios superiores, pertenecientes al CESFAM Pinares, Comuna de Chiguayante, Octava región, Chile. La población que cumple con los criterios de inclusión contempla 23 usuarios internos.

El instrumento utilizado es una entrevista semi-estructurada, con evaluación técnica de expertos⁸ y aplicada previo consentimiento informado al 100% de la población definida. Luego se realizó análisis semántico estructural.

Resultados

Modelo biomédico

En general, el concepto de modelo biomédico que manejan los entrevistados está asociado a un modelo tradicional, antiguo y paternalista centrado en la relación paciente-médico, donde este último ejerce la autoridad, con una intervención sólo biológica, es decir: centrada en la patología. Por otro lado, los entrevistados también hacen referencia a que este modelo se centra en el rendimiento, es decir, mayor número de atención versus la calidad de atención otorgada.

Existe un grupo de entrevistados que asocia en forma errónea al modelo biomédico con una atención integral, donde se incluye al paciente dentro de un entorno psicológico y social.

Modelo biopsicosocial

La mayoría de los entrevistados tienen conocimientos fragmentados o parciales del concepto de modelo biopsicosocial, en donde la referencia es acotada al concepto psicológico del individuo, y considerando pequeñas partes del concepto estructural familiar y bienestar completo. No obstante, hacen referencia a la importancia de buscar las causas de las patologías para poder intervenir, poniendo énfasis en el trabajo en equipo de la Atención Primaria, utilizando como herramienta la educación, que les permite el empoderamiento de la salud de los usuarios externos.

Algunos entrevistados contraponen el rendimiento en la atención versus la calidad de esta última, destacando que el modelo biopsicosocial enfatiza en la calidad otorgada al usuario externo.

Percepción del modelo biomédico

La mayoría de los entrevistados declara no percibir un cambio importante en la forma de atender al usuario. Entre las razones que explicarían esta situación, se destaca el ofrecer una atención integral y no sólo al individuo que consulta, declarando que esto depende más de la persona que está prestando el servicio, que de la implementación de un nuevo paradigma. Presentaremos aquí el análisis de algunas frases textuales de los entrevistados:

"Me preocupo de buscar o como de hacer una idea un poco más integral de la persona"

Una razón por la que señalan no observar un cambio, es argumentar que en el CESFAM actualmente se está entregando una atención con enfoque biomédico, sin diferencia de la entregada en un consultorio, declarando que no ha sido posible implementar completamente el nuevo modelo de atención. El gran obstáculo sería la disponibilidad de tiempo, a raíz de un insuficiente recurso humano, es decir, no se cuenta con el tiempo necesario para hacer una intervención de las características señaladas en el modelo biopsicosocial. Según los discursos obtenidos, esto se debe a que los rendimientos no han sido modificados.

"Uno pudiera tener más tiempo con el paciente, yo creo que bueno, falta por recurso, irecurso humano! que a lo mejor faltan profesionales para que pueda lograr esa meta donde pueda atender con mejor calidad y darle más tiempo a lo mejor al paciente"

Sin embargo, existe una minoría de profesionales que manifiestan observar un cambio de la atención entregada al usuario externo. Entre sus respuestas, se puede destacar que antiguamente la atención era impersonal, es decir: se controlaba al paciente y se verificaba que siguiera su tratamiento farmacológico, y las indicaciones dadas por el médico. Actualmente se distingue un clima más humanizado, en donde se le da importancia a la persona, incluyéndola dentro de un entorno familiar.

Además, se rescata del discurso de los usuarios internos, una valorización del conocimiento de los usuarios externos, ya que al tratar con las mismas personas se van formando lazos de confianza, lo que ayuda a la relación entre el equipo de salud y la comunidad, haciéndolos más cercanos, dejando entrever los beneficios de la sectorización.

Autopercepción laboral

"Uno tiene que hacer un trabajo de llegada al paciente, ser afable, ser cordial, y después de varias consultas, como ya te conocen te van contando un poquito más..."

Casi la totalidad de los entrevistados, participa o ha participado al menos una vez en una reunión de sector; sin embargo, manifiestan que éstas carecen de planificación en su organización, pero rescatan que las reuniones se realizan en un ambiente de armonía respetando las opiniones de cada uno de los participantes, compartiendo experiencia y llegando a acuerdos para mejorar el funcionamiento del CESFAM, las que no siempre son llevadas a la práctica; lo que conlleva a una pérdida de interés o de entusiasmo.

