

Comentario

Medwave 2013 Ene/Feb;13(1):e5583 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5583

Superando el enfoque biopsicosocial para dar paso a los determinantes sociales y económicos de la salud en el modelo de salud familiar

Overcoming the biopsychosocial approach to make way for the social and economic health determinants in the family health model

Autor: Esteban Hadjez Berríos⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Departamento de Salud Pública, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

E-mail: tebanhadjez@gmail.com

Citación: Hadjez E. Overcoming the biopsychosocial approach to make way for the social and economic health determinants in the family health model. *Medwave* 2013 Ene/Feb;13(1):e5583 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5583

Fecha de envío: 22/10/2012

Fecha de aceptación: 8/11/2012

Fecha de publicación: 1/1/2013

Origen: solicitado

Tipo de revisión: sin revisión por pares

Palabras clave: enfoque biopsicosocial, salud familiar, atención primaria

La aplicación del modelo de atención de salud familiar en América Latina y el Caribe durante los últimos cuarenta años ha representado un gran avance sanitario, tanto en el trabajo de los equipos de atención primaria de salud, como en las comunidades en las cuales se desarrolla el trabajo en salud¹. Dicho modelo, al menos desde el punto discursivo, implica no sólo un énfasis en la familia como unidad de estudio y cuidado, sino que además requiere de una comprensión integral de los fenómenos de salud y enfermedad de los individuos, a través de lo que se conoce como enfoque biopsicosocial². Este enfoque, "*sopesando las contribuciones relativas de los factores sociales y psicológicos, como también de los factores biológicos implicados*"³, se sitúa a distancia del modelo biomédico y amplía el entendimiento de la salud y enfermedad del individuo hacia su contexto social más inmediato^{3,4}. Del mismo modo, al sustentarse el enfoque biopsicosocial en la teoría social cognitiva, comprende al ser humano como un individuo libre, capaz de modificar su estilo de vida y controlar su salud a través de la reflexión y la acción individual, considerando el entorno social más cercano como otro más de los factores externos que influyen en su comportamiento en salud^{5,6}.

El enfoque biopsicosocial, si bien representa un cambio cualitativo en la forma de comprender la salud y la enfermedad de las comunidades, mantiene el centro de estudio y práctica sanitaria en el individuo, omitiendo un análisis en profundidad acerca de los determinantes sociales y económicos de la salud de las poblaciones.

Dicho análisis, especialmente en los países de América Latina y el Caribe, se torna esencial si reconoce la relación íntima existente entre la salud de nuestros pueblos y las enormes inequidades sociales que caracterizan a nuestro continente. Del mismo modo, al situarse afuera de la historia, el enfoque biopsicosocial mantiene una práctica sanitaria funcional a las estructuras sociales existentes, sin intención ni posibilidad de transformación de la sociedad, requisito necesario para alcanzar mejores niveles de salud. Es de acuerdo a lo anterior, que la implementación de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades, sustentadas en este modelo teórico, poseen escasos resultados a mediano y largo plazo, tanto en nuestro continente como en el resto del mundo⁷.

La desigual e injusta distribución de la salud en los individuos y las comunidades en América Latina y el Caribe, es la expresión de diferencias y contradicciones de clases existentes al interior de los países, relacionadas con el modo de producción capitalista de la sociedad. Coinciden así en un mismo grupo social la pobreza, la explotación económica y la mayor prevalencia de enfermedad, perpetuándose de esta manera las relaciones de dominación y opresión características de nuestro continente⁸. Del mismo modo y asumiendo una perspectiva histórica, el estado de salud de los pueblos y la construcción de los sistemas sanitarios de los países se han ido configurado a través de la organización y movilización de los trabajadores, pobladores y clases

dominantes, en relación a los desafíos de la salud de la población⁹. La salud en América Latina y el Caribe no ha sido entonces un producto social espontáneo asociado al crecimiento económico o a la modernización de la sociedad, como se ha señalado ampliamente en la teoría de la transición epidemiológica¹⁰.

Es desde esta perspectiva crítica de los determinantes sociales y económicos de la salud, donde se comprende que la salud de las familias y comunidades está condicionada por las estructuras materiales (trabajo, vivienda, sistemas sanitarios, etc.) y simbólicas (relaciones de poder, educación, medios de comunicación, etc.) en las cuales estas existen y se desarrollan. Por ser estas estructuras sociales y económicas un producto histórico y cultural del ser humano, son susceptibles de transformación y reconstrucción por parte de las mismas comunidades, y no representan en modo alguno una construcción alienada o una fuerza sobrenatural impuesta a nuestros pueblos. De acuerdo a lo anterior, la práctica sanitaria y especialmente la promoción en salud y la participación comunitaria, deben poseer un carácter reflexivo y crítico, orientado hacia la transformación de las relaciones sociales y económicas que producen enfermedad, trascendiendo así el enfoque hacia el individuo y su contexto social más inmediato, y reconociendo en las comunidades organizadas al sujeto histórico central en el mejoramiento de la salud de los pueblos de América Latina y el Caribe¹¹.

La conceptualización de los determinantes sociales y económicos en salud, como marco teórico del modelo de atención de Salud Familiar, amplía entonces tanto la comprensión de los procesos de salud y enfermedad de los individuos y sus familias, como la práctica sanitaria por parte de los equipos de salud y las comunidades. La promoción de la salud, y la participación comunitaria, adquieren coherencia y mayor relevancia dentro del modelo de Salud Familiar, transformándose en prácticas orientadas no sólo al cuidado del individuo y su familia, sino que además dirigidas hacia la transformación de nuestras sociedades, caracterizadas históricamente por relaciones de explotación y dominación asociadas al capitalismo como modo de producción social. La Salud Familiar se convierte entonces en un modelo de atención radical, situado en la historia de América Latina y el Caribe, y que se encuentra al servicio de las comunidades oprimidas y marginadas de nuestra sociedad, aquellas constituidas por la mayoría de los hombres, mujeres, niños y niñas de nuestro continente.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

Referencias

1. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Aten Prim*. 2006 Nov;38(9):511-514. ↑ | [CrossRef](#) | [Link](#) |
2. Subsecretaría de Redes Asistenciales. En el camino a centro de salud familiar. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2008. ↑ | [Link](#) |
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Day SB. The advance to biopsychosocial medicine. *Soc Sci Med*. 1985;21(12):1335. ↑ | [PubMed](#) |
5. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. U.K.: Cambridge University Press, 1995. ↑ | [CrossRef](#) |
6. Lyons A, Chamberlain K. Health psychology: a critical introduction. U.K.: Cambridge University Press, 2005. ↑ | [CrossRef](#) |
7. Campbell C. Letting them die: why HIV/AIDS intervention programmes fail. United States: Indiana University Press, 2003. ↑
8. Marmot M. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. *Glob Health Promot*. 2009;Suppl 1:23-7. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Molina C. Institucionalidad Sanitaria Chilena, 1889-1989. Santiago, Chile: LOM, 2010. ↑
10. Martínez C, Leal G. Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico. *Soc Sci Med*. 2003 Aug;57(3):539-50. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Hadjez E. Community participation in health during the Unidad Popular government: Santiago de Chile, 1970-1973. [Tesis para optar al grado de MSc Health, Community and Development]. 2012. London School of Economics and Political Science, Londres. ↑

Correspondencia a:

⁽¹⁾Departamento de Salud Pública
Universidad de Valparaíso
Hontaneda 2653
Valparaíso, Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 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.