



Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



**Carrera: Medicina**

**Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación**

**Área: Clínica Médica Unidad 4to año**

### **UNIDAD TEMÁTICA 1: HISTORIA CLÍNICA. CONSTRUCCIÓN DE UNA BIOGRAFÍA.**

**Autores:** Inés Stapaj (Medicina Familiar), Georgina Rizzi (Medicina Familiar), Roberto Parodi (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

#### **OBJETIVOS:**

Resaltar los tipos de historias clínicas según el ámbito, haciendo énfasis en la práctica de la medicina narrativa y cómo construir una biografía, en contraste con la historia biologicista pura. Analizar los determinantes sociales de enfermedad y valorar el arduo pasaje desde una historia de vida a una historia clínica. Enfermar en un mundo complejo: efectos de la soledad, las redes de contención social, el aislamiento, el individualismo como determinantes de la salud y la enfermedad.

El enfoque médico tradicional ha tendido a centrarse en la enfermedad, priorizando el diagnóstico y tratamiento de patologías específicas. Sin embargo, este modelo resulta insuficiente ya que no siempre considera las particularidades individuales de cada paciente. La medicina contemporánea aboga por un enfoque holístico que pone al individuo en el centro de la atención, reconociendo que factores emocionales, sociales y culturales influyen significativamente en la salud y el bienestar.

Tratar a la persona y no únicamente a la enfermedad implica reconocer la complejidad y unicidad de cada individuo. Este enfoque no sólo mejora la eficacia de las intervenciones médicas, sino que también contribuye al bienestar general del paciente, promoviendo una relación terapéutica más humana y efectiva.

Los principios de atención centrada en el paciente obvian los determinantes sociales de Salud como por ejemplo el entorno de vida, que incluye el estatus socioeconómico y otros condicionantes claros de la salud. La nueva perspectiva se inclina hacia una “atención centrada en la persona”, y el abandono de atención/cuidados de salud centrados en la enfermedad o en el paciente, que era considerado conceptualmente como individuo enfermando de manera aislada.

El modelo médico hegemónico, con una práctica orientada desde la “bio-medicina”, es el enfoque tradicional en el mundo occidental para el ejercicio de la medicina y para explicar los padecimientos de salud. Centrado en la enfermedad, prioriza el diagnóstico y tratamiento de patologías específicas. Sin embargo, ha sido muy criticado por distintas corrientes de pensamiento, entre ellas la Medicina Social Latinoamericana quien aboga por un enfoque holístico que ponga al sujeto en el centro de la atención, reconociendo que sus esferas emocionales, sociales y culturales influyen significativamente en la salud y el bienestar.

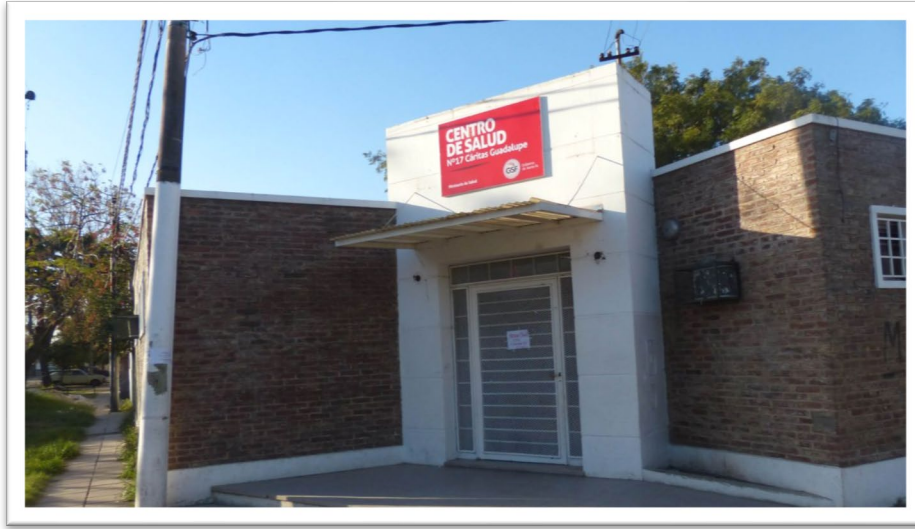
A través del tiempo, la enseñanza y la práctica en medicina se han orientado según paradigmas cambiantes. Así la "teoría del germen" fue hegemónica en siglo XIX, como un modelo unicausal, luego fue cuestionada por la "teoría de los factores de riesgo", como un modelo multicausal y aparece posteriormente (como una teoría subalterna) la "epidemiología social" y la "determinación social de la salud", entendiendo al proceso salud enfermedad como un proceso complejo contextualizado e histórico. Todos estos paradigmas continúan conviviendo en mayor o menor medida.