"Propiamente tal reuniones... integrales o multidisciplinarias, por así decirlo, referentes a casos clínicos, como tal no se han realizado..."

"Cuando he participado sí, pero mi participación no ha sido constante, porque como que no se avisan bien, en la hora"

La mayoría de los respondientes declara realizar actividades variadas en su día de trabajo, donde además de la atención clínica en el CESFAM se incluyen visitas domiciliarias y talleres educacionales. Por otro lado, un grupo de profesionales señala que su actividad se limita sólo a la atención de pacientes en box, aludiendo a que es lo programado.

De aquellos usuarios internos que dicen realizar una rutina variada de actividades, se asocia una sensación de cansancio al final del día laboral, dicho cansancio no sólo se manifiesta en lo físico, sino también psicológicamente.

"Habitualmente cuando me toca mucho terreno, muchos problemas, ya como que me desgasto un poco más, pero es más emocional que desgaste físico..."

Proceso de cambio

La mayoría de los entrevistados menciona en su discurso el desarrollo de sus actividades dentro de un buen clima laboral, dado por la comprensión y el compañerismo de los integrantes del equipo de salud, entre los que no existen rivalidades, autoritarismos o egocentrismos. Esto se ha visto fortalecido por la sectorización como una herramienta que les permite intercambiar experiencias, conocimientos y fortalecer relaciones humanas. Destaca aquí la diferencia con el consultorio, donde la labor del profesional se realizaba en forma aislada, independiente uno de otro, sin tener comunicación, y donde la autoridad estaba ejercida por el profesional médico.

"La relación en un CESFAM es mucho más estrecha que en un consultorio, porque trabajas más en equipo, es trabajo más integrado de coordinación"

"En cuanto a nuestro quehacer era netamente cada uno en lo suyo... o sea ahí era determinante la palabra del médico"

Sin embargo, existen usuarios que consideran no visualizar diferencia en la relación laboral en comparación con un consultorio, fundamentando que las buenas relaciones humanas pasan más por una actitud personal, que por la implementación de uno u otro modelo de atención.

Percepción del modelo de atención

La mayoría de los profesionales entrevistados perciben que el equipo de salud acepta el nuevo modelo de atención con enfoque familiar, sin embargo manifiestan que existe una serie de dificultades, dejando ver un cierto desánimo con respecto a la participación en este cambio, es decir: observan desilusión entre los profesionales, ya que la etapa de transición ha sido muy lenta. No se han visto cambios en la atención que se entregaba antiguamente en un consultorio, para muchos "sigue siendo lo mismo". Según los entrevistados, lo anterior se fundamenta en el deficiente recurso humano y económico, teniendo como consecuencia la mantención y exigencia de un rendimiento, propio del modelo biomédico, que favorece el número de atenciones en desmedro de la calidad de la atención ofrecida al usuario externo.

"El hecho que no tengas acceso a los recursos, no solicitarlo y que las respuestas sean siempre negativas, no, porque no hay plata, eso desmotiva"

A pesar de que no todos los usuarios internos perciben una gran diferencia entre el funcionamiento de un consultorio y un CESFAM, existe una disposición de los profesionales a aceptar el nuevo modelo, manifestándose abiertos a recibir esta nueva forma de atender al usuario externo, resaltando el hecho de que gran parte de los usuarios internos pertenecientes al CESFAM han recibido

información de esta nueva tendencia y de los beneficios que trae consigo.

Discusión/Conclusiones

El usuario interno percibe al concepto de modelo biomédico como un paradigma histórico y paternalista, centrado en la patología, contrastándolo con el modelo biopsicosocial, visto como un marco conceptual contemporáneo, orientado a la persona desde un punto de vista psicológico y en menor medida familiar, pero no desde un enfoque cultural, social y comunitario. Por otro lado, el modelo biopsicosocial también es entendido como un modelo que privilegia la calidad de la atención frente a la cantidad de pacientes atendidos, no así el modelo biomédico, que da mayor importancia a la cantidad de pacientes en desmedro de la calidad.