Centrarse en los sujetos, y no únicamente en la enfermedad, implica reconocer la complejidad y unicidad de cada individuo. Este enfoque no sólo mejora la eficacia de las intervenciones médicas, sino que también contribuye al bienestar general del paciente, promoviendo una relación terapéutica más humana y efectiva.

Los principios de atención centrada en el paciente incluyen *per se* la visión de la determinación social de la Salud. La OMS define a estos determinantes como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Estas circunstancias son producto de desigualdades en la distribución de los recursos entre diferentes grupos humanos por lo que podrían traducirse en desigualdades en la situación de salud. Es importante destacar que los servicios de salud forman parte de estos determinantes por lo tanto influyen de manera significativa en los procesos de salud enfermedad atención

## CASO CLÍNICO

**Contexto:** consultorio externo Centro de Salud “Caritas Guadalupe” de la ciudad de Rosario. Es un centro de Salud de primer nivel de atención, de dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y se encuentra ubicado en el Barrio de Empalme Graneros. Tiene una población adscripta de 12 mil personas y cuenta con los servicios de medicina general, pediatría, ginecología, ecografía, kinesiología, psicología, odontología, trabajo social, equipo matricial de salud mental, programa de obesidad, con nutricionista. Cuenta con áreas de admisión, farmacia, enfermería, consultorios y vacunatorio. Su horario de atención es de 8 a 15 horas de lunes a viernes, se maneja con turnos programados, sin servicio de guardia ni de emergencias.



Se realiza reunión de equipo transdisciplinario del Centro de Salud, luego de un relevamiento territorial, la trabajadora social Silvia, anticipa una próxima consulta de una familia que se mudó recientemente al barrio, y de la cual gestionó para los próximos días, un turno con Medicina General de uno de sus miembros, Mario, a quien le solicitaron en su nuevo trabajo un certificado de Salud.

**Grupo familiar:** matrimonio **Susana** 53 años y **Mario** 55 años (presentes durante la entrevista).

**Hijos:** Romina 28 años y su hijo Jesús de 5 años (separada del padre de Jesús), y Pablo 25 años, viven con ellos. Los padres de Susana que se mudaron con ellos hace 1 año (Jorge de 80 años y Marta de 75 años). Mientras que sus dos primeros hijos viven en otras viviendas, Alan (33 años) en Rosario y Jorgelina en Ramallo (Bs. As.), con quienes no mantienen contacto fluido.

#### **Datos de la situación socio económica de la familia**

Comparten vivienda con parientes primos y sobrinos (familiares de Marta), 6 integrantes.

Hasta hace unos meses y por más de 20 años vivían en el Barrio Las Flores en la zona sur de la ciudad, y situaciones de inseguridad, sumado a un problema de su hijo con unos vecinos (prefieren no recordar esa situación), y dificultades económicas para sostener el alquiler de la vivienda, obligaron a la familia a mudarse a una propiedad de unos primos en Barrio Empalme Graneros, donde abonan una renta informal.

#### **Historia de vida familiar y sostenimiento de la familia:**

**Mario (55 años)** trabaja de albañil, previamente se encontraba con trabajo ocasional y no registrado, así como changas ocasionales (principalmente trabajos de pintura en hogares y comercios), y desde hace unos meses se encuentra a prueba en una constructora con horarios fijos, pero aún no registrado como empleado. Escolaridad primaria incompleta (lee y escribe con dificultad).

Nació en Quitilipi, Chaco. Durante la infancia vivía en el campo y trabajaba en la cosecha de algodón. Migró en primera instancia a Añatuya (Santiago del Estero), a los 20 años contratado por su patrón para tareas rurales en un campo de la región, allí conoció a Susana. Y luego ambos migraron a

Rosario hace 30 años aproximadamente, por falta de oportunidades laborales. Vino a vivir a la casa de una prima en barrio Ludueña, para trabajar en la construcción junto a su tío, quien le enseñó el oficio. La familia había migrado años antes instalándose en terrenos fiscales junto a otros vecinos. Y unos años luego ya se instalaron Susana y Mario con sus hijos en una vivienda alquilada en el Barrio Las Flores.

**Susana (53 años).** Nació en Añatuya (Santiago del Estero). Vivió con sus padres en la zona rural, escolaridad primaria completa. Ayudaba a su madre en tareas domésticas y cuidado de la granja familiar. Formó pareja con Mario, y tuvieron sus dos primeros hijos (Alan y Jorgelina) en Añatuya. Luego migraron a Rosario.

Susana trabaja en forma irregular como cuidadora de adultos mayores, y cuidado de enfermos internados en un hospital de la ciudad. En ocasiones, realiza reemplazos en tareas de limpieza domésticas.

**Romina (28 años)** es enfermera y trabaja en un hospital de la ciudad. Se separó de su pareja hace 2 años y es madre de Jesús de 5 años, quien tiene problemas de salud (trastorno del espectro autista), y requiere cuidados especiales y acompañamiento que interviene toda la familia.

**Pablo (25 años)** se encuentra desempleado, ayudaba al padre en “changas”, pero en los últimos años su ingreso se basa en cuidado de coches en la vía pública en las inmediaciones del Hospital donde trabaja su hermana. Ha estado privado de la libertad por dos años (prefiere el familiar no mencionar los motivos). Presenta consumo problemático de alcohol y sustancias.

Viven todos en el mismo terreno, en dos casas separadas

Número de habitaciones para dormir: 4

Número de personas que habitan la vivienda: 11

Provisión de agua: agua de red conexión clandestina

Disposición de excretas: cuentan con un único baño en la casa principal con pozo ciego

Materiales que predominan en la vivienda: ladrillo y techo de chapa

Otras características: uso de gas envasado

Silvia, la trabajadora social, le gestiona un turno para control a Mario, quien refiere que no dispone de mucho tiempo y sólo necesita su certificado de salud, para presentar en la empresa constructora. Le ofrece, asimismo a Susana y demás integrantes del núcleo familiar iniciar sus controles en el Centro de Salud. Susana manifiesta que realizó sus controles anuales con su ginecólogo en el centro de salud de su barrio anterior, y que por el momento no dispone de tiempo por sus tareas laborales, sumado al cuidado de su hogar, nieto y que más adelante irá al centro de salud. Refiere que su hija y su nieto se atienden en el Hospital donde ella trabaja, y que Jesús tiene seguimiento de una médica neuróloga infantil y que está muy controlado. Por otro lado, refiere que su hijo Pablo, es muy complicado y que seguro no va a acudir a controles. Estuvo en una “granja” para tratamiento de sus “adicciones”, pero refiere que lo echaron por problemas de violencia con otros asistentes.

### **Guía de trabajo general y particular del caso, para discutir en la tutoría:**

Esta UT persigue dos objetivos fundamentales.

Por un lado, comprender y analizar los distintos modelos de historia clínica y reconocer las diferencias a la hora de construir una historia clínica en APS (con seguimiento longitudinal y la construcción de equipos inter y transdisciplinarios de atención/cuidado) con respecto a una consulta espontánea por consultorio o guardia de urgencias/emergencias, así como también durante una eventual internación.

- La importancia del contexto e historia biográfica de las personas: analizar cómo influye en el acceso a la Salud, las posibilidades y riesgo de enfermar según el marco social, cultural, económico, familiar. Las desigualdades en la atención. Las redes de salud y los distintos niveles de complejidad.
- La comunicación entre actores encargados de cuidado de salud. Los cuidados de transición. Desde un centro de salud, a una guardia y un hospital de alta complejidad, cómo construir un modelo de atención integrada.
- Los contextos de consulta y atención distintivos. Cómo general una historia clínica relevante en una atención de urgencia, relación tiempo/acción/urgencia/decisiones inminentes y reconocimiento de alarmas que pueden comprometer la vida en lo inmediato. La historia clínica en la internación, desde la biografía de su historia de vida a una complicación actual que ameritó la hospitalización (conceptos listado de problemas, selección de datos guías, interpretación, selección de exámenes complementarios según hipótesis diagnósticas sospechadas, diagnósticos diferenciales, etc.).

Por otro lado, analizar la historia del grupo familiar y del contexto de atención/cuidado de la salud, para comprender determinantes sociales que puedan influir en la Salud.

- Confrontar la información recabada con respecto a una historia demográfica reduccionista, que información estima faltante (recordar que en esta instancia sólo tuvieron el primer acercamiento en terreno con asistente social), que estrategias de acción establecería para la atención de esta familia.

Referencias bibliográficas:

Borrell, C. (s.f.). Desigualdades y Servicios de Salud. *Saúde e Sociedades*, 9-22.

Herrmann, J. (2019). Los determinantes y las desigualdades sociales de la salud. Posible marco para revisar las barreras de acceso a los servicios de salud. En F. A. General, *La clínica y la gestión de la medicina general. El trabajo clínico y en gestión en situaciones de dificultad de acceso a servicios y desigualdades sociales en salud*.

Urquía, M. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Remedios de Escalada: Universidad nacional de Lanús.