El conocimiento del modelo biomédico se manifiesta concibiendo la atención entregada en un consultorio como una relación impersonal e individual, que pone énfasis sólo en la patología, donde la calidad de la atención entregada no es relevante, limitándose a la solución de problemas físicos o biológicos, teniendo como gran referente el rendimiento del profesional. Además, se asocia a una atención multidisciplinaria, con inexistente discusión de casos clínicos, donde las relaciones laborales son escasas, desfavoreciendo la resolución oportuna de las problemáticas de salud del usuario externo.

Se contraponen con lo anterior la concepción de modelo biopsicosocial, el que se entiende como una visión integral del usuario externo, considerado en un entorno familiar y social, buscando el origen de su dolencia en motivos psicológicos, o en una disfunción social⁹.

Sin embargo, existe un conocimiento fragmentado respecto de los conceptos involucrados con este modelo. El usuario interno maneja por ejemplo los términos "sectorización" o "grupo de apoyo"¹⁰ sabiendo de su existencia, denominación o de la implementación de estos dentro del CESFAM; sin embargo, no es capaz de definirlos o de entregar una información clara y precisa.

Con la implementación del modelo biopsicosocial se establece además una buena relación laboral dentro del equipo de salud, resaltando el trabajo inter y transdisciplinario¹¹ como fruto de la sectorización y las respectivas reuniones de sector, donde los profesionales unifican criterios y amplían su visión y conocimiento.

En relación a la transición propiamente tal, del modelo biomédico al biopsicosocial, el usuario interno pone de manifiesto aceptar el paradigma imperante en un CESFAM, escogiéndolo por sobre el modelo biomédico, considerando que la atención ofrecida en el primero es adecuada a las necesidades actuales del usuario externo. Sin embargo existe desánimo y cansancio en la implementación del nuevo modelo, haciendo referencia a que la transición ha considerado una duración de tiempo mayor, no estimada desde un principio, consecuencia de un insuficiente recurso, tanto humano como económico,

responsabilizando a la gestión municipal por la creación de un abismo entre el discurso y la realidad, lo que de una manera u otra impide la correcta implementación del modelo con enfoque familiar.

Se interpreta entonces una percepción del usuario interno positiva y flexible, no observándose resistencia al nuevo modelo de atención; no obstante, existe un deficiente o fragmentado conocimiento del modelo biopsicosocial y una carencia asignación de recurso humano y económico, aspectos que se tornan obstaculizadores de esta evolución.

Por último, se plantea la proyección del estudio hacia el análisis de la brecha y descripción, tanto regional como nacional, de la percepción del usuario interno con respecto al modelo biopsicosocial adoptado por el Sistema de Salud Chileno.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y todos declaran no tener conflictos de intereses. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

Aspectos éticos

Cada participante entrevistado firmó la "carta de consentimiento informado" redactada para la investigación, cumpliendo así con los requerimientos éticos internacionales vigentes.

Referencias

1. Hidalgo C, Carrasco E. Salud familiar: un modelo de atención integral en la Atención Primaria. Primera edición. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1991: 1-22. ↑
2. Aylwin N, Solar MO. Trabajo Social familiar. Segunda Edición. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2003: 12-27 ↑
3. República de Chile, Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Proyecto de Reforma y Modernización del Estado; Reforma de Salud. Santiago: Gobierno de Chile, 2007. ↑
4. Colomer R. 2001. Promoción de la salud y cambio social. Segunda edición. España: Editorial Elsevier, 2001:90-96. ↑
5. Matlin MW, Foley HJ. 1996. Sensación y Percepción. México DF: Editorial Prentice Hall, 1996: 344-360 ↑
6. Bustos A. Conceptos, fundamentos y desafíos para la atención primaria en salud. Primera Edición. Chile: Universidad de Concepción, 1998: 43-54 ↑
7. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Enfoques en la Investigación cualitativa. En: Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw-hill, 1991. ↑
8. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe, 1996: 90-92 ↑

9. Fuhrmann I, Chadwick M. Fortalecer la familia, Manual para trabajar con los padres. Tercera edición. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1998 ↑
10. República de Chile, Ministerio de salud. De centro de salud a centro de salud familiar, una evolución natural. Santiago: Gobierno de Chile, 2006. ↑
11. Weil P. Relaciones humanas en el trabajo y en la familia. Primera edición. Editorial kapelusz, 1965 ↑



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